



Dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum par les médecins généralistes en Occitanie : rôle actuel et perspectives. Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes en région Occitanie

Hélène Quintin

► To cite this version:

Hélène Quintin. Dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum par les médecins généralistes en Occitanie : rôle actuel et perspectives. Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes en région Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05100941>

HAL Id: dumas-05100941

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05100941v1>

Submitted on 6 Jun 2025

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 CC BY-NC-SA 4.0 - Attribution - Non-commercial use - ShareAlike - International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par
Hélène QUINTIN

Le 31 janvier 2025

TITRE

Dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum par les
médecins généralistes en Occitanie : rôle actuel et perspectives

Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes en
région Occitanie

Directrice de thèse : Dr Marine COMPAN MALET

JURY :

Présidente : Pr LOGNOS-FOLCO Béatrice

Assesseurs (y compris directrice de thèse) :

Dr COMPAN MALET Marine
Dr LESAUVAGE Chloé

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par
Hélène QUINTIN

Le 31 janvier 2025

TITRE

Dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum par les
médecins généralistes en Occitanie : rôle actuel et perspectives

Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes en
région Occitanie

Directrice de thèse : Dr Marine COMPAN MALET

JURY :

Présidente : Pr LOGNOS-FOLCO Béatrice

Assesseurs (y compris directrice de thèse) :

Dr COMPAN MALET Marine
Dr LESAUVAGE Chloé

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	GUI TER Pierre	NAVRATIL Henri
ALLIEU Yves	CAMU William	HEDON bernard	OTHONIEL Jacques
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	HERTAULT Jean	PAGES Michel
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	HUMEAU Claude	PELISSIER Jacques
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JAFFIOL Claude	PETIT Pierre
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	POUGET Régis
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	KLEIN Bernard	PUJOL Henri
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	LAFFARGUE François	RABISCHONG Pierre
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-Louis	REBOUL Jean
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RIEU Daniel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE ROUX Jean-Louis	ROCHEFORT Henri
BANSARD Nicole	DOMERGUE Jacques	LESBROS Daniel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	DUBOIS Jean Bernard	LORIOT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	DUJOLS Pierre	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	DUMAZER Romain	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	ECHENNE Bernard	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOULOT Pierre	FABRE Serge	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	FRERE BEAU Philippe	MEYNADIER Jean	TOUITOU Isabelle
BOUSQUET Jean	GALIFER René Benoît	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
BRUEL Jean Michel	GODLEWSKI Guilhem	MION Charles	VISIER Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	GUILHOU Jean-Jacques	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	DEDET Jean-Pierre	MESSNER Patrick
BASTIEN Patrick	DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	MONNIER Louis
BLANC François	GUILLOT Bernard	PREFAUT Christian
BONAFE Alain	HERISSON Christian	PUJOL Rémy
BOULENGER Jean-Philippe	JEANDEL Claude	REYNES Jacques
BOURREL Gérard	JONQUET Olivier	RIBSTEIN Jean
BRINGER Jacques	LANDAIS Paul	ROSSI Jean-François
CANOVAS François	LARREY Dominique	SCHVED Jean-François
CLAUSTRES Mireille	LE QUELLEC Alain	TOUCHON Jacques
COMBE Bernard	MARES Pierre	VOISIN Michel
DAURES Jean-Pierre	MAUDELONDE Thierry	ZANCA Michel
DAUZAT Michel	MILLAT Bertrand	
DAVY Jean-Marc	MAURY Michèle	

Docteurs Emerites

PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DERUELLE Philippe	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie

Service de gestion des personnels

ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Héliène	Radiologie et imagerie médicale

Service de gestion des personnels

YCHOU Marc Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile

Service de gestion des personnels

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOMMART Sébastien	Radiologie et imagerie médicale

Service de gestion des personnels

CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DAIEN Claire	Rhumatologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LACHERETZ-SZABLEWSKI Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOUBET Paul	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Service de gestion des personnels

ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STEPANIAN Alain	Hématologie ; transfusion
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BAUCHET Luc (Neurochirurgie)
 BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)
 DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)
 GAUDARD Philippe (Anesthésiologie-réanimation)
 MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)
 MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
 NOUGARET Stéphanie (Radiologie et imagerie médicale)
 PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
 QUANTIN Xavier (Pneumologie)
 ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)
 VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

