



**HAL**  
open science

# Dépistage des troubles de la dyade mère-bébé par le médecin généraliste : une étude qualitative

Géraldine Penven

► **To cite this version:**

Géraldine Penven. Dépistage des troubles de la dyade mère-bébé par le médecin généraliste : une étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03629465

**HAL Id: dumas-03629465**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03629465v1>**

Submitted on 4 Apr 2022

**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.

**Dépistage des troubles de la dyade mère-bébé par le médecin généraliste :  
une étude qualitative**

**T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 29 Mars 2022**

**Par Madame Géraldine PENVEN**

**Née le 7 décembre 1988 à Clamart (92)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur POINSO François**

**Président**

**Monsieur le Docteur DUGNAT Michel**

**Assesseur**

**Madame le Docteur SOLARY Julie**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur PINELLI François**

**Assesseur**



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Assesseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

## PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTEY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETTES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAMBUC Roland	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SARLES - PHILIP Nicole	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SEITZ Jean-François	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	



## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

## EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

<b>1967</b>	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b>	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b>	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b>	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b>	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b>	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b>	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b>	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b>	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b>	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b>	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b>	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>



PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

**PROFESSEUR CERTIFIE**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES**

BOUSSUGES Alain

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

DUTAU Hervé

# MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle ( <i>disponibilité</i> )	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE  
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques  
FIERLING Thomas  
FORTE Jenny  
JANCZEWSKI Aurélie  
NUSSLI Nicolas  
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
EVANS-VIALLAT Catherine  
LAZZAROTTO Sébastien  
LUCAS Guillaume  
MATHIEU Marion  
MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
MELLINAS Marie  
ROMAN Christophe  
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -  
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES  
UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MARLINGE Marion (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU PH)  
 MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021*  
 FAURE Alice (PU PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 PESENTI Sébastien (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)  
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)  
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)  
 SOLER Raphael (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704****DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)  
  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BRETTELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION**

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BERBIS Julie (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703I**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
JARROT Pierre-André (MCU PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
MILLION Matthieu (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)  
*KERBAUL François (PU-PH) détachement*  
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)      BENYAMINE Audrey (MCU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
EBBO Mikael (PU-PH)  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
SUCHON Pierre (MCU-PH)  
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)



**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

*TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

### PHYSIOLOGIE 4402

### PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

### PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

### PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

### PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé ( Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

### RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

### RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

### THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
BOISSIER Romain (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)





# Remerciements

## **Monsieur le Professeur POINSO,**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci de vous être intéressé à mon travail et d'avoir accepté de le juger. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect.

## **Monsieur le Docteur DUGNAT,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci également pour votre intérêt et votre enthousiasme concernant mon travail, et ce depuis les premières ébauches de sujet.

## **Monsieur le Docteur PINELLI,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. En tant que médecin généraliste et enseignant à la faculté de médecine de Marseille, votre avis sur ce travail est précieux.

## **À ma directrice de thèse, le Dr SOLARY,**

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse et d'avoir proposé de travailler sur ce sujet passionnant. Merci de m'avoir guidée, encouragée et accompagnée tout au long de ce processus.

J'ai été ravie d'avoir été ton interne à la PMI, j'ai appris tellement de choses à tes côtés.

Je te remercie aussi pour ton soutien et tes conseils précieux, tant du point de vue professionnel que personnel. Merci pour ton amitié et ta bienveillance, envers moi, mais aussi envers mon bébé.

## **À toute l'équipe de la PMI de Pertuis,**

Merci pour votre accueil pendant et après mon stage. Merci Isa pour ta suggestion de sujet ! (et bien plus encore...)

Je vous remercie aussi pour tout ce que vous m'apportez en tant que jeune maman : de l'écoute, de la bienveillance, des conseils, des « VAD », du temps, etc.

## **À tous les médecins qui m'ont formée et accompagnée durant ces études,**

Je vous remercie pour tout ce que vous avez partagé avec moi : votre passion, vos connaissances, vos expériences, vos regrets, etc.

Merci aussi pour votre soutien et vos encouragements. La reprise de mes études n'a pas toujours été facile, mais travailler à vos côtés n'a fait que me conforter dans mon choix.

## **À mes différents maîtres de stage du canton de Pertuis,**

Merci pour votre enseignement d'une médecine générale dans laquelle j'ai pu me reconnaître et m'épanouir. Je vous remercie également pour votre accueil chaleureux dans votre belle région où j'ai eu l'envie de poser mes valises.



**À ma famille,**

Merci pour votre soutien depuis toujours, et notamment depuis le début de ce projet de changement de vie. Sept ans après, j'espère vous rendre fiers.

Merci Papa pour la relecture : ce sera la 2<sup>ème</sup> et dernière thèse ne t'inquiètes pas !

**À mes amis,**

Ceux de toujours et les nouveaux. Votre soutien est inestimable. J'ai hâte de vivre cette nouvelle vie avec vous à mes côtés.

**À Romain,**

Une thèse entière ne suffirait pas pour exprimer toute la gratitude et l'amour que je te porte. Merci pour tes encouragements et conseils au quotidien, merci pour tes bons petits plats et toutes tes attentions à mon égard, merci de prendre soin de moi quoi qu'il arrive, et ce depuis bientôt douze ans.

Je suis tellement reconnaissante (et fière) que tu aies choisi de faire équipe avec moi pour te lancer dans la grande aventure de la parentalité, tu es déjà le meilleur papa du monde. J'ai hâte de construire et vivre le reste de notre vie en famille.

**À Gaston,**

Peut-être qu'un jour tu liras ce manuscrit (que j'ai écrit en grande partie en te portant collé contre moi pour que tu dormes sereinement). Saches que je t'aime déjà plus que tout, tu as changé notre vie mais pour le meilleur.





# Résumé

**Introduction :** Dans tous les pays du monde, la dépression du post-partum touche 10 à 15 % des femmes. En France, plus de 100 000 femmes sont en grande détresse lors de l'année qui suit la naissance de leur enfant, et seulement la moitié d'entre elles trouve à qui s'adresser. Si les dépressions périnatales ne sont pas prises en charge rapidement, elles entravent l'établissement d'un lien mère-bébé harmonieux, indispensable pour le développement psycho-affectif du bébé et le devenir de l'enfant. Les médecins généralistes, acteurs pivots de la prévention primaire en France, ont un rôle majeur à jouer dans la prise en charge des femmes à la sortie de la maternité et lors du retour à domicile. L'objectif principal de notre étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant les troubles de la relation mère-bébé et leur dépistage précoce.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée auprès de médecins généralistes en exercice dans la région PACA. Le recrutement des participants à notre étude a été effectué selon un échantillonnage raisonné théorique. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés d'avril à septembre 2021, retranscrits intégralement, puis encodés par deux chercheurs.

**Résultats :** L'analyse de ces entretiens a mis en évidence la spécificité de la consultation de suivi du nourrisson aux yeux des médecins généralistes, tant par sa complexité et densité (impliquant une consultation chronophage) que par sa tridimensionnalité (médecin-parent(s)-enfant). Pendant ces consultations, les généralistes sont attentifs à l'état de fatigue des mères et s'appuient sur leur ressenti pour évaluer leur santé mentale, notamment leur anxiété. Toutefois, les médecins interrogés n'ont pas fait mention de lien direct entre trouble psychologique maternel et trouble de la relation mère-bébé. Ils évaluent la relation mère-bébé en s'appuyant sur un ensemble d'éléments obtenus par l'interrogatoire et par leurs observations au cours de la consultation. Ils ont également identifié les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de trouble de la relation. Malgré le fait qu'ils n'utilisent pas d'outil de dépistage des troubles du lien, ils ont identifié les éléments facilement observables en consultation et faisant partie des échelles de dépistage. Les généralistes interrogés privilégient leur ressenti pour faire ce dépistage, mais ils expriment toutefois quelques difficultés, notamment pour évaluer la gravité de la situation et décider de la prise en charge adéquate.

**Discussion et Conclusion :** À la lumière de la campagne de santé publique sur les 1000 premiers jours, notre travail de recherche s'inscrit dans l'actualité du monde de la santé en périnatalité. Si nous avons montré que le dépistage des troubles de la relation mère-bébé est une problématique qui concerne évidemment les médecins généralistes, nous avons également mis en évidence que seuls les médecins intéressés et sensibilisés à cette problématique se sentent à l'aise avec ce dépistage. Devant la multitude de domaines à maîtriser, les généralistes considèrent souvent que ce thème n'est pas prioritaire. Ils méconnaissent en fait probablement la fréquence des troubles psychiques du post-partum, ainsi que les conséquences qu'ils ont sur l'interaction mère-bébé et à plus long terme sur le développement cognitif et psycho-affectif de l'adulte en devenir.

Pour aider les médecins généralistes dans ce dépistage des troubles du lien sans les surcharger, nous pensons qu'il serait judicieux d'apporter quelques ajouts au carnet de santé afin d'évaluer les éléments importants de la relation mère-bébé et l'état émotionnel de la mère. De plus, un complément pourrait être apporté à l'application pour smartphones « 1000 premiers jours », qui serait à destination des soignants de premier recours pour les aider dans leur dépistage des troubles du lien ainsi que dans leur prise en charge.

**Mots clefs :** relation mère-bébé, trouble de la dyade, médecine générale, étude qualitative



# Table des matières

Remerciements .....	29
Résumé .....	33
Table des matières .....	35
Abréviations .....	37
Introduction .....	39
Méthode.....	41
1. Type d'étude.....	41
2. Population.....	41
3. Recueil des données .....	41
4. Analyse des données .....	42
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	42
Résultats .....	43
1. Caractéristiques des médecins interrogés.....	43
2. La consultation du nourrisson : une entité à part entière pour les médecins généralistes .....	44
2.1. Des spécificités identifiées .....	44
2.2. Des difficultés pointées .....	46
2.3. Des outils d'aide à la consultation.....	46
3. Consultation du nourrisson mais considération et prise en charge de la dyade.....	47
3.1. Suivi du nourrisson : suivi implicite de la mère .....	47
3.2. La place du père n'est pas négligée pour autant.....	48
3.3. Évaluation indirecte de la santé mentale de la mère.....	49
3.4. Obstacles à l'évaluation de la santé mentale maternelle et difficultés de PEC .....	50
4. Évaluation de la relation mère-bébé : une affaire de ressenti.....	51
4.1. Investigation d'éléments cruciaux pour la construction de la relation mère-bébé .....	51
4.2. Une consultation placée sous le signe de l'observation.....	53
4.3. Facteurs de risque et protecteurs de troubles du lien.....	55
4.4. Freins et aides à l'évaluation de la relation mère-bébé.....	57
5. La prise en charge des troubles de la relation mère-bébé par les médecins généralistes .....	61
5.1. Pratiques des médecins généralistes .....	61
5.2. Facteurs aidant la prise en charge des troubles du lien.....	61
5.3. Des difficultés pour la prise en charge des troubles du lien .....	62

Discussion .....	64
1. Résultats principaux .....	64
2. Points forts et limites de l'étude .....	66
2.1. Points forts.....	66
2.2. Limites.....	66
3. Comparaison avec la littérature .....	67
3.1. Le suivi des nourrissons par les médecins généralistes .....	67
3.2. La prise en charge des mères au cours du suivi de leur nourrisson .....	67
3.3. Dépistage des troubles de la relation mère-bébé .....	69
4. Perspectives .....	70
Conclusion.....	73
Bibliographie .....	75
Annexe 1 : Guide d'entretien .....	77
Annexe 2 : Exemple de retranscription d'un entretien .....	79
Serment d'Hippocrate.....	85

# Abréviations

**DPP**      dépression du post-partum

**PP**        post-partum



# Introduction

Dans tous les pays du monde, la dépression du post-partum (DPP) touche 10 à 15 % des femmes (2,3). Elle survient également dans 20 % des grossesses (4). En France, plus de 100 000 femmes sont en grande détresse lors de l'année qui suit la naissance de leur enfant, et seulement la moitié d'entre elles trouve à qui s'adresser (5). On estime qu'environ 30 % des mères mériteraient une attention particulière en raison d'une fragilisation liée à l'état de grossesse ou à l'accouchement (6). Ainsi, la DPP constitue la principale complication de la grossesse, mais aussi la plus redoutable en termes de conséquences potentielles pour la mère (suicide), pour la famille et pour le développement de la relation au bébé (7,8).

Les premiers apprentissages sociaux, émotionnels et cognitifs dépendent fortement des échanges et des liens d'attachement forts et sécurisés qui s'établissent entre le bébé et ses parents. Ce lien d'attachement sécurisé est un important facteur de protection pour assurer le développement, la santé mentale et physique de l'enfant à court et long terme (9). Si les dépressions périnatales ne sont pas prises en charge rapidement, elles entravent l'établissement d'un lien mère-bébé harmonieux, indispensable pour le développement psycho-affectif du bébé et le devenir de l'enfant (1). Un manque d'interactions précoces représente une perte de potentialité cognitive et une fragilisation de la construction de l'individu à long terme (1,10).

Plus la dépression est sévère et durable dans le temps, plus le risque de répercussion sur l'enfant augmente : troubles du comportement, des apprentissages, dépression de l'enfant (11). Pourtant, la DPP et plus globalement les dépressions périnatales sont mal connues en France, en pratique non dépistées, trop peu prévenues et mal soignées (10).

La fréquence des troubles psychiques du post-partum (PP) ainsi que le coût de leur prise en charge en font un enjeu majeur de santé publique (9). Aussi, le dépistage précoce des troubles de la relation mère-bébé fait partie de la mission de protection de l'enfant au regard des conséquences potentielles pour sa santé et son bien-être à long terme (7,10,11). Ce dépistage permettrait donc de réduire les coûts liés aux placements (familles d'accueil, suivi pluriprofessionnel au long cours très souvent) et à leurs conséquences sur les adultes à venir (délinquance, problèmes d'insertion socio-professionnelle, suivi médico-psycho-social, etc...).

C'est dans ce contexte que le Président de la République Emmanuel Macron a lancé la commission des « 1000 premiers jours » en 2019. Ces jours, qui s'étendent du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant, sont reconnus comme une période particulièrement sensible pour le développement et la sécurisation de l'enfant. L'objectif de cette commission d'experts était d'évoquer toutes les problématiques de santé liées à la périnatalité au regard des dernières données scientifiques et afin de faire de ces 1000 premiers jours une priorité de l'action publique (9).

Les médecins généralistes, acteurs pivots de la prévention primaire en France, ont un rôle majeur à jouer dans la prise en charge des femmes à la sortie de la maternité et lors du retour à domicile (12). Dans la littérature, il existe de nombreux outils d'évaluation de la relation mère-enfant qui s'intéressent parfois à la mère, parfois à l'enfant, ou encore aux interactions entre eux deux (13). En pratique, au cours de mes différents stages auprès de médecins généralistes libéraux, je ne les ai jamais vus utiliser ces outils de dépistage. Par ailleurs, j'ai été sensibilisée à l'observation des interactions mère-bébé et à l'évaluation de la qualité du lien mère-enfant au cours de mon stage en PMI. Lors de ce stage, j'ai également côtoyé de nombreux acteurs de soins en périnatalité et j'ai pu appréhender l'importance de ce dépistage. Cela a mis en évidence à mes yeux le rôle majeur que devrait avoir le médecin généraliste dans ce domaine. Toutefois, ces connaissances font très peu partie de la formation académique des médecins généralistes.



En 2017, le Dr Prou a réalisé sa thèse d'exercice en Médecine Générale (14) sur le dépistage des troubles de la relation mère-enfant par les médecins généralistes au cours de la consultation du premier mois. Elle a montré que les outils de dépistage étaient effectivement très peu connus et/ou très peu utilisés par les médecins interrogés et qu'ils privilégiaient la rencontre clinique. Cependant, son étude a confirmé qu'ils étaient attentifs aux différents éléments de la relation mère-enfant, mais de manière « informelle ». Finalement, même sans connaître les différentes échelles existantes, ils déclaraient être attentifs aux éléments qu'elles contiennent.

Comme il s'agissait de données déclaratives par le biais de questionnaires, donc une méthode hypothético-déductive, il nous a semblé intéressant d'aller plus loin en cherchant à déterminer la place accordée par les médecins généralistes au dépistage précoce des troubles de la relation mère-bébé par une méthode inductive (15) .

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative dont l'objectif principal était d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant les troubles de la relation mère-bébé et leur dépistage précoce. L'objectif secondaire était de déterminer les éventuels besoins et freins des médecins généralistes concernant ce dépistage.

# Méthode

## 1. Type d'étude

Pour ce travail de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée auprès de médecins généralistes de la région PACA par entretiens individuels semi-dirigés menés d'avril à septembre 2021.

L'approche par théorisation ancrée (*Grounded Theory Method* ou *GTM* en anglais) est largement utilisée en recherche qualitative dans le domaine de la santé car elle permet de décrire et d'interpréter des situations. Ainsi, elle permet de comprendre le sens attribué, par un individu ou un groupe, à un phénomène ou à une réalité sociale. Mais cette approche permet aussi d'agir en proposant un apport des résultats en termes de pratiques ou d'organisation des soins (15).

Cette méthodologie était donc tout à fait adaptée à nos objectifs de recherche.

## 2. Population

La population de cette étude est constituée exclusivement de médecins généralistes en exercice pour ancrer le discours dans des situations récentes et minimiser les biais de mémorisation.

Le recrutement des participants à notre étude a été effectué selon un échantillonnage raisonné théorique afin d'obtenir des profils variés selon l'âge, le sexe, le mode d'exercice et l'ancienneté des médecins généralistes interrogés.

En pratique, nous avons d'abord contacté les médecins généralistes du canton de Pertuis (Vaucluse) directement par e-mail et/ou téléphone. Puis la méthode « de proche en proche » (recommandations des interviewés) nous a également permis de recruter certains participants.

## 3. Recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été conduits par une seule et même enquêtrice (moi-même) en présentiel (sur le lieu de travail ou au domicile des médecins interrogés) ou en visioconférence (avec les logiciels Skype et Zoom), compte tenu du contexte sanitaire. Nous avons choisi ce type d'entretiens afin de permettre à chaque médecin de décrire ses pratiques et d'exprimer librement ses opinions sans craindre le jugement des autres participants.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'hypothèses émises par ma directrice de thèse et moi-même sur la base de la recherche bibliographique effectuée en amont. Il a ensuite évolué au fur et à mesure des entretiens (guide d'entretien final en Annexe 1). Les questions du guide d'entretien étaient volontairement ouvertes et invoquaient pour certaines des situations concrètes rencontrées par les participants. L'écoute active et le mode conversationnel ont été adoptés afin de laisser la plus grande liberté de parole possible aux participants.

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique, puis retranscrits *ad integrum* avec un logiciel de traitement de texte (exemple de retranscription d'un entretien en Annexe 2). Tous les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription.

Le recueil a été réalisé jusqu'à saturation des données. Celle-ci a été atteinte lorsque la réalisation de deux entretiens consécutifs n'a pas apporté de nouvelle donnée.

