



HAL
open science

Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post partum en médecine générale

Charline Bonnay

► To cite this version:

Charline Bonnay. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post partum en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04111016

HAL Id: dumas-04111016

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04111016>

Submitted on 7 Jun 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE MEDECINE
D'AMIENS**

ANNEE 2022

Thèse n° 2022 - 197

**Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et
évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post partum
en médecine générale**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 16/12/2022

Pour obtenir le diplôme d'État de

Docteur en Médecine Générale

Par

Madame BONNAY Charline

Née le 06/02/1993

PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur GONDRY Jean

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Docteur BENAROUS Xavier

Monsieur le Docteur LAMBERTYN Xavier

Madame le Docteur ROZIER Isabelle

DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur BENAROUS Xavier

DEDICACES

Aux membres de mon jury,

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Jean GONDRY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Gynécologie et Obstétrique)

Chef du Service de gynécologie - obstétrique – orthogénie

Chef du Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

*Pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de ma gratitude et de mes
sincères remerciements.*

A mon jury,

Monsieur le Docteur Xavier LAMBERTYN

Médecin généraliste

Maitre de stage universitaire

Vous me faites l'honneur d'être présent pour ma soutenance de thèse, comme vous l'avez toujours été lors de mes études de médecine. Merci pour votre pédagogie en stage, pour votre confiance lors des remplacements et votre dynamisme. Votre parcours humaniste est pour moi une inspiration permanente dans ma relation aux patients.

Je vous présente ma sincère gratitude.

Madame le Docteur Isabelle ROZIER

Médecin généraliste

Tu me fais l'honneur d'être présente, pour la première fois de ta belle carrière, en tant que membre de jury de thèse. Merci pour ta confiance, pour ta bienveillance et ta disponibilité.

Merci de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas dans la pratique de la médecine générale, et de m'avoir fait découvrir le DIU de mésothérapie.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Vous me faites l'honneur d'être mon directeur de thèse. L'aventure a commencé lors de mon 3^e semestre, à la maternité du CHU d'Amiens pour l'étude COVIE 19-20. Merci pour votre confiance, pour vos conseils qui m'ont guidée dans la rédaction de ma thèse, merci pour votre professionnalisme.

REMERCIEMENTS

A ma famille,

A mon papa, si je suis arrivée jusqu'ici, c'est grâce à toi. Tu as toujours su me pousser vers le haut, me motiver, me donner confiance en moi. Tu as été présent dans les moments les plus difficiles de mes études mais également face aux épreuves de la vie. Tu es mon guide, mon repère. Merci pour ces valeurs que tu m'as transmises, celles qui font de moi un médecin épanoui dans ma vie personnelle et professionnelle. Merci pour tout l'amour que tu me donnes.

A mes sœurs, mes deux petits bébés, Anne Lise et Marie Gabrielle, merci pour votre soutien inconditionnel. Merci de m'épauler, de m'encourager, et d'être fières de moi, vous êtes ma force de vivre. Votre sœur protectrice, et parfois relou, vous aime.

A Marie Agathe et ses deux loulous que j'aime malgré la distance, et que je n'oublierai jamais.

A Isabelle, Maxime et Papy, merci d'avoir cru en moi, de m'avoir encouragée pendant toutes ces années, d'avoir été présents dans les moments difficiles. A nos repas de famille, nos vacances en montagne et nos randos jusqu'à la tombée de la nuit.

A Jérôme, je sais que tu veilles sur moi, de là où tu te trouves, au paradis.

A mes amis,

A ma Laulau, ma confidente de tous les temps, mon acolyte, ma super confrère, ma docteur, maintenant, jamais l'une sans l'autre. Depuis notre première année de médecine, nous ne nous sommes pas quittées. Nous avons parcouru ce périple ensemble, depuis les conf de PACES jusqu'à la thèse, et ce n'est pas terminé ! Tu es d'un soutien énorme au quotidien, je peux compter sur toi. Je suis fière de notre amitié sans faille. Tu es présente en toutes circonstances, je ne sais comment te remercier. A tous nos moments de complicité. Je n'oublie pas Francou, merci de prendre soin de ma Laura ;)

A mes loulous, *Marin et Justine*, toujours là pour mettre l'ambiance. A nos brunchs du dimanche matin, dont je ne me lasserai pas. Les moments passés ensemble me rappellent à quel point vous êtes géniaux. Je vous aime fort.

A Manon, mon amie d'enfance. Celle qui me connaît si bien. Merci pour ton soutien. A tous nos dimanches de papotages sur le canapé, merci d'être à l'écoute et bienveillante. Je suis fière de toi et de la maman que tu es devenue.

A Marine, ma lilloise, mon coup de foudre amical des urgences pédiatriques. Cette petite pépite dont j'ignorais l'existence dans la promo. Tu es fabuleuse, reste comme tu es, avec ton franc-parler et tes expressions de ch'ti, je t'adore. A nos multiples footings, qui ne risquent pas de s'estomper, avec l'objectif que l'on prépare, le semi-marathon du Louvre.

A Audrey, nous avons commencé en tant que FFI aux urgences pédiatriques ensemble, et nous ne nous sommes plus lâchées. Nous avons formé un bon duo lors du stage de gynéco-ped, et je ne t'en remercierai jamais assez. Tu es radieuse, garde cette fraîcheur de vivre. A nos midis de jeudi de cours que j'aimais beaucoup.

A Maxime, la personne la plus gentille et bienveillante. Nous nous sommes rencontrés lorsque je traversais un moment difficile dans ma vie de jeune médecin et depuis, tu as toujours fait preuve de patience et d'écoute avec moi. Avec *Chloé*, vous êtes des personnes adorables, que j'affectionne beaucoup.

A Marine, ma tornade, ma bosseuse. A nos multiples coups de fil en voiture à refaire le monde. A nos vacances à Lisbonne que je n'oublierai pas, remplies de fous rires. Merci pour ton soutien durant cet internat.

A mes triathlètes et mes athlètes, **Kathy**, merci pour nos vacances dans le Sud et nos footings, ton soutien quotidien durant mes études. **Alexis**, mon mécano attitré, merci pour tes conseils, ton écoute, et ta disponibilité. A **Benjou**, **Chloé**, et **Aurélien**, merci pour les sorties vélo, les séances VMA sur piste, que ce soit sous la neige ou sous 40°C. Merci pour vos joies de vivre et vos encouragements. Vous êtes dans mon cœur.

Merci à ma petite kiné, **Chloé**, que j'aime tant.

A **Vincent**, mon coach, pour avoir adapté mes entraînements à mon rythme de vie professionnelle et à la préparation de ma thèse. Merci d'être à l'écoute, et de me faire évoluer en triathlon.

A mes deux mésothérapeutes, **Sonia et Marie**, mes queens de l'IED et du nappage, sans oublier le pistolet et la papule que vous maîtrisez si bien. Très heureuse d'avoir fait votre rencontre lors de ce DIU de mésothérapie, d'avoir formé un beau trio pour notre mémoire. Je suis fière de nous pour la présentation de notre mémoire au congrès de mésothérapie. A notre prochain voyage à l'autre bout du monde.

Au Docteur Collery, merci pour ta confiance lors des remplacements, je me suis lancée avec toi, et je t'en suis très reconnaissante.

A tous les médecins que je remplace, merci pour leur confiance.

Merci également à tous les médecins qui ont contribué à cette étude.

Merci à l'URPS de m'avoir accompagnée dans mon projet de thèse et d'avoir contribué à l'envoi et la réception des 500 questionnaires par voie postale.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	19
1. Généralités sur la dépression post-partum	19
1.1 Prévalence	19
1.2 Conséquences de la dépression post-partum sur la mère et la relation mère-enfant ..	20
1.3 Intervention précoce.....	21
2. Repérage de la dépression post-partum.....	23
2.1 Recommandations internationales	23
2.2 Recommandations en France	23
3. Médecin traitant au cœur du dispositif.....	24
4. Objectifs de l'étude	27
MATERIEL ET METHODE	28
1. Population de l'étude.....	28
2. Outils de mesure.....	28
3. Déroulement de l'étude	29
4. Boîte à outils.....	30
5. Analyse statistique et éthique.....	31
RESULTATS	32
1. Présentation	32
2. Description de la population	33
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des professionnels	33
2.2 Suivi des patientes dans la période périnatale.....	33
2.3 Repérage de la dépression post-partum	34
2.4 Réseau de soins	35
2.5 Prise en charge et prescription de psychotropes	36
2.6 Analyse des facteurs associés au fait de se percevoir comme compétent pour dépister la DPP	36
2.7 Différences des pratiques entre les praticiens	36
3. Evolution après utilisation de la boîte à outils	37
3.1 Repérage et prise en charge de la dépression post-partum	37
3.2 Impact de l'utilisation de la boîte à outils numérique.....	38
3.3 Pistes d'améliorations du dépistage de la dépression post-partum.....	38
DISCUSSION	40
1. Résumé des principaux résultats	40
2. Forces et faiblesses de l'étude	43
3. Perspectives : implication clinique et pour la recherche	44
CONCLUSION	46

BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	54
1. FIGURE S1	54
2. FIGURE S2	55
3. FIGURE S3	57
4. FIGURE S4	59
5. FIGURE S5	62
6. FIGURE S6	63
7. FIGURE S7	64
8. FIGURE S8	65
9. FIGURE S9	66
RESUME/ABSTRACT.....	69

ABREVIATIONS

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-psychologique

DPP : Dépression Post Partum

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPDS : Edinburgh Postpartum Depression Scale

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MIBS : Mother to Infant Bonding Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OREHANE : Organisation Régionale Hauts-de-France Autour de la Périnatalité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme de Retour À Domicile

PTSM : Projets Territoriaux de Santé Mentale

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

La dépression post-partum (DPP) touche environ 10 à 20 % des femmes en France (1). C'est un problème majeur de santé mentale chez les femmes durant cette période si riche en bouleversements psychiques et sociaux. Ce trouble reste trop souvent méconnu voire stigmatisé par les patientes et les professionnels de santé. La survenue de symptômes dépressifs au cours de la période du post-partum peut affecter l'interaction parents-enfant (2,3). Près de 50 % des patientes vont développer une forme chronique de dépression, c'est-à-dire au-delà d'un an post-partum. Il s'agit d'une des principales complications de la DPP. Une autre principale complication a pu être relevée : la survenue d'un nouvel épisode dépressif lors d'une nouvelle grossesse dans près d'un quart des cas (4).

Parce qu'il est souvent associé à un vécu de honte et de culpabilité (5), le dépistage de la DPP nécessite du temps, particulièrement difficile à trouver lorsque la patiente ne consulte pas pour elle-même ou pour ce problème. Pour autant, les patientes vont régulièrement consulter leur médecin traitant dans la période du post-partum, notamment pour le suivi du nouveau-né. L'instauration d'une relation de confiance dans le temps, la connaissance du milieu de vie de la patiente et l'approche globale du médecin généraliste font de ce dernier un potentiel acteur essentiel pour le repérage de la DPP. Malgré cela, à ce jour seulement la moitié des DPP sont correctement identifiées par les professionnels de santé (6). L'intérêt de dépister la DPP en médecine générale est de prendre en charge plus précocement les épisodes dépressifs et d'éviter le risque de complication pour la mère mais aussi pour l'établissement du lien mère-enfant.

1. GENERALITES SUR LA DEPRESSION POST-PARTUM

1.1 PREVALENCE

La prévalence mondiale de la DPP est de 17,7 %, avec une hétérogénéité importante selon les pays (7), allant de 3 % à Singapour à 38 % au Chili. Ces grandes variations s'expliquent en partie par des facteurs sociaux (comme les inégalités socio-économiques et les particularités des systèmes de santé) et des facteurs liés à la santé maternelle et infantile.

La prévalence de la DPP rapportée dans ces études dépend aussi du seuil utilisé par les outils de dépistage de la DPP et de la définition retenue pour caractériser la période du post-partum (8,9).

Pour certains, la période du post-partum porte sur le premier mois après la grossesse . Pour d'autres, elle concerne les trois premiers mois, alors que la majorité des définitions retiennent la période de la première année de vie de l'enfant (10).

Plusieurs travaux notent un risque accru de troubles psychologiques du péri-partum maternel dans le contexte de la pandémie de COVID 19 (11,12). La méta-analyse menée par *Zhang et al.* (2020) retrouve une prévalence moyenne de 43 % pour l'anxiété et de 32 % pour la dépression chez les femmes enceintes pendant la pandémie (13,14). En 2021, nous avons mené une étude au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens portant sur le lien entre la pandémie de COVID 19, les symptômes dépressifs et l'anxiété (15). Nous avons montré que le taux de sujets présentant des symptômes dépressifs cliniquement significatifs était de 17 % sur le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens, et que 3 % des participantes rapportaient des idées suicidaires (16).

Paru le 6 octobre 2022, le rapport de l'Enquête Nationale de Périnatalité (ENP) montre que la part des femmes ayant déclaré se sentir « bien » sur le plan psychologique durant la grossesse est en diminution (68 % en 2016 contre 63 % en 2021). Les données obtenues deux mois après l'accouchement révèlent que 17 % des femmes présentent une dépression du post-partum, évaluée à partir de l'échelle Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (17). L'évaluation de la santé psychologique devrait, de ce fait, être une dimension intégrante du parcours de maternité des femmes.