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

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHIRIAC Anca	Immunologie

Service de gestion des personnels

COSSEE Mireille	Génétique
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
GOUZI Farès	Physiologie
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DEBOURDEAU Antoine	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DUPONT Chloé	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FROUIN Eric	Anatomie et cytologie pathologiques
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie médicale
SOCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maitres de Conférences de classe normale

BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	Maieutique
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maitres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

CARBONNEL François
MILLION Elodie

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MINET Mathilde

SERAYET Philippe

URENA DORES Aurélie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DURAES Martha Anatomie

FAVIER Valentin Oto-Rhino-Laryngologie

GAVOTTO Arthur Pédiatrie

POULEN Gaetan Neurochirurgie

ROCH Benoît Pneumologie, addictologie

THERON Alexandre Pédiatrie

URSIC BEDOYA José Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Service de gestion des personnels

PH chargés d'enseignements

AGUILHON Sylvain	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	LE BIHAN Clément	PICOT Marie Christine
AKKARI Mohamed	CASPER Thierry	FLORI Nicolas	LE GUILLOU Cédric	POQUET Hélène
ALRIC Jérôme	CATHALA Philippe	FOURNIER Philippe	LE MOINE DONY Marie-Christine	PRIN Pauline
AMEDRO Pascal	CAZABAN Michel	FRANC Nathalie	LETERTRE Simon	PUJOL Sarah-Lise
AMOUREUX Cyril	CHALARD Kévin	GAILLARD Nicolas	LOPEZ Régis	QUANTIN Xavier
ANTOINE Valéry	CHARBIT Jonathan	GALMICHE Sophie	LUQUIENS Amandine	RAFFARD Laurence
ATTALIN Vincent	CHEVALLIER Thierry	GARNIER Sylvain	MAILLE Olivier	RAINGEARD Isabelle
BADR Maliha	COLIN Olivier	GENY Christian	MANDOUL Caroline	RAPIDO Francesca
BAIS Céline	CONEJERO Ismael	GERONIMI Laetitia	MANZANERA Cyril	RAY Valéry
BARBAR Saber Davide	CONSEIL Mathieu	GINIES Patrick	MARGUERITTE Emmanuel	RIBRAULT Alice
BASSET Didier	CORBEAU Catherine	GONON DEMOULIAN Raphael	MARTIN Lucille	RICHAUD-MOREL Brigitte
BATIFOL Dominique	COROIAN Flavia-Oana	GOULABCHAND Radjiv	MATTATIA Laurent	RIDOLFO Jérôme
BATTISTELLA Pascal	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric	MAZARD Thibault	RIPART Sylvie
BELL Ariane	COUTUREAU Juliette	GRIVET Benjamin	MEROUEH Fadi	ROBERT Pierre
BENENATI Syvain	CUNTZ Danielle	GROSSIN Delphine	MESTREGODIN Sandrine	RONGIERES Michel
BENNYS Karim	DAVID Aurore	GUEDJ Anne Marie	MEUNIER Lucie	ROULET Agnès
BERNARD Nathalie	DE BOUTRAY Marie	HEDON Christophe	MEYER Pierre	RUBENOVITCH Josh
BERNIER Maud	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	HENRY Vincent	MICHEL Moïse	SANTONI Fannie
BERTCHANSKY Ivan	DEBIEN Blaise	HIRECHE Kheira	MILESI Christophe	SASSO Milène
BIBOULET Philippe	DEGRAVI Lauriane	INGHILLERI Marie-Laure	MONET Clément	SCHMITT David
BIRON-ANDREANI Christine	DELPONT Marion	JAMMET Patrick	MORAU Estelle	SCHULDINER Sophie
BLANC Brigitte	DENIS Hélène	JEDRYKA François	MORQUIN David	SEGURET Fabienne
BLANCHET Catherine	DEVILLE de PERIERE Gilles	JREIGE Riad	MOSER Camille	SENESE Pierre
BLATIERE Véronique	DI CASTRI Alberto	JULIER Ingrid	MOUSTY Eve	SERRE Jean-Emmanuel
BOGE Gudrun	DJANIKIAN Flora	KADERBAY Akil	MOUTERDE Gaël	SKALLI El Medhi
BOURRAIN Jean Luc	DUCROCQ Vincent	KINNE Mélanie	NOU HOWALDT Monira	SOLA Christelle
BOUYABRINE Hassan	DUNYACH-REMY Catherine	LABARIAS Coralie	ORY Jérôme	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	ESTRIC Clémentine	LABORDE Caroline	PANTERA Eric	SOULLIER Camille
BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LACAMBRE Mathieu	PERNIN Vincent	STEPHAN Robin
BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LARCHER Romaric	PERRIGAULT Pierre François	STOEBNER DELBARRE Anne
CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	LAURENT Jérémy	PEYRON Pierre-Antoine	SURCIN-TSEKOURAS Nicolas
CARR Julie	FILLERON Anne	LAZERGES Cyril	PICARD Eric	SZAFORS Paulina
TALEB ARRADA Ikram				