## 4. Analyse des données

L'ensemble de l'analyse des données a été réalisé en suivant la méthodologie décrite dans le livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » écrit par Jean-Pierre Lebeau et d'autres médecins-chercheurs (15).

La première partie de l'analyse, **l'analyse ouverte**, a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs (un docteur en sciences qui s'est formé à la recherche qualitative, et moi-même). Cette étape en comprenait en fait trois :

- la familiarisation et la contextualisation des données ;
- l'étiquetage des données sous forme de propriétés ;
- l'organisation de ces propriétés en catégories.

L'étiquetage initial ainsi que la création des propriétés ont été conduits à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les catégories ont été obtenues après regroupement de toutes les propriétés sous forme de « cartes » imprimées, ce qui a permis une catégorisation générale.

La deuxième partie de l'analyse, **l'analyse axiale**, a consisté à articuler entre elles les propriétés et les catégories issues des différents entretiens autour des axes les plus porteurs de sens.

La troisième partie de l'analyse, **l'analyse intégrative**, avait pour objectif l'émergence d'un modèle explicatif intégrant différents axes.

L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

## 5. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement éclairé de chaque participant a été obtenu oralement au début de chaque entretien. Afin d'anonymiser les données, tous les noms propres (personnes, lieux, etc...) ont été supprimés. Les noms des participants ont été remplacés par un code.

# Résultats

## 1. Caractéristiques des médecins interrogés

Pour la réalisation des entretiens, 43 médecins généralistes du canton de Pertuis ont été contactés au mois de février 2021. 31 n'ont pas répondu à ma sollicitation (soit 72%), les autres se sont présentés comme volontaires.

La saturation des données a été atteinte après 10 entretiens individuels réalisés entre les mois d'avril et septembre 2021.

Les caractéristiques des participants sont précisées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Participant	Sexe (H/F)	Âge (années)	Enfants (nombre)	Durée d'exercice (années)	Mode d'exercice	Durée entretien (minutes)	Mode d'entretien ou Lieu
P01	H	64	2	39	semi-rural/urbain cabinet seul/centre de santé	17	Zoom
P02	F	32	2	8	semi-rural centre de santé	25	Lieu de travail
P03	F	36	0	1,5	urbain centre de santé	27	Zoom
P04	F	57	4	25	semi-rural/urbain cabinet de groupe	27	Au domicile
P05	F	45	2	17	semi-rural cabinet de groupe/MSP	20	Lieu de travail
P06	H	66	3	37	semi-rural cabinet seul/de groupe/MSP	17	Lieu de travail
P07	F	60	2	30	semi-rural cabinet seul	22	Skype
P08	H	50	5	21	semi-rural cabinet seul/de groupe	31	Lieu de travail
P09	F	32	1	4	semi-rural cabinet seul/de groupe/MSP	13	Lieu de travail
P10	F	35	2	6	semi-rural remplacements/MSP	25	Lieu de travail

Tableau 1: Caractéristiques des participants.

Parmi les interviewés, trois étaient des hommes et sept des femmes. L'âge moyen des participants était de 47,7 ans. La durée d'exercice moyenne était de 18,9 années. Trois médecins avaient une activité avec orientation pédiatrique. Quatre médecins pratiquaient de la gynécologie médicale, et un médecin était médecin de crèche. Trois médecins avaient une activité d'urgentiste avant ou en parallèle de leur activité de médecin généraliste.

Les entretiens ont majoritairement été menés en présentiel (n=7), sur le lieu de travail des médecins ou à leur domicile (n=1). La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes.

## 2. La consultation du nourrisson : une entité à part entière pour les médecins généralistes

### 2.1. Des spécificités identifiées

L'analyse des entretiens révèle que pour les médecins généralistes, la consultation du nourrisson est une consultation spécifique, et ce pour de nombreuses raisons.

Tout d'abord puisqu'il s'agit d'une consultation à trois intervenants, voire plus. Il ne s'agit donc pas d'une relation bidimensionnelle classique mais plutôt **tridimensionnelle** : le médecin, le parent et l'enfant.

*« Je pense qu'il y a aussi une relation qui est différente parce que c'est pas un médecin face à un patient, il y a un parent qui est dans la pièce donc finalement il y a 2 personnes voire 3 dont on doit s'occuper » (P03)*

**Le médecin s'occupe de l'enfant :**

*« Bon déjà [...] une prise de contact avec l'enfant, je commence souvent par l'enfant et puis après une prise de contact avec les parents. » (P03)*

*« le tranquilliser en me mettant à sa hauteur, c'est-à-dire que je me mettais jamais au-dessus, soit je me mettais sur l'escabeau soit je me mettais sur un tabouret à la hauteur du bébé, je lui posais la main sur le ventre. Et je lui parlais aussi bien sûr. » (P05)*

**Mais il intègre complètement les parents dans sa consultation. Il leur laisse la place pour s'exprimer et/ou participer à la consultation, voire il les implique directement.**

*« En interrogatoire de début de consultation, enfin plutôt une demande d'informations aux parents : pourquoi ils viennent, qu'est-ce qu'ils attendent de la consultation » (P03)*

*« J'attends un peu que viennent les questions euh...voilà, avant de me précipiter sur le même. » (P07)*

*« Je laisse toujours la possibilité aux parents et je le dis dès le départ que toutes les questions sont les bienvenues. » (P08)*

*« Donc moi quand j'examine des enfants, c'est jamais moi qui les déshabille et c'est jamais moi qui les rhabille, donc je demande aux parents de le faire. » (P07)*

*« Moi je fais un examen assez descriptif en expliquant pourquoi je fais tel mouvement, qu'est-ce que je cherche, quels sont les éléments que je trouve... » (P08)*

**Parfois même, ce sont des consultations où il faut également gérer la fratrie :**

*« souvent il y a aussi d'autres enfants qui sont présents en consultation donc ça fait plus de personnes à s'occuper » (P03)*

*« quand [...] les parents viennent avec le grand frère ou la grande sœur, je valorise le rôle du grand frère ou de la grande sœur, [...] et je valorise son rôle de manière à ce qu'il ne se sente pas complètement oublié au profit de ce bébé [...] que tout le monde trouve merveilleux, et que lui il est complètement oublié dans la consultation. » (P07)*

**Les consultations de suivi des nourrissons sont également perçues comme complexes et chronophages.**

*« Ça prend du temps, parce qu'il faut le déshabiller, il faut l'examiner intégralement, il faut faire un travail avec l'enfant, avec le parent qui est présent. [...] Je cherche plein de choses pendant ces consultations ! » (P03)*

*« Tu vois un peu tout ce qu'il faut qu'on fasse, je passe déjà 30 à 40 minutes avec les bébés » (P04)*

*« avant de passer à l'examen je regarde juste mon aide-mémoire pour rien oublier à chaque âge de l'enfant. Et puis je remplis le carnet de santé, je mets le poids et la taille à la fois sur le carnet de santé et je fais les courbes, et puis sur mon logiciel. » (P07)*

« Alors, d'abord une consultation bébé pour nous c'est au minimum 30 minutes, je refuse d'être en-dessous. [...] La seule chose pour les enfants où on accepte d'être moins lent c'est les urgences, c'est pour la rhino, l'otite, la bronchite, des choses comme ça, là on fait des consultations de 15-20 minutes » (P08)

« Mais c'est des consult qui sont un peu longues hein ! [...] Les nourrissons ils me prennent plein de temps. Mais j'ai quand même ma trame pour tous les enfants : sommeil, alimentation, moteur, langage (pour ceux qui sont un peu plus grands), examen clinique. » (P09)

Les médecins perçoivent notamment l'examen clinique du nourrisson comme un **examen dense et systématisé** :

« La fontanelle, les pupilles, euh... vérifier les freins [...], le dédoublement des gencives, euh... et puis euh... l'auscultation cardiopulmonaire évidemment, le cordon, le ventre, les hanches, les pouls pédiens, les réflexes, les positionner sur le ventre voir un petit peu leur tonicité, euh voilà globalement l'examen systématisé » (P02)

« Et ensuite et bah on examine le bébé, on le met tout nu, examen appareil par appareil : cardio, pneumo, abdo, organes génitaux, les hanches. Les pouls fémoraux, l'examen neurologique, les réflexes, le tonus axial périphérique, le poids, la taille, voilà. » (P04)

« je regarde les réflexes archaïques, le tonus. J'aime bien commencer par l'examen visuel pour voir le contact, le suivi oculaire avec la cible en général, la lueur pupillaire, l'occlusion alternée euh... Après j'enchaîne souvent sur l'auscultation cardiaque et pulmonaire. On regarde le cordon au passage. [...] ensuite les mesures : périmètre crânien, taille, poids. Quand on enlève la couche pour le poids j'en profite pour regarder les organes génitaux externes, euh... palpation abdominale [...] Et puis je termine euh... je mets un coup d'otoscope. » (P05)

D'autre part, le suivi du nourrisson est spécifique car très **régulier**.

« on les voit à 15 jours, 1 mois, 2 mois, 3 mois, donc euh voilà on les revoit, même des fois elles redemandent de me revoir entre temps » (P02)

« Première consultation en général c'est voilà à 3 semaines-1 mois et puis je le revois à 1 mois, sauf si je trouve que le poids c'est un peu difficile je le fais revenir à 15 jours, sinon 1 mois. 2 mois les premières vaccinations, 3 mois examen, voilà. » (P04)

« Et après les consultations classiques de tous les mois. » (P08)

Une autre spécificité de la consultation du nourrisson est la place majeure de la **vaccination**, à la fois au cours du suivi global de l'enfant, dans l'organisation de la consultation et dans la relation avec les parents.

« Soit ils viennent en PMI puis je les vois après le 2ème mois parce qu'il y a les vaccinations à faire » (P01)

« et les vaccins évidemment : explication des vaccins, effets secondaires, essayer de bien les installer pour les vaccins, la maman, au sein/pas au sein, sur les genoux/pas sur les genoux, allongé, il y en a qui ont des patchs, il y en a qui ont pas de patch, il y en a qui ont la sucette Pacidol, il y en a qui ont pas la sucette. Voilà on essaye de les rassurer sur le moment des vaccins. » (P02)

« on parle des vaccins, à quels âges. J'essaye de les mettre au crayon de papier sur le carnet pour qu'ils aient un peu le programme (rires). Ils réagissent en disant « déjà ?! », mais bon ils savent déjà, c'est plus sur les âges. Maintenant on a remis le calendrier vaccinal en salle d'attente donc en général ils ont déjà un peu regardé, ça évite un peu l'effet de surprise (rires). » (P05)

« La vaccination ça moi j'en discute un petit peu, en sachant que s'il n'y a pas de collectivité je ne mets pas la pression aux parents. » (P09)

## 2.2. Des difficultés pointées

Comme mis en évidence dans la partie précédente, la consultation du nourrisson tient une place à part entière dans la pratique des médecins généralistes, et ces derniers lui associent des difficultés propres.

Pour commencer, tous les médecins ne sont pas à l'aise avec les nourrissons par **manque de connaissances ou d'assurance** :

*« Alors après c'est vrai qu'en tant que médecin généraliste on a tous ces situations, moi je suis plutôt formé à l'adulte et à la personne âgée qu'au tout petit donc c'est pas mon domaine de prédilection. » (P01)*

*« je me rappelle que moi aussi je pouvais dire ça avant : « mais quand ça parle pas un enfant comment on fait pour pouvoir l'évaluer correctement ? ». Euh... ça crie un bébé (rires), ça peut déranger certains médecins, ceux qui ont les oreilles sensibles (rires). Ça peut faire peur, ça peut faire peur de prendre en charge un petit bébé qui est tout petit, on peut avoir peur de mal s'y prendre je pense » (P03)*

*« Quand c'est des naissances prématurées ou des choses compliquées je veux pas, mais [...] je fais tout ce qui est normal en fait, et quand c'est pathologique j'adresse. » (P04)*

*« il y en a pour qui voir un gamin c'est insupportable parce que s'il se met à pleurer il est dérouteré, ce que je comprends hein, enfin il n'y a pas de jugement là-dedans hein, je pense que c'est à chacun de trouver sa place. » (P08)*

Plusieurs médecins ont exprimé **manquer de pratique** avec les nourrissons :

*« Bah c'est vrai qu'en fait ma difficulté c'est que je vois pas beaucoup d'enfants en fait dans cette situation-là, de 0 à 3 mois » (P01)*

*« mais là c'est vrai que depuis qu'on est en groupe il y a des jeunes, en plus c'est des femmes donc elles font quand même beaucoup plus de pédiatrie que moi. » (P06)*

D'autre part, le médecin généraliste peut être en difficulté devant la **multitude d'éléments à rechercher** par l'interrogatoire et l'examen.

*« j'en ai pas beaucoup des bébés. Et puis euh... je cours pas après, j'ai peur de passer à côté d'un truc : une hanche, un pied tordu, ... » (P04)*

*« il faut être très attentif, je pense qu'il faut être très vigilant et très attentif alors qu'on est polarisé sur l'examen du nouveau-né » (P06)*

*« S'il n'y a pas de questions c'est pas la peine d'aller créer les problèmes là où il n'y en a pas. » (P07)*

Ainsi, les médecins généralistes ne perçoivent pas la consultation du nourrisson comme une consultation « lambda ». Ils lui associent des particularités et des difficultés propres.

## 2.3. Des outils d'aide à la consultation

Devant les spécificités du suivi du nourrisson, les médecins généralistes utilisent des outils d'aide à la consultation.

Le **carnet de santé** est pour eux une source d'informations :

*« Ensuite je consulte le carnet de santé. » (P03)*

*« je regarde bien le carnet de santé, je refais le point sur la naissance, comment s'est passée la naissance, le terme, le poids, s'il y a eu une hospitalisation, une infection périnatale, si la maman a eu un problème ou pas enfin comment s'est passé l'accouchement » (P04)*

*« je regarde le carnet de santé très vite tout en posant un peu des questions » (P05)*

*« je regarde le carnet de santé » (P10)*

Ils utilisent des outils de **dépistage sensoriel** :

« Et j'ai des outils de dépistage, j'utilise le Sensory Baby Test, je fais le Pigassou, le Moatti » (P02)

« Le test d'audition je le fais plus tard » (P05)

« Quand je fais les troubles sensoriels à 9 mois, j'ai ma petite mallette, je fais mon audition c'est codifié. » (P08)

Les **outils informatiques** peuvent également les aider :

« Et puis après bah je démarrerais Google et je regarderais ce que j'ai comme ressources dans le coin. C'est quelque chose que je fais assez souvent quand je rencontre un problème. » (P03)

« En fait j'ai un petit aide-mémoire tu sais pour rien oublier, donc avant de passer à l'examen je regarde juste mon aide-mémoire pour rien oublier à chaque âge de l'enfant. » (P07)

« Bah déjà j'ai une fiche-type, j'ai mon petit mémo que je mets dans mon dossier et que je suis... » (P09)

### 3. Consultation du nourrisson mais considération et prise en charge de la dyade

#### 3.1. Suivi du nourrisson : suivi implicite de la mère

Les médecins généralistes interrogés ont évoqué la **place laissée à la mère** au cours de la consultation de son nourrisson, notamment par le temps de consultation qui lui est accordée.

« elles ont souvent besoin de parler [...] Et puis si ça craque, des fois hein au milieu [...] Moi j'ai une demi-heure pour les enfants donc ça leur laisse quand même la possibilité de parler, de se livrer, en tout cas si elles en ont envie. » (P02)

« Je pense que le temps est important parce que dans la consultation, au bout d'un moment il y a des choses qui sortent. » (P09)

« Je me rappelle de mon premier suivi du nourrisson où la maman elle était au fond du gouffre, et finalement j'ai accordé peut-être plus de temps à la santé de la mère qu'à la visite du nourrisson. » (P10)

Les médecins semblent être vigilants à l'**état psychologique des mères** lors des consultations de suivi du nourrisson, notamment à leur état de **fatigue**.

« on regarde pas mal les parents pendant ces consultations-là. Aussi voir si la maman n'est pas trop fatiguée. Si je vois que c'est un peu difficile je demande si elle a eu sa consultation post-partum avec le gynécologue, s'il y a une rééducation de prévue, des choses comme ça. » (P05)

« je suis toujours vigilant à savoir l'expression de la maman, le visage » (P08)

« Déjà à la tête qu'elle a, déjà ça nous renseigne déjà sur si elle est vraiment épuisée, ça favorise hein d'être mal. » (P09)

« comment va maman émotionnellement et... oui dans les 3 premiers mois, enfin même un peu plus hein, de voir que l'équilibre se fait, que maman elle soit pas, enfin pour les dépressions pour les trucs comme ça. » (P09)

« ça a une place importante, parce qu'on sait que si maman va pas, bébé va pas. [...] ou voir si elle est fatiguée aussi elle, ce qui peut aussi faciliter les mauvais comportements. » (P10)

Lorsqu'ils perçoivent des difficultés maternelles, les médecins expriment **s'adapter** en termes de disponibilité et de prise en charge, ils sont relativement **flexibles**.

« là encore je vais essayer de passer un peu plus de temps avec elle, et à la limite je vais l'inviter à venir en consultation elle, pour faire le point avec elle si je sens qu'il y a une difficulté. » (P01)

« Et surtout des fois quand il y a un petit problème avec le bébé, des régurgitations, des choses qui semblent qui ne sont pas totalement physiologiques, que ça peut basculer vers un RGO, vers une intolérance aux protéines de lait de vache, euh... on essaye d'y aller pas à pas, de leur expliquer » (P02)



« On le sait c'est des mamans qui appellent toutes les semaines : « ah mais là il a eu une selle verte, là il a eu machin ». Donc euh... limite on le marque dans le dossier (rires) en disant « attention maman stressée, maman mytho », mais finalement c'est des femmes que je critique » en disant « rroo allé encore » mais que je vois parce que c'est important, elles ont besoin, même si je sais que ça va me prendre 10 minutes, que je vais juste rassurer, qu'il a rien, mais c'est pas grave. » (P02)

« moi je donne un accès à mon mail, donc ça dépend des mamans... » (P09)

« ça va vraiment dépendre de comment je la sens sur les consultations » (P10)

Ainsi, les médecins généralistes interrogés ont exprimé être attentifs aux jeunes mères lors des consultations de suivi de leurs nourrissons. Ils leur permettent de s'exprimer et s'adaptent à leurs besoins.

### 3.2. La place du père n'est pas négligée pour autant

Les médecins interrogés constatent la **présence des pères** aux consultations de suivi des nourrissons, principalement pour les premières.

« De plus en plus il y a des papas qui amènent quand même, ça évolue beaucoup quand même. Même par rapport à ma génération, et dans tous les milieux sociaux, et peut-être même plus dans les milieux ouvriers tu vois, j'ai l'impression... Les hommes maintenant ça amène les bébés. » (P04)

« Les premières consultations il y a souvent les 2 parents, après j'ai plus que la maman, ou que le papa mais en général que la maman, mais les 2-3 premières souvent il y a les 2 parents. » (P05)

« Alors bah j'interroge un petit peu les parents sur la relation mère-enfant, père-enfant, ça dépend qui vient au cabinet, si c'est les 2 parents. Souvent c'est les 2 parents surtout pendant les premières consultations. » (P07)

« J'ai pas mal de papas aussi qui viennent montrer leurs enfants, la maman elle a repris le travail ou il y a le premier euh... et donc j'ai pas mal de « attends, je sais plus, maman elle a dit quoi déjà ? » (sourire) Mais c'est bien ! » (P09)

Les généralistes évoquent la nécessité de prendre en compte les **relations père-enfant et père-mère** au même titre que la relation mère-enfant.