1.2 CONSEQUENCES DE LA DEPRESSION POST-PARTUM SUR LA MERE ET LA RELATION MERE-ENFANT

Outre les conséquences que peut avoir une dépression sur les liens sociaux (isolement, éloignement du cercle familial), sur le plan professionnel (arrêt maladie prolongé, risque de faute professionnelle, licenciement), sur la santé physique (insomnie, anorexie, perte de poids pouvant avoir des conséquences somatiques graves) et sur l'estime de soi (culpabilisation, mésestime), il ne faut pas négliger le risque suicidaire, qui s'avère six fois plus élevé chez les femmes présentant une DPP que dans la population de femmes n'ayant pas accouché (18).

Le suicide est à ce jour la 2^e cause de mortalité du post-partum, après les hémorragies de la délivrance.

Des symptômes psychiatriques durant la grossesse peuvent aussi influencer le développement du fœtus via des modifications de l'environnement intra-utérin (19,20). Les études longitudinales de cohortes ont confirmé que les effets négatifs des symptômes anxio-dépressifs maternels anténatales influençaient le développement socio-émotionnel du nourrisson, indépendamment du statut psychologique des mères en post-partum (21,22). De manière générale, les enfants de mères présentant une DPP manifestent davantage de troubles de l'humeur et moins d'intérêt dans l'interaction avec leur entourage, comparés à des enfants ayant une mère non dépressive (23–25). A long terme, la DPP chez la mère peut exposer l'enfant à un plus grand risque de (24):

- Troubles de l'humeur à tous les âges de la vie
- Troubles du comportement : trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), trouble oppositionnel avec provocation (TOP)
- Troubles réactifs de l'attachement
- Retard de développement psychomoteur : retard de langage, trouble des apprentissages, voire un retard cognitif global
- Retard de croissance

Les complications de la DPP peuvent survenir en cascade et s'auto-entretenir. Par exemple, les conflits conjugaux importants peuvent alimenter la mésestime de soi et réduire la capacité à demander de l'aide.

1.3 INTERVENTION PRECOCE

Les facteurs de risque environnementaux peuvent favoriser la survenue d'une DPP. Les prises en charge centrées sur la réduction de ces facteurs de risque reposent sur des mesures d'aide et de soutien comme les visites à domicile par des professionnels de santé et sur l'intervention d'infirmières diplômées d'état, de sage-femmes, ou encore de travailleurs sociaux (26,27). Dans la majorité des données de la littérature, ces interventions montrent une efficacité sur la DPP, tant au niveau thérapeutique que préventif. Elles pourraient avoir un rôle important dans le

dépistage si elles étaient ciblées sur les patientes à risque de développer une DPP et si elles étaient réalisées individuellement, idéalement à domicile et à un rythme soutenu (28).

En parallèle de ces interventions centrées sur l'environnement social, la DPP est prise en charge également sur le plan psychiatrique grâce aux approches psychothérapeutiques ou à une prise en charge médicamenteuse.

Parmi les psychothérapies, on retrouve la thérapie interpersonnelle. Il s'agit d'une thérapie brève, pragmatique, centrée sur la mère. Elle vise à réduire les symptômes dépressifs de la patiente en augmentant son estime de soi et en l'aidant à modifier ses relations interpersonnelles et/ou ses attentes vis-à-vis de ses relations (29–31). En 2014, *Claridge et al.* ont réalisé une méta-analyse incluant 24 études et concluent à un effet bénéfique de ce type de psychothérapie sur la DPP (32,33).

On retrouve également la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) qui repose sur l'identification du contenu des pensées en lien avec la dépression (comme des pensées automatiques et des distorsions cognitions) ainsi que sur l'articulation de ces pensées avec un vécu émotionnel négatif et le comportement du patient. Selon une étude randomisée réalisée en 1996 par *Meager et Milgrom*, la mise en place d'un programme de groupe par TCC améliore significativement l'humeur des patientes souffrantes de DPP comparée à celle du groupe contrôle (31,34).

La thérapie de soutien est aussi une modalité de psychothérapie non spécifique, encore appelée soutien psychologique non-directif. Dans le contexte périnatal, elle a pour objectif un renforcement des capacités d'adaptation ainsi qu'un accompagnement psychologique de la mère face à l'accès à la parentalité. Pour cela, le psychiatre écoute, conseille, et encourage la patiente pour la mettre en confiance dans son nouveau rôle de mère (35).

De façon générale, les nombreux biais et limites de ces études rendent la généralisation des résultats difficile. Aucune conclusion définitive ne peut être délivrée sur les effets à long terme de la psychothérapie (36).

La place des prescriptions médicamenteuses dans le contexte du post-partum a été modifiée à la lumière des données pharmaco-épidémiologiques ces dernières années. On observe une tendance à l'abstention thérapeutique ou à la réduction des posologies, ce qui pourrait favoriser l'aggravation et les récurrences des symptômes dépressifs (37). La décision thérapeutique se prend, en général, de façon collégiale.

2. REPÉRAGE DE LA DEPRESSION POST-PARTUM

2.1 RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

En 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le « United Nations Population Fund » ont publié un bulletin destiné au corps médical sur le thème de la santé mentale des femmes, notamment pendant et après la grossesse.

Dans ce rapport, ont été reprises les principales recommandations concernant la santé mentale durant la période périnatale (38):

- L'amélioration de l'identification des problèmes de santé mentale pendant la grossesse et le post-partum à l'aide d'instruments de dépistage afin de proposer des interventions précoces appropriées
- Le développement des compétences des professionnels de santé pour la conduite d'un entretien de dépistage
- Le développement de services de santé proposant une prise en charge appropriée des besoins des femmes vulnérables durant la période périnatale.

2.2 RECOMMANDATIONS EN FRANCE

Actuellement en France, une patiente sur cinq décide de s'adresser à son médecin traitant pour la consultation post-natale (39). Les médecins traitants assurent le suivi de grossesse et le suivi du nourrisson avec les 20 consultations obligatoires jusqu'à l'âge de 16 ans, dont 12 effectuées durant la première année. Ils sont donc amenés à recevoir les jeunes mères régulièrement pendant le post-partum.

Ceci peut être propice à mettre en place des protocoles de dépistage et à intervenir précocement. Cependant, il n'existe pas de recommandation nationale à ce sujet pour la DPP.

En dehors de la consultation postnatale, prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, il n'existe pas de cotation pour le dépistage de la DPP en médecine générale, comme c'est le cas pour l'évaluation des symptômes dépressifs par l'échelle Hamilton rémunérée à hauteur de 69,12 euros. Mais cela pourrait évoluer dans les prochaines années.

En septembre 2021 se tenaient les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie à Paris. Un « entretien systématique autour de la 5^e semaine après l'accouchement » a été envisagé pour repérer la DPP (40) avec un second entretien autour de la 12^e semaine pour les femmes estimées « à risque ».

En 2005, le plan de périnatalité a été élaboré et avait pour objectif d'améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant avec notamment la mise en place d'un entretien prénatal précoce, afin d'anticiper les difficultés et les besoins.

Un des objectifs du plan de périnatalité était de développer des séances postnatales telles que les visites à domicile après l'accouchement. Ces séances visent à compléter les connaissances des femmes sur la parentalité, favoriser les liens d'attachement, ainsi que rechercher les signes de DPP. Ces interventions dispensées par des professionnels de santé tels que les sage-femmes, les médecins traitants, les infirmières de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou encore les gynécologues, ont montré leur efficacité sur la prévention de la DPP (41). Elles ont d'autant plus d'impact chez les femmes vulnérables. (42,43).

Enfin, lancée par le Président de la République Emmanuel Macron en septembre 2019, la commission « 1000 premiers jours » a pour objectif de promouvoir l'information autour de la parentalité et du développement de l'enfant pendant ses 1000 premiers jours, de proposer un accompagnement renforcé selon les besoins des parents, et de créer du lien entre les professionnels de santé (Figure S1). Dans ce contexte, a été créée une application numérique « 1000 premiers jours », considérée comme un « compagnon privilégié » des jeunes parents. Elle constitue un véritable outil de prévention de la DPP (44).

3. MEDECIN TRAITANT AU CŒUR DU DISPOSITIF

Seul un tiers des femmes souffrant de DPP bénéficie d'une prise en charge adaptée (45). Le repérage et l'orientation méritent, donc, d'être renforcés. Cependant, la patiente n'expose pas toujours ses symptômes en raison d'une forte culpabilité («*j'ai tout pour être heureuse*»), et ce d'autant plus si elle présente un tableau dépressif atypique comme c'est souvent le cas en post-partum.

La relation de confiance entre le médecin traitant et la patiente offre un espace de parole sécurisant permettant aux mères d'exprimer les difficultés rencontrées avec leur nouveau-né.

Le médecin généraliste est ainsi le premier acteur dans la prévention, le repérage, et la prise en charge des patientes.

Le médecin traitant, souvent médecin de famille, suit et accompagne les patientes depuis leur projet conceptionnel, et souvent bien avant. Il connaît les antécédents de ses patientes, leur environnement familial ainsi que leur mode de vie. Il est donc bien placé pour déceler un changement de leur état de santé mental lors du post-partum (ou parfois plus précocement, lors du pré partum). De même, il prend en charge toutes les pathologies somatiques susceptibles d'aggraver une DPP sous-jacente.

Le médecin généraliste a une vision globale sur la santé de ses patientes et sera, de fait, plus attentif lorsqu'il sera confronté à des patientes présentant des facteurs de risque psychiatriques (antécédent de DPP, troubles de l'humeur, antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, traumatisme psychologique lié à l'accouchement, deuil périnatal), socio-économiques (problèmes conjugaux, précarité, bas niveau socio-économique), et obstétricaux (grossesse non désirée, mort in utéro, interruption volontaire de grossesse, morbidité néonatale, âge maternel aux extrêmes des périodes de fertilité). Ceux-ci constituent les principaux facteurs de risque de DPP (46) illustrés par la figure 1.

Toutefois, la DPP peut également survenir lorsque la grossesse s'est bien déroulée, chez des femmes sans antécédent psychiatrique, et en l'absence de facteurs de stress social ou environnemental (47). Il convient donc d'être vigilant à l'égard de toutes les patientes pendant la période du post-partum, en ne négligeant aucune situation, même en l'absence de signe d'appel évident.

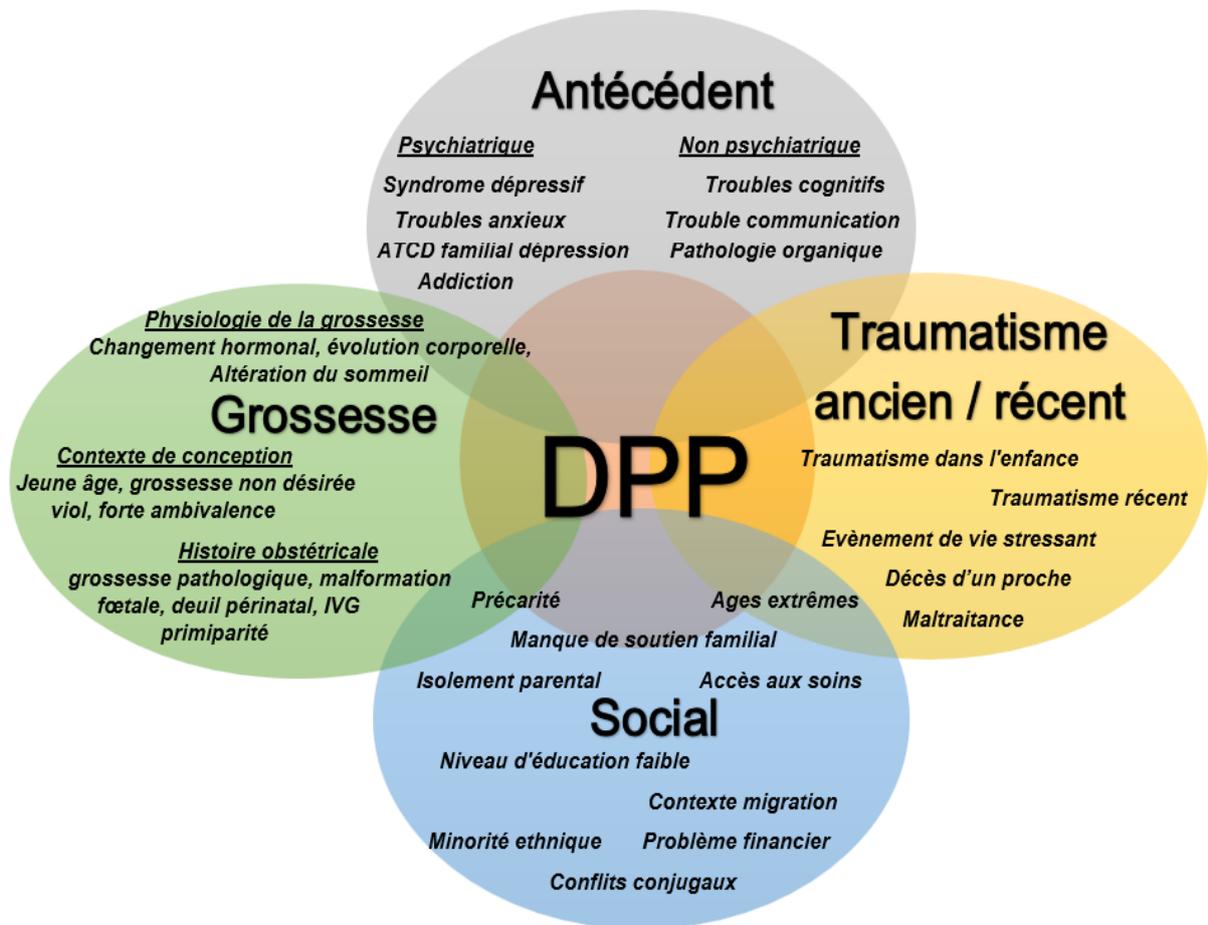


Figure 1 : Principaux déterminants de la dépression du post-partum

4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Ce projet de recherche consiste à faire le point sur les connaissances d'un échantillon de médecins généralistes des Hauts-de-France concernant le repérage de la DPP en médecine de ville, et à évaluer leurs pratiques, ainsi que l'intérêt que peut constituer pour eux la mise en place d'une boîte à outils accessible en ligne facilitant le repérage. Il s'agit d'une recherche action sous la forme d'une étude avant/après. Nous présenterons dans un premier temps les données relatives à la description des participants et des pratiques rapportées. Dans un second temps, nous présenterons une analyse de l'impact de l'utilisation d'une boîte à outils accessible en ligne pour faciliter ce repérage.