Service de gestion des personnels

TARUFFI Floriane

TEOT Luc

TER SCHIPHORST Adrien

THIRION Marina

TUNEZ Virginie

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VIALA Maurice

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

WALTHER LOUVIER Ulrike

WILLEMS Marjolaine

ZERKOWSKI Laetitia



REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Madame la Professeure Béatrice LOGNOS-FOLCO,

C'est un honneur de vous avoir comme présidente du jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de recherche. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame la Docteure Marine COMPAN MALET,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail et merci pour le temps accordé depuis le début du projet. J'admire votre bienveillance et votre engagement dans les sujets qui vous tiennent à cœur. Je garde le souvenir d'un accompagnement exemplaire.

A Madame la Docteure Chloé LESAUVAGE,

Merci de faire partie de mon jury de thèse, une première pour toi, et peut-être le premier jury d'une longue série ! Merci pour tout ton soutien durant l'écriture de cette thèse, tu as su m'aider au quotidien lors des moments difficiles, mais aussi partager mes joies et projets. Te voir parmi le jury pour ce jour spécial est un grand honneur, tout comme te rejoindre au sein du cabinet très bientôt.

Aux médecins rencontrés lors de mon internat

A mon MSU du premier semestre Dr Magnien,

A travers ton expérience et ton enseignement, tu m'as transmis l'amour de ton métier et confirmé ma vocation de devenir médecin généraliste. Merci pour ta sympathie quotidienne dont je me souviendrais longtemps.

A l'équipe d'Euzière,

Merci pour ce stage de psychiatrie qui a marqué ma formation de médecine générale. Vous êtes une équipe formidable et tellement dévouée.

A la PMI de Mosson, à toute l'équipe,

Merci pour ces 6 mois de formation en gynécologie, j'ai tant appris auprès de vous. Je vous remercie surtout pour les échanges et les relations créées avec chacun d'entre vous, vous avez vu mon ventre s'arrondir jour après jour et je n'aurais pu rêver mieux comme équipe avec qui partager ces mois précieux.

A toute l'équipe du cabinet de Gignac,

Merci de m'avoir fait grandir professionnellement dans ce dernier stage d'internat. Merci pour votre sympathie et tous les moments de partage autour de délicieux plats ou gâteaux. Je suis très heureuse à l'idée d'intégrer le cabinet à vos côtés.

A mes amis, d'un peu partout en France

A mes amis du 94,

Merci à **Kiona, Astrid, Elliott**, pour avoir su garder ce lien d'amitié malgré la distance, merci d'être resté des personnes sur qui je peux compter et avec qui je passe toujours de si bons moments.

Merci à **Louise**, pour notre joyeuse amitié malgré les années.

Merci à **Abby**, pour chaque moment passé ensemble, les fous rires et notre complicité de l'externat me manquent.

A la **Bretagne, à Coralie et Mathieu**,

Merci pour toutes ses escapades brestoises qui à chaque fois, me font le plus grand bien. Vous êtes des vrais arcs-en-ciel avec votre joie communicative dont je ne me lasse pas. Merci pour cette rencontre à la Réunion que je n'oublierais jamais.

Aux **Confiportes, à Lola, Mathieu, Fleur, Axel**,

Merci pour tous ces moments partagés ensemble, depuis Créteil et jusqu'au Sud-Ouest. Chaque weekend ensemble est un vrai partage et bonheur.

Au **Big Three, Valentine et JB**, mes acolytes,

Merci pour tous ces souvenirs, ces fous rires, pour les retrouvailles qui sont à chaque fois comme si on ne s'était jamais quitté. Vous me manquez très fort au quotidien mais je sais que notre amitié est plus forte que la distance. Ne changez rien.