« il y a aussi l'interaction entre les parents et l'enfant, je regarde aussi l'interaction entre les 2 parents, si ils sont là tous les deux. » (P03)

« je pense qu'il faut pas qu'on se focalise sur la relation mère-enfant parce qu'on en fait un lien privilégié en oubliant un peu le rôle du père là-dedans. En fait le rôle du père il est primordial aussi, en fait c'est une famille hein. Un couple c'est un couple, à partir du moment où il y a un enfant au milieu ça devient une famille. » (P07)

Pour cela, les médecins cherchent à savoir quelle est la **place du père dans l'environnement quotidien** de l'enfant.

« comment l'enfant se comporte à la maison, dans quel cadre il est euh... le papa, la maman, parce qu'on a bien souvent pas de papa. » (P01)

« le papa est beaucoup plus présent du coup souvent quand il y a le biberon. » (P02)

« S'il y en a qu'un seul [de parent], j'essaye de poser un petit peu des questions euh... sans être indiscret mais pour voir un peu si ça se passe bien. » (P03)

« Alors première consultation elle est venue avec son frère que je connais, voilà. Deuxième consultation elle est venue toute seule, et là j'ai dit « est-ce qu'il y a un papa ? » (rires). » (P05)

« d'abord je prends connaissance de la structure familiale » (P08)

La place du père n'est donc pas négligée par les médecins généralistes lors des consultations de suivi des nourrissons. Ils sont attentifs à sa présence ou non aux côtés de la mère et prennent en compte la relation père-mère et la relation père-enfant.

### 3.3. Évaluation indirecte de la santé mentale de la mère

Comme nous l'avons évoqué précédemment, au cours des consultations de suivi du nourrisson l'attention des médecins généralistes se porte également sur la mère. Ils s'intéressent notamment à sa santé mentale.

La grande majorité des médecins interrogés évalue l'état psychologique de la mère de manière **indirecte**, en s'appuyant sur leur **ressenti**.

*« Je ne pose pas la question directement, c'est-à-dire je... soit je connais la maman et j'essaye de voir comment la grossesse s'est bien passée, comment l'accouchement s'est bien passé, comment se passent les choses à la maison. Mais je ne pose pas une question directement à la maman sur l'aspect anxieux, dépressif, ou d'inquiétudes. Sauf si je sens un soucis particulier, mais ce n'est pas une question, ce n'est pas une interrogation systématique. » (P01)*

*« On le sent : maman stressée, maman pas stressée, elles ont 10 000 questions, elles arrivent avec une liste, voilà bon. » (P02)*

*« Donc il faut essayer de caractériser les patientes, mais c'est au feeling hein je pense, là pour l'instant j'ai pas de manière de faire autrement. » (P02)*

*« Je pense à cette maman là qui avait fait cette dépression post-partum. Bon elle exprimait ses difficultés... Mais on sentait une tension chez elle » (P05)*

*« La santé mentale de la maman... Pfff... difficile à dire... difficile à dire parce que ça c'est vraiment une perception individuelle en fait. » (P06)*

*« Il y a vraiment des profils, mais c'est sûr que je vais pas dire « comment vous allez ? vous vous sentez déprimée ? », je vais pas le dire ça, je demande pas directement mais...peut-être que je devrais d'ailleurs, mais en tout cas j'essaye de voir quoi.... Bah en sensation. » (P09)*

*« déjà j'essaye de voir si la maman ça va bien parce que ça peut être compliqué. [...] Après c'est plus euh, dans les questions qu'elle pose, essayer de la rassurer, si elle fait bien, si elle fait pas bien mais ça va vraiment dépendre de comment je la sens sur les consultations. » (P10)*

C'est en s'appuyant sur leurs **observations du comportement de la mère** qu'ils évaluent indirectement son état psychologique, notamment son niveau d'**anxiété**.

*« tout est dans la réaction, il y a la réaction par rapport aux vaccins aussi qui est importante parce qu'à 2 mois c'est « il est petit, tout petit, j'peux pas » voilà. [...] c'est pas de la malveillance ni rien, c'est vraiment un stress qui est important par rapport aux soins ou par rapport à l'examen » (P02)*

*« il y a des mamans elles veulent même pas être à côté de moi quand je l'examine, elles supportent pas que je le prenne, que je lui fasse le Moro, que je le manipule comme ça alors que le bébé dit rien, et alors les vaccins c'est une vraie torture » (P02)*

*« comment ils me laissent l'examiner : est-ce que finalement ils sont en confiance ou pas, est-ce qu'ils sont constamment là à côté ou est-ce qu'ils me laissent un certain espace pour l'examiner. Ça me permet d'avoir un peu une idée de leur degré d'inquiétude par rapport à l'enfant. Euh.... Ouais, je regarde beaucoup ça. » (P03)*

*« C'est dans les plaintes de la mère que tu vois qu'il peut y avoir, si elle arrive pas à bien le nourrir, à bien l'allaiter, si elle trouve qu'il prend pas bien, qu'il pleure beaucoup, qu'il a des coliques tout le temps, enfin les coliques ils en ont un peu mais si ils en ont tout le temps c'est la maman qui a des coliques quoi ! Quand il y a beaucoup de plaintes j'ai tendance à penser que la maman est en difficulté. » (P04)*

*« Et en fait elle était très inquiète sur la quantité de sommeil de sa gamine, elle me dit « elle dort beaucoup » alors moi je lui dis « mais un bébé de 1 mois ça peut dormir jusqu'à 18h par jour, est-ce que c'est moins ? est-ce que c'est plus ? », et elle me dit « non c'est ça ». Je dis « bah alors qu'est-ce qui vous inquiète ? », et c'est là que j'ai parlé du rythme, je lui ai dit que c'était hyper important de respecter le rythme de sa fille, que si elle avait besoin de sommeil c'est qu'il fallait le respecter mais je lui ai dit que je trouvais sa question de « trop dormir » surprenante. Et là elle me dit « bon bah il faut que je vous dise, son père est toxicomane et est-ce que ma fille peut faire un syndrome de sevrage en fait ? », et donc c'était de là que venait l'anxiété du sommeil prolongé. » (P08)*

Les médecins interrogés ont évoqué plusieurs éléments qui leur font suspecter une **anxiété maternelle excessive** ou un **épuisement** :

- **les reflux**

« Après quand une maman commence à te dire que son bébé a des reflux, tu peux te dire que c'est une maman angoissée que là c'est mal barré. Le reflux c'est un truc, les bébés qui ont des reflux c'est des bébés qui ont des mères très angoissées à mon avis quoi tu vois. » (P04)

« là pour la patiente à laquelle je pense, je pense qu'il y a eu un baby blues bon léger, mais qu'il y a eu un épuisement parce que l'enfant avait un reflux. D'ailleurs on l'a mis sous traitement, l'enfant pleurait énormément et la maman elle s'épuisait quoi. » (P05)

« Et en fait elle a complètement médicalisé et surmédicalisé alors que c'est un enfant qui va bien, en disant qu'il avait des reflux, en mettant des traitements immédiatement. » (P07)

- **les pleurs du nourrisson perçus comme excessifs**

« mais si c'est un bébé qui pleure énormément tu peux te dire que souvent derrière il y a une maman angoissée, cause ou conséquence hein d'ailleurs, tu sais pas qui de l'œuf ou de la poule. » (P04)

« tu peux avoir un peu les gamins qui arrêtent pas de pleurer où tu as plus de difficultés, où là oui ça peut être un peu compliqué, où les parents en peuvent plus, la maman en peut plus » (P05)

- **le manque de sommeil**

« Alors ce qui fait mal c'est la nuit hein (rires) : « est-ce qu'il espace les nuits ? », « Non il tête toutes les heures j'en peux plus ». Voilà au début c'est « je suis épuisée » et puis après « j'en ai marre quoi, j'en ai marre je veux tout arrêter, je passe au biberon ». Donc c'est là où on dit bon, on est pas sur un baby blues mais euh... on commence un burn out de la maman là, où il va falloir faire quelque chose et on les accompagne. » (P02)

« Bon on demande pas si il fait ses nuits avant 3 mois. [...] je demande pas si le bébé dort bien, je demande si la maman tu vois... comment elle est (sourire). » (P04)

### **3.4. Obstacles à l'évaluation de la santé mentale maternelle et difficultés de PEC**

Les médecins généralistes interrogés ont évoqué plusieurs obstacles à l'évaluation de la santé mentale maternelle.

Tout d'abord, les mères **ne se livrent pas** toujours spontanément, voire **elles cherchent à cacher** leurs difficultés.

« comme au début je les connais pas, ça dépend de leur envie de se livrer au départ. » (P02)

« Mais une fois que tu t'es dit ça [« mère anxieuse »] c'est difficile d'aller plus loin parce que d'abord elle le reconnaît pas forcément, elle se sent mal comprise, elle se dit que c'est elle qui va pas avec son bébé, c'est compliqué hein » (P04)

« je pense qu'une maman peut aussi masquer le fait que des fois elle en ait marre de son bébé, qu'elle craque et qu'elle ait plus envie de s'en occuper ou qu'elle le trouve bizarre » (P05)

« la maman en question au départ elle montrait rien quoi, ça allait, en plus elle avait déjà eu un enfant donc elle savait comment ça se passait. C'est finalement en creusant 3-4 choses qu'elle s'est effondrée donc euh... si j'avais pas creusé j'aurais peut-être pas su. » (P10)

Ensuite, les médecins ont exprimé des difficultés concernant le diagnostic et la **prise en charge des troubles psychiatriques maternels en libéral** :

« Et pour orienter rapidement, est-ce qu'il faut le faire vite ? est-ce qu'il faut prendre du temps pour le faire ? c'est des questions que je me pose toujours quoi, parce que c'est vrai que quand

*on a des problèmes psy, hormis l'urgence psychiatrique, il faut du temps pour amener un petit peu la personne vers une prise en charge. » (P01)*  
*« Et après tu vois euh... qu'est-ce qu'on fait ? Tu téléphones à un psychologue ? D'abord c'est pas gratuit et puis les listes d'attente, t'en as pour des plombes quoi. » (P04)*

Certains médecins pensent avoir un **biais dans leur patientèle** et donc ne pas être vraiment concernés par certaines problématiques.

*« Nous en médecine générale, je pense qu'on a un biais, parce que moi les femmes qui viennent me voir ce sont des femmes qui sont assez détendues, assez cools. Forcément parce que je ne suis que généraliste. Une maman qui est angoissée, qui est soucieuse, elle va aller voir un pédiatre parce que c'est mieux, il saura mieux, son bébé c'est particulier quoi tu vois. » (P04)*

Les médecins généralistes interrogés cherchent donc à évaluer l'état psychologique des mères au cours des consultations de suivi de leurs nourrissons. Ils le font de manière indirecte, en s'appuyant sur leur ressenti. Toutefois, la capacité des mères à se livrer est déterminante pour cette évaluation. De plus, la prise en charge des mères en difficulté est perçue comme complexe par les généralistes.

## **4. Évaluation de la relation mère-bébé : une affaire de ressenti**

### **4.1. Investigation d'éléments cruciaux pour la construction de la relation mère-bébé**

Afin d'évaluer la relation mère-bébé, les médecins généralistes interrogés ont identifié des éléments particulièrement pertinents selon eux dans la construction de la relation mère-bébé.

#### **4.1.1. La grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat**

Lors de l'**interrogatoire**, les médecins se renseignent sur le **déroulement de la grossesse**.

*« comment la grossesse s'est passée, important bien sûr, comment la grossesse s'est passée [...] ça m'arrive souvent de poser, c'est pas systématique, souvent je pose la question : est-ce que la grossesse a été normale, dans quel cadre évoluez-vous, est-ce que c'était une grossesse attendue ou pas ? » (P01)*

*« la maman souvent je la connais pas, j'ai pas suivi la grossesse, donc je reprends la base sur euh... comment s'est passée la grossesse, euh... les antécédents euh... est-ce qu'il y a eu un problème pendant la grossesse » (P02)*

*« Comment... bah la grossesse comment ça s'est passé » (P09)*

Ils identifient la période de la grossesse comme importante dans la **construction du lien mère-enfant**.

*« avoir suivi la grossesse aussi parce que le lien avec l'enfant il s'est fait aussi pendant la grossesse. De savoir ce qu'on leur a conseillé de faire comme travail prénatal etc... c'est important aussi » (P07)*

Les médecins questionnent également la mère sur le **déroulement de son accouchement**. Ils recherchent des **complications**, pour la mère ou pour le bébé, et cherchent à savoir comment la mère a **vécu cet accouchement**.

*« l'accouchement : comment s'est passé l'accouchement, comment elle l'a vécu. » (P02)*

*« je refais le point sur la naissance, comment s'est passée la naissance, le terme, le poids, s'il y a eu une hospitalisation, une infection périnatale, si la maman a eu un problème ou pas enfin comment s'est passé l'accouchement » (P04)*

*« en général je leur demande bah comment s'est passée la naissance, l'accouchement pour la maman. » (P05)*

*« l'accouchement en lui-même, tous les détails qui l'ont accompagné jusqu'à l'arrivée » (P09)*

« surtout si c'est la première je demande comment s'est passé l'accouchement, je regarde le carnet de santé, je parle avec la maman pour savoir si tout s'est bien passé, pour elle, pour le petit. » (P10)

Les médecins généralistes perçoivent **la naissance** comme un **moment crucial** dans la **construction de la relation** mère-bébé.

« enfin voilà la naissance même si elle est difficile c'est un moment particulier quoi hein. » (P01)

« en particulier au premier enfant parce que... parce que c'est une rencontre parce que... Le premier enfant c'est aussi non seulement la rencontre avec quelque chose d'inattendu et auquel on n'est pas préparé » (P07)

#### 4.1.2. L'allaitement

Lors de l'**interrogatoire**, les généralistes se renseignent également sur le **mode d'alimentation** et son **déroulement**.

« l'alimentation comment ça se passe » (P01)

« on est beaucoup axé sur la nourriture au départ, le type de nourriture » (P02)

« Je m'occupe de l'alimentation aussi, savoir si ça se passe bien au niveau de l'alimentation du nourrisson » (P03)

« l'interrogatoire de la maman : si tout se passe bien avec l'alimentation, allaitement ou pas » (P04)

« Après par rapport à l'alimentation, si c'est un allaitement ou pas un allaitement » (P05)

« l'alimentation, l'allaitement notamment [...], j'insistais quand même pas mal sur l'allaitement. » (P06)

« comment est-ce qu'il mange, comment est-ce qu'il tète » (P07)

« Nous discutons de l'alimentation, allaitement-pas allaitement [...] Premier mois on discute toujours de l'allaitement principalement » (P08)

« [je demande] s'il est allaité ou si c'est artificiel » (P10)

Ils cherchent notamment à recueillir le **ressenti de la mère** en cas d'**allaitement**.

« [savoir] si la maman elle a pas de problème de pathologie en lien avec l'allaitement si elle allaite. » (P03)

« il y avait toute une part sur le ressenti, l'allaitement... » (P06)

« oui je suis attentif, je pose toujours la question à la maman de comment ça se passe l'allaitement, comment elle le sent » (P08)

Aussi, ils perçoivent l'allaitement comme cause possible de **souffrance psychologique maternelle** ou comme **révélateur d'un trouble de la relation mère-bébé**.

« Bah en fait par l'alimentation c'est déjà un premier point parce qu'il y a des femmes qui veulent allaiter qui y arrivent, il y en a qui n'y arrivent pas, il y en a pour qui c'est vraiment une déception, il y en a pour qui le biberon c'est vraiment l'arrache-cœur » (P02)

« là ça a tilté je me suis dit la prochaine fois que je vois cette maman, je vais essayer de creuser : « pourquoi ? pourquoi vous lui donnez pas à la demande ? qu'est-ce qui... ? est-ce que vous êtes fatiguée parce qu'il y a d'autres enfants ? il y a des plus grands ? est-ce que voilà ». » (P02)

« Alors, c'est quelque chose [la qualité de la relation mère-bébé] que je vois... En fait je les laisse allaiter les mamans qui allaitent pendant les consultations. Donc j'en ai déjà une première idée au moment de l'allaitement. » (P03)

#### 4.1.3. La vie quotidienne du nourrisson

Les médecins généralistes cherchent à recueillir un maximum d'informations sur le **quotidien du nourrisson** afin de se faire une idée du **contexte** dans lequel se développe la relation mère-bébé. L'objectif est de faire exprimer à la mère ses éventuelles difficultés et d'en évaluer le retentissement sur le bien-être du nourrisson.

Pour cela, ils procèdent à un **interrogatoire exhaustif** :

*« je pose pas mal de questions à la maman sur euh... bah déjà sur le comportement de l'enfant, comment ça se passe, [...] comment l'enfant se comporte à la maison » (P01)*

*« On passe aussi souvent à comment il est dans la journée : est-ce qu'il est souvent allongé, est-ce qu'il est porté en écharpe, est-ce qu'il a besoin d'être collé, est-ce que voilà. Comment il dort : est-ce que c'est du cododo ou est-ce qu'il est déjà dans sa chambre ? » (P02)*

*« Et puis voilà, je pense que c'est un package, on le voit aussi à toutes les réponses qu'elles peuvent donner, on essaye de poser le maximum de questions, sur et autour de l'enfant, et je pense que c'est plus aux réactions » (P02)*

*« Mais c'est vrai qu'on est pas forcément tourné vers la relation mère-enfant, hormis dans la partie interrogatoire où au départ on aborde l'alimentation, le sommeil, les conseils, etc... » (P06)*

*« comment ça se passe à la maison, comment est-ce qu'il dort, comment est-ce qu'il mange, [...] s'il y a des grands-parents qui donnent leur avis, si les avis sont discordants, comment ça se passe... bah l'harmonie familiale générale quoi ! » (P07)*

*« Je leur pose la question de comment ça se passe, est-ce qu'ils se sentent bien avec l'enfant. [...] je pose toujours la question à la maman de [...] comment se passe le rythme, comment se passe son sommeil. [...] Je pose la question « est-ce que vous avez des sourires ? », parce qu'en fait je me suis aperçu que les difficultés c'est jamais moi qui les ai révélées, c'est la mère qui me les a énoncées avant même que moi je ne les vois lors d'une consultation. Même au niveau du tonus. » (P08)*

*« Je lui pose plusieurs fois la question de si ça va, si ça se passe bien à la maison » (P10)*

Ils recherchent notamment quelques éléments-clés révélateurs du bien-être du nourrisson et du bon déroulement de la relation à leurs yeux :

- **pleurs excessifs et inexplicables** du nourrisson

*« est-ce qu'il y a un problème, est-ce qu'il pleure pour rien » (P02)*

*« Je demande comment sont ses pleurs, si ça va, ça va pas. [...] si c'est un bébé qui pleure énormément tu peux te dire que souvent derrière il y a une maman angoissée, cause ou conséquence hein d'ailleurs, tu sais pas qui de l'œuf ou de la poule. » (P04)*

*« C'est vrai que je sais pas si je demande « mais qu'est-ce que vous faites quand il ne fait que pleurer pendant 1h ? dans quel état ça vous met ? qu'est-ce que vous faites ? comment vous êtes à ce moment-là ? ». Après ils me le disent un peu spontanément du genre « là je suis sortie, j'ai laissé... » (P09)*

- **échanges de regards et sourires**

*« Après je pose la question « est-ce qu'il vous cherche du regard ? », ça c'est une question que je pose. » (P04)*

*« Je pose la question « est-ce que vous avez des sourires ? » » (P08)*

## 4.2. Une consultation placée sous le signe de l'observation

Les médecins généralistes interrogés ont exprimé qu'une grande partie de leur consultation de suivi du nourrisson s'appuyait sur l'observation.