MATERIEL ET METHODE

1. POPULATION DE L'ETUDE

La population concernée était constituée de médecins généralistes des Hauts-de-France, remplaçants ou installés. Le mode d'exercice pouvait être mixte, libéral ou salarié. Le recrutement des participants s'effectuait à travers le réseau de médecins généralistes créé au cours de l'internat, plus particulièrement dans la Somme et dans l'Oise. Il s'effectuait aussi via l'Union Régional des Professionnels de santé Médecins Libéraux des Hauts-de-France (URPS) qui constituait un échantillon de 500 médecins généralistes des Hauts-de-France par tirage au sort.

2. OUTILS DE MESURE

Les données de l'étude étaient recueillies par questionnaires. Ceux-ci étaient envoyés soit par mail, via GoogleForm®, soit par voie postale.

Le premier questionnaire était constitué de quatre parties et d'une question ouverte (Figure S2).

- La première partie permettait d'identifier les caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé: genre, âge, mode d'exercice, lieu d'exercice (urbain, rural, semi-rural), structure d'exercice (cabinet seul, remplaçant, cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire, activité mixte libérale-hospitalière).
- La deuxième partie concernait le suivi des patientes dans le péri-partum: suivi de grossesse, fréquence estimée des consultations post-partum, fréquence estimée de DPP dans leur patientèle, niveau de compétence perçue pour le dépistage de la DPP.
- La troisième partie portait sur le repérage de la DPP: niveau de compétence perçue pour aborder la question de la DPP, freins dans le dépistage, connaissance sur l'échelle EPDS, et utilisation en pratique clinique de l'échelle EPDS.
- La quatrième partie portait sur la prise en charge et l'orientation des patientes: modalités de prise en charge, structures sollicitées, connaissance d'associations de patientes, prescription de psychotropes.

- A la fin du questionnaire, une question ouverte permettait des suggestions sur les difficultés rencontrées dans le repérage de la DPP.

Le deuxième questionnaire permettait d'évaluer l'acceptabilité d'outils d'aide au repérage de la DPP, il comprenait trois parties et une question ouverte (Figure S3).

- La première partie reprenait les questions du premier questionnaire concernant le repérage de la DPP, afin d'évaluer l'impact sur la pratique quotidienne.
- La deuxième partie permettait d'évaluer l'efficacité de la boîte à outils: fréquence d'utilisation de la boîte à outils, et de l'échelle EPDS, prévalence de refus au dépistage par l'échelle EPDS.
- La troisième partie cherchait à évaluer la fréquence de dépistage de DPP sur la période d'utilisation de la boîte à outils numérique.
- En fin de questionnaire, une question ouverte permettait des suggestions sur les pistes d'amélioration pour le repérage de la DPP.

3. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude quantitative avant/après. L'étude s'effectuait en deux temps, de mai à novembre 2022.

Dans un premier temps, les données sociodémographiques des participants et les modalités des pratiques actuelles sur le repérage de la DPP étaient récoltées par questionnaire. Un lien GoogleForm® était ensuite mis à disposition par mail, donnant accès directement à la boîte à outils numérique regroupant cinq éléments: l'échelle EPDS, les questions de Whooley, un annuaire de structures de prise en charge, un flyer de sensibilisation, ainsi qu'une échelle d'auto-évaluation des liens mère-enfant. L'utilité de chaque document était expliquée à la fin du questionnaire. Un délai de deux mois était laissé aux professionnels de santé afin d'apprécier l'utilité et la faisabilité de ces outils d'aide au repérage de la DPP dans leur pratique quotidienne.

Dans un second temps, une évaluation de l'impact des pratiques était récoltée par questionnaire via GoogleForm®. Les réponses étaient analysées après plusieurs relances.

4. BOITE A OUTILS

La boîte à outils numérique a été pensée de façon à ce que les médecins généralistes aient à disposition les éléments nécessaires au dépistage, et à la prise en charge de leurs patientes dans leur pratique quotidienne.

La boîte à outils comportait:

- **Le questionnaire d'Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)**, échelle qui a été développée par *John Cox* (48), traduite et validée en France par *N. Guedeney* (49), et largement utilisée compte tenu de ses qualités psychométriques et de sa simplicité d'utilisation (Figure S4). C'est un outil spécifique d'évaluation du risque de dépression post-natale sous forme d'auto-questionnaire de 10 items cotés de 0 à 4. Le score minimum est de 0 et le maximum de 30. Un seuil de 11 est utilisé pour définir l'existence de symptômes dépressifs en post-partum. Ce questionnaire est applicable aux patientes durant l'année qui suit l'accouchement, mais aussi en périnatal.
- **Les deux questions de repérage des symptômes dépressifs de Whooley** (*« au cours du dernier mois, vous êtes-vous sentie triste, déprimée ou désespérée ? Avez-vous ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir à réaliser vos activités de la vie quotidienne ? »*) ont l'avantage d'être courtes et rapides à faire passer en consultation et donc adaptées aux soins primaires (Figure S5). Les questions de Whooley permettent d'aborder le sujet de la santé mentale des patientes et de les aider à verbaliser d'éventuelles difficultés, comme le souligne Docteur Vergnaud dans sa thèse sur la faisabilité d'un dépistage systématique par les questions de Whooley, en médecine générale (50).
- **L'échelle spécifique d'évaluation du lien mère-enfant, Mother to Infant Bonding Scale (MIBS)** est un auto-questionnaire de 8 items cotés avec une échelle en 4 points (de « vraiment beaucoup » à « pas du tout ») (51) (Figure S6). Les questions portent sur les sentiments (positifs, neutres, négatifs) ressentis avec le bébé depuis sa naissance. Cette échelle permet le repérage précoce des troubles du lien mère-enfant, et ainsi de prévenir d'éventuels troubles de la dyade. La qualité du lien mère-bébé est importante à évaluer indépendamment des symptômes maternels compte tenu de son implication pronostique sur le développement de l'enfant de la relation avec sa mère.
- **Un annuaire** des structures de prise en charge dans les Hauts-de-France comme les Centres médico-psychologiques (CMP), les Etablissements Public de Santé Mentale (EPSM), les unités d'accompagnement spécialisés dans les troubles psychologiques périnataux (unité de

périnatalité des Centres Hospitaliers Universitaires, unité petite enfance, unité de soins précoces) ainsi que les professionnels de santé vers qui adresser les patientes (Figure S7). L'objectif est de créer des liens entre les structures de soins périnataux et la médecine de ville.

A la fin de cet annuaire, différentes associations de patientes sont citées, comme « *Maman Blues* » ou encore « *Enfance et Partage* ». Ces associations constituent des lieux d'échanges et de déculpabilisation pour les patientes. Elles sont des sources de soutien, et elles apportent également des conseils et des informations sur les difficultés maternelles, ce qui peut ajouter une plus-value à la prise en charge du médecin traitant.

- **Le flyer de sensibilisation** à la DPP à destination du grand public, est une création réalisée à l'occasion de cette thèse, qui informe et sensibilise les jeunes mères sur le sujet de la DPP (Figure S8). Il pourrait être mis à disposition des patientes en salle d'attente ou encore être affiché sur les écrans de celle-ci. Il semblerait qu'une information orale ou écrite réduirait le risque de développer une DPP et serait un moyen d'aborder le sujet en consultation (52).

5. ANALYSE STATISTIQUE ET ETHIQUE

Nous avons conduit une analyse descriptive sous forme de moyenne pour les variables quantitatives et de pourcentage pour les variables qualitatives. Une succession de modèles de régression logistique utilisait comme variable « *compétence perçue pour dépister la DPP* ». Notre objectif principal était de décrire les pratiques d'un échantillon de médecins généralistes concernant le repérage de la dépression post-partum. Concernant les facteurs associés à un meilleur niveau de connaissance, nous avons fait l'hypothèse qu'une formation plus récente, un nombre important de suivi de grossesse, et la connaissance de l'échelle EPDS, étaient associés à un niveau plus élevé de compétences perçues pour dépister la DPP. Compte tenu de la nature exploratoire de ce travail, aucun ajustement sur la *p*-value n'a été réalisé. Un numéro d'autorisation de la CNIL a été reçu dans le cadre d'un protocole MR-004 (n°2225738V0) encadrant les études d'évaluation des pratiques professionnelles sans recueil de données patient.

RESULTATS

1. PRESENTATION

Au total, 103 médecins généralistes des Hauts-de-France ont participé à l'étude dont 56 participants ont répondu par voie postale et 47 par voie dématérialisée. Parmi les 103 participants, 46 ont répondu au deuxième questionnaire, soit un taux de réponses de 44 %. Le diagramme de flux (flow-chart) est représenté Figure 2.

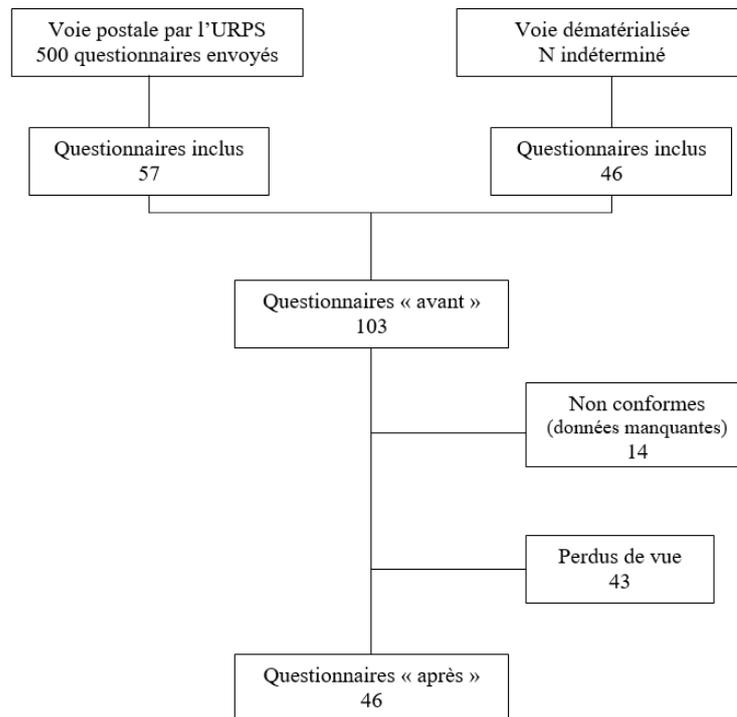


Figure 2. Flow-chart de l'étude

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION

2.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONNELS

L'âge moyen des participants était de 42 ans (IC 95 % [39 ; 45]). La population de l'étude était composée de 59 femmes soit 57 % de l'échantillon. Les personnes interrogées exerçaient pour 44 % d'entre eux en semi rural, 30 % en milieu urbain, et 26 % en milieu rural.

Les personnes interrogées étaient réparties ainsi:

- 28 dans le département de l'Oise soit 27 %
- 25 dans le département du Nord soit 24 %
- 23 dans le département de la Somme soit 22 %
- 18 dans le département du Pas-de-Calais soit 17 %
- 9 dans le département de l'Aisne soit 9 %

Les médecins généralistes interrogés exerçaient principalement en cabinet de groupe, soit dans 42 % des cas. 27 % exerçaient en maison de santé pluridisciplinaire. 13 % exerçaient en tant que remplaçants. 16 % exerçaient en cabinet seul et 3 % avaient une activité mixte (libérale et hospitalière).

2.2 SUIVI DES PATIENTES DANS LA PERIODE PERINATALE

Concernant le suivi de grossesse, 24 % des médecins généralistes interrogés ne pratiquaient pas de suivi de grossesse. Parmi ceux qui suivaient les grossesses (soit 72 %), 28 % le faisaient parfois, 24 % le faisaient rarement, 19 % le faisaient souvent, 6 % le faisaient très souvent. Les médecins généralistes interrogés estimaient le nombre de consultations de patientes dans le post-partum à 3.27 par mois (IC [2.56 ; 3.98]).

Selon l'expérience des professionnels interrogés:

- 50 % estimaient la DPP dans leur patientèle inférieure à 5 %.
- 34 % estimaient la DPP dans leur patientèle entre 5 et 10 %
- 12 % estimaient la DPP dans leur patientèle entre 10 et 15 %
- 3 % estimaient la DPP dans leur patientèle supérieure à 20 %
- 2 % ne savaient pas.

L'estimation de la DPP dans la population générale par les médecins généralistes était répartie de cette façon:

- 10 % des médecins interrogés estimaient la DPP inférieure à 5 %
- 38 % des médecins interrogés estimaient la DPP entre 5 et 10 %
- 38 % des médecins interrogés estimaient la DPP entre 10 et 15 %
- 14 % des médecins interrogés estimaient la DPP supérieure à 15 %
- 1 % ne savaient pas.