A **La Famille**, celle qui se choisit,

Je ne pourrais jamais vous remercier autant que vous m'avez si bien accueilli dans votre groupe d'amis. J'ai compris très vite que ce nom de 'Famille' n'est pas un hasard, avec chacun d'entre vous, j'ai su trouver ma place et une amitié sincère. Je mesure à chaque fois que l'on se voit, la chance que j'ai de vous connaître.

Vous êtes des vrais soleils et c'est grâce à vous que le soleil brille si fort.

Merci Mathilde, Camille, Laura, Mathilde, Pauline, Hortense, Maxime, Yann, Stéphane, Antoine.

A tous **les copains Montpellierains**, qui partagent ma vie dans le Sud,

A **Romain**, pour avoir accepté mon arrivée à Narbonne non prévue et pour m'avoir fait vivre les meilleurs mois de ma fin d'externat. Merci pour cette amitié exceptionnelle, pleine de rires, de souvenirs incroyables, de pas de danse endiablée. Merci à **Anthonin** pour ta délicieuse compagnie.

A **Sarah**, ma super copine,

Merci pour notre complicité et notre amitié si chouette et si sincère.

A **Valentine et Hugo**, votre présence manque terriblement à Montpellier. Merci pour tous ces moments partagés et ceux à venir, je suis si heureuse que l'on se soit rencontré car ce n'est que le début d'une superbe amitié.

A **Sunila et Philipp**, merci de faire partie du club des parents des deux filles les plus cool de Montpellier, vous êtes géniaux, sachez-le.

A **Maël et Clément**, à **Sacha**, ma petite famille adorée, vous êtes des amis parfaits, merci pour tous ces moments de qualité passés ensemble.

A **Mathilde et Guillaume**, à **Jeanne**, si contente d'avoir fait votre connaissance et d'avoir vu s'agrandir votre famille. Vous êtes des personnes si pétillantes et que j'admire beaucoup. A tous les prochains souvenirs que l'on va se construire.

A **Guillaume**, encore un, mais un guillaume qui brille par sa bonne humeur et gentillesse. Merci d'être cette super personne que tu es !

A **Clémence**, mon coup de cœur, je suis si heureuse de te compter parmi mes plus proches amies. Toujours là pour moi, dans les bons comme mauvais moments. Tu es l'amie que tout le monde rêverait d'avoir, alors s'il te plaît, restes toujours la même ! Merci aussi d'être si proche d'Anna que tu couvres d'amour (et de danse médiévale).

Au **Noyau, Mathilde, Léo, Guillaume, Eva,**

Vous êtes incroyables. Merci pour tout ce qu'on a partagé et ce qui nous attend.

Votre amitié m'est tellement précieuse, merci d'avoir été là à chaque instant.

Et merci d'être les meilleurs avec le petit pépin de la bande.

A **Mathilde**, merci pour faire en sorte que tout soit simple et naturel dans notre amitié, c'est ce qui fait notre si grande proximité. Merci d'avoir été là pour mes peines, mes joies, mes peurs. Je sais qu'on pourra toujours compter l'une sur l'autre, tout partager et tout se dire. Des verres on en a bu, des cours de danse et natation on en a séché, des larmes on en a vu couler, des weekends et soirées (et siestes) on en a fait, mais être témoin, ça on ne l'a pas encore fait. Merci aussi pour l'amour que tu portes à ma fille (et à Lip), tu n'imagines pas à quel point cela signifie pour moi.

A ma belle-famille

Collectivement comme individuellement, vous m'avez fait l'honneur de m'accueillir dans la famille dès le premier jour. A mes beaux-parents, merci pour toutes vos attentions à mon égard et à votre gentillesse sans limite. Merci à mes beaux-bros qui sont évidemment les meilleurs, mais heureusement que y'a des belles sœurs en or pour me soutenir dans cette belle brochette de mecs.

A ma famille

A **Papi et Mamie,**

Je sais que vous auriez été très fiers,

Merci de m'avoir apporté la rigueur et la notion de travail bien fait,

Merci surtout pour tous ces souvenirs d'enfants que j'ai plein la tête, les casses croutes et les crêpes à la Billig me manquent, ce n'est pas pareil si c'est pas les vôtres

A **Mamu**, merci pour ta bienveillance sans faille, ton amour et ta douceur dans tout ce que tu fais. Merci de m'avoir toujours soutenue et vu grandir, merci d'être la meilleure grand-mère. Une pensée pour Papu qui lui aussi aurait été fier de me voir soutenir.