### 4.2.1. Prise en compte du contexte de consultation

Les généralistes sont attentifs à la **présence d'un entourage ou non** pendant ces consultations.

*« est-ce qu'elles sont entourées. Des fois, bon surtout quand c'est des jumeaux mais elles arrivent avec leur maman, plus qu'avec le papa (rires) » (P02)*

*« est-ce que le papa il vient aider » (P05)*

Ils font également attention au **cadre** dans lequel se déroule la consultation.

« ne fut-ce que la manière de prendre un rendez-vous, de prévoir, de pas prévoir, d'être en retard, tout ça il y a des tas de choses qui se jouent là. » (P04)

#### 4.2.2. Observation des parents

Les médecins généralistes interrogés sont **attentifs au comportement des parents vis-à-vis de leur enfant** pendant la consultation.

« Après c'est un petit peu euh comment dire... c'est l'observation de euh... de comment elle se comporte avec l'enfant, euh... ce qu'elle dit sur l'enfant, sur les questions qu'elle pose. [...] et comment elle se comporte : est-ce qu'elle est très angoissée, à travers les mouvements qu'elle fait, est-ce qu'elle a très peur, ou pas. » (P01)

« Je regarde comment les parents se comportent avec l'enfant pendant la consultation, comment ils le rassurent, comment ils me laissent l'examiner [...]. Ça me permet d'avoir un peu une idée de leur degré d'inquiétude par rapport à l'enfant. » (P03)

« Voilà une maman qui arrive avec son berceau ça prend de la place machin mais tu vois c'est que son bébé prend de la place (rire). Là la maman elle arrive avec son bébé dans les bras c'est inquiétant. » (P04)

« Je préfère un peu recueillir l'attitude des parents parce que... En fait j'induis pas les questions avant qu'elles ne viennent, ça ne sert à rien. » (P07)

« je regarde comment elle se comporte, s'il n'y a pas de signe de détachement » (P10)

Les médecins observent **les gestes des parents** envers leur enfant pendant la consultation. Ils sont également attentifs à la **communication verbale et non verbale**.

« Je regarde comment elles communiquent avec leur enfant et comment elles le rassurent. [...] est-ce qu'elle se rapproche, est-ce qu'elle lui parle, est-ce qu'elle le touche, ou est-ce qu'au contraire elle se met entre lui et moi et qu'elle m'empêche un peu de trop l'approcher, est-ce qu'elle veut le rhabiller super vite, enfin voilà, enfin dans sa communication verbale et non verbale avec son enfant. » (P03)

« Moi à part comment elle le porte, comment elle le prend, comment elle le met sur la table, l'attention qu'elle lui porte, comment elle le regarde » (P04)

« Dans la façon dont ils déshabillent l'enfant, est-ce qu'ils sont à l'aise ou pas à l'aise, est-ce que le papa il vient aider. Oui il y a des choses quand même, bien sûr on regarde pas mal les parents pendant ces consultations-là. » (P05)

« Bah dans le déshabillage, dans l'approche, dans le regard, s'ils étaient à l'aise, si la maman... le tactile, l'approche tactile, dans le déshabillage. Les mots aussi, si elle lui parlait ou pas, ou les surprotectrices aussi avec les « mon chéri, mon amour » » (P06)

« Après on le voit aussi dans l'attitude, quand ils le prennent euh... Voilà, on en sent quelques-uns qui sont encore un peu désemparés à l'habillage et au déshabillage hein. » (P07)

« Il y a quelques années j'ai eu un problème de relation mère-enfant et en fait ça se voyait parce qu'en fait cette mère ne touchait jamais son enfant pendant les consultations. C'était uniquement le père qui s'en occupait, et la seule chose qu'elle était capable de dire à ce bébé qui avait quelques semaines c'était « chut...chut... » (sourire). Voilà, et donc là on a senti qu'il y avait un problème. » (P07)

« C'est au moment de l'examen clinique en fait, je demande à la maman de déshabiller l'enfant et je regarde comment elle le déshabille, quels sont les échanges de regards, et la manière dont elle le manipule aussi. » (P08)

« Et aussi comment ils tiennent l'enfant, comment... être à l'aise ou non. » (P09)

« c'est surtout par le regard peut-être, de comment ça se passe, comment elle manipule son enfant » (P10)

Ils observent également, bien que plus rarement, les **réactions du nourrisson** aux gestes de sa mère :

« Je regarde la manière dont l'enfant comprend le contact avec elle quand elle le déshabille. » (P08)

Ces observations leur permettent de se faire une idée de la **qualité de la relation parent-bébé** via l'évaluation de la **qualité des interactions** entre eux.

*« C'est ça qui me permet d'évaluer un petit peu le... le... le cadre je dirais de bienveillance qu'elle peut avoir vis-à-vis de l'enfant » (P01)*

*« Dans le regard, dans les gestes, enfin s'ils sont plus ou moins, déjà voir si la maman elle est à l'aise avec le déshabillage, le port du bébé et tout ça. Mais la qualité du lien c'est subjectif... » (P05)*

#### **4.2.3. Le ressenti avant tout**

Pour finir, les médecins interrogés avouent s'appuyer principalement sur leur **ressenti pour évaluer la relation mère-bébé**.

*« mais finalement je préfère primer sur l'expérience et le feeling. » (P02)*

*« Après euh... te donner des critères... c'est un peu intuitif c'est vrai, c'est un peu au feeling. » (P04)*

*« ça fait 15 ans que je fais beaucoup de pédiatrie [...] Je suis incapable de te donner les éléments qui me permettent de dire si je suis inquiet ou pas. [...] c'est un ressenti. » (P08)*

*« Mais en indice euh... je fais un peu au feeling c'est vrai. » (P09)*

*« c'est vrai qu'il y a rien qui est écrit sur les papiers sur comment guider les consultations quoi. Donc c'est plus on va dire du ressenti » (P10)*

### **4.3. Facteurs de risque et protecteurs de troubles du lien**

Les médecins généralistes ont identifié des éléments auxquels ils sont particulièrement attentifs car pouvant **influencer la relation mère-bébé**.

#### **4.3.1. Facteurs de risque**

Tout d'abord, le **contexte socio-économique** dans lequel le nourrisson est accueilli semble être déterminant pour les médecins interrogés.

L'**isolement de la mère** notamment peut être source de difficultés :

*« sauf que c'est elle qui était là au quotidien et qui du coup fatiguait » (P05)*

*« Donc elle m'a expliqué que non, qu'elle avait décidé de l'avoir toute seule et que c'était voulu comme ça, mais donc qu'elle l'élevait seule, et donc là je vais avoir peut-être une attention un peu plus euh... enfin voilà, une vigilance un peu renforcée. » (P05)*

*« quand je sens que le père n'est pas très soutenant aussi, quand je vois des mamans qui ont des constructions un peu seules, je m'en inquiète un peu et j'essaye de trouver des liens. » (P08)*

La **précarité** est également perçue comme source de troubles de la relation mère-bébé.

*« Alors, c'est une patientèle comme je le disais qui vit dans des quartiers euh... vulnérables et défavorisés. [...] on a bien souvent pas de papa. [...] Parce que c'est vrai qu'on a dans notre secteur géographique des grossesses qui sont pas forcément prévues, avec un refus très fréquent des IVG. Donc du coup, voilà, ça m'oriente un peu déjà sur l'acceptation de l'enfant quand il arrive au monde. » (P01)*

*« c'était une maman qui était toxicomane et qui était arrivée sur le territoire français depuis très peu de temps, [...] et puis finalement elle avait été séparée de son enfant par les services sociaux parce qu'il y avait des gros problèmes relationnels et qu'elle s'en occupait pas correctement. » (P03)*

Les **troubles psychiatriques maternels** ont également été évoqués comme facteur de risque de trouble de la relation.

*« Enfin voilà lien mère-enfant dans le cadre de la psychose ou de l'autisme, j'en ai pas beaucoup hein. » (P04)*

*« il y avait une vraie problématique psy pour elle et certainement un vrai danger pour l'enfant et pour la relation. » (P05)*



« elle était déjà en difficulté avec des attaques de panique et donc j'ai passé mon temps à la rassurer. » (P06)

« En fait bon il y avait déjà un problème chez la mère au départ hein, c'était une maman qui avait des difficultés particulières psychologiques donc euh... le rapport s'est pas fait » (P07)

« Notamment là j'en ai une qui est bipolaire, [...] Je suis hyper préoccupée parce que je me dis, enfin je sais pas elle peut virer à tout moment » (P09)

La notion de **relation « trop fusionnelle » ou « excessive »** a également été évoquée comme source de trouble de la relation.

« Le problème il est plutôt inverse maintenant [...] : les enfants surinvestis, l'enfant roi. Maintenant c'est ça le problème et ça je pense pas que ce soit répertorié dans les troubles de la relation mère-enfant. » (P04)

« c'est une maman très investie mais très fusionnelle donc ça va certainement à un moment donné être un peu compliqué » (P05)

« les surprotectrices aussi avec les « mon chéri, mon amour », voilà où c'était trop où tu disais le gamin il a 3 mois c'est déjà l'enfant roi entre guillemets. Voilà, ça oui tu y faisais attention » (P06)

« Là où c'est plus délicat c'est dans le côté fusionnel plus que dans le côté distanciel, où là dans ma patientèle il faut que je sois un peu plus attentif puisque c'est là où des fois on voit qu'il y a un problème de lien excessif plus qu'adapté. » (P08)

Ensuite, les médecins interrogés marquent une **distinction entre primipare et multipare**. Le fait que ce soit un premier enfant est à leurs yeux plus à risque de difficultés maternelles.

« Même si c'est des premiers bébés parce qu'évidemment la différence elle est là. » (P02)

« surtout quand c'était le premier bébé parce que l'approche est tout à fait différente. » (P06)

« Parce que généralement les nourrissons sont fournis sans mode d'emploi et parfois les parents sont un peu surpris. » (P07)

« Même si c'était pour un 2ème enfant, la nana là on sentait que l'attachement se faisait un peu à reculons » (P09)

Ils ont également évoqué que **l'entourage** proche des jeunes parents est parfois **toxique** par les nombreux **conseils contradictoires** qu'il peut apporter. Les proches mettent ainsi les jeunes parents en difficulté car ne sachant pas qui écouter, ni comment se comporter, ils ont parfois du mal à trouver leur nouvelle place de parents.

« éviter que les conseils des beaux-parents, belle-mère, cousin, cousine, belle-sœur, viennent interférer, voilà le concierge du coin qui lui avait dit ce qu'il fallait faire. » (P06)

« il y a des injonctions paradoxales des différents grands parents et puis de ce qui se faisait avant etc. [...] Et c'est là le rôle de lien en fait qu'on a à faire en les remettant eux dans leur rôle central » (P07)

Enfin, pour les médecins généralistes interrogés, il semblerait que les difficultés parentales apparaissent plutôt **après les 3 premiers mois de vie** des nourrissons.

« En fait souvent les difficultés que je vois avec les parents c'est pas si souvent que ça entre 0 et 3 mois quoi... c'est souvent plus tardivement. » (P01)

« évaluer l'évolution parce que souvent dans les 3 premiers mois c'est pas... elles sont quand même relativement entourées. » (P02)

« peut-être que je me gourre mais je trouve que c'est un peu tôt pour euh... c'est sur la répétition si tu veux, sur le suivi. Sur le rationnel les 3 premiers mois c'est tellement prenant, tu vis autour du gamin, tu vis que pour ça, sa relation elle est tournée que vers l'enfant donc c'est difficile d'avoir une approche... [...] mais moi je trouve que c'est plutôt après 6 mois » (P06)

#### 4.3.2. Facteurs protecteurs

Les médecins interrogés ont évoqué des éléments qui, selon eux, sont protecteurs vis-à-vis des troubles de la relation mère-bébé.

Il s'agit notamment du **contexte socio-économique favorable** et du **niveau d'éducation** des parents.

*« Mais je pense que, dans une classe moyenne standard, c'est pas très fréquent parce que quand même les gosses ils sont choisis maintenant. » (P04)*

*« j'habite dans un village de gens relativement éduqués, on parle d'inégalités sociales de santé mais l'éducation fait beaucoup, donc moi j'ai des parents qui généralement ne sont pas trop en difficulté on va dire. » (P07)*

*« les mamans qui ont un peu ce profil « baba cool » ont quand même... Par exemple je ne suis pas confronté au problème des écrans avant 3 ans. L'alimentation c'est pareil, c'est plus facile d'en discuter avec des gens qui sont dans une situation socio-économique... alors en fait j'en ai plein des patients qui ont la CMU, ce qui prouve bien que c'est pas des gens riches mais ils ont déjà réfléchi à ce que c'est que le développement d'un enfant. C'est pas la même chose c'est sûr. » (P08)*

Ainsi, les généralistes sont particulièrement attentifs à ces facteurs de risque ou protecteurs.

## 4.4. Freins et aides à l'évaluation de la relation mère-bébé

### 4.4.1. Des obstacles à l'évaluation de la relation

Les médecins généralistes interrogés ont identifié des freins à une évaluation de la relation mère-bébé de qualité.

Tout d'abord, le fait **de ne pas connaître les parents au préalable** peut rendre l'évaluation complexe.

*« Quand on connaît pas la mère, ou très peu, et que c'est le premier enfant, c'est la première fois, bon... c'est sûr qu'on a pas beaucoup d'éléments. » (P01)*

*« comme au début je les connais pas, ça dépend de leur envie de se livrer au départ. » (P02)*

Le besoin de plus de **temps** qu'une simple consultation a également été évoqué. En effet, une seule consultation ne serait **pas représentative** de la complexité de la relation.

*« Bah c'est pas facile parce que c'est juste un... c'est un moment, voilà si on reste 20 minutes ensemble c'est pas très long donc pour évaluer ça. » (P01)*

*« C'est difficile [d'évaluer la relation mère-bébé], je pense que ça se fait au cours du temps » (P02)*

*« elle avait aussi une relation très conflictuelle avec ses enfants pendant les consultations, mais on savait pas trop comment ça se passait à la maison. » (P03)*

*« Mais en même temps peut-être que j'appellerais pas tout de suite [la PMI] parce que tu es jamais sûre » (P04)*

*« peut-être que je me gourre mais je trouve que c'est un peu tôt [les 3 premiers mois de vie] pour euh... c'est sur la répétition si tu veux, sur le suivi. » (P06)*

*« Mais bon après ça peut cacher des trucs euh, sûrement que je ne vois pas. Ah... je pense qu'on peut pas être sûr, savoir à 100% mais... » (P09)*

### 4.4.2. Des difficultés propres aux médecins

Les médecins interviewés ont également exprimé des difficultés qui leurs sont propres.

Plusieurs d'entre eux **manquent d'assurance** en ce qui concerne les troubles de la relation mère-bébé. Ils évoquent notamment le **manque d'expérience** comme source de ce manque d'assurance.

*« je pense arriver à me débrouiller, à faire le dépistage comme ça mais c'est vrai qu'on n'est pas très formés ni sensibilisés à ces questions-là. » (P01)*

*« en fait ma difficulté c'est que [...] je vois pas beaucoup d'enfants en fait dans cette situation-là, de 0 à 3 mois » (P01)*

« Mais moi j'ai pas eu de cas de...vraiment de gros troubles de la relation mère-enfant. Et en même temps s'il y en avait, je pense que ce sont des cas qui nous échappent pour beaucoup. » (P04)

« c'est sûr que tu fais bien ce que tu fais souvent » (P06)

« c'est un pan de la vie de l'enfant et de la maman important et [...] j'aimerais bien être plus performante là-dedans quoi. » (P09)

« Mais après j'ai pas énormément d'expérience aussi donc je pense qu'il y a peut-être ça aussi qui joue dessus, il y a des fois c'est un peu compliqué... [...] je pense qu'on doit passer à côté des fois de certaines choses. » (P10)

#### Ils évoquent également un **manque de connaissances académiques** :

« Je saurais pas dire d'ailleurs quelle est la fréquence des troubles psychologiques en post-partum ou des difficultés de relation mère-enfant chez le tout petit comme ça en 0-3 mois, j'ai du mal à... je connais pas bien. » (P01)

« c'est vrai qu'on a besoin peut-être d'une ouverture particulière à ça [aux troubles de la relation mère-bébé] » (P07)

« je trouve que c'est pas un domaine où on est extra formés, on est plus formés sur toutes les pathologies des « vieux » mais l'enfant c'est moins évident (rires). » (P10)

#### La **priorisation du temps** est au cœur des pratiques des médecins généralistes, que ce soit le temps de consultation ou le temps de formation. Mais cette priorisation est propre à chacun, donc forcément **subjective**.

« comme le temps est court... bah 20 minutes euh... voilà on peut passer à côté de choses parce qu'on essaie de se concentrer sur entre guillemets ce qu'on pense être l'essentiel, donc c'est vrai qu'on peut passer à côté. » (P01)

« c'est vrai qu'on n'est pas forcément tourné vers la relation mère-enfant » (P06)

« comme on a beaucoup de choses à faire et beaucoup de sollicitations en terme de formation et tout, c'est vrai que pour moi c'est pas une priorité quoi. » (P01)

« j'ai tendance à avoir envie de progresser sur les choses que je rencontre, sur les problèmes que je rencontre, donc c'est vrai que tant que je ressens pas que c'est quelque chose d'envahissant dans ma pratique, et que j'ai vraiment besoin de formation complémentaire, je vais pas faire la démarche de le faire. » (P03)

« on est confronté à tellement de choses en médecine générale, je pense qu'il y a des choses beaucoup plus fréquentes sur lesquelles on a besoin de se former finalement, ou en tout cas de se tenir au courant. » (P05)

« Et puis là avec le boulot, tu vois moi faire 4 heures de formation pour un truc qui va pas m'apporter grand-chose si ce n'est intellectuellement... » (P06)

« j'ai tellement envie de faire plein de trucs, il faut prioriser. » (P09)

#### **4.4.3. Des facteurs aidants l'évaluation de la relation**

Les médecins généralistes interrogés ont identifié plusieurs facteurs pouvant les aider à évaluer la relation mère-bébé.