2.3 REPERAGE DE LA DEPRESSION POST-PARTUM

Parmi les 103 participants, 48 % se percevaient comme compétents pour repérer la DPP et 52 % non compétents. 22 participants, soit 21 %, connaissaient l'échelle EPDS, et parmi eux, 86 % ne l'utilisaient pas contre 14 % qui l'utilisaient en pratique courante. Parmi les participants, 74 % disaient aborder facilement la question de la DPP avec leurs patientes, alors que 26 % déclaraient ne pas l'aborder facilement.

Au total, 21 participants ont répondu à la question ouverte portant sur les freins et les difficultés éventuelles rencontrées pour repérer la DPP. Ces réponses étaient répertoriées en six catégories.

- Le manque de temps dédié à la prise en charge de la mère durant le post-partum : « *Les mamans ont du mal à prendre du temps pour elle* », « *peut-être faudrait-il profiter d'un examen de bébé pour discuter avec la mère mais chronophage* » « *elles viennent avec leurs bébés mais ne prennent pas toujours le temps pour elle-même* »

- La difficulté à repérer les symptômes parfois cachés, ou atypiques de la DPP : « *sujet à creuser car rarement exprimé spontanément* », « *patiente qui ne consulte pas* », « *difficulté des patientes à s'ouvrir et à communiquer sur le sujet* », « *la mère se sent mise de côté et n'ose pas se plaindre* », « *difficulté d'adhésion à la prise en charge* », « *jugement de la société de la DPP qui entraîne une difficulté pour les femmes de l'exprimer* »
- Le manque de connaissances des médecins généralistes sur la DPP : « *je cherche une formation médicale continue sur le sujet* », « *assez peu de connaissances sur le sujet* »
- Le manque de valorisation financière : « *prendre du temps et risquer de ne pas être rémunéré* »
- Les difficultés de prise en charge, avec des délais de rendez-vous spécialisés allongés : « *difficulté d'orientation des patientes car délai de rendez-vous important* », « *le centre médico-psychologique de proximité, quasi impossible d'avoir un rendez-vous rapidement* », « *les psychiatres, c'est pareil* », « *les psychologues ne sont pas remboursés* »
- La fréquence de la DPP considérée comme « faible » : « *j'ai rarement eu le cas de dépression qui dure plus de deux semaines* », « *évènement rare donc difficulté de tenir de grandes lignes sur ma prise en charge* »

2.4 RESEAU DE SOINS

Les médecins généralistes indiquaient dans 82 % des cas qu'ils orientaient leurs patientes vers des structures de soins ou des confrères, contre 18 % qui n'orientaient pas leurs patientes. Les structures les plus sollicitées par les professionnels de premier recours étaient: les psychologues (84 %), les CMP (40 %), les PMI (37 %), les psychiatres libéraux (37 %), les sage-femmes (17%), les consultations de psychiatrie périnatale (13 %), les centres de périnatalité (12 %), les gynécologues (4 %). Quelques participants indiquaient prendre en charge leurs patientes directement dans leur maison de santé pluridisciplinaire dans le cadre d'un « Projet de Santé ». D'autres expliquaient que la structure dépendait du choix de la patiente. Une difficulté à trouver des structures de soins avec des délais raisonnables a été soulevée. Parmi les médecins interrogés, 98 % ne connaissaient pas l'existence d'association de patients.

2.5 PRISE EN CHARGE ET PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES

Parmi les médecins interrogés, 26 % ne prescrivaient jamais de psychotropes pour les patientes souffrantes de DPP contre 71 % qui en prescrivaient. Parmi eux, 41 % le faisaient rarement, 23% parfois, 5 % souvent et 2 % très souvent. Pour 4 % des participants, il existait une contre-indication absolue à la prescription des psychotropes au cours de l'allaitement. Pour 43 %, la contre-indication était relative. Parmi les participants, 32 % estimaient que la prescription de psychotropes était possible sur cette période.

2.6 ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES AU FAIT DE SE PERCEVOIR COMME COMPETENT POUR DEPISTER LA DPP

Seuls deux facteurs liés aux caractéristiques sociodémographiques du médecin généraliste étaient statistiquement associés au fait de se percevoir comme compétent pour dépister la DPP: l'âge et le lieu d'exercice. Les médecins se percevant comme compétents pour dépister la DPP étaient en moyenne plus âgés que les autres participants ($M = 45.86 \pm 15.94$ ans vs. $M = 38.37 \pm 1.39$, $p = 0.004$). Le lieu d'exercice était associé à une différence significative en termes de proportion de médecins généralistes qui se décrivaient comme compétents pour dépister la DPP ($p = 0.038$). En effet, 61 % des médecins généralistes exerçant en milieu urbain se percevaient comme compétents contre 56 % exerçant en milieu rural et 33 % en milieu urbain.

Nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre le fait de se percevoir comme compétent pour dépister la DPP et les variables suivantes: mode d'exercice, fréquence des suivis de grossesses, le nombre de consultations dédiées au post-partum.

2.7 DIFFERENCES DES PRATIQUES ENTRE LES PRATICIENS

Nous avons mis en évidence une différence statistiquement significative entre le fait de se percevoir comme compétent pour dépister la DPP et le niveau de connaissance de l'échelle EPDS. Parmi ceux qui se percevaient comme compétents pour dépister la DPP, 30 % connaissaient l'EPDS contre 13 % chez les autres ($p = 0.026$). Parmi ceux qui se percevaient comme compétents pour dépister le DPP, 21 % utilisaient l'EPDS, et aucun dans l'autre groupe

($p = 0.098$). Parmi ceux qui se percevaient comme compétents pour dépister la DPP, 86 % abordaient facilement la question de la DPP avec leurs patientes comparé à 63 % chez les autres ($p = 0.013$). Parmi ceux qui se percevaient comme compétent pour dépister la DPP, 80 % orientaient vers des structures de soins comparé à 83 % chez les autres ($p = 0.800$).

3. EVOLUTION APRES UTILISATION DE LA BOITE A OUTILS

3.1 REPERAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION POST-PARTUM

Après utilisation de la boite à outils numérique, et selon l'expérience des professionnels interrogés:

- 65 % estimaient la DPP dans leur patientèle inférieure à 5 %.
- 30 % estimaient la DPP dans leur patientèle entre 5 et 10 %
- 2 % estimaient la DPP dans leur patientèle entre 10 et 15 %
- 2 % estimaient la DPP dans leur patientèle supérieure à 20 %

Après la mise à disposition de la boite à outils, 59 % des médecins interrogés connaissaient l'échelle EPDS, et 41 % ne la connaissaient pas.

Parmi les médecins interrogés, 50 % n'utilisaient pas, en pratique, l'échelle EPDS présente dans la boite à outils. Parmi ceux qui l'utilisaient, 28 % le faisaient uniquement lorsque la patiente présentait des symptômes, 17 % indiquaient qu'ils l'utilisaient très peu, 2 % indiquaient l'utiliser de façon aléatoire et 2 % indiquaient l'utiliser à chaque consultation postnatale.

Parmi les médecins ayant eu à disposition la boite à outils, 26 % indiquaient avoir dépisté au moins un cas de DPP durant la période de l'étude. 98 % des médecins interrogés déclaraient ne pas avoir eu de refus de la part des patientes pour répondre au questionnaire EPDS. 98 % des médecins interrogés n'avaient pas dépisté d'autres troubles psychiatriques durant la période de l'étude.

Parmi les médecins interrogés, 63 % abordaient facilement la question de la DPP lors des consultations postnatales, contre 37 % qui n'abordaient pas facilement le sujet. 82 % des professionnels de santé orientaient les patientes vers les structures de soins.

En moyenne, les professionnels qui ont répondu au second questionnaire travaillaient plus souvent dans un milieu semi-rural (59 %), alors que ceux n'ayant pas répondu exerçaient davantage en milieu urbain (37 %) ($p = 0.025$).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre l'âge et le genre des médecins généralistes ayant répondu au second questionnaire, et l'âge et le genre des médecins n'ayant pas répondu.

3.2 IMPACT DE L'UTILISATION DE LA BOITE A OUTILS NUMERIQUE

Concernant l'utilité de la boîte à outils, 67 % indiquaient utiliser la boîte à outils numérique durant la période de l'étude. Parmi eux, 30 % l'utilisaient uniquement lorsque la patiente présentait des symptômes de DPP, 8 % l'utilisaient de façon aléatoire lors des consultations, 13 % l'utilisaient très peu, et 4 % l'utilisaient à chaque consultation post-partum. Cependant, 33 % des médecins n'utilisaient pas la boîte à outils. Parmi eux, 53 % exprimaient le manque d'occasions de le faire, 17 % ne l'utilisaient pas par oubli, 9 % indiquaient ne pas avoir le temps, 9 % déclaraient manquer de connaissances sur le sujet, et 15 % indiquaient plusieurs des raisons précitées. Concernant l'évaluation de l'utilité de la boîte à outils, les médecins interrogés estimaient celle-ci à 7/10 en moyenne.

3.3 PISTES D'AMELIORATIONS DU DEPISTAGE DE LA DEPRESSION POST-PARTUM

23 participants ont répondu à la question ouverte portant sur les moyens pouvant être mis en œuvre pour améliorer le dépistage de la DPP dans la pratique quotidienne.

Les propositions d'amélioration sont répertoriées en quatre items :

- **Sensibiliser et former les médecins généralistes** : « *formation médicale continue à faire* », « *prendre plus le temps de se former* », « *prévoir une formation pour apprendre à aborder le sujet* », « *y penser de façon systématique* », « *être plus sensibilisé au sujet* », « *sensibiliser le plus grand nombre de médecins* ».

- **Créer une consultation dédiée obligatoire pour les femmes dans leur post-partum :** « prévoir une consultation dédiée », « il faudrait que les patientes prennent rendez-vous pour elle et pas uniquement pour leur bébé ».
- **Informers les patientes :** « il faudrait donner une information aux patientes aussi », « il faudrait sensibiliser les patientes ».
- **Créer une échelle d'évaluation psychologique dans le carnet de santé de l'enfant :** « c'est un support que l'on utilise énormément, et qui pourrait nous obliger à faire un point sur ce sujet avec la mère ».

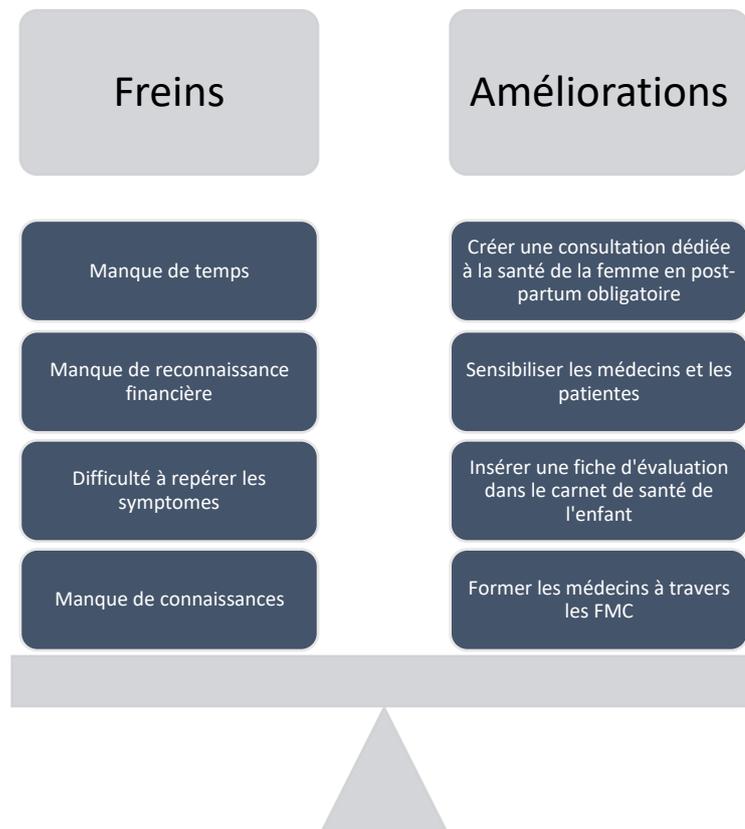


Figure 3. Balance des freins et des pistes d'améliorations du dépistage de la DPP de l'étude

DISCUSSION

1. RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS

La répartition géographique des participants de l'étude était homogène au regard de la démographie médicale dans les Hauts-de-France (53). Cela était dû au fait que les questionnaires reçus par l'URPS provenaient davantage des régions Nord et Pas de Calais, alors que les questionnaires dématérialisés provenaient des praticiens connus lors des stages effectués au cours de l'internat, principalement dans l'Oise et la Somme.

La région Hauts-de-France enregistre l'un des plus forts taux de suicide et se classe même au premier rang en termes d'hospitalisations pour tentatives de suicide en France. Plus particulièrement, le différentiel de mortalité par suicide chez les femmes dans la région est de + 19 % par rapport au niveau national (54), ce qui peut influencer le taux de réponses et l'implication des professionnels de santé de premier recours de notre échantillon.

La moyenne d'âge de notre échantillon, 42 ans, était en deçà de la moyenne d'âge des médecins généralistes des Hauts-de-France puisque 31 % avaient 60 ans ou plus (53). La part de féminisation de l'échantillon était, cependant, au-dessus de celle des médecins généralistes des Hauts-de-France (57 % contre 36 % dans la région). Ceci pourrait s'expliquer en partie par l'intérêt des femmes pour le sujet, notamment par leur expérience personnelle de maternité. En outre, dans un rapport récent de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), il était décrit une augmentation de la proportion des femmes dans la profession, couplée à un rajeunissement des médecins (55).

Nous avons décidé d'inclure les médecins remplaçants car ils représentent 42 % des médecins nouvellement inscrits à l'ordre (56). L'installation en cabinet de ville étant de plus en plus tardive en post internat, les remplaçants sont au cœur du dispositif de suivi des patientes dans le post-partum et acteurs de prévention au même titre que les médecins traitants.