A **mes parents,**

Merci pour votre soutien durant ces études médicales éreintantes, pour votre accompagnement et vos encouragements à toutes épreuves, à l'amour porté, à votre générosité et aux bons diners partagés.

Si j'ai réussi dans ces études, c'est avant tout grâce à vous. Merci pour ce que vous m'avez transmis. Je vous aime très fort et serai éternellement reconnaissante de tout ce que vous avez fait pour mon bonheur.

A **Mathilde et Sacha**, ma fratrie,

Merci de m'avoir supporté avec mon difficile caractère durant ses longues études, merci de m'avoir fait rire et accompagné dans les étapes les plus importantes de ma vie, avoir des frères et sœurs comme vous deux est une chance précieuse, vous avez tout mon respect et mon admiration.

Le meilleur reste à venir, je vous aime.

Aux Berquin, mes essentiels

A **Lipome**, mon « premier enfant »,
Sans aucun doute mon plus grand soutien dans ces mois de travail,
Merci d'être le meilleur des chiens depuis 4 ans

A **Etienne**, mon binôme
Même pas marié encore que c'est déjà pour le meilleur et pour le pire,
On aura traversé cette période de thèse ensemble, comme toujours, en équipe.
Lorsqu'on est tous les deux, toutes les épreuves deviennent plus faciles.
Merci depuis le début de notre histoire de me soutenir, me faire grandir, me
permettre de réussir.
Merci pour tout l'amour que tu me portes, et pour être le père le plus incroyable que
je connaisse.
Éternelle indécise, mais tu es la seule évidence de ma vie.
C'est grâce à toi que je suis là aujourd'hui,
Alors cette thèse, dont tu as suivi de près son écriture, je te la dédie,
Je t'aime

A **ma fille**, mon soleil,
Merci de briller depuis 1 an et demi que tu es rentrée dans nos vies,
Tu nous apportes tant chaque jour, tu nous aides avec tes sourires et câlins, à tout
accomplir. On est si chanceux d'être tes parents.
Promis une fois cette thèse passée, on aura encore plus de temps à t'accorder.
Ma plus grande fierté, je t'aime de tout mon cœur

ABREVIATIONS

CIM : Classification internationale des maladies
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
DGS : Direction Générale de Santé
DIU : Diplôme inter-universitaire
DPC : Développement professionnel continu
DPP : Dépression du post-partum
DPO : Délégué à la protection des données
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DU : Diplôme inter-universitaire
EPDS : Edinburgh postnatal depression scale
EPNP : Entretien postnatal précoce
FMC : Formation médicale continue
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
LAEP : Lieux d'accueil enfants parents
MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PMA : Procréation médicalement assistée
PMI : Protection maternelle infantile
UME : Unité mère-enfant
UPB : Unité parents-bébé
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	17
ABREVIATIONS	21
I. INTRODUCTION	25
1. De la description de la dépression du post-partum...	25
a) <i>Période du post-partum</i>	25
b) <i>Historique et définition de la dépression du post partum</i>	26
c) <i>Épidémiologie</i>	28
d) <i>Expliquer le sous diagnostic par plusieurs éléments : variabilité de la définition et subjectivité des symptômes</i>	29
e) <i>Facteurs de risque de dépression du post-partum</i>	30
f) <i>Conséquences de la dépression du post-partum</i>	31
2. Au rôle du médecin généraliste dans le parcours de soin	32
a) <i>Définition, compétences et implication dans le suivi de la femme</i>	32
b) <i>Prise en charge diagnostique et outils au dépistage</i>	34
3. Expérience personnelle et objectif de notre étude	35
II. MATERIELS ET METHODES	36
1. <i>Équipe de recherche</i>	36
2. <i>Type d'étude</i>	36
3. <i>Bibliographie</i>	37
4. <i>Constitution de l'échantillon</i>	37
5. <i>Recueil des données</i>	39
6. <i>Analyse des données</i>	41
7. <i>Éthique et protection des données</i>	41
III. RESULTATS	42
1. <i>Caractéristiques des participants</i>	42
2. <i>Analyse des résultats</i>	43
A. Un contexte de dépistage de la DPP particulier à la fois pour le médecin mais aussi pour les patientes	45
1. Un contexte de dépistage particulier pour les médecins généralistes	45
1.1. <i>Une définition variable</i>	45
a) <i>Un épisode dépressif contextualisé</i>	45
b) <i>Durée d'apparition et un pic de fréquence identifiées</i>	46
c) <i>Non consensuelle</i>	46
1.2. <i>Les symptômes de la DPP sont apportés par plusieurs voies</i>	47
a) <i>Exprimés par la patiente</i>	47
b) <i>Communication non verbale</i>	50
c) <i>L'entourage est important pour le diagnostic</i>	51
1.3. <i>Il existe des facteurs prédisposants</i>	51
a) <i>Le contexte social et les conditions de vie</i>	52
b) <i>Intérêt pour les antécédents de la mère</i>	52
c) <i>Sentiment d'isolement de la mère</i>	53
d) <i>La reprise du travail comme un déclencheur</i>	53
1.4. <i>En pratique, une variabilité de fréquence et de circonstance de dépistage chez les médecins généralistes</i>	54
a) <i>Peu de cas pour certains</i>	54
b) <i>Pas de consultation dédiée et un entretien post natal précoce peu répandu</i>	54
2. Le post-partum crée un contexte particulier pour les patientes	55
2.1. <i>Particularités de la période du post-partum</i>	55
2.2. <i>Sentiment de culpabilité pour expliquer l'absence de verbalisation</i>	56
a) <i>Un sujet considéré comme tabou</i>	56