#### Comme nous l'avons vu précédemment, le fait de **connaître les parents** est perçu comme **facilitateur** :

« quand on connaît la mère auparavant, qu'on l'a déjà vue en consultation, qu'on a fait son suivi, ou qu'on l'a suivie à travers d'autres éléments de la fratrie, c'est sûr qu'on est plus à l'aise. » (P01)

« Mais je pense quand même que connaître la personne, on voit s'il y a un changement de comportement au contact de l'enfant. » (P05)

« l'intérêt du médecin traitant c'est qu'en fait il connaît bien la maman avant donc il peut anticiper sur les problèmes relationnels. » (P06)

Une **bonne relation médecin-parent(s)** est perçue comme indispensable à ce dépistage par les médecins généralistes :

*« au fur et à mesure des consultations, [...] quand j'avais senti qu'elle était en confiance avec moi et que notre relation se passait bien, j'avais commencé à lui en parler » (P03)*

*« Je leur explique bien qu'il n'y a aucune honte à avoir et que s'il y a des choses qui leur posent soucis, qu'il faut pas qu'ils hésitent à m'en parler. » (P03)*

*« Je pense que j'ai suffisamment de dialogue avec la maman. Si tu les dépistes pas c'est que tu fermes les yeux, que tu poses le stétho, tu pèses, tu mesures. » (P04)*

*« Je pense quand tu as des mamans comme ça en difficulté, le plus difficile c'est de garder la confiance pour les garder tu vois les patientes, pour les suivre, parce que sinon elles foutent le camp » (P04)*

Pour les médecins interrogés, la **reconvocation** et la **réévaluation** de la relation mère-bébé sont indispensables à une évaluation juste et de qualité.

*« là ça a tilté je me suis dit la prochaine fois que je vois cette maman, je vais essayer de creuser » (P02)*

*« je pourrais essayer de parler à la mère une première fois, la faire revenir rapidement pour voir un peu comment ça se passe » (P03)*

*« le refaire venir un peu plus vite, au lieu de faire un mois je dis 15 jours : « on le re-pèse, on voit comment vous êtes, comment vous vous sentez, est-ce que vous dormez bien, votre mari, comment ça se passe ». » (P04)*

L'**expérience professionnelle** a également été évoquée comme facilitatrice pour l'évaluation de la relation :

*« Alors bon après comme j'ai quelques années derrière moi (rires) bon après je dirais que... je pense arriver à me débrouiller, à faire le dépistage comme ça » (P01)*

*« j'ai eu un internat très orienté pédiatrie, par choix [...] Ça m'a beaucoup aidée à [...] ce que ça ne me mette pas en difficulté d'examiner ce lien là et de me rendre compte de ce qui se passe. » (P03)*

*« Je pense que c'est juste par rapport à une expérience mais j'ai pas les outils pour le quantifier » (P08)*

*« Mais après j'ai pas énormément d'expérience aussi donc je pense qu'il y a peut-être ça aussi qui joue dessus, il y a des fois c'est un peu compliqué... » (P10)*

L'**expérience personnelle** est perçue comme **sensibilisante**, et **aidante** par conséquent, notamment le simple fait d'avoir des enfants soi-même.

*« c'est sûr que ma propre expérience elle a été un déclic, et je me livre plus facilement. Avant j'étais plus intimiste en me disant « ils ont pas à savoir ma vie », mais en fait c'est une force. [...] Et puis t'es plus crédible aussi » (P02)*

*« Oui oui [j'ai des enfants]. Je sais pas si ça m'aide parce que moi j'ai pas eu de problème, ça roulait tout seul. » (P04)*

*« Moi j'aime beaucoup parler du rythme parce que c'est ma femme qui m'a appris ça avec nos enfants » (P08)*

*« moi qui suis une maman super attachée (rires), avec ma façon de voir les choses c'était un peu choquant. » (P09)*

*« C'est vrai que bah maintenant que j'ai eu un enfant des fois je m'imagine à sa place, et je vais peut-être poser des questions que j'aurais aimé qu'on me pose. » (P10)*

#### **4.4.4. Le médecin traitant : une place de premier choix pour un dépistage sans outil**

Malgré les difficultés qu'ils rencontrent, les médecins généralistes interrogés pensent avoir **leur place dans le dépistage précoce** des troubles de la relation mère-bébé.

*« on a ce rôle-là d'alerte et de premier interlocuteur, de chef d'orchestre. » (P02)*

*« Nous on a un bon observatoire pour dépister ça. » (P04)*

« Je pense que notre point fort c'est qu'on connaît en général la maman avant, [...] et l'environnement familial tout ça. » (P05)

« il faut quand même être celui qui alerte [...] il connaît l'entourage, il est le premier recours. On est accessible facilement » (P09)

« finalement on est quand même les médecins de premier recours. Souvent on connaît la famille, donc on a une place un peu au-devant de la scène. » (P10)

Toutefois, ils émettent des **réserves** quant à l'utilisation des outils de dépistage.

« Mais un outil doit être utilisé si on en a besoin et ça doit pas être le passage systématique par l'outil parce que des outils en médecine générale... [...] Donc l'outil ça peut être bien mais encore faut-il savoir à quoi il va nous servir et pas oublier le reste. [...] je dis toujours qu'« un idiot avec un outil reste un idiot » et que les outils en médecine générale ça peut rendre service, mais il faut d'abord savoir examiner, interroger. » (P07)

Certains les trouvent **difficilement utilisables** en pratique pour des raisons organisationnelles :

« Les outils en pratique, je parle pour ma part hein bien sûr, je me suis toujours dit « c'est bien hein, faire l'échelle de machin, l'échelle de truc » mais en fait quand tu le relis tu dis « pfff j'ai déjà posé ces questions ». Pourquoi je vais me souler à imprimer le truc formel en disant « alors Monsieur est-ce que vous... », finalement tu le fais au feeling. Après, un outil comme ça en pratique je suis contre, enfin je suis contre, disons que je sais que je vais pas m'en servir si c'est uniquement théorique. » (P02)

« Si c'est trop long en usage euh... en consultation, j'y arrive pas quoi. Tu vois un peu tout ce qu'il faut qu'on fasse, je passe déjà 30 à 40 minutes avec les bébés » (P04)

D'autres invoquent la nécessité de **les utiliser fréquemment** pour bien les utiliser et **rentabiliser** leur utilisation :

« Et que, en plus me former à un outil si je l'utilise peu et bah je vais pas savoir l'utiliser, c'est quand même problématique quoi, c'est-à-dire que...Et ça vaut pour ça comme ça vaut pour plein d'autres choses, c'est-à-dire que quand on n'est pas amené à voir une situation clinique assez fréquemment, bah les outils on a beaucoup de mal à s'en servir. » (P01)

« j'ai pas suffisamment d'enfants ce serait pas rentable, j'en ai pas beaucoup des bébés. [...] Non et puis j'aime pas les questionnaires, ça me gonfle. Non mais euh... je ne vois pas de rentabilité » (P04)

« Après les outils c'est toujours pareil, une fois que tu les as il faut les utiliser. Toutes les grilles qu'on a t'as vu, toutes les grilles qu'on a on les utilise pas beaucoup. » (P06)

Les médecins interrogés ont exprimé des **caractéristiques** concernant les outils de dépistage qui pourraient faciliter leur utilisation :

« j'ai pas mal d'outils de dépistage qui sont ludiques pour moi et qui permettent aussi de capter l'attention de l'enfant. Après si c'est ludique, c'est toujours intéressant. En fait, il faut l'intégrer dans ta pratique. » (P02)

« je veux dire dans le carnet de santé quand tu remplis l'examen des 2 mois, des 4 mois, bah t'as des questions types à poser bah tu les poses. Peut-être naturellement tu les aurais pas posées, voilà, ça t'oriente ton... » (P02)

« Après c'est aussi quand même bien de noter avec les parents tous les items du carnet de santé, leur montrer à quoi ça correspond puisque tu as le 2ème, le 4ème, le 9ème mois sur le carnet de santé, où il y a un QCM presque à remplir mais que je trouve très bien construit. Parce qu'en fait il nous prend un élément de chaque zone du développement psychomoteur de l'enfant et qui permet de valider si l'enfant est dans un développement cohérent ou pas quoi. » (P08)

Ainsi, les généralistes interviewés ont identifié des freins et des aides à l'évaluation de la relation mère-bébé. S'ils ne semblent pas enthousiastes à l'idée d'utiliser de nouveaux outils pour ce dépistage, ils reconnaissent toutefois avoir une place de choix pour le pratiquer.

## 5. La prise en charge des troubles de la relation mère-bébé par les médecins généralistes

### 5.1. Pratiques des médecins généralistes

Lorsqu'une mère est en difficulté, certains généralistes ont exprimé la nécessité de **favoriser le lien** en favorisant la **proximité physique** de la mère et de son bébé, ainsi que les **échanges de regards**.

*« le massage, encourager le portage, nous ici on a des gens qui aident à porter, on a des gens qui aident pour l'allaitement » (P02)*

*« c'était vraiment ma maître de stage qui lui apprenait à se comporter avec son enfant, qui lui apprenait à le prendre dans ses bras, à lui donner le biberon en le regardant, à le rassurer quand on l'examinait et qu'on lui faisait peur, [...] elle lui montrait « vous voyez quand votre bébé il vous regarde comme ça il faut se rapprocher de lui, il faut lui tenir la main, il faut lui caresser la tête... ». » (P03)*

Selon les médecins interrogés, certains parents ont besoin de **réassurance** et de **guidance parentale**.

*« celles qui te posent « là il a une petite boule ici, et là une petite plaque là.. » et voilà, là c'est de la réassurance. » (P02)*

*« j'essayais de rassurer la maman, de dédramatiser pour pas changer 3 fois de lait » (P06)*

*« des mamans ou des papas un peu en difficulté relationnelle mais ça se résout en réassurant les parents dans leur rôle de parents et en leur disant que tous les parents rencontrent ce genre de difficultés » (P07)*

*« je leur enseigne un mode de communication [...] qui permet de dire aux autres personnes qui leur donnent des conseils de ne pas leur dire « non » et de ne pas leur dire « mais ». [...] Et comme ça ça les met pas en conflit avec la famille parce que sinon on n'en sort pas » (P07)*

*« c'est là le rôle de lien en fait qu'on a à faire en les remettant eux dans leur rôle central, et puis en leur disant de se débrouiller avec leurs différences et de faire de ces différences des richesses pour l'enfant et pas des conflits quoi. » (P07)*

*« si je sens qu'il y a de l'inquiétude, de la difficulté à le faire, à ce moment-là quand je me positionne vis-à-vis de l'examen, je manipule l'enfant de manière un peu plus euh... énergique, en montrant que c'est pas de la porcelaine et qu'on peut les bouger dans tous les sens. » (P08)*

*« ce qui est important pour la maman et ça je le souligne souvent, ce qui est important c'est surtout de construire sa relation, et que bah les tâches quotidiennes parfois doivent être délaissées et il faut savoir prendre le temps de se reposer. » (P08)*

### 5.2. Facteurs aidant la prise en charge des troubles du lien

Les médecins généralistes interrogés ont évoqué plusieurs éléments pouvant les aider à prendre en charge les troubles de la relation mère-bébé.

Un **entourage familial présent et soutenant** est perçu comme une aide :

*« L'autre maman qui avait fait la dépression [...] il y avait un bon étayage familial et tout donc ça allait » (P05)*

*« ce qu'il y avait dans ce contexte-là, c'est qu'il y a un papa hyper présent et les parents de la maman, et une grande sœur. Donc il y avait quand même du monde autour, ce qui est plutôt aidant. » (P09)*

*« par exemple si l'enfant dort difficilement et qu'elle euh... ouai j'essaye de savoir comment elle vit cette situation, comment elle est aidée à la maison, s'ils ont de l'aide extérieur, si elle prend un peu de temps pour se reposer. » (P10)*

La présence et la connaissance d'un **réseau multidisciplinaire** semblent également aider les médecins en cas de difficultés relationnelles perçues et/ou lorsqu'ils se sentent limités.

« quand je sens qu'il y a une difficulté, véritablement hein, qui dépasse un peu mes capacités ou surtout si j'ai... on a besoin d'être plusieurs. » (P01)

« C'est ça que j'aime bien ici, c'est qu'on a la sage-femme, on a l'hypnothérapeute, on a l'ostéopathe, ça c'est des sources qu'elles aiment bien avoir. On avait même quelqu'un qui faisait de l'accompagnement à la parentalité. [...] on a un réseau, on arrive à être rassuré » (P02)

« On a une médiatrice en santé dans notre espace santé, qui pourrait être d'un certain recours. » (P03)

« si la maman est en souffrance et bah essayer de l'orienter vers un psychologue. » (P04)

« L'autre maman qui avait fait la dépression, avec la psychothérapeute on avait réussi à faire un suivi comme il faut » (P05)

« Mais là sur cette patiente-là je me suis dit « oula danger ! » et donc j'étais bien contente de trouver la psychiatre du service spécialisé pour prendre le relais » (P05)

« des fois la gynécologue (quand c'est une gynécologue que je connais) donc j'en parle. » (P05)

« si je sens quelque chose qui va pas dans la relation, je ferai appel à quelqu'un de mieux placé. S'il y a véritablement un trouble de la relation mère-enfant, je pense pas que je le prendrai en charge toute seule. » (P05)

« je pense que c'est à nous d'être là pour déterminer si les choses vont bien ou s'il faut un avis plus compétent et plus spécialisé. [...] l'essentiel c'est d'avoir un réseau, d'avoir les numéros de téléphone, pour pouvoir appeler les bons interlocuteurs quand on sait plus. » (P08)

[situation de mère bipolaire] : « ça c'est des trucs de concertation, c'est pour ça qu'il faut être à plusieurs pour faire ça, pour ce genre de patients. » (P09)

« quand je sens le pleur facile et que ça va pas trop, [...] Je propose d'aller chez le psychologue/psychiatre et je donne des noms. » (P09)

« il y a les sages femmes aussi qui peuvent nous appeler pour nous dire le lien à la maison, les puéricultrices qui passent aussi à la maison. » (P09)

« Les seules fois où ça m'est arrivé, j'ai appelé la maternité pour qu'elle rencontre la psychologue de la maternité mais voilà, c'était ma seule « piste » en quelque sorte. » (P10)

Certains médecins généralistes ont évoqué faire appel à la **PMI** en cas de dépistage de trouble de la relation mère-bébé.

« Mais si je vois que le problème est vraiment ancré et que ça dépasse mes compétences je vais facilement les réorienter vers un centre de PMI ou vers d'autres solutions que je pourrais trouver à ce moment-là. » (P03)

« Après il y a la PMI ! Là j'ai pas eu besoin mais je pense que j'appellerais si j'avais besoin. » (P05)

« La PMI aussi je la sollicite. » (P08)

« Après il y a le médecin de la PMI, elle ça m'arrive de l'appeler sur les enfants de la crèche aussi que je suis. » (P09)

« Bon après le mieux c'est peut-être d'appeler la PMI, je pense que c'est les mieux placés pour dire, mais j'ai pas de référent particulier » (P10)

Mais plusieurs médecins pensent encore que la **PMI est réservée** aux situations de **grande précarité** ou **d'enfant en danger**.

« J'appellerais la PMI que si je sens l'enfant en difficulté, en danger. » (P04)

« Après ceux qui ont des soucis [financiers] vont à la PMI » (P04)

« Sauf que tu vois la maman dont je te parlais tout à l'heure, elle a pas le statut social défavorisé et je pense que du coup elle fait pas partie des priorités de la PMI. » (P08)

### 5.3. Des difficultés pour la prise en charge des troubles du lien

Les médecins généralistes interrogés ont exprimé avoir surtout des difficultés à prendre en charge les troubles du lien mère-bébé : ils ne savent pas **vers qui orienter, quand, comment**. Ils **méconnaissent les structures** de prise en charge des troubles de la relation mère-bébé.

« Puis l'autre aspect également c'est de savoir peut-être comment orienter, ou vers qui orienter quand on a ces troubles-là [...] Et pour orienter rapidement, est-ce qu'il faut le faire vite ? est-ce qu'il faut prendre du temps pour le faire ? c'est des questions que je me pose toujours quoi » (P01)

« Et après tu vois euh... qu'est-ce qu'on fait ? [...] Est-ce qu'il y a des structures qui prennent en charge ça ? Parce qu'une fois que tu les dépistes tu fais quoi ? » (P04)

« Alors après tu parles de dépistage, [...] j'ai le sentiment que c'est pas le plus... compliqué (rires). Le plus compliqué c'est de le traiter quoi, enfin d'améliorer la relation une fois que c'est mal parti. » (P05)

Les médecins pensent que l'aspect **financier** de certaines prises en charge peut rebuter les mères.

« En ville c'est plus compliqué parce qu'un psychologue c'est pas remboursé donc c'est pas évident de l'orienter d'emblée vers ça » (P01)

[en parlant de l'accompagnement à la parentalité] « je ne sais pas si les mamans sont prêtes à payer pour ça. » (P02)

Les généralistes semblent également craintifs à l'idée de faire le **mauvais diagnostic**. Ils considèrent que les **conséquences** d'un diagnostic à tort de trouble de la relation seraient **terribles** pour la jeune mère.

« il faut pas mettre trop d'étiquettes, il faut faire très attention, il faut pas se tromper de diagnostic, c'est dangereux, c'est très dangereux de faire le mauvais diagnostic. » (P04)

« des fois il faut quand même être celui qui alerte, et tu veux pas le faire trop tôt non plus, les pauvres parents. C'est dommage [...] de mettre une étiquette. » (P09)



# Discussion

## 1. Résultats principaux

Notre travail de recherche a permis de mettre en évidence qu'au cours des consultations de suivi des nourrissons entre 0 et 3 mois, l'évaluation de la relation mère-bébé se faisait de manière indirecte par les médecins généralistes (

Figure 1).

En effet, le médecin s'appuie sur un interrogatoire exhaustif concernant à la fois le nourrisson et sa mère. Il s'appuie également sur de multiples observations : notamment des interactions entre eux deux, de la présence ou non d'un entourage (soutenant ou toxique), et du comportement de la mère. En outre, il est vigilant au contexte dans lequel se déroule la consultation et aux différents facteurs de risque et facteurs protecteurs de troubles de la relation mère-bébé.

Grâce à tous ces éléments et particulièrement à son ressenti, le médecin généraliste tente d'évaluer l'état psychologique de la mère, ainsi que la qualité de la relation mère-bébé.

Si les médecins interrogés ont exprimé faire ce dépistage, ils n'utilisent toutefois pas d'outil de dépistage spécifique. Ils s'appuient principalement sur leur ressenti, leur expérience professionnelle et leur expérience personnelle.

Les difficultés exprimées par les généralistes ont principalement concerné la multitude d'éléments à rechercher lors de ces consultations d'une durée limitée. De plus, ils ont des réticences à pratiquer ce dépistage puisqu'ils ont peur des conséquences potentielles d'un mauvais diagnostic, et méconnaissent les structures d'aide et de prise en charge existantes.