D'après un rapport de la DRESS, en 2022, 69 % des médecins généralistes libéraux exerçaient en cabinet de groupe (57), ce qui concorde avec nos résultats car la majorité des répondants avaient opté pour ce mode d'exercice.

Il est intéressant de souligner que 72 % des médecins interrogés dans notre étude prenaient en charge le suivi de grossesse, ce qui nous conforte dans l'idée que le repérage des facteurs de risque de DPP peut être effectué par le médecin généraliste au cours de la grossesse.

Un résultat étonnant était la différence entre la prévalence estimée de DPP dans la population générale estimée par les médecins généralistes et celle estimée dans leur patientèle respective. Ils estimaient la prévalence de la DPP dans leur patientèle trois fois moins importante que dans la population générale. Cela souligne le décalage entre les connaissances théoriques et les difficultés à appréhender les besoins de santé des patientes. Effectivement, plus de la moitié de l'échantillon déclaraient ne pas se percevoir comme compétent pour dépister la DPP, et près d'un quart déclaraient ne pas aborder facilement la question de la DPP, ce qui peut rendre compte des difficultés de repérage, et donc la sous-estimation du problème. Les difficultés dans la prise en charge des patientes souffrantes de DPP peuvent être aussi une explication. Le repérage de la DPP est aisé pour le médecin traitant qui saura prendre en charge, orienter, transmettre une information claire à la patiente. En outre, les difficultés de repérage de la DPP ne sont pas seulement liées aux professionnels de santé, mais aussi aux symptômes atypiques de la DPP, souvent mêlés aux modifications psychiques, hormonales, familiales dans le contexte du post-partum. Le parcours de soins n'est pas toujours limpide pour les médecins de premier recours, surtout dans la région des Hauts-de-France où il existe beaucoup de disparités territoriales.

Au vu de ces difficultés de repérage, il n'est pas étonnant que le nombre de grossesses suivies par les médecins ne soit pas en corrélation de façon statistiquement significative avec le fait de se percevoir compétent pour le dépistage de la DPP.

Force est donc de constater l'intérêt de cette recherche action pour proposer et tester des outils de repérage qui ne sont pas seulement une aide à l'identification mais aussi une réponse à des besoins de santé.

Les deux facteurs associés au fait de se percevoir comme compétent pour dépister la DPP étaient l'âge et le mode d'exercice. Les médecins plus âgés et ceux exerçant en ville se percevaient en moyenne plus compétents, ce qui peut s'expliquer par la création d'un réseau de soins plus facile en ville (car la densité des professionnels y est plus importante) et ce d'autant plus lorsque le médecin est installé depuis longtemps.

Il n'est pas surprenant que les professionnels qui se percevaient comme compétents pour dépister la DPP abordaient facilement la question avec leurs patientes d'une part, et utilisaient l'échelle EPDS d'autre part.

On note que 80 % des médecins généralistes interrogés orientaient leurs patientes vers des structures de soins, le plus fréquemment vers les psychologues. Ce pourcentage est quasiment identique après la mise à disposition de la boîte à outils. Effectivement, depuis le 1^{er} février

2021, le gouvernement a mis en place un chèque d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « MonPsy », autrement dit une prise en charge sans avance de frais de consultation auprès d'un psychologue (58). Ce dispositif a été mis en place, dans un premier temps, pour faire face à la détresse psychologique des étudiants dans le contexte de la pandémie. Aujourd'hui, ce dispositif s'étend à la population générale, à partir de trois ans. L'orientation vers les psychologues se fait par le médecin traitant, ce qui permet une première écoute et le repérage de certains facteurs de risque et critères de gravité.

L'existence d'associations de patientes mérite d'être davantage connue, puisque 98% des médecins interrogés n'avaient pas connaissance de l'existence de ces structures. Pourtant, elles sont des lieux d'échanges et d'écoute qui permettent aux patientes d'être davantage comprises et soutenues, ce qu'elles ne retrouvent pas auprès de leurs proches. L'association *Maman Blues* est la plus connue et ses coordonnées sont mentionnées dans la boîte à outils.

Concernant l'évaluation de l'impact de la boîte à outils numérique, nous avons des résultats encourageants. Effectivement, la boîte à outils a permis aux médecins généralistes de faire connaître l'existence de l'échelle d'évaluation du syndrome dépressif recommandée dans le diagnostic du post-partum. Avant l'étude, 21 % connaissaient l'échelle EPDS. Après l'étude, 59 % la connaissaient. Parmi les médecins qui utilisaient l'échelle EPDS, 28 % l'appliquaient seulement lorsque la patiente présentait des symptômes de DPP, ce qui nous éloigne de l'objectif principal de prévention primaire. Cette sélection a pu être volontaire ou non. Ces médecins ont peut-être davantage pensé à notre étude devant une femme en souffrance plutôt que devant un couple mère-enfant en bonne santé apparente.

Le très faible taux de refus de la part des patientes concernant le remplissage du questionnaire de l'échelle EPDS est rassurant. Cette donnée est en accord avec la littérature puisque l'échelle EPDS est considérée comme simple, facile à comprendre et à remplir par les patientes (59–61).

Notre étude ne nous permettait pas d'avoir les justifications de refus, mais, selon la littérature, le premier frein au remplissage de l'échelle EPDS serait le sentiment de gêne ou de honte qu'éprouvent les patientes interrogées (61).

Parmi les médecins interrogés, 26 % diagnostiquaient au moins une patiente souffrante de DPP, ce qui est encourageant pour ce problème de santé publique sous diagnostiqué par les professionnels de santé. Nous supposons que l'échelle EPDS a été utilisée pour le diagnostic de DPP. Selon une étude évaluant l'acceptabilité de l'échelle EPDS auprès des médecins généralistes Hauts-Normands (62), la majorité des médecins juge l'échelle EPDS « modérément à très utile, d'interprétation très aisée et un temps de remplissage très

acceptable ». Néanmoins, notre étude ne nous permettait pas de connaître l'impact du diagnostic de DPP sur la prise en charge des patientes (ont-ils jugé opportun la prescription d'un psychotrope ? L'ont-ils adressée à un psychiatre ?). Ces questions auraient pu être abordées.

La précision de notre mesure de l'utilité de la boîte à outils numérique par les praticiens est discutable. La note globale donnée concernant son utilité ne nous permet pas de savoir ce qui leur paraissaient le plus utile parmi les cinq fichiers disponibles, l'utilisation qu'ils en ont fait et la fréquence d'utilisation. Un complément par une étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes face à la distribution d'outils d'aide au dépistage de la DPP pourrait être envisageable.

2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Il existe des biais liés au mode de recrutement et aux questionnaires. En effet, l'enquête se basait sur une auto-évaluation à l'aide de questions à choix simples ou multiples, principalement fermées pour permettre un temps de remplissage rapide et favoriser l'adhésion des participants. L'étude a débuté juste avant la période estivale pour l'envoi de l'enquête dématérialisée puis, au cours du mois de juillet pour l'envoi de l'enquête par voie postale, ce qui a pu limiter la disponibilité des médecins pour répondre. En effet, l'activité professionnelle des médecins libéraux est moins dense et la part des remplaçants plus importante durant cette période. Cela peut expliquer la taille de l'échantillon. La période d'utilisation de la boîte à outils était de deux mois minimum. C'est un délai qui peut paraître court pour l'exploitation des outils en profondeur, surtout pour les médecins qui déclaraient le nombre de consultations post-partum inférieur à deux par mois. Pour compléter notre étude, nous avons souhaité évaluer l'aptitude des professionnels à communiquer autour d'un trouble, en l'occurrence la DPP, afin d'estimer les besoins de formation des médecins généralistes. Cependant, nous n'avons pas réalisé cette évaluation au regard de la longueur de l'enquête.

Parmi les forces de l'étude, on peut mentionner la mise en place d'un volet interventionnel, qui est rarement utilisé pour les travaux de thèse en médecine générale. La création d'une boîte à outils est novatrice. Elle s'inscrit dans l'air du temps numérique et permet aux médecins généralistes de retrouver facilement ces supports dans leur ordinateur. L'échelle EPDS étant un fichier modifiable, elle peut être intégrée facilement dans le dossier médical partagé, qui sera au cœur de notre pratique de médecin dans un avenir proche.

Enfin, malgré le faible nombre de réponses aux questionnaires, la répartition des données sociodémographiques des répondeurs était homogène et permettait une bonne représentativité de l'échantillon.

3. PERSPECTIVES : IMPLICATION CLINIQUE ET POUR LA RECHERCHE

Des progrès restent à faire en matière de dépistage des dépressions périnatales. Cependant, les professionnels de santé semblent de plus en plus sensibilisés à cette problématique, et volontaires pour consacrer une consultation dédiée.

Sur le plan clinique, certaines structures de soins, comme les maisons de santé pluridisciplinaires, ont des missions de prévention et des campagnes de dépistage. D'autres initiatives tendent également à se développer comme le suivi post-hôpital précoce et les visites à domicile dans le cadre du Programme de Retour à Domicile (PRADO) (63) effectuées par les sage-femmes en coordination avec les médecins traitants. Le dépistage de la DPP s'inscrit dans un réseau ville-hôpital qu'il est primordial de développer. Par ailleurs, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2022 a prévu qu'un entretien postnatal précoce sera systématiquement proposé après l'accouchement à partir du 1^{er} juillet 2022. Cet entretien a pour objet de mieux repérer la DPP et d'accompagner les parents. En effet, notre étude montre que 74 % des médecins abordaient facilement la question de la DPP, ce qui n'est pas étonnant au regard de la posture du médecin traitant ; empathique, à l'écoute de ses patients, et qui connaît toute l'histoire familiale des parturientes. Cependant, les médecins manquent de temps. Une consultation dédiée à l'évaluation de l'état émotionnel en post-partum serait essentielle pour prendre en charge la DPP.

Une interne lilloise, qui a effectué sa thèse sur l'état des lieux de la prise en charge de la dépression postnatale par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille, propose un arbre décisionnel (Figure S9) qui a été présenté lors de la journée du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM). Il serait intéressant d'inclure dans l'annuaire toutes les structures existantes de la région des Hauts-de-France. Il s'agit d'un travail en cours d'élaboration effectué par le groupe de travail de l'Organisation Régionale Hauts-de-France Autour de la Périnatalité (OREHANE) (64) que nous avons contactée pour la réalisation de la boîte à outils de notre étude.

Nous avons montré que plus de la moitié des professionnels interrogés ne se percevaient pas comme compétents pour dépister la DPP, et que 41 % des médecins n'avaient pas connaissance de l'échelle EPDS après la mise à disposition de la boîte à outils la comprenant. Nous partons de l'hypothèse que le manque de connaissances pourrait en être à l'origine. Ces résultats peuvent être rapprochés de deux études françaises réalisées sur des échantillons importants de médecins généralistes (63,65,66). Les résultats confirment la méconnaissance globale de la sémiologie de la DPP et les subtilités propres aux dépressions du post-partum. Il semblerait, donc, primordial de renforcer les connaissances des médecins, et de sensibiliser les médecins dès la formation initiale, durant l'internat et/ou l'externat. En effet, 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 n'est pas abordée non plus en pédiatrie.

Comme certains praticiens l'ont mentionné dans notre étude, l'information délivrée aux patientes est essentielle pour les avertir et les sensibiliser au problème. Cela passe par la communication entre le médecin et la patiente, mais aussi par des supports numériques et des affiches dans les salles d'attente, par exemple. La création de supports numériques pédagogiques sur différents thèmes du post-partum, notamment la DPP, a fait l'objet d'une thèse (67). Ces supports, dont des vidéos, ont pour objectif d'apporter des informations simples et claires, permettant de diffuser largement les messages de prévention et d'éducation. Cette initiative se rapproche de la création du flyer de sensibilisation de notre étude. Celui-ci tend à être retravaillé et validé lors d'une réunion pluridisciplinaire comprenant des gynécologues, des obstétriciens, des pédiatres, des sage-femmes et des pédopsychiatres.

Nous avons décidé de ne pas aborder la question de la dépression paternelle afin de focaliser notre sujet sur une problématique de santé unique. Il serait sans doute opportun de réfléchir aux moyens à mettre en place afin de dépister la souffrance psychologique de l'entourage, en particulier du père, qui est un facteur clef dans la vulnérabilité dépressive au cours de cette période.

Sur le plan de la recherche, il serait intéressant de poursuivre cette étude avec, à l'issue, une évaluation à plus long terme de la boîte à outils.

CONCLUSION

Les difficultés de repérage constituent l'un des problèmes essentiels de la DPP, car il est rare que la mère consulte spontanément pour ce motif. Le médecin généraliste est en première ligne pour déceler les difficultés d'une jeune mère, d'autant plus qu'il la suit depuis sa grossesse et connaît son histoire de vie. Les occasions sont multiples, surtout lors des examens de suivi du nourrisson, pour être attentif à la qualité du lien mère-enfant et à l'état psychique de la mère. Créer un espace de communication authentique constitue une première étape indispensable. Le médecin traitant peut compléter son évaluation en utilisant des outils simples que nous avons cherché à mettre en place durant cette étude.

Notre étude avait pour objectif de réaliser l'état des lieux des pratiques des médecins généralistes et d'évaluer l'impact d'outils d'aide au dépistage de la DPP. Nous avons montré que la majorité des médecins sous estimaient la dépression post-partum dans leur patientèle, notamment à cause d'une méconnaissance du sujet ou des difficultés de repérage et de prise en charge dues à la complexité de la clinique et au manque de temps. La boîte à outils a permis de mettre à disposition des éléments clés du repérage de la DPP dans le parcours post-partum d'une femme. La boîte à outils comprenant des questionnaires simples, des adresses de structures de soins, et un support d'information à destination des patientes a été jugée comme utile par les médecins généralistes. Elle a permis aux médecins de premier recours de dépister des femmes souffrantes de DPP dans leur patientèle.