b) Des attentes sociétales qui renforcent le sentiment de culpabilité et l'absence de verbalisation des symptômes	56
c) Minimisation des symptômes par l'entourage et manque de soutien	57
2.3. <i>Leur bébé au premier plan</i>	58
a) Préoccupations centrées sur l'enfant	58
b) Pas de rendez-vous pris à l'initiative de la patiente	58
B. Perception du rôle du médecin généraliste dans le dépistage de la DPP	59
1. <i>Avantages de ce rôle et éléments facilitant le dépistage</i>	59
a) Le médecin généraliste est en première ligne	59
b) Un médecin de famille	60
c) Une relation de confiance et d'écoute	60
d) Suivi parfois antérieur au post-partum	60
e) Fréquences des consultations possibles grâce à la disponibilité du médecin	61
2. <i>Les domaines de compétences du médecin généraliste</i>	62
a) Délivrance de l'information	62
b) Instauration de thérapeutique	62
c) Arrêt de travail	63
d) Évaluation de l'urgence	63
3. <i>Difficultés rencontrées lors des consultations</i>	64
a) Aborder le sujet est difficile	64
b) Un sentiment d'incapacité face à la non-verbalisation des patientes	64
c) Déculpabiliser le médecin généraliste	65
4. <i>Vécus des consultations par les médecins</i>	65
a) Ressenties comme difficiles et stressantes	65
b) Transfert sur expérience personnelle	66
c) Retentissement au-delà des consultations	66
C. Parcours de soin actuel dans le cadre d'une DPP	66
1. <i>Composer avec le contexte actuel pour prendre en charge les patientes</i>	67
a) Difficulté d'accès aux spécialistes	67
b) Absence de transmission d'information depuis la maternité	67
2. <i>Avoir recours aux outils</i>	68
a) Échelles ou questionnaires	68
b) Utilisation de notes	69
c) Inconstante d'utilisation	69
3. <i>Un adressage et une orientation vers des ressources externes</i>	69
a) Psychiatres et psychologues	70
b) Sage-femmes	70
c) Gynécologues	71
d) D'autres professionnels ou structures sont aussi impliqués	71
4. <i>Travail en réseau et structures</i>	72
D. Les freins au dépistage et à la prise en charge de la DPP	73
1. <i>Des freins en lien avec la consultation</i>	74
a) Le manque de temps	74
b) Cotation et rémunération des consultations	74
c) Un entretien post natal précoce peu connu	75
d) Venir en consultation physique peut se révéler compliqué	75
2. <i>Des freins en lien avec le réseau</i>	76
a) Manque de parcours de soins identifié	76
b) Manque de lien entre les professionnels autour du post-partum	77
3. <i>Des freins en lien avec les connaissances et formations</i>	78
4. <i>Des freins en lien avec le lieu d'exercice</i>	78
E. Des perspectives d'améliorations proposées par les médecins généralistes	79
1. <i>Pour mieux y penser</i>	79
a) Être systématique pour ne pas passer à côté	79
b) Protocoller la consultation à l'aide d'outils	80
c) Utiliser un questionnaire papier	81
d) Campagne d'informations et flyers, affiches	81
2. <i>Pour mieux orienter</i>	82