Pour finir, cette étude a mis en évidence à quel point les pratiques des médecins généralistes étaient influencées par leur sensibilité personnelle.

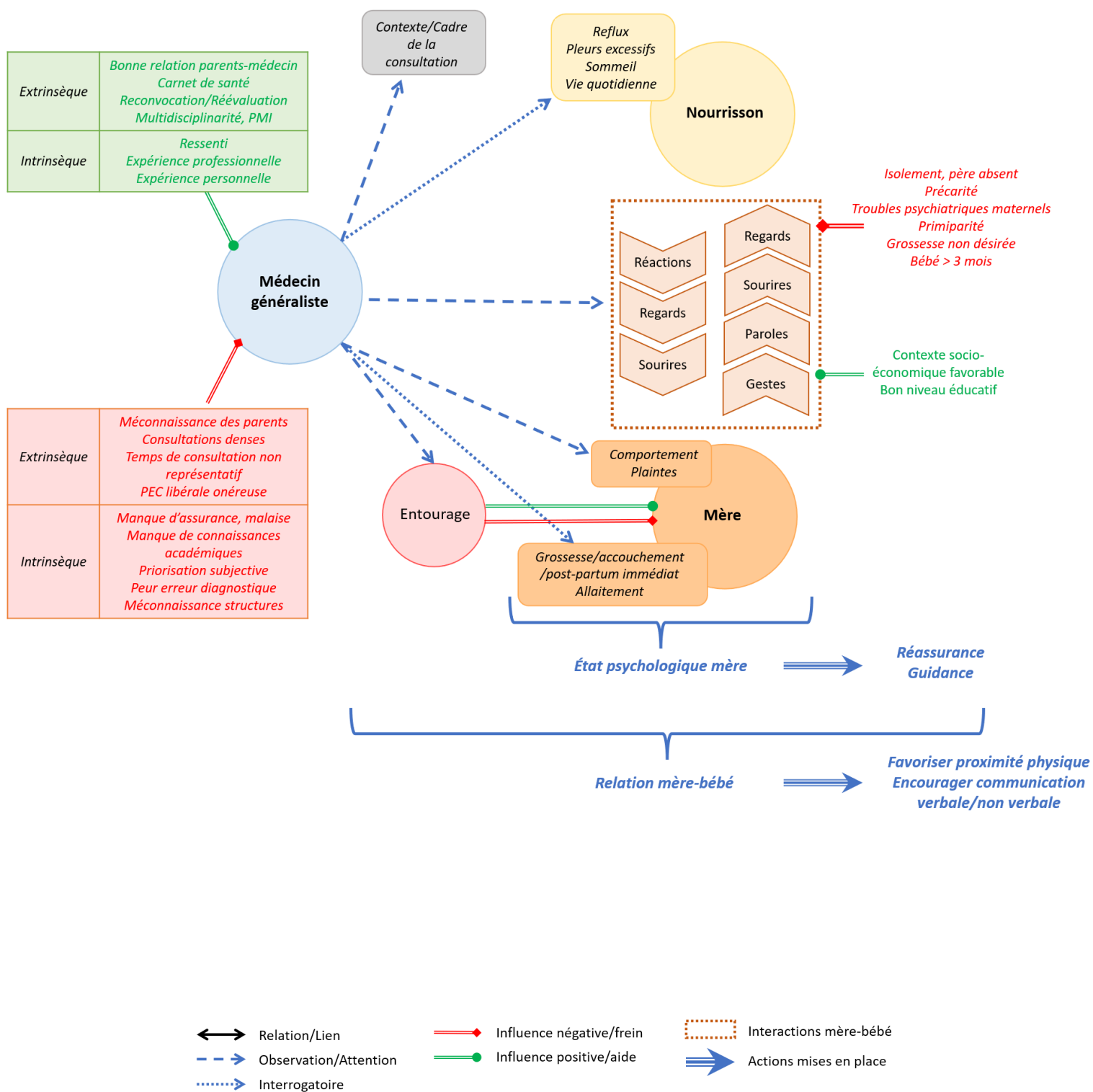


Figure 1 : Modèle explicatif

## **2. Points forts et limites de l'étude**

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant les troubles de la relation mère-bébé et leur dépistage précoce.

### **2.1. Points forts**

L'intérêt principal de ce travail de recherche est son originalité et sa résonance avec l'actualité. En effet, en octobre dernier, Santé publique France et le Ministère des Solidarités et de la Santé lançaient la première campagne sur les 1000 premiers jours de vie (9). Un site internet et une application mobile ont vu le jour avec pour but d'apporter des outils et des conseils aux jeunes parents. L'objectif de cette campagne étant de sensibiliser les parents à cette période, il est évident que les médecins généralistes devraient l'être aussi.

L'approche qualitative adoptée a permis de laisser la parole libre aux médecins interrogés, et donc d'aborder leurs représentations sur le dépistage précoce des troubles de la relation mère-bébé sans les orienter. En cela cette étude est originale puisque la thèse d'exercice du Dr Prou s'appuyait elle sur des données déclaratives.

Pour les médecins inclus, les durées d'installation étaient diversifiées. Le panel des âges était également varié, ce qui était une richesse : nous avons interrogé des participants tout juste installés et d'autres partant en retraite sous peu.

Le double encodage de chaque verbatim réalisé par deux personnes de disciplines différentes a permis une triangulation relativement objective des données.

### **2.2. Limites**

#### **2.2.1. Biais de sélection**

L'échantillon a été constitué à partir de médecins exerçant ou ayant exercé dans le Vaucluse, à l'exception d'un seul médecin. Ces médecins sont situés à proximité du lieu de travail et de résidence de l'auteur, ce qui facilitait les déplacements. Ils ont même été pour certains ses maîtres de stage. L'auteur connaissait donc personnellement la plupart des participants de l'étude.

De plus, ces médecins faisant partie du même canton et faisant des groupes de pairs ensemble, il est possible qu'il existe une certaine « homogénéisation » de leurs pratiques.

Toutefois, nous avons essayé de constituer un échantillon diversifié en termes d'âge, de sexe, de durée et de mode d'exercice, afin d'enrichir les données.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, moins de 30 % des médecins contactés se sont présentés comme volontaires pour participer à notre étude. Il se pourrait donc que ces médecins soient en fait particulièrement intéressés par cette thématique et potentiellement déjà sensibilisés à ses problématiques.

#### **2.2.2. Biais de collecte**

La réalisation d'entretiens semi-directifs était une nouveauté difficile à appréhender pour l'auteur. Le fait d'avoir opté pour une conduite souple des entretiens, laissant place aux interactions, comportait le risque d'orienter les réponses des médecins participants. C'est la raison pour laquelle l'enquêteur a pris soin d'intervenir le moins possible, sinon pour valider leurs propos par des reformulations ou leur demander de préciser leurs points de vue.

#### **2.2.3. Biais d'analyse**

La triangulation de l'analyse consiste à confronter les différents éléments apportés par chacun des chercheurs, puis à résoudre les différences d'analyse pour obtenir des résultats plus riches et plus

robustes. Il s'agit d'un critère fort de scientificité en lien avec la confrontation et la discussion des chercheurs. Cependant, dans notre étude, la triangulation a été effectuée par deux chercheurs dont il s'agissait de la première expérience en théorisation ancrée.

### **3. Comparaison avec la littérature**

#### **3.1. Le suivi des nourrissons par les médecins généralistes**

L'ensemble des médecins généralistes interrogés a exprimé être confronté aux nourrissons en consultation, mais de manière plus ou moins fréquente selon leur patientèle et plus ou moins précoce selon leurs habitudes de pratiques. Cela semble cohérent avec les données de la littérature concernant l'activité des médecins généralistes.

En effet, une étude de la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) (16) sur la prise en charge des enfants en médecine générale révélait qu'en moyenne 13 % de l'activité du médecin généraliste concerne les enfants (moins de 16 ans). De plus, les enfants de moins de 3 ans sont suivis exclusivement par le médecin généraliste dans 40 % des cas et de façon conjointe avec le pédiatre dans 55 % des cas, 95 % des enfants seront finalement connus des médecins généralistes. Dans 88 % des cas les jeunes patients consultent le généraliste dans le cadre d'un suivi régulier, pour un examen systématique et de dépistage et/ou pour la vaccination.

Ainsi, près d'un bébé sur deux est suivi par un médecin généraliste et quasiment tous les bébés seront amenés à voir un généraliste à un moment ou à un autre. Dans ce contexte, il semble primordial que les médecins généralistes pratiquent le dépistage des troubles de la relation mère-bébé ou en tout cas qu'ils y soient sensibilisés.

Dans l'étude de la DRESS, on peut lire que les jeunes femmes médecins suivent plus souvent les enfants. C'est une notion qui a justement été évoquée par l'un des médecins interviewés. Le profil du médecin serait donc un facteur influençant sa patientèle.

#### **3.2. La prise en charge des mères au cours du suivi de leur nourrisson**

##### **3.2.1. La place accordée à la mère dans cette consultation du nourrisson**

Les médecins interrogés au cours de notre étude ont évoqué prendre en considération la dyade mère-bébé, voire la triade mère-père-bébé lors des consultations de suivi du nourrisson, notamment en cherchant à évaluer l'état psychologique des mères via l'interrogatoire et l'observation clinique. Les données de la littérature sont en accord avec ce constat.

En effet, dans son travail de thèse, le Dr Lecompte-Antoine a montré que 80 % des généralistes interrogés recherchaient un trouble psychique chez les mères de nourrissons (17). Dans le travail de thèse du Dr Prou, 97 % des médecins généralistes déclaraient accorder du temps à l'analyse de l'état émotionnel de la mère, et même systématiquement pour 40 % des médecins (14).

On retrouve cette information dans une étude de N. Tillet (18) puisque les diagnostics de DPP sont posés de façon équivalente lors d'une consultation pour l'enfant (47 %) ou pour la mère (53 %). Toutefois, dans cette étude, les médecins formés sur la thématique grâce à une formation médicale continue faisaient significativement plus de diagnostic de DPP lors d'une consultation pour l'enfant que les médecins non formés. La formation dont ils avaient bénéficié leur avait permis d'être davantage sensibilisés aux interactions de la dyade, et de se rendre compte que la DPP ne concernait pas uniquement la mère mais influençait aussi l'interaction entre la mère et son enfant. Sur ce thème, il est vrai que les médecins interrogés dans notre étude ont rarement exprimé faire un lien direct entre trouble psychologique maternel et trouble du lien mère-bébé.

Par ailleurs, l'intérêt d'une attitude bifocale dans l'évaluation de la relation mère-enfant consistant à écouter un discours, une histoire, et en même temps observer ce qu'il se passe pendant la consultation, a été mis en avant dans la littérature (19). Il semblerait que ce soit une pratique courante des médecins généralistes interviewés.

### **3.2.2. Identification des facteurs de risque de difficultés maternelles**

Les médecins de notre étude ont identifié plusieurs facteurs de risque de difficultés maternelles. Ce sont donc des éléments auxquels ils sont particulièrement attentifs lors de la consultation de suivi du nourrisson. Ils ont évoqué la précarité, l'isolement social, un faible niveau d'éducation, des troubles psychiatriques maternels préexistants, une grossesse non désirée et enfin la primiparité. Ils ont également évoqué s'intéresser au déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

En effet, d'après la littérature, tous ces éléments sont associés à la DPP. On pourrait y ajouter le jeune âge maternel (< 20 ans) ou à l'inverse un âge tardif (> 40 ans), qui n'ont pas été évoqués ; ainsi que les événements de vie négatifs (traumatismes infantiles, licenciement, conflits conjugaux, deuil, etc.) (20,21).

Les antécédents psychiatriques personnels sont les facteurs de risque les plus importants. Toutefois, dans la moitié des cas, la DPP survient chez des femmes sans antécédent personnel psychiatrique. De plus, les antécédents psychiatriques familiaux sont également associés au risque de DPP : on retrouve une héritabilité autour de 50 % (22). Les médecins de l'étude n'ont pas évoqué interroger les mères sur cet aspect.

Certains médecins ont évoqué à plusieurs reprises l'anxiété maternelle. Ils disaient la ressentir de plusieurs manières : par la multiplicité des plaintes concernant les troubles digestifs, les reflux, l'alimentation et les troubles du sommeil de leur nourrisson. L'anxiété maternelle a plutôt été évoquée comme quelque chose d'excessif et chronophage, voire de « drôle » parfois. Les médecins ont exprimé devoir s'adapter à ce profil de mères en se rendant plus disponibles, en adaptant leur prise en charge parfois, et en réassurant beaucoup ces mères. Toutefois, peu de médecins ont évoqué un lien entre cette anxiété excessive et une éventuelle DPP.

Pourtant, une anxiété centrée sur l'enfant associée à des plaintes physiques (asthénie, trouble du sommeil, perte de poids), peuvent être les symptômes d'une DPP (22). Un bébé inconsolable, agité, et présentant des difficultés d'alimentation et du sommeil, constitue l'un des facteurs de risque liés à l'enfant de DPP (23).

Les généralistes interrogés ont évoqué la période de la grossesse et de l'accouchement comme importante dans la construction de la relation mère-bébé. C'est une notion que l'on retrouve dans la littérature.

En effet, il s'agit d'un moment clé pour le devenir psychique et psychiatrique de la future mère et de son bébé, ainsi que pour la mise en place des interactions précoces (24). De plus, les prodromes de symptômes dépressifs durant la grossesse constitueraient les meilleurs prédicteurs de dépression post-natale (20 à 50 % des DPP surviennent chez des femmes également déprimées pendant leur grossesse) (3).

### **3.2.3. Freins à l'évaluation de la santé mentale de la mère**

On estime que 50 % des DPP ne sont pas dépistées, ceci s'explique à la fois par la confusion qu'il peut exister entre les symptômes généraux des mères et certaines manifestations non pathologiques du post-partum, mais également par le manque d'informations des femmes, de leur entourage et de certains professionnels de la petite enfance qui risquent de banaliser certains symptômes dépressifs à expression somatique (22).

Les médecins interrogés dans notre étude n'ont pas exprimé cette difficulté à distinguer le pathologique du physiologique en PP. Toutefois, ils ont évoqué à plusieurs reprises la fatigue de la mère comme potentiellement inquiétante et à risque. Les généralistes ont exprimé s'en inquiéter et être vigilants à l'épuisement maternel.

De plus, les femmes sont souvent très culpabilisées de ce mal-être à l'arrivée d'un enfant, et ont du mal à l'évoquer de peur d'être stigmatisées. Elles ressentent souvent de la honte, ce qui ne favorise pas la verbalisation de leur malaise (21). Ce dernier point a été évoqué par les généralistes interrogés.

Par ailleurs, l'absence de rémunération spécifique ou la difficulté pour le praticien d'évoquer des thématiques touchant à la vie affective sont reconnus comme d'autres freins à la réalisation des

dépistages de manière générale (25). Mais ils n'ont pas été évoqués par les généralistes interrogés dans notre étude.

### 3.3. Dépistage des troubles de la relation mère-bébé

#### 3.3.1. Identification des éléments de la relation mère-bébé

Au cours de notre étude, les médecins généralistes interviewés ont évoqué être attentifs à plusieurs éléments de la relation mère-bébé : les gestes (portage, habillage, caresses, etc.), la communication verbale et non-verbale, la posture de la mère vis-à-vis de son bébé.

Dans la littérature, il existe de nombreux outils d'évaluation de la relation mère-bébé inspirés de différentes théories sur les relations et le lien mère-enfant. Nous ne les évoquerons pas tous ici, mais il est intéressant de citer les 3 principaux niveaux d'interactions pouvant être appréciables lors d'une consultation (26). Ils regroupent ce que l'on voit avec les interactions comportementales, ce que l'on ressent avec les interactions affectives, et ce que l'on raconte avec les interactions fantasmatiques.

De manière générale, les médecins interrogés ont évoqué être attentifs aux *interactions comportementales* :

- les sourires ;
- l'aspect visuel avec les échanges de regards ;
- l'aspect vocal : les cris et les pleurs du nourrisson jouant le rôle de « cordon ombilical » entre la mère et son bébé ;
- l'aspect corporel avec deux notions décrites par Winnicott :
  - o le « holding » ou le portage du bébé par la mère, dont la qualité peut être mise en parallèle avec la qualité des échanges et le degré de sécurité ressenti par le bébé ;
  - o le « handling » ou la manipulation du bébé : par le toucher, les caresses, les chatouilles, les baisers, etc. permettant à ce dernier de découvrir son enveloppe corporelle.

Les médecins généralistes interrogés ont également mentionné s'appuyer sur leur ressenti pour évaluer la qualité de la relation mère-bébé (sans parvenir à mettre toujours des mots sur ce ressenti), ce qui correspond probablement aux *interactions affectives*. Celles-ci reflètent l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de ses parents. Plus que le sens des mots, c'est la prosodie et l'ajustement tonico-postural qui fourniront des indices sur l'état affectif de la mère. Dans le cas où cette influence réciproque est favorable, on parlera d'accordage affectif. Cette notion est mise en avant par Stern (27).

Les *interactions fantasmatiques* permettent quant à elles d'approcher la question de l'intergénérationnalité mais aussi de la place que le bébé occupe dans la vie infantile de chacun des parents (26). Cette notion n'a pas été évoquée par les médecins interrogés, mais il s'agit d'une approche presque psychanalytique.

Ainsi, les médecins interrogés semblent avoir identifié la plupart des éléments de la relation mère-bébé pouvant être pertinents pour une évaluation qualitative en consultation, et ce même s'ils n'utilisent pas d'outil de dépistage.

Dans son travail de thèse, le Dr Prou a mis en évidence cette même notion avec une étude quantitative (14). En effet, elle a montré que les médecins généralistes d'Indre-et-Loire portaient une attention relativement importante aux différents éléments simples de la relation mère-enfant, éléments que les différentes échelles existantes dans la littérature recherchent.

#### 3.3.2. La place des outils de dépistage

Les généralistes de notre étude n'utilisaient pas, voire ne connaissaient pas, les outils de dépistage des troubles du lien mère-bébé ou d'une DPP. Certains se sont même positionnés contre leur utilisation en pratique systématique et ont exprimé préférer s'appuyer sur leur expérience et la clinique, plutôt que sur l'utilisation d'outils pour ce dépistage.

On retrouve ce faible taux de connaissance et d'utilisation des échelles spécifiques par les médecins généralistes dans d'autres travaux de thèse. Le Dr Meunier par exemple (15), montrait que seulement

4 % des médecins interrogés (médecins qui avaient accepté de faire une étude sur l'utilisation de l'EPDS (Edimbourg Postpartum Depression Scale) en pratique de ville) connaissaient une échelle de dépistage de la DPP. De façon plus générale, elle avait également étudié l'utilisation des échelles de mesure de dépression ou d'anxiété par les médecins généralistes. Environ 60 % des médecins interrogés n'utilisaient jamais d'échelle de mesure de dépression ou d'anxiété.

Cependant, plusieurs études s'accordent à dire que ces échelles de type EPDS ne doivent pas être utilisées comme une finalité du dépistage des DPP. Les dernières recommandations conseillent même vivement de privilégier la rencontre clinique (21).