Les résultats sont prometteurs et vont dans le sens d'une amélioration des pratiques concernant le dépistage de la DPP dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. O'Hara M, Swain A. Rates and Risk of Postpartum Depression-a Meta-Analysis. *Int Rev Psychiatry*. 11 juill 2009;8:37-54.
2. Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. *Presse Médicale Form*. nov 2021;2(5):439-41.
3. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old - PubMed [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12128241/>
4. Bobo WV, Yawn BP. Concise Review for Physicians and other Clinicians: Postpartum Depression. *Mayo Clin Proc*. juin 2014;89(6):835-44.
5. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 [cité 12 août 2022]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553127/>
6. Masson E. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/83279/etude-de-l-epds-echelle-postnatale-d-edinburgh-che>
7. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2017;8:248.
8. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2017;8:248.
9. 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*. 1 avr 2005;85(3):323-6.
10. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité - Mes services [Internet]. [cité 25 août 2022]. Disponible sur: <https://messervices.cite-sciences.fr/ressource/990002611850304176>

11. Aranda Z, Fulcher IR, Hedt-Gauthier B, Mugunga JC, Binde T. COVID-19 and maternal and perinatal outcomes. *Lancet Glob Health*. 1 août 2021;9(8):e1065.
12. Honoré Dumont M, Danet M. Dépression et anxiété du post-partum en période de pandémie Covid-19 : soutien conjugal, la qualité de relation conjugale et le style d'attachement. *Devenir Rev Eur Dev Enfant*. 23 mai 2022;34(2):197-226.
13. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel É, Maziade M. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(7):848-55.
14. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 17 janv 2022;35(2):205-11.
15. Brocheton C. Influence de l'épidémie de COVID-19 sur l'anxiété et la dépression du post partum chez les patientes ayant accouché au CHU d'Amiens [mémoire]. 2021.
16. Benarous X, Brocheton C, Bonnay C, Boissel L, Crovetto C. Perinatal anxiety and depression during COVID-19 pandemic: rate, risk factors and consequences on infant-to-mother interaction. 2022.
17. Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. [cité 9 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
18. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*. 19 janv 1991;302(6769):137-40.
19. Masson E. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant [Internet]. EM-Consulte. [cité 7 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/291021/psychiatrie-et-grossesse-la-mere-et-l-enfant>
20. Clenquet A, Corde P, Degorre S, Crovetto C, Guilé JM, Benarous X. Troubles psychiatriques au cours de la grossesse – Effets sur la mère et le nourrisson. 2022;7.
21. Savelon SV. RECHERCHE CLINIQUE EN PERINATALITE: Impact du prénatal sur la psychopathologie du bébé et de la dyade mère-enfant [Internet] [phdthesis]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2011 [cité 7 oct 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00719467>

22. Velders FP, Dieleman G, Henrichs J, Jaddoe VWV, Hofman A, Verhulst FC, et al. Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juill 2011;20(7):341-50.
23. Righetti-Veltema M, Nanzer N, Conne-Perréard E, Manzano J, Palacio-Espasa F. Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ? *Rev Médicale Suisse*. 2007;5.
24. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 1992;33(3):543-61.
25. Ferrari P. 70. Dépression maternelle et psychose infantile précoce. In: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004 [cité 10 oct 2022]. p. 1201-6. (Quadrige; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l-9782130545576-p-1201.htm>
26. Morgan M, Matthey S, Barnett B, Richardson C. A group programme for postnatally distressed women and their partners. *J Adv Nurs*. nov 1997;26(5):913-20.
27. Chen CH, Tseng YF, Chou FH, Wang SY. Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res*. 1 déc 2000;49(6):395-9.
28. Tissier J, Bouchouchi A, Glaude C, Legge A, Désir S, Greacen T, et al. Une intervention préventive communautaire en périnatalité. *Prat Psychol*. juin 2011;17(2):107-17.
29. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. nov 2000;57(11):1039-45.
30. Stuart S, O'Hara MW. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression : a treatment program. *J Psychother Pract Res*. 1995;4(1):18-29.
31. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 1996;30(6):852-60.
32. Claridge AM. Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. févr 2014;17(1):3-15.

33. Coquard-Giustiniani P. Prise en charge thérapeutique des dépressions maternelles unipolaires sévères et de la suicidalité dans le post-partum. 17 sept 2019;137.
34. Bowen A, Baetz M, Schwartz L, Balbuena L, Muhajarine N. Antenatal group therapy improves worry and depression symptoms. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2014;51(3):226-31.
35. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. *Psychothérapies.* 2004;24(2):73-86.
36. Chabrol H, Callahan S, Séjourné N. Prévention et traitement de la dépression du post-partum. *Devenir.* 2008;20(3):211-48.
37. Masson E. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [Internet]. EM-Consulte. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/878315/troubles-psychiques-de-la-grossesse-et-du-post-par>
38. Recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive: résumé d'orientation [Internet]. [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-16.12>
39. Laude T. La visite postnatale : chez le médecin généraliste ou chez un autre spécialiste ? Étude transversale recherchant des raisons motivant le choix des patientes dans une maternité de niveau 1. 9 juill 2013;118.
40. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>
41. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 28 févr 2013;(2):CD001134.
42. Riquet S, Hinsinger E, Bernard E, Zakarian C. Évaluation du stress en post-partum des mères lors de la consultation postnatale. 2019.
43. Varin A. La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen. Caen; 2015.
44. Véran O, Taquet A. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. 2020.

45. Boath E, Bradley E, Henshaw C. The prevention of postnatal depression: a narrative systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2005;26(3):185-92.
46. Shovers SM, Bachman SS, Popek L, Turchi RM. Maternal postpartum depression: risk factors, impacts, and interventions for the NICU and beyond. *Curr Opin Pediatr.* 1 juin 2021;33(3):331-41.
47. L'identification des facteurs de risque pour une dépression postpartum [Internet]. *Revue Medicale Suisse.* [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2002/revue-medicale-suisse-2379/1-identification-des-facteurs-de-risque-pour-une-depression-postpartum>
48. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 1987;150:782-6.
49. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 1998;13(2):83-9.
50. Vergnaud M. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde [Thèse d'exercice]. 2018.
51. Bienfait M, Haquet A, Maury M, Faillie JL, Combes C, Cambonie G. Traduction française de l'autoquestionnaire MIBS (Mother to Infant Bonding Scale) et validation comme évaluation du lien mère-nouveau-né en maternité. *Devenir.* 2017;29(4):233-53.
52. Guedeney A, Benarous X. Un cahier de suivi psychologique périnatal : favoriser le dépistage et la continuité entre soins pré- et postnataux en maternité. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 juin 2021;205(6):587-91.
53. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 26 oct 2022]. Disponible sur:<https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=reg.32&selgeo2=fra.99>
54. Accueil | CépiDc [Internet]. [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/>

55. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
56. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015;27(1):49-58.
57. Sept généralistes libéraux sur dix exercent en groupe en 2022 [Internet]. Le Généraliste. [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/sept-generalistes-liberaux-sur-dix-exercent-en-groupe-en-2022>
58. Santé Psy Étudiant [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://santepsy.etudiant.gouv.fr/>
59. Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. J Affect Disord. juill 2006;93(1-3):233-7.
60. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM. Population-based screening for postpartum depression. Obstet Gynecol. mai 1999;93(5 Pt 1):653-7.
61. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. août 2003;53(493):614-9.
62. 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. :97.
63. Tillet N. Le MG et la dépression du post-partum. Rev Prat. 2007;3.
64. Accueil | Orehane [Internet]. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: <https://orehane.fr/>
65. Filliette-Dewaele P. Représentation globale, dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum : enquête auprès des généralistes du Nord. [Université du droit et de la santé, Lille]; 2009.
66. Geraud-Welby MC, Keromnes-Charreau A. Connaissances, difficultés et attentes des généralistes du Finistère face à la dépression du post-partum : enquête quantitative

réalisée en 2007 auprès de 200 médecins généralistes finistériens. [2008]: Université de Brest;

67. Henric M. Proposition de vidéos pédagogiques face aux difficultés les plus fréquentes du post-partum. [Lille]; 2021.

1. FIGURE S1



Le compagnon privilégié des parents durant les 1000 premiers jours, du projet de parentalité aux 3 ans de l'enfant.

À télécharger gratuitement :



La bonne information au bon moment en proposant des articles spécifiques.

Un calendrier personnalisé pour alléger la charge mentale pour disposer d'une visibilité sur les événements et rendez-vous réguliers.

Géolocaliser les ressources 1000 premiers jours à côté de chez soi pour identifier rapidement dans votre territoire de vie les lieux et les ressources.



Parler de la dépression post partum pour se soigner, en s'appuyant sur un outil de réflexion sur les symptômes évocateurs de la dépression post partum et faciliter le dialogue du parent/corps médical sur leur état émotionnel.

Google Play

App Store



Ce service est proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre des 1000 premiers jours. Il est développé par la Fabrique Numérique des Ministères Sociaux.

2. FIGURE S2

Enquête sur les pratiques actuelles de dépistage des difficultés psychologiques en post partum

Cher confrère,

Je suis Charline Bonnay, interne de 6^{ème} semestre à la faculté d'Amiens.

Je réalise mon travail de thèse sur le dépistage de la dépression post partum en médecine générale, dirigé par le Dr Benarous, pédopsychiatre au CHU d'Amiens. L'étude s'adresse aux médecins généralistes des Hauts-de-France. L'objectif est l'évaluation des pratiques actuelles via le questionnaire ci-dessous. Une fois le questionnaire renvoyé, et si vous le désirez, vous allez recevoir par mail un *lien googledrive* vous donnant accès à des outils d'aide au dépistage sous forme d'une boîte à outils numérique, pouvant vous aider dans votre pratique quotidienne.

Votre avis sera sollicité, dans 2 mois, afin d'en évaluer l'acceptabilité et l'impact sur votre pratique quotidienne. Je vous remercie sincèrement de votre collaboration dans ce travail de thèse et ne manquerai pas de vous faire part des résultats si vous le souhaitez.

Bonnay Charline

Si vous acceptez de participer à cette étude,

Merci d'indiquer votre adresse email :

- **Etes-vous ?**

Un homme / Une femme

- **Quelle est votre date de naissance ?**

- **Dans quel milieu exercez-vous ?**

Rural / Semi-rural / Urbain

- **Dans quel département exercez-vous ?**

Somme (80) / Oise (60) / Aisne (02) / Pas de Calais (62) / Nord (59)

- **Quel est votre mode d'exercice ?**

Maison de santé pluridisciplinaire / Groupe de médecins généralistes / Cabinet seul / activité mixte (libérale et hospitalière) / Remplacement

- **Assurez-vous le suivi de grossesse pour vos patientes qui le désirent ?**

Oui, très souvent / Oui, souvent / Oui, parfois / Rarement / Non

- **Parmi vos consultations de médecine générale, combien concerne des consultations postnatales par mois (en chiffre) ?**

- **A combien estimez-vous la fréquence de la DPP (dépression post-partum) au cours des 2 premiers mois qui suivent l'accouchement, dans votre patientèle ?**

< 5% / Entre 5 et 10% / Entre 10 et 15% / > 20% / Autre

- D'après vous, pour 100 femmes qui ont accouchés, combien présente un trouble dépressif dans les 2 mois qui suivent l'accouchement ?

< 5% / Entre 5 et 10% / Entre 10 et 20% / > 20% / Autre

- Sentez-vous à l'aise, dans votre pratique courante, pour dépister la DPP ?

Oui / Non

- Connaissez-vous l'échelle EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) ?

Oui / Non

- Si oui, utilisez-vous cette échelle en pratique courante ?

Oui / Non

- Abordez-vous facilement la question de la DPP avec vos patientes dans le post-partum ?

Oui / non

- Si non, pourquoi ?

Par manque d'aisance sur le sujet / Par manque de temps / Car la patiente consulte pour un autre problème / Par manque de connaissance sur le sujet / Pas difficulté à aborder le sujet / Autre

- Orientez-vous les patientes souffrantes de DPP vers des structures de soins ou des professionnels de santé ?

Oui / Non

- Si oui, lesquels ?

PMI / centre de périnatalité / psychiatre / psychologue / sage-femme / gynécologue / consultation de psychiatrie périnatale / CMP (centre médico-psychologique) / autre

- Avez-vous connaissance des associations de patients dans le cadre de la DPP ?

Oui / Non

- A quelle fréquence prescrivez-vous un psychotrope en cas de troubles dépressifs du post partum ?

Très souvent / Souvent / Parfois / Rarement / Jamais

- Que pensez-vous de l'indication de prescription des psychotropes pour la DPP ?

Contre-indication absolue / Contre-indication relative en cas d'allaitement / Possible en cas d'allaitement / Autre

- Avez-vous des remarques sur les difficultés que vous rencontrez dans le repérage de la DPP dans votre pratique ?

Merci pour votre contribution.

3. FIGURE S3

Evaluation d'action de sensibilisation et d'aide au repérage des difficultés psychologiques du post partum

Je reviens vers vous concernant l'étude sur le repérage de la dépression post partum en médecine générale dans le cadre de ma thèse. Après deux mois de mise à disposition de la boîte à outils numérique, j'aimerais récolter votre ressenti sur l'acceptabilité de cet outil sur le repérage de la DPP.

Merci pour votre implication.