a) Étayer le réseau et identifier un parcours de soin	82
b) Se faire connaître	82
c) Disponibilité des correspondants	83
d) Recours à la téléexpertise	83
3. <i>Faciliter les conditions de consultation pour les patientes</i>	83
a) Une double consultation maman-bébé	84
b) Recours à la téléconsultation	84
c) Réseaux mobiles de visite à domicile	84
d) Prise en charge psychologique financée	85
4. <i>Pour mieux se former</i>	85
IV. DISCUSSION	86
A. Force et limites de l'étude	86
1. Forces de l'étude	86
2. Limites de l'étude	87
B. Discussion des résultats principaux et comparaison avec la littérature	89
1. Objectif principal : perception du rôle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge de la DPP	89
2. Objectif secondaire : perspectives et pistes d'amélioration du dépistage et prise en charge de la DPP	101
C. Perspectives de notre étude	104
V. CONCLUSION	106
BIBLIOGRAPHIE	108
ANNEXES	117
Annexe 1 : Échelle EPDS	117
Annexe 2 : Guide d'entretien	118
SERMENT	120
RESUME	121

I. INTRODUCTION

Grossesse, accouchement et post-partum constituent une période de grands changements dans la vie d'une femme, à la fois sur le plan psychique et physique à travers les modifications hormonales et anatomiques. Le post-partum étant souvent représenté par la société comme une période de bonheur, de joie, avec une mère que l'on ne peut qu'imaginer heureuse, (1) ce n'est pourtant pas le cas pour un grand nombre d'entre elles.

Selon le dernier rapport de périnatalité national, environ 17% des femmes déclarent que la période écoulée depuis la naissance a été ressentie comme difficile ou très difficile (2).

Identifiée comme étant le trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent, la dépression du post-partum (DPP) ne serait en revanche diagnostiquée que près d'une fois sur deux (3).

Avec des conséquences potentiellement graves pour la femme, l'entourage, l'enfant et les liens affectifs qui se construisent, cela en fait un enjeu de santé publique et toujours d'actualité.

1. De la description de la dépression du post-partum ...

a) Période du post-partum

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le post-partum comme une période de transition délicate sur le plan physiologique, psychologique, affectif et social pour la femme, son nouveau-né ainsi que sa famille. Cette période débute de la première heure après la délivrance jusqu'à la sixième semaine après l'accouchement.

L'OMS précise également « que les besoins des femmes et des nouveau-nés durant le postpartum sont souvent éclipsés par l'attention portée à la grossesse et l'accouchement » (4).

b) Historique et définition de la dépression du post-partum

La première description des troubles psychiatriques concernant la période périnatale remonte à l'Antiquité avec Hippocrate décrivant « la folie puerpérale ». Sa théorie reposant sur une rétention sanguine au niveau mammaire et utérin expliquant les symptômes psychologiques des mères est restée jusqu'au 19^{ème} siècle. Ce n'est donc qu'en 1858 que des troubles dépressifs du post-partum sont identifiés par le psychiatre Emile Esquirol et son élève, Louis Victor Marcé, qui publie « *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales* ». La distinction est faite entre d'une part les troubles fréquents des premiers jours que l'on qualifie de nos jours « blues du post-partum » et d'autre part des troubles plus tardifs autour de la 5 à 6^{ème} semaine du post-partum (5).

Depuis la publication de Marcé au XIX^{ème} siècle, beaucoup de progrès, d'études et de recherches ont été réalisés, bien que de nombreuses questions restent encore en suspens dans le domaine des troubles psychiatriques périnataux. Les travaux des dernières années portent sur l'identification des symptômes, les périodes à risque de développer une DPP et sur les conséquences potentielles. Tous cherchent à mieux caractériser et comprendre cette pathologie afin de mieux pouvoir la repérer.

De nos jours la définition de la dépression du post-partum repose sur deux classifications nosographiques internationales qui font référence :

- La manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), plus connu sous le nom de DSM actuellement dans sa cinquième version, soit le DSM V
- La classification internationale des maladies, CIM, dans sa dixième version, CIM 10, établie par l'OMS.

Les deux classifications s'accordent sur le fait que la DPP réunit à la fois les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur, avec comme spécificité une apparition des symptômes dans les 4 (DSM V) ou 6 semaines (CIM-10) suivant l'accouchement (6).