En ce qui concerne les outils de dépistage des troubles de la relation mère-bébé, il n'existe pas de recommandations officielles ni de grille ou d'échelle préférée aux autres. Toutefois, les besoins exprimés par les médecins généralistes interrogés sont des outils faciles à utiliser, prenant peu de temps sur la consultation en elle-même ou faisant partie intégrante de la consultation en lui apportant quelque chose de plus. Il faudrait également que ces outils leur permettent de statuer sur la gravité de la situation en leur proposant la prise en charge adaptée selon les résultats obtenus.

## 4. Perspectives

À la lumière de la campagne de santé publique sur les 1000 premiers jours, notre travail de recherche s'inscrit dans l'actualité du monde de la santé en périnatalité.

Si nous avons montré que le dépistage des troubles de la relation mère-bébé est une problématique qui concerne évidemment les médecins généralistes, nous avons également mis en évidence que seuls les médecins intéressés et sensibilisés à cette problématique se sentent à l'aise avec ce dépistage.

Devant la multitude de domaines à maîtriser, les généralistes considèrent souvent que ce thème n'est pas prioritaire. Ils méconnaissent en fait probablement la fréquence des troubles psychiques du PP, ainsi que les conséquences qu'ils ont sur l'interaction mère-bébé et à plus long terme sur le développement cognitif et psycho-affectif de l'adulte en devenir.

C'est pourquoi il nous semble primordial de commencer par sensibiliser les médecins en formation initiale, pendant leur internat et/ou leur externat, à cette problématique. La DPP est abordée dans les items de psychiatrie et de gynécologie, mais ses conséquences sur l'enfant ne le sont pas. L'importance des interactions précoces pour le développement cognitif de l'enfant ne sont pas abordées non plus en pédiatrie.

En ce qui concerne le dépistage en lui-même, nous avons montré dans notre étude que les médecins généralistes ne semblent pas prêts, ou en tout cas sont peu intéressés par l'usage d'un nouvel outil de dépistage, à l'exception des médecins qui font beaucoup de pédiatrie (et plus particulièrement du suivi du nourrisson) au quotidien.

Toutefois, la plupart d'entre eux ont exprimé s'appuyer sur le carnet de santé pendant ces consultations. Certains ont même exprimé apprécier les « questions-type » et les « cases à cocher ». En effet, ces éléments du carnet de santé sont simples et rapides à réaliser, ils peuvent en même temps guider la consultation et ne demandent pas au médecin de formation particulière.

Ainsi, nous pensons qu'il serait judicieux d'ajouter des items concernant la relation mère-bébé dans les examens systématiques des premiers mois du carnet de santé. Par exemple : échanges de regards parent-bébé, communication, contact physique, syntonie, etc. Le ressenti du médecin étant également primordial dans l'évaluation de la relation, on pourrait imaginer une cotation par Échelle Visuelle Analogique (EVA) du lien mère-bébé ressenti par le médecin.

L'évaluation de l'état émotionnel de la mère étant également primordial, on pourrait imaginer associer une EVA remplie par la mère. Celle-ci pourrait la questionner sur son ressenti vis-à-vis de sa relation avec son nourrisson : 0 – « Je me sens épanouie dans mon rôle de mère », 10 – « Je me sens en difficulté/en souffrance avec ce bébé ».

Les médecins de notre étude ont exprimé avoir surtout des difficultés lorsqu'ils suspectent ou diagnostiquent un trouble de la relation mère-bébé. Il pourrait être judicieux d'associer à ces EVA une échelle de « gravité » qui permettrait aux médecins de savoir si oui ou non il faut intervenir et éventuellement de quelle manière.

Dans le cadre de la campagne sur les « 1000 premiers jours », une application pour smartphone a été créée à destination des parents. Il pourrait être imaginable de créer une version à destination des soignants de premier recours, afin de les aider dans leur dépistage et pour leur prise en charge.

Par ailleurs, d'après notre étude, il reste des idées reçues sur le rôle de la PMI et la population qui a « le droit » d'y aller. Il y a également une méconnaissance de tous les services proposés par la PMI aux mères en difficulté. Les échanges avec les PMI de secteur devraient être favorisés. Peut-être pourrions-nous imaginer des fiches de liaison du même type que celles qui existent entre maternité et PMI ? Ou peut-être pourrait-on imaginer une ligne téléphonique permettant aux médecins généralistes de faire appel au réseau de périnatalité de son secteur pour avoir un avis rapide ou organiser une prise en charge ?





# Conclusion

Ainsi, cette étude qualitative sur le dépistage précoce des troubles de la relation mère-bébé par les médecins généralistes a mis en évidence la singularité de la consultation de suivi du nourrisson dans la pratique courante des généralistes. En effet, cette consultation présente de nombreuses spécificités, et par conséquent des difficultés propres, exprimées par les médecins interrogés.

Ces derniers la perçoivent comme dense, complexe et chronophage. C'est une consultation où il faut à la fois gérer l'enfant et les parents, parfois même la fratrie, ce qui peut mettre les généralistes en difficulté. La gestion d'un nourrisson de quelques mois peut également être perçue comme source de stress. Pour toutes ces raisons, il est ressorti de ces entretiens que c'est finalement la sensibilité personnelle des médecins généralistes qui va influencer leurs pratiques et leur patientèle.

Notre étude a également montré que les généralistes accordaient une grande place aux jeunes mères lors des consultations des nourrissons. En effet, suivre un nourrisson c'est aussi suivre sa mère et évaluer son état émotionnel à chaque consultation. Les généralistes accordent du temps de consultation aux mères et s'adaptent à leurs besoins. Ils sont attentifs à l'état de fatigue de ces dernières et s'appuient sur leur ressenti pour évaluer leur santé mentale, notamment leur anxiété. Les multiples plaintes et/ou questionnements des mères, notamment concernant les reflux, les pleurs excessifs et les troubles du sommeil, sont identifiés par les généralistes comme des éléments reflétant l'anxiété maternelle. Toutefois, les médecins interrogés n'ont pas fait mention de lien direct entre trouble psychologique maternel et trouble de la relation mère-bébé.

Si les généralistes sont attentifs aux mères, ils le sont également aux pères : à leur présence ou non, à leur rôle et soutien au quotidien, et également à la relation père-mère. En outre, les médecins interrogés ont évoqué l'importance de la relation médecin-parents afin de permettre la libération de la parole autour des difficultés.

Les médecins généralistes évaluent la relation mère-bébé en s'appuyant sur un ensemble d'éléments obtenus par l'interrogatoire et par leurs observations au cours de la consultation. Malgré le fait qu'ils n'utilisent pas d'outil de dépistage des troubles du lien, ils ont identifié les éléments facilement observables en consultation et faisant partie des échelles de dépistage : échanges de regards, sourires, habillage, communication, toucher, portage, etc. Les généralistes interrogés privilégient leur ressenti pour faire ce dépistage, mais ils expriment toutefois quelques difficultés, notamment pour évaluer la gravité de la situation et décider de la prise en charge adéquate. Lorsqu'ils voient une mère en difficulté, ils proposent de la guidance parentale et réassurent les parents comme ils peuvent. Ils ont également évoqué faire appel à d'autres professionnels de santé pour multiplier les regards sur une situation complexe et étoffer la prise en charge. Toutefois, ils méconnaissent les structures pouvant prendre en charge une mère et son bébé lorsqu'il y a un véritable trouble de la relation.

Les médecins généralistes ont indéniablement un rôle à jouer dans ce dépistage puisqu'ils suivent les familles au complet, avant conception des enfants, et parfois sur plusieurs générations. De plus, ils sont souvent parmi les premiers interlocuteurs des jeunes mères au retour de la maternité et pendant les premiers mois de vie de leur nourrisson.

Toutefois, comme pour tous les domaines de la médecine générale, les médecins sont plus ou moins à l'aise et sensibilisés à cette problématique. De plus, croulant sous le poids des sollicitations, des formations, des propositions de nouveaux outils, les médecins doivent prioriser. Ils le font donc souvent par ordre de fréquence des situations rencontrées et pour eux le dépistage des troubles de la relation mère-bébé n'est pas forcément une priorité.

Au regard des conséquences des troubles de la relation mère-bébé sur le développement cognitif et psycho-affectif des enfants et des adultes en devenir, il semble primordial d'aiguiser le regard des médecins pour ce dépistage. De plus, les « 1000 premiers jours » étant devenus une campagne nationale de santé publique, les médecins devraient être plus alertes sur ce sujet.

Pour aider les médecins généralistes dans ce dépistage des troubles du lien sans les surcharger, nous pensons qu'il serait judicieux d'apporter quelques ajouts au carnet de santé afin d'évaluer les éléments importants de la relation mère-bébé et l'état émotionnel de la mère. De plus, un complément pourrait être apporté à l'application pour smartphones « 1000 premiers jours », qui serait à destination des soignants de premier recours pour les aider dans leur dépistage des troubles du lien ainsi que dans leur prise en charge. Des études complémentaires quantitatives devraient être faites dans ce sens selon nous.

# Bibliographie

1. Beauquier-Maccotta B. Liens mère-enfant dans la dépression maternelle périnatale. *Psychiatrie*. 27 mai 2020;
2. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. nov 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
3. Austin M-P, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2003;107(1):10-7.
4. de Tychev C, Spitz E, Briançon S, Lighezzolo J, Girvan F, Rosati A, et al. Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *J Affect Disord*. avr 2005;85(3):323-6.
5. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 28 févr 2014;215(2):341-6.
6. Grégoire A. Congrès du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2018.
7. Pawlby S, Sharp D, Hay D, O'Keane V. Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. *J Affect Disord*. avr 2008;107(1-3):241-5.
8. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol*. 2000;12(2):157-75.
9. Les 1000 premiers jours. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020 sept.
10. Dizengremel S, Coubret A, Fagnère C, Desmoulière A. Enjeux de la prise en charge des troubles dépressifs en période périnatale. *Actual Pharm*. 1 nov 2020;59(600):28-33.
11. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 1 mars 2018;75(3):247-53.
12. Benabu-Saada L. Rôle du médecin généraliste dans les suites de couches. *AKOS Traité Médecine*. 27 oct 2009;
13. Glatigny-Dallay E, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Sutter A-L. Évaluation des interactions précoces. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juill 2005;163(6):535-40.
14. Prou S. Dépistage par les médecins généralistes d'Indre et Loire des troubles de la relation mère enfant lors de la première consultation du nourrisson à un mois. 2017.
15. Lebeau J-P, Aubin-Augier I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Wolters Kluwer. 2021. 192 p.

16. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. *Etudes Result*. 2007;(588):8.
17. Lecompte-Antoine M. Etats des lieux de la prise en charge de la dépression postnatale par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille. [Lille]: Université du droit et de la santé; 2015.
18. TILLET N, POIZAT A, MOREAU-GAUDRY A. Le médecin généraliste et la dépression du post partum. *Rev Prat-Médecine Générale*. 2007;(791-792):1224-6.
19. Guedeney A, Foll JL, Vannier L, Viaux-Savelon S, Wendland J, Guedeney A, et al. 5 - L'évaluation du développement et des interactions précoces en clinique et en recherche. In: *Petite enfance et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 71-101.
20. Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Jaoua A. La dépression du post-partum.
21. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2015;44(10):1152-6.
22. Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. *Presse Médicale Form*. 1 nov 2021;2(5):439-41.
23. Bydlowski - 2015 - Les troubles psychiques du post-partum dépistage.pdf.
24. Gerardin P. Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mars 2012;60(2):138-46.
25. INPES. Baromètre santé médecin généraliste. 2009.
26. Delion P, Delion P. 2 - La consultation d'un bébé avec ses parents. In: *La consultation avec l'enfant*. Paris: Elsevier Masson; 2010. p. 33-66.
27. Stern DN. *Mère enfant : les premières relations*. Mardaga. 1997.
28. Meunier S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil. Université de Rouen Normandie; 2012.

# Annexe 1 : Guide d'entretien

## 1/ Caractéristiques des participants

Sexe :  F     H                      Âge :  
Enfants :  OUI             NON                      Nombre :  
Durée d'exercice :                      Mode d'exercice :

## 2/ Pratique

- Est-ce que vous pouvez me décrire votre patientèle ?
- Suivez-vous des femmes enceintes ? Beaucoup ?
- Suivez-vous des nourrissons ? Et des nouveau-nés (de 0 à 3 mois) ?

## 3/ Consultations Nourrissons

- Pouvez-vous me décrire une consultation type de suivi d'un nourrisson dans ses 3 premiers mois de vie ?  
(Que faites-vous ? Dans quel ordre ? Qu'observez-vous ? Que cherchez-vous à savoir ?)
- Au cours de ces consultations, quelle place accordez-vous à la mère et à sa santé mentale ?

## 4/ Relation mère-bébé

- Comment essayez-vous d'évaluer la qualité de la relation mère-bébé ?
- Est-ce que vous rencontrez des difficultés ? Quels sont pour vous les freins à cette évaluation ?
- Est-ce que vous avez une idée de ce dont vous auriez besoin pour cette évaluation ?
- Est-ce que vous pouvez me parler de situation(s) vécue(s) où vous avez observé des troubles de la relation mère-bébé ?  
Qu'avez-vous fait dans ces cas-là ?  
À qui adressez-vous ? Quels sont vos partenaires ?

## 5/ Généralités

- Que pensez-vous du rôle du médecin traitant dans le dépistage précoce des troubles du lien mère-bébé ?
- Lorsque je vous ai contacté au tout début de mon travail de thèse, vous étiez :  
« favorable/défavorable/vous ne m'avez pas dit si vous étiez favorable ou non »  
à la réalisation d'une formation pour utiliser un outil de dépistage des troubles de la relation mère - bébé. Pouvez-vous me dire pourquoi ?



# Annexe 2 : Exemple de retranscription d'un entretien

**Entretien n°3 ; Durée : 27min 12sec ; Skype**

**Interviewer**

Okay. Du coup... est-ce que vous pouvez me décrire votre patientèle, de manière un peu générale, que ce soit à \*\*\* ou à \*\*\* ?

**Médecin**

Bah en fait elles sont différentes parce que... Ce que je constate finalement c'est que pour que les patients nous fassent assez confiance pour nous confier leurs enfants, ça prend un peu de temps. Donc là pour le moment j'ai plutôt des personnes qui ne ressemblent pas à ma patientèle habituelle (rires) : plutôt des personnes âgées polypathologiques, en situation de précarité pour la plupart. Alors que quand j'étais à \*\*\*, j'y avais fait quasiment tout mon internat, donc j'étais en contact avec des patients qui me connaissaient déjà, qui m'avaient vue en tant qu'interne, qui m'avaient vue en tant que remplaçante, et du coup j'avais pas ce problème de recrutement que je peux avoir ici et qui va durer quelques mois, qui dure toujours quelques mois au début de l'installation. C'était pas le cas là-bas, c'est-à-dire que j'avais eu des suivis de bébés, d'enfants et de femmes enceintes très rapidement.

**Interviewer**

Vous faisiez beaucoup de suivi de grossesse ?

**Médecin**

C'était à peu près euh... c'était à peu près 15% de ma patientèle. Entre 15 et 20%.

**Interviewer**

Okay. Et le suivi des nourrissons ?

**Médecin**

Le suivi des nourrissons euh... ça représentait à peu près 40%.

**Interviewer**

Ah oui d'accord. Et les nouveau-nés, des petits entre 0 et 3 mois, vous en voyiez ?

**Médecin**

Je sais pas le pourcentage mais ça faisait partie des 40% de nourrissons.

**Interviewer**

D'accord okay.

Est-ce que vous pouvez me décrire une consultation type pour un nourrisson justement entre 0 et 3 mois ?

**Médecin**

Euh... alors ma consultation type euh... (rire) c'est difficile à décrire comme ça.



Bon déjà une prise de contact avec les parents, enfin je dirais plutôt déjà une prise de contact avec l'enfant, je commence souvent par l'enfant et puis après une prise de contact avec les parents. En interrogatoire de début de consultation, enfin plutôt une demande d'informations aux parents : pourquoi ils viennent, qu'est-ce qu'ils attendent de la consultation. Ensuite je consulte le carnet de santé. Ensuite je leur demande de déshabiller l'enfant, je fais déjà les mesures de courbe, poids, périmètre crânien. Ensuite je fais l'examen du développement. Ensuite je fais l'examen médical à proprement parler. Ensuite je fais la vaccination s'il y en a besoin. Et puis voilà. Après les parents rhabillent l'enfant, après je réponds à leur question s'il y en a encore parce que c'est vrai que j'y réponds un peu tout du long. Je leur demande s'ils ont pas des questions complémentaires, après je leur prescris les choses dont ils ont besoin. Et puis... voilà, on se sépare sur la prescription.

### **Interviewer**

Okay. Et est-ce qu'il y a des choses particulières que vous cherchez à savoir, à observer, pendant ces premières consultations du coup de suivi des bébés ?

### **Médecin**

Bah je cherche à savoir beaucoup de choses, la première consultation elle me prend en général beaucoup de temps, c'est une consultation qui me prend 40 minutes. Alors il y a le point de vue médical bien évidemment, les antécédents de l'enfant, voir comment il se développe etc... Il y a le point de vue strictement médical mais il y a aussi l'interaction entre les parents et l'enfant, je regarde aussi l'interaction entre les 2 parents, s'ils sont là tous les deux. S'il y en a qu'un seul, j'essaie de poser un petit peu des questions euh... sans être indiscreète mais pour voir un peu si ça se passe bien. Je vérifie aussi l'état psychologique des parents. Euh... qu'est-ce que je cherche d'autre ? Je cherche plein de choses pendant ces consultations ! Je m'intéresse aussi beaucoup à ce qui peut angoisser les parents, les questions qu'ils se posent eux, qu'est-ce qui leur pose problème ou pas, voilà. Je leur explique bien qu'il n'y a aucune honte à avoir et que s'il y a des choses qui leur posent soucis, qu'il faut pas qu'ils hésitent à m'en parler. Je m'occupe de l'alimentation aussi, savoir si ça se passe bien au niveau de l'alimentation du nourrisson, si la maman elle a pas de problème de pathologie en lien avec l'allaitement si elle allaite. Et c'est vrai que je regarde aussi l'interaction entre le parent et l'enfant.

### **Interviewer**

D'accord. Et c'est-à-dire ?

### **Médecin**

Je regarde comment les parents se comportent avec l'enfant pendant la consultation, comment ils le rassurent, comment ils me laissent l'examiner : est-ce que finalement ils sont en confiance ou pas, est-ce qu'ils sont constamment là à côté ou est-ce qu'ils me laissent un certain espace pour l'examiner. Ça me permet d'avoir un peu une idée de leur degré d'inquiétude par rapport à l'enfant. Euh... Ouais, je regarde beaucoup ça.

### **Interviewer**

Okay. Et comment vous faites du coup pour évaluer la qualité de la relation, plutôt maman-bébé ?