A combien estimez-vous la fréquence de la DPP (dépression post-partum) dans votre patientèle ?

< 5% / entre 5 et 10% / entre 10 et 15% / > 15%

Connaissez-vous l'échelle EPDS (Edinburg Post-partum Depression scale) ?

Oui / Non

Si oui, utilisez-vous cette échelle en pratique courante ?

Oui / Non

Abordez-vous facilement la question de la DPP avec vos patientes dans le post-partum ?

Oui / Non

Si non, pourquoi ?

Par manque d'aisance sur le sujet / Par manque de temps / Car la patiente consulte pour un autre problème / Par manque de connaissance sur le sujet / Pas de difficulté d'aborder le sujet / Autre

Orientez-vous les patientes vers des structures de soins ou des professionnels de santé ?

Oui / Non

Si oui, lesquels ?

PMI / Centre de périnatalité / CMP (centre médico-psychologique) / Consultation de psychiatrie périnatale / Gynécologue / Sage-femme / Psychiatre / Autre

Vous êtes-vous servi des outils de repérage de la DPP contenu dans la boîte à outils numérique lors des consultations postnatales ?

Oui / non

Si oui, à quelle fréquence ?

A chaque consultation postnatale, peu importe le motif de consultation / de façon aléatoire / Uniquement lorsque la patiente présentait des symptômes de DPP / Très peu / pas du tout

Si non, pour quelles raisons ?

Par manque de temps / par oubli / par manque de connaissance sur le sujet / par manque d'occasion

Concernant l'échelle EPDS, à quelle fréquence l'avez-vous utilisé ?

A chaque consultation postnatale, peu importe le motif de consultation / de façon aléatoire / Uniquement lorsque la patiente présentait des symptômes de DPP / Très peu / pas du tout

Avez-vous été confronté à au moins un refus de patiente concernant le remplissage du questionnaire EPDS ?

Oui / Non / non concerné

Avez-vous dépisté au moins un cas de DPP pendant la durée de cette étude ?

Oui / Non

Avez-vous dépisté ou diagnostiqué d'autres troubles psychiatriques du post-partum au cours de cette étude ?

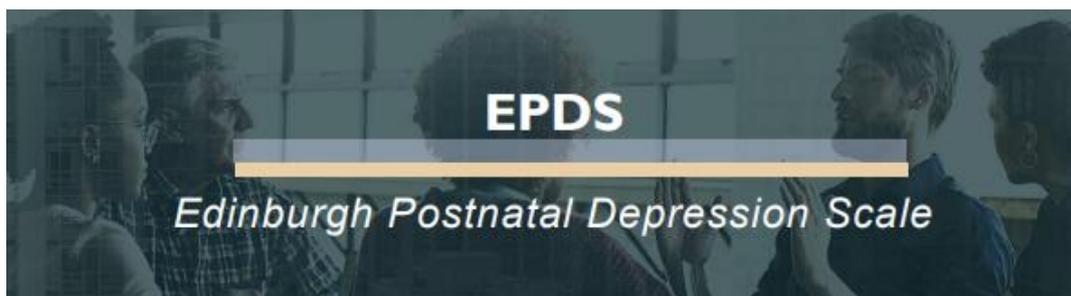
Oui / Non

Comment avez-vous apprécié l'utilité de cette boîte à outils numérique pour le dépistage de la DPP ? (1 : pas du tout, 10 : énormément)

Selon vous, quel(s) moyen(s) permettrai(ent) d'améliorer le repérage de la DPP dans votre pratique courante ?

Merci d'avoir répondu au questionnaire

4. FIGURE S4



L'échelle EPDS est un outil pour aider les professionnels de santé à identifier les patientes souffrant de dépression post-partum. Cochez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- 0. Autant que d'habitude
- 1. Plutôt moins que d'habitude
- 2. Vraiment moins que d'habitude
- 3. Pratiquement pas

Je me suis senti confiant et joyeux en pensant à mon avenir

- 0. Autant que d'habitude
- 1. Plutôt moins que d'habitude
- 2. Vraiment moins que d'habitude
- 3. Pratiquement pas

Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

- 0. Non pas du tout
- 1. Presque jamais
- 2. Oui, parfois
- 3. Oui, très souvent

Je me suis senti inquiet ou soucieux sans motif

- 0. Non, pas du tout
- 1. Presque jamais
- 2. Oui, parfois
- 3. Oui, très souvent

Je me suis senti effrayé ou paniqué sans vraiment de raisons

- 0. Non, pas du tout
- 1. Presque jamais
- 2. Oui, parfois
- 3. Oui, très souvent

Je me suis senti dépassé par les événements

- 0. Non, je me suis senti aussi efficace que d'habitude
- 1. Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 2. Oui, parfois, je ne me suis pas senti aussi capable de faire face que d'habitude
- 3. Oui, la plupart du temps, je me suis senti incapable de faire face aux situations

Je me suis senti si malheureux que j'ai eu des problèmes de sommeil

- 0. Non, pas du tout
- 1. Presque jamais
- 2. Oui, parfois
- 3. Oui, très souvent

Je me suis senti triste ou pas heureux

- 0. Non, pas du tout
- 1. Pas très souvent
- 2. Oui, très souvent
- 3. Oui, la plupart du temps

Je me suis senti si malheureux que j'en ai pleuré

- 0. Non, pas du tout
- 1. Pas très souvent
- 2. Oui, très souvent
- 3. Oui, la plupart du temps

Il m'est arrivé de penser à me faire du mal

- 0. Oui, très souvent
- 1. Parfois
- 2. Presque jamais
- 3. Jamais

TOTAL : 0/30

INTERPRETATION :

Score ≥ 11 : DPP probable, à prendre en charge

Score > 13 : DPP severe

Une reponse positive à la question 10 oriente immédiatement vers un diagnostic de sévérité

5. FIGURE S5

Questions de Whooley : outil de dépistage simplifié

C'est un outil de dépistage de la dépression du post-partum recommandée de façon systématique par la NHS (national health service) au Royaume-Uni.

Une réponse positive à l'une des deux questions rend le test de **dépistage positif** et devrait amener à une **deuxième consultation** consacrée à l'évaluation plus poussée de l'état psychique de la patiente.

Au cours du dernier mois :

- Vous êtes-vous souvent sentie triste, déprimée ou désespérée ?
- Avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir à réaliser vos activités de la vie quotidienne ?

6. FIGURE S6

MOTHER TO INFANT BONDING SCALE Echelle d'évaluation de l'interaction mère-enfant

Ces questions concernent les sentiments de la mère pour son enfant depuis qu'il est né.

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé	0	1	2	3
Sentiment d'en vouloir à mon bébé	3	2	1	0
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotions	3	2	1	0
Joie	0	1	2	3
Sentiment de ne pas être attirée	3	2	1	0
Protectrice	0	1	2	3
Déçue	3	2	1	0
Agressive	3	2	1	0

Score de 0 à 24

Score > 2 : trouble ou difficulté du lien mère-enfant

7. FIGURE S7

ANNUAIRE

Dépression post partum : vers qui orienter ?

LES STRUCTURES DE SANTE MENTALE :

- **CMP** : <https://www.f2rsmpsy.fr/annuaire-des-CMP> (annuaire qui regroupe les CMP existants dans la région des Hauts de France)
- **EPSM** (établissement public de santé mentale) : Clermont de l'Oise, Fitz James, Compiègne, Lille

UNITE D'ACCOMPAGNEMENT :

- **psychologue libérale**
- **psychiatre en libérale**
- **sage femme** ayant suivi la grossesse et/ou le post partum
- **centre de périnatalité des CH en périphérie**
- **PMI de proximité**, avec les sages femmes et les puéricultrices qui peuvent se déplacer à domicile également
- **Maternité de proximité**
- **Le gynécologue** qui a participé au parcours de grossesse
- **Réseau de Santé en Périnatalité de la Région Hauts-de-France, OREHANE** : site d'information sur le suivi gynécologique, la grossesse, la naissance, et les premiers mois de l'enfance, dans les Hauts de France : <https://orehane.fr/>

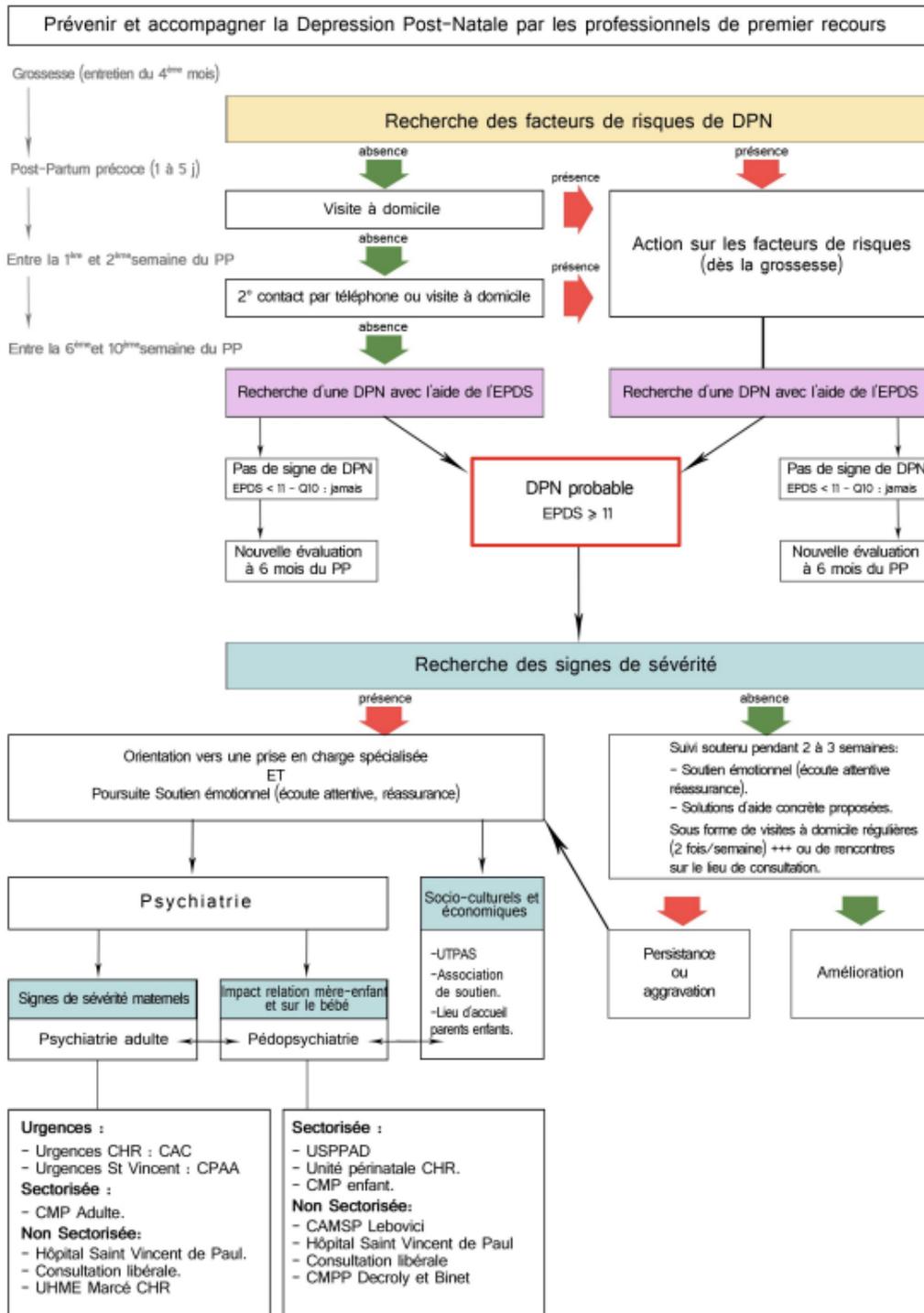
ASSOCIATIONS DE PATIENTS :

- L'**association Maman Blues** à but non thérapeutique propose soutien, échange et informations autour de la difficulté maternelle : <https://www.maman-blues.fr/>
- L'**association enfance et partage** : <https://enfance-et-partage.org/>
- **Numéro vert "Allo parents bébé"** d'aide et de soutien à la parentalité : **0800 00 3456** (service et appel gratuit)
- Le **3114** pour trouver une réponse adaptée auprès de professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale. (service gratuit, 24h/24, 7j/7)

8. FIGURE S8



9. FIGURE S9



Annuaire des structures existantes sur la ville de Lille.