### **Médecin**

Alors, c'est quelque chose que je vois... En fait je les laisse allaiter les mamans qui allaitent pendant les consultations. Donc j'en ai déjà une première idée au moment de l'allaitement. Je regarde comment elles communiquent avec leur enfant et comment elles le rassurent. C'est-à-dire que moi j'essaie au maximum de les rassurer mais avec les bébés c'est pas forcément toujours évident donc dans la plupart des cas mon intervention seule ne suffit pas (rire). Et je vois à ce moment-là comment se comportent les parents quand l'enfant est inquiet. Quand je commence à m'occuper de lui et que l'enfant est inquiet, qu'il commence à chercher les parents du regard et à pleurer, je regarde à ce moment-là comment se comportent les parents ou la mère dans ce cas : est-ce qu'elle se rapproche, est-ce qu'elle lui parle, est-ce qu'elle le touche, ou est-ce qu'au contraire elle se met entre lui et moi et qu'elle m'empêche un peu de trop l'approcher, est-ce qu'elle veut le rhabiller super vite, enfin voilà, enfin dans sa communication verbale et non verbale avec son enfant.

**Interviewer**

Mmm. Et vous trouvez que c'est dur à évaluer ?

**Médecin**

Moi je trouve pas mais j'ai eu un internat très orienté pédiatrie, par choix hein, parce que ça me plaisait beaucoup. Et les médecins généralistes avec lesquels j'ai été en stage pendant mon internat c'est des médecins généralistes qui faisaient beaucoup de suivi d'enfants. Donc je pense que par mimétisme et par apprentissage avec eux. Ça m'a beaucoup aidé à me rendre compte assez facilement, enfin je dirais pas facilement mais à ce que ça ne me mette pas en difficulté d'examiner ce lien là et de me rendre compte de ce qui se passe.

**Interviewer**

Et de manière générale, du coup peut-être pas pour vous mais pour les MG de manière générale, qu'est-ce qui peut rendre difficile cette évaluation selon vous ?

**Médecin**

Oh je pense que comme n'importe quel médecin on est tous plus ou moins à l'aise avec certains types de patients et je pense qu'il y a certains médecins qui ne sont pas très à l'aise avec les enfants de base, comme moi je peux ne pas être très à l'aise avec les personnes âgées pour lesquelles je sais pas trop quoi faire (rire) parce que j'ai pas trop appris ça dans mon cursus. Donc je pense qu'il y a des limites personnelles. Je pense qu'il y a aussi une relation qui est différente parce que c'est pas un médecin face à un patient, il y a un parent qui est dans la pièce donc finalement il y a 2 personnes voire 3 dont on doit s'occuper, voire 4 parce que souvent il y a aussi d'autres enfants qui sont présents en consultation donc ça fait plus de personnes à s'occuper, ça ça peut être un frein je pense pour certaines personnes. Le fait qu'un enfant ça parle pas, c'est vrai que j'entends beaucoup les externes dire ça et je me rappelle que moi aussi je pouvais dire ça avant : « mais quand ça parle pas un enfant comment on fait pour pouvoir l'évaluer correctement ? ». Ça prend du temps, parce qu'il faut le déshabiller, il faut l'examiner intégralement, il faut faire un travail avec l'enfant, avec le parent qui est présent, ça prend du temps. Euh... ça crie un bébé (rires), ça peut déranger certains médecins, ceux qui ont les oreilles sensibles (rires). Ça peut faire peur, ça peut faire peur de prendre en charge un petit bébé qui est tout petit, on peut avoir peur de mal s'y prendre je pense.

**Interviewer**

Mmm. Et est-ce que vous avez déjà pensé ou vous vous êtes déjà dit que telle ou telle chose vous serait utile pour être plus à l'aise ? Pour vous ou pour les MG de manière générale ?

**Médecin**

Bah moi j'aimerais bien, il y a une formation complémentaire de l'association française de Pédiatrie que moi j'aimerais bien faire, que pour l'instant j'ai pas faite. Il faut que je prenne le temps de m'en occuper. Personnellement ce serait plutôt ça. Pour les médecins de manière générale je sais pas trop, je pense euh... moi je pense maintenant, bon ça fait pas trop longtemps que j'exerce ça fait 1 an ½, j'ai l'impression que... enfin j'ai pas l'impression je me rends compte qu'on s'oriente beaucoup vers un type de patients qu'on apprécie et vers des choses qu'on a envie de faire. Et je pense que les patients le ressentent et que nous on sait aussi leur faire sentir, que ce soit conscient ou inconscient, et du coup moi je me dis qu'un médecin qui a envie de prendre en charge des enfants il va trouver des solutions pour le faire. Et qu'un médecin qui n'a pas envie, on pourra lui apporter des solutions pour le faire, il les saisira pas forcément. Mais c'est pas un reproche, je veux dire moi aussi des fois on essaye de m'apporter des solutions pour prendre en charge certains patients et je les saisis pas parce que... parce que c'est des patients que j'ai pas envie de prendre en charge donc je le fais quand il faut que je le fasse mais je vais pas me forcer à faire des formations pour prendre en charge des patients qui n'éveillent pas moi mon intérêt. Ça peut paraître brutal de dire ça comme ça mais je trouve que c'est vraiment comme ça.

**Interviewer**

Mmm. Est-ce ce que vous pouvez me parler de situations où vous avez observé un trouble de la relation mère-bébé ?

**Médecin**

Euh... (Réflexion, rires) Le 1<sup>er</sup> exemple qui me vient en tête c'est le tout premier bébé dont j'ai commencé le suivi quand je me suis installée après la fin de mon internat. C'était une maman qui était constamment accrochée à son bébé, qui avait mis toute sa vie, vraiment toute sa vie entre parenthèses pendant plusieurs mois voire une bonne année et demi, et la première fois qu'elle me l'a amené elle était complètement collée à lui, je l'ai examiné dans ses bras parce que j'arrivais pas à... c'était elle que j'arrivais pas à séparer de lui, donc je l'ai examiné dans ses bras. Elle était venue toute seule la première fois avec son fils, et elle arrêtait pas de lui parler tout le temps, je pouvais pas en placer une : elle lui parlait, elle le rassurait, elle lui parlait, elle lui parlait, elle lui parlait... Elle était très mignonne hein, elle me faisait beaucoup rire d'ailleurs parce que je pense qu'elle était hyper angoissée, et qu'elle savait pas comment s'y prendre, et je pense qu'elle avait très peur de mal faire et du coup elle en faisait beaucoup trop. Et euh... bon je l'ai laissée un peu faire comme elle voulait à la première consultation. Et quand je l'ai revue la fois d'après, je l'avais vue au 1<sup>er</sup> mois je crois, donc je l'ai revue à 2 mois, et elle était venue avec son mari, et son mari lui il était complètement euh... il la regardait comme ça d'un air de dire « non mais faut qu'elle se calme quoi » (rires). Et du coup au fur et à mesure des consultations, on avait commencé à en parler quand j'avais senti qu'elle était en confiance avec moi et que notre relation se passait bien, j'avais commencé à lui en parler et euh... elle m'avait dit, elle était tout à fait consciente de ça, elle m'avait dit qu'elle savait, qu'elle était hyper fusionnelle avec son fils, d'ailleurs elle avait beaucoup de mal à laisser une place à son mari dans cette relation, et qu'en fait elle avait du mal à laisser de la place à n'importe qui. Même les grands-parents du petit, même les cousins/cousines. Elle avait vraiment cette relation fusionnelle avec lui et ça lui a pris de nombreux mois avant qu'elle puisse, elle, réussir à faire la démarche de prendre un peu ses distances et ça a été très très dur. Et elle avait essayé de reprendre le travail quand il avait entre 1 an et 1 an ½, et elle a pas réussi. Elle a tenu 3-4 jours, elle a pas réussi et du coup elle s'est remis un petit peu à la maison avec son fils. Elle avait réussi à travailler du domicile mais bon elle travaillait pas vraiment parce qu'elle s'occupait de lui. Et puis finalement à force de se voir, que je rencontre aussi son mari, elle faisait aussi l'effort parfois sans que je lui demande, elle venait pas, elle laissait son mari venir avec son fils en consultation. Bon elle m'appelait juste après (rires). C'était un travail qu'elle faisait sur elle-même. Bon c'était surtout son mari qui lui en parlait moi je me serais jamais permise. Bon euh... voilà, il y avait cette relation-là, qui au final, bon ça s'est toujours bien passé mais elle avait réussi à prendre un peu plus de recul. Je l'avais vu quelques semaines avant de partir et elle avait repris le boulot, elle venait soit elle soit son mari en consultation avec son fils, ils venaient plus tous les deux. Et quand elle venait elle me laissait l'examiner sur la table d'examen, elle me laissait jouer avec lui, elle restait assise sur la chaise, elle était pas forcément juste à côté de son fils pendant l'examen, enfin voilà elle s'était un peu détendue.

**Interviewer**

D'accord. Et euh... Bon là vous n'étiez pas trop inquiète pour le bébé ?

**Médecin**

Non.

Ah oui plus un cas où j'étais inquiète pour la relation mère-enfant dans le sens qui se passait pas bien ?

**Interviewer**

Oui plutôt.

**Médecin**

Euh... alors je pense que c'est plutôt pendant mon internat parce que quand j'ai exercé à P. j'avais été inquiète pour des relations entre des parents, mais la relation mère-enfant se passait bien, et c'était plutôt quand j'étais interne. J'avais fait un stage en PMI et là on avait rencontré beaucoup de... plusieurs familles, il y avait 2 familles notamment où la relation mère-enfant était très compliquée.

La première c'était une maman qui était toxicomane et qui était arrivée sur le territoire français depuis très peu de temps, je sais plus de quel pays elle était originaire, elle était hébergée en hôtel social et elle

avait au départ le droit d'être hébergée avec son bébé, et puis finalement elle avait été séparée de son enfant par les services sociaux parce qu'il y avait des gros problèmes relationnels et qu'elle s'en occupait pas correctement. Et moi j'étais arrivée en cours de prise en charge, c'était ma maitre de stage qui était la pédiatre de cet enfant, elle était médecin généraliste et bossait comme pédiatre en PMI, elle avait fait en sorte que ce soit la maman qui vienne aux consultations médicales avec l'enfant. Donc au départ il y avait l'assistance sociale qui venait avec, ça s'est fait progressivement, et puis finalement moi quand j'étais en stage la mère venait toute seule avec le bébé. Et en fait là c'était vraiment ma maitre de stage qui lui apprenait à se comporter avec son enfant, qui lui apprenait à le prendre dans ses bras, à lui donner le biberon en le regardant, à le rassurer quand on l'examinait et qu'on lui faisait peur parce qu'on était des personnes inconnues dont il pouvait avoir peur. Voilà, elle lui apprenait tout, elle lui montrait même, elle lui montrait « vous voyez quand votre bébé il vous regarde comme ça il faut se rapprocher de lui, il faut lui tenir la main, il faut lui caresser la tête... ». Enfin elle lui apprenait tout cet instinct maternel qu'elle l'avait pas du tout. Ça c'était un premier exemple.

Et le deuxième exemple c'était une maman d'enfants autistes, elle avait 2 enfants qui étaient autistes. Et en fait les consultations étaient très compliquées parce qu'elle était dans le déni de l'état de santé de ses enfants, et qu'elle voulait absolument en faire euh... bah des enfants, des enfants normaux quoi. Sans retard, sans problème dans les acquisitions, sans retard dans les acquisitions, et elle voulait pas accepter que ses enfants avaient besoin de plus d'aide que d'autres. Et les relations étaient très compliquées, elle avait une relation très conflictuelle avec nous et elle avait aussi une relation très conflictuelle avec ses enfants pendant les consultations, mais on savait pas trop comment ça se passait à la maison. Il y avait eu une évaluation à domicile qui avait été mis en place mais j'avais pas eu la suite de l'histoire.

Après moi j'ai plutôt eu de la chance dans les relations mère-enfant moi en tant que praticien toute seule, j'ai jamais eu trop de soucis.

### **Interviewer**

Et si vous en aviez, ce serait qui éventuellement vos interlocuteurs, vos partenaires ?

### **Médecin**

Euh...alors... ça dépendrait du cas. On a une médiatrice en santé dans notre espace santé, qui pourrait être d'un certain recours. Euh... Et puis après bah je démarrerais Google et je regarderais ce que j'ai comme ressources dans le coin (rire). C'est quelque chose que je fais assez souvent quand je rencontre un problème. Bon j'ai mon collègue Dr \*\*\* qui a certainement des contacts et puis moi j'irai regarder mais comme j'en ai jamais eu besoin pour le moment...

### **Interviewer**

Et quand vous étiez à P. vous travailliez avec qui ?

### **Médecin**

On travaillait avec les PMI de secteur qui étaient à côté du centre de santé où je travaillais. On avait une infirmière puéricultrice dans notre centre de santé qui avait beaucoup de contacts avec le Conseil général, avec les PMI du coin.

### **Interviewer**

Mmm, okay. Et du coup de manière générale, qu'est-ce que vous pensez de la place du médecin généraliste dans le dépistage précoce des troubles de la relation mère-bébé ?

### **Médecin**

Je pense que le médecin généraliste qui suit des enfants a tout à fait sa place dans ce dépistage. Euh... moi personnellement je me sens capable de le détecter mais je me sens pas forcément capable de le prendre en charge si c'est quelque chose qui dure dans le temps et qui... enfin voilà. À un moment donné je peux me sentir limitée. Donc c'est-à-dire que c'est quelque chose que je pourrais détecter, dont je pourrais essayer de parler à la mère une première fois, la faire revenir rapidement pour voir un peu comment ça se passe. Mais si je vois que le problème est vraiment ancré et que ça dépasse mes compétences je vais facilement les réorienter vers un centre de PMI ou vers d'autres solutions que je pourrais trouver à ce moment-là. Je ferais pas la prise en charge, pas parce que je veux pas mais parce

que je ne sais pas le faire. Ce qui veut pas dire que je peux pas progresser sur ce sujet-là mais euh... En fait moi j'ai tendance à avoir envie de progresser sur les choses que je rencontre, sur les problèmes que je rencontre, donc c'est vrai que tant que je ressens pas que c'est quelque chose d'envahissant dans ma pratique, et que j'ai vraiment besoin de formation complémentaire, je vais pas faire la démarche de le faire.

**Interviewer**

Ouais, d'accord. Et euh... pour finir, je sais pas si vous aviez été au courant, mais au tout début de mon travail de thèse, en fait j'avais proposé aux médecins généralistes d'être formés à un outil de dépistage. Mais du coup c'est outil de dépistage qui est développé par une équipe lyonnaise et qui demandait une formation : c'était une formation qui se déroulait en 4 fois 1 heure à 1 heure 30. J'ai pas eu assez de participants pour faire une étude valable. Du coup, si je vous avais posé la question à vous, est-ce que ça vous aurait intéressée vous pensez ? Est-ce que la formation ça vous aurait freinée ?

**Médecin**

Non je pense pas que la formation m'aurait freiné, je pense que ça dépend à quel moment vous me l'auriez demandé. Si c'est au moment où je passais ma thèse, j'aurais dit non (rires) ; si c'était au moment où je venais d'arriver à \*\*\*, je vous aurais dit non (rires). Non ça dépend un peu, moi une fois que je me sens installée quelque part j'ai envie de faire des choses comme ça donc si vous me posiez la question maintenant, là je suis sen train de faire la formation pour accueillir des externes donc ce serait peut-être pas le moment non plus maintenant, mais moi il faut que tous les 3-4 mois j'ai un nouveau truc quoi donc euh... si c'était au bon moment j'aurais dit oui.

**Interviewer**

Okay. Bon très bien. Bon bah voilà c'est fini, merci beaucoup.

# Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.









# Résumé

**Introduction :** Dans tous les pays du monde, la dépression du post-partum touche 10 à 15 % des femmes. En France, plus de 100 000 femmes sont en grande détresse lors de l'année qui suit la naissance de leur enfant, et seulement la moitié d'entre elles trouve à qui s'adresser. Si les dépressions périnatales ne sont pas prises en charge rapidement, elles entravent l'établissement d'un lien mère-bébé harmonieux, indispensable pour le développement psycho-affectif du bébé et le devenir de l'enfant. Les médecins généralistes, acteurs pivots de la prévention primaire en France, ont un rôle majeur à jouer dans la prise en charge des femmes à la sortie de la maternité et lors du retour à domicile. L'objectif principal de notre étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant les troubles de la relation mère-bébé et leur dépistage précoce.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée auprès de médecins généralistes en exercice dans la région PACA. Le recrutement des participants à notre étude a été effectué selon un échantillonnage raisonné théorique. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés d'avril à septembre 2021, retranscrits intégralement, puis encodés par deux chercheurs.

**Résultats :** L'analyse de ces entretiens a mis en évidence la spécificité de la consultation de suivi du nourrisson aux yeux des médecins généralistes, tant par sa complexité et densité (impliquant une consultation chronophage) que par sa tridimensionnalité (médecin-parent-enfant). Pendant ces consultations, les généralistes sont attentifs à l'état de fatigue des mères et s'appuient sur leur ressenti pour évaluer leur santé mentale, notamment leur anxiété. Toutefois, les médecins interrogés n'ont pas fait mention de lien direct entre trouble psychologique maternel et trouble de la relation mère-bébé. Ils évaluent la relation mère-bébé en s'appuyant sur un ensemble d'éléments obtenus par l'interrogatoire et par leurs observations au cours de la consultation. Ils ont également identifié les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de trouble de la relation. Malgré le fait qu'ils n'utilisent pas d'outil de dépistage des troubles du lien, ils ont identifié les éléments facilement observables en consultation et faisant partie des échelles de dépistage. Les généralistes interrogés privilégient leur ressenti pour faire ce dépistage, mais ils expriment toutefois quelques difficultés, notamment pour évaluer la gravité de la situation et décider de la prise en charge adéquate.

**Discussion et Conclusion :** À la lumière de la campagne de santé publique sur les 1000 premiers jours, notre travail de recherche s'inscrit dans l'actualité du monde de la santé en périnatalité. Si nous avons montré que le dépistage des troubles de la relation mère-bébé est une problématique qui concerne évidemment les médecins généralistes, nous avons également mis en évidence que seuls les médecins intéressés et sensibilisés à cette problématique se sentent à l'aise avec ce dépistage. Devant la multitude de domaines à maîtriser, les généralistes considèrent souvent que ce thème n'est pas prioritaire. Ils méconnaissent en fait probablement la fréquence des troubles psychiques du post-partum, ainsi que les conséquences qu'ils ont sur l'interaction mère-bébé et à plus long terme sur le développement cognitif et psycho-affectif de l'adulte en devenir.

Pour aider les médecins généralistes dans ce dépistage des troubles du lien sans les surcharger, nous pensons qu'il serait judicieux d'apporter quelques ajouts au carnet de santé afin d'évaluer les éléments importants de la relation mère-bébé et l'état émotionnel de la mère. De plus, un complément pourrait être apporté à l'application pour smartphones « 1000 premiers jours », qui serait à destination des soignants de premier recours pour les aider dans leur dépistage des troubles du lien ainsi que dans leur prise en charge.

**Mots clefs :** relation mère-bébé, trouble de la dyade, médecine générale, étude qualitative