UTPAS

UTPAS de Lille-Moulins (Lille Est) 49 boulevard de Strasbourg BP 167 - 59017 LILLE Tél : 03 59 73 78 00	UTPAS de Lille-Sud 2 rue Saint-Bernard 59000 LILLE Tél : 03 20 85 32 40	UTPAS d'Hellemmes 22 rue de l'Innovation 59260 HELLEMES Tél : 03 59 73 96 60
UTPAS de Lille-Vauban (Lille Nord) 11 rue Desmazières BP 4 - 59004 LILLE Cedex Tél : 03 59 73 88 00	UTPAS de Lille-Fives 108/112 rue Pierre-Légrand CS 70511 59022 LILLE Cedex Tél : 03 59 73 92 70	UTPAS Lomme Lambersart 257 rue Auguste Bonte BP 155 59132 LAMBERSART CEDEX Tél : 03 59 73 78 20

CMP adultes

CMP Lille Nord 59G22 9-11 rue du Barbier Maës 59000 LILLE Tél : 03 20 87 96 41	CMP Lille Est 59G24 239 rue du Faubourg de Roubaix 59000 LILLE Tél : 03 20 12 17 30	CMP Lomme Lambersart 59G20 4 rue de l'Abbé Desplanques 59130 LAMBERSART Tél : 03 20 08 17 50
CMP Lille Sud 59G23 12 rue de Carnes 59000 LILLE Tél : 03 20 16 86 60	CMP Antonin Artaud Hellemmes 59G21 43 rue Falderbe 59260 HELLEMES Tél : 03 20 19 12 50	

CMP enfants et adolescents

CMP infanto-juvénile Lille Nord 59I04 234 rue de Paris 59000 LILLE Tél : 03 20 21 94 50	CMP infanto-juvénile Lille Est 59I04 5 rue Louis Blanc 59800 LILLE Tél : 03 28 80 04 69	CMP infanto-juvénile Montebello 59I05 41 rue Van Herde 59000 LILLE Tél : 03 20 44 48 49
--	--	--

Unité de Soins Psychothérapeutiques Précoces à Domicile USPPAD (59I04)

234 rue de Paris, 59000 LILLE
Tél : 03 20 21 94 50

CHRU de Lille 59I05

Unité d'hospitalisation Mère-Enfant Marcé Service de psychiatrie adulte 6, rue Emile Verhaeghe 59037 LILLE Cedex Tél : 03 20 44 65 68	Unité périnatale (Lyderic) Tél : 03 20 44 42 53 Accueil Hôpital Fontan Tél : 03 20 44 42 15	Centre d'accueil et de Crise (CAC) Tél : 03 20 44 43 83 Consultations de Psychiatrie Tél : 03 20 44 44 60
---	--	--

GHICL Hôpital Saint-Vincent de Paul

Boulevard de Belfort BP 387 59020 LILLE Cedex

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Tél : 03 20 87 76 06
• Consultations de psychiatrie parents-bébé, de l'enfant et de l'adolescent.
• Interventions pédopsychiatriques en périnatalité.
• Hôpital de jour "Oiseau Lyre" (parents-nourissons, enfants).

Psychiatrie adulte

Accueil médico-psychologique Tél. 03 20 87 45 77
Centre de psychothérapie Tél. 03 20 87 74 40
Psychiatrie Tél. 03 20 87 74 36
Unité d'Accueil médico-psychologique Tél. 03 20 87 45 77

Le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission (CPAA)

Numéro d'appel 24h/24 : 03 20 78 22 22 - 2 rue Desaix, 59000 LILLE
Accueil aux urgences de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul de 21h30 à 7h.

CAMSP

Espace Lebovici (CAMSP Binet, SESSAD Lebovici et Unité Mère Bébé Myriam David)
199/201 rue Colbert - Immeuble Rocherfort - Rez-de-chaussée 59 000 LILLE
Tél : 03 28 14 10 31

CMPP

CMPP Decroly Lille 49 rue de Bourgogne 59800 LILLE Tél : 03 20 54 82 58	CMPP Alfred Binet 76 boulevard Vauban 59000 LILLE Tél : 03 20 57 10 03
--	---

Lieux d'accueil parents enfants

Lille sud

Fil d'Ariane (municipal)
Maison de l'Enfant et de la Famille
2, rue de la Loire 59000 Lille
Tél : 03 20 85 22 28

Moulins

La Petite Maison (A.R.P.E)
Résidence Belfort
11 bis, rue Edouard Herriot 59000 Lille
Tél : 03 20 53 74 99

Bois blancs

La Calinette
Centre Social Rosette de Mey
Maison de Quartier Bois Blancs
60, rue du Général Anne de la Bourdonnaye
59000 Lille
Tél : 03 20 09 75 94

Vieux Lille

La Libellule
26, rue des Archives 59000 Lille
Tél : 03 20 06 85 58

Faubourg de Béthune

La maison Arc-en-Ciel (A.D.N.S.E.A)
16, boulevard de Metz 59000 Lille
Tél : 03 20 50 94 24

Lomme

La Clairière
11, rue Albert Deberdt 59160 Lomme
Tél : 03 20 93 60 88

Associations de soutien

Forum Maman Blues

<http://www.maman-blues.fr/>

Médiation familiale

Point Rencontre Nord

2 permanences :
69 rue Négrier 59000 Lille
Tél : 03 20 54 82 49
Accueil : Lun, Mar, et Mer, de 13h à 17h
Jeudi et Vendredi de 8h30 à 12h et de 12h45 à 17h

Maison de l'Enfant et de la Famille

2 rue de la Loire 59000 Lille
Tél : 03 20 85 22 28
Accueil : 1er et 3e sam. du mois de 13h à 19h
2e et 4e sam. du mois de 9h30 à 19h
un mercredi par mois de 17h30 à 20h

Association Avec des mots

L'association propose de prendre le temps de discuter
des difficultés rencontrées au moment d'un conflit familial.
Les entretiens ont lieu au :
1 Résidence Magenta Fombelle
Rue Jules Guesde 59000 Lille
Tél : 06 14 43 05 40
Tél : 06 10 21 26 81
Tél : 06 13 38 11 92

Aide et soutien aux mamans qui désirent allaiter

Lactarium Régional

Hôpital Jeanne de Flandre
2 avenue Oscar Lambret 59037 Lille Cedex
Tél : 03 20 44 50 50
Du lundi au vendredi de 8h à 17h

Permanence Allait'écoute

Réseau OMBREL (Organisation Mamans Bébé
de la Région Lilloise)
entre 18h et 21h, 7 jours sur 7
Tél : 03 20 44 62 47

Protection de l'enfance

Allo Enfance Maltraitée

Numéro gratuit ouvert 24h/24
Tél : 119 (N° vert)
www.allo119.gouv.fr

Violences Femmes Info

Tél : 3919 (N° vert)

Couples et Familles

Planification familiale, conseil conjugal et parentalité
155 rue du Moinef 59000 Lille
Tél : 03 20 54 01 33
Permanence le jeudi de 9h à 12 h ou accueil sur RDV

Collectif Régional pour l'Information et la Formation des Femmes (C.O.R.I.F.)

145 rue des Stations 59000 Lille
Tél : 03 20 54 73 55

La Leche League (L.L.L. de Lille)

Aide et soutien à l'allaitement maternel
10 rue Parrayon 59800 Lille
Tél : 03 20 13 88 88
Tél : 03 20 07 96 16

RESUME/ABSTRACT

Titre : Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post-partum en médecine générale

Contexte : Par sa fréquence et les conséquences possibles à long terme sur la mère et l'enfant, la dépression du post-partum (DPP) est un problème de santé publique. Les professionnels de premier recours ont un rôle clef, non seulement dans le repérage mais également dans l'accompagnement des femmes souffrant de DPP.

Objectifs : (1) évaluer les connaissances d'un échantillon de médecins généralistes des Hauts-de-France concernant le repérage de la DPP en médecine de ville, (2) documenter leurs pratiques et (3) évaluer le bénéfice et l'intérêt que peut constituer pour eux la mise en place d'une boîte à outils accessible en ligne pour faciliter le repérage.

Méthode : Il s'agit d'une étude action avant/après sous la forme d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes concernant leurs connaissances sur la DPP, l'utilisation d'outils de dépistage et les difficultés rencontrées dans leur pratique. Le même questionnaire a été proposé deux mois après l'accès à une boîte à outils en ligne dans laquelle le professionnel avait accès à des outils de dépistage, des documents de sensibilisation et un annuaire de professionnels.

Résultats : Au final, 103 professionnels (âge moyen 42 ans, 57% de femmes) ont répondu au questionnaire initial et 46 ont répondu au second questionnaire après la mise à disposition de la boîte à outils numérique. Près de trois quarts d'entre eux pratiquaient des suivis de grossesse, seuls 48% se percevaient compétents pour repérer la DPP, 21% connaissaient l'échelle EPDS et 14% l'utilisaient en pratique. Un âge plus avancé et l'exercice en ville étaient associés au fait de se percevoir plus compétent pour repérer la DPP. Après l'accès à la boîte à outils, 59% connaissaient l'échelle EPDS, et 26% avaient dépisté au moins un cas.

Conclusion : Malgré un échantillon de faible taille et une courte durée d'utilisation de la boîte à outils limitant l'interprétation des résultats, ce travail préliminaire souligne l'intérêt et la faisabilité de la diffusion d'une boîte à outils numérique pour faciliter les différentes étapes dans le repérage de la DPP (aide au diagnostic, à l'orientation dans le réseau de soins et des soutiens associatifs).

Mots clés : dépression du post-partum, dépistage, EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale, boîte à outils, repérage, médecine générale

ABSTRACT

Title : Inventory of the practices of general practitioners in Hauts-de-France and assessment of the acceptability of a tool for identifying postpartum depression in general medicine

Context: Considering the rate of postpartum depressive disorder (PDD) in general population and its long-term consequences, PDD can be regarded as a major public health issue. General Practitioners (GPs) have a key role in early identification and support for women with PDD.

Objectives: (1) to review the knowledge of a sample of GPs from Hauts-de-France about PDD, (2) to document common practices and (3) to measure the impact of an online access to screening tools for PDD.

Method: GPs had to complete an electronic or paper survey about PDD (i.e. general informations about rate and measurement tools, difficulties in clinical practices). The same survey was sent 2 months after clinicians having access to an online toolbox (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, Whooley questions, Mother Infant Bonding Scale, flyers, lists of associations and dedicated professionals in the area).

Results: A total of 103 GPs (mean age 42 y.o., 57% of women) completed the first wave of questionnaires and 46 the second wave. Three out of four GPs used to receive pregnant women but only 48% of the total sample felt comfortable with the identification of the disorder, 21% of the total sample knew the EPDS and 14% used it. Older age and working in urban area were associated with being more comfortable with the screening of PDD. After accessing to the online toolbox, 59% knew the EPDS and 26% detected at least one case.

Conclusion : While this study can be regarded as preliminary considering the small size and the limited duration of the use of the toolbox, this research highlights the possible feasibility of using a digital toolbox to enhance the screening of PDD.

Key words : postpartum depression, screening, EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale, toolbox, identification, general practice

RESUME/ABSTRACT

Titre : Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post-partum en médecine générale

Contexte : Par sa fréquence et les conséquences possibles à long terme sur la mère et l'enfant, la dépression du post-partum (DPP) est un problème de santé publique. Les professionnels de premier recours ont un rôle clef, non seulement dans le repérage mais également dans l'accompagnement des femmes souffrant de DPP.

Objectifs : (1) évaluer les connaissances d'un échantillon de médecins généralistes des Hauts-de-France concernant le repérage de la DPP en médecine de ville, (2) documenter leurs pratiques et (3) évaluer le bénéfice et l'intérêt que peut constituer pour eux la mise en place d'une boîte à outils accessible en ligne pour faciliter le repérage.

Méthode : Il s'agit d'une étude action avant/après sous la forme d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes concernant leurs connaissances sur la DPP, l'utilisation d'outils de dépistage et les difficultés rencontrées dans leur pratique. Le même questionnaire a été proposé deux mois après l'accès à une boîte à outils en ligne dans laquelle le professionnel avait accès à des outils de dépistage, des documents de sensibilisation et un annuaire de professionnels.

Résultats : Au final, 103 professionnels (âge moyen 42 ans, 57% de femmes) ont répondu au questionnaire initial et 46 ont répondu au second questionnaire après la mise à disposition de la boîte à outils numérique. Près de trois quarts d'entre eux pratiquaient des suivis de grossesse, seuls 48% se percevaient compétents pour repérer la DPP, 21% connaissaient l'échelle EPDS et 14% l'utilisaient en pratique. Un âge plus avancé et l'exercice en ville étaient associés au fait de se percevoir plus compétent pour repérer la DPP. Après l'accès à la boîte à outils, 59% connaissaient l'échelle EPDS, et 26% avaient dépisté au moins un cas.

Conclusion : Malgré un échantillon de faible taille et une courte durée d'utilisation de la boîte à outils limitant l'interprétation des résultats, ce travail préliminaire souligne l'intérêt et la faisabilité de la diffusion d'une boîte à outils numérique pour faciliter les différentes étapes dans le repérage de la DPP (aide au diagnostic, à l'orientation dans le réseau de soins et des soutiens associatifs).

Mots clés : dépression du post-partum, dépistage, EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale, boîte à outils, repérage, médecine générale

Title : Inventory of the practices of general practitioners in Hauts-de-France and assessment of the acceptability of a tool for identifying postpartum depression in general medicine

Context : Considering the rate of postpartum depressive disorder (PDD) in general population and its long-term consequences, PDD can be regarded as a major public health issue. General Practitioners (GPs) have a key role in early identification and support for women with PDD.

Objectives : (1) to review the knowledge of a sample of GPs from Hauts-de-France about PDD, (2) to document common practices and (3) to measure the impact of an online access to screening tools for PDD.

Method : GPs had to complete an electronic or paper survey about PDD (i.e. general informations about rate and measurement tools, difficulties in clinical practices). The same survey was sent 2 months after clinicians having access to an online toolbox (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, Whooley questions, Mother Infant Bonding Scale, flyers, lists of associations and dedicated professionals in the area).

Results : A total of 103 GPs (mean age 42 y.o., 57% of women) completed the first wave of questionnaires and 46 the second wave. Three out of four GPs used to receive pregnant women but only 48% of the total sample felt comfortable with the identification of the disorder, 21% of the total sample knew the EPDS and 14% used it. Older age and working in urban area were associated with being more comfortable with the screening of PDD. After accessing to the online toolbox, 59% knew the EPDS and 26% detected at least one case.

Conclusion : While this study can be regarded as preliminary considering the small size and the limited duration of the use of the toolbox, this research highlights the possible feasibility of using a digital toolbox to enhance the screening of PDD.

Key words : postpartum depression, screening, EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale, toolbox, identification, general practice