Les critères sont :

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de <u>deux semaines</u> et avoir représenté un <u>changement par rapport au fonctionnement antérieur</u>; au moins un des symptômes est soit a. une humeur dépressive, soit b. une perte d'intérêt ou de plaisir. →	a. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs). b. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours. c. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours. d. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. e. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours. f. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours. g. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade). h. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). i. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.	
C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.	
D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.	
E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque	

En pratique, on retrouve dans les descriptions cliniques classiques quelques caractéristiques spécifiques à la dépression périnatale, telles qu'une anxiété centrée

sur le bébé, une culpabilité marquée et une aggravation vespérale des symptômes. Il a également été décrit des phobies d'impulsion de la part des patientes, que l'on peut définir comme des pensées intrusives reposant sur la crainte d'un passage à l'acte dangereux sur l'enfant, venant majorer le sentiment de culpabilité (7).

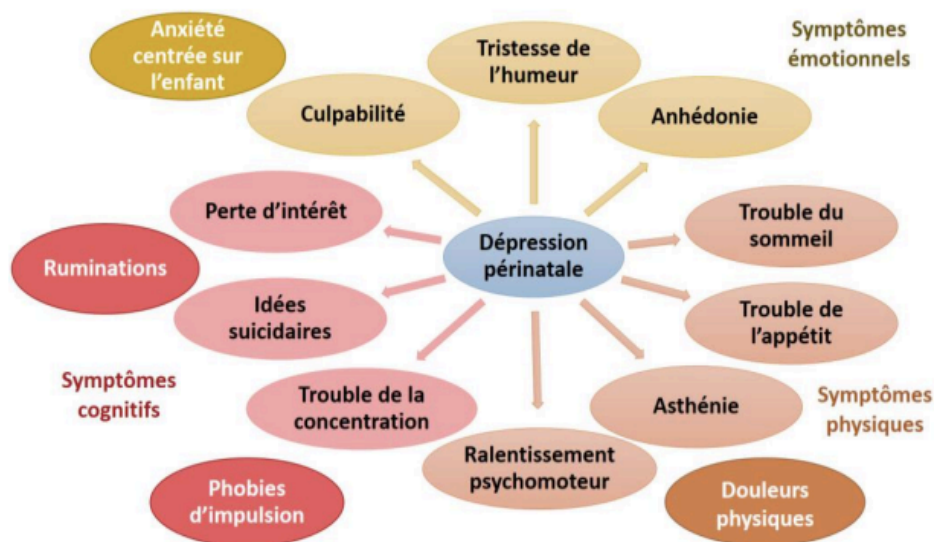


Figure réalisée par Sarah Tebeka lors de sa thèse d'université en Neurosciences, 16/03/2021

La dépression du post-partum est bien à distinguer du « blues post-partum », état considéré comme physiologique, transitoire, survenant autour du deuxième ou troisième jour, et jusqu'au 10^{ème} jour maximum. Durant de quelques heures à quelques jours selon les femmes, rapidement résolutif, il concernerait jusqu'à 80% des femmes selon les auteurs. Il faut le considérer comme un facteur de risque de DPP s'il dure dans le temps ou par son intensité (8).

c) Épidémiologie

De nombreuses études s'intéressent à la prévalence de la dépression du post-partum. Les plus récentes identifient la DPP comme étant le trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent. Selon le rapport de l'enquête périnatale de 2021 (2) première étude réalisée à l'échelle nationale, la DPP concernerait 16,7% des femmes, ce qui est proche des taux observés dans d'autres études anglo-saxonnes plus anciennes comme celle de Gavin en 2005 ou encore Hann-Holbrook

en 2018 (9) (10). La prévalence varie en effet selon les études et est estimée entre 10 et 30%.

Le rapport de l'enquête périnatale de 2021, publié en octobre 2022 est particulièrement important car il nous apporte des chiffres récents dans la population française. Les Enquêtes Nationales Périnatales, sont menées sous la direction de l'INSERM, en partenariat avec la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et Santé Publique France. Elles permettent de faire un état des lieux des pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement et ces données participent à faire évoluer les politiques publiques et les pratiques cliniques.

La dépression du post-partum constitue la complication la plus fréquente du post-partum dans les pays développés comme le souligne le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens (11).

Cependant, et ce qui est particulièrement important pour notre travail de thèse, plusieurs études réalisées sur des médecins généralistes, des pédiatres, des sage-femmes montrent que la dépression du post-partum reste méconnue et sous diagnostiquée par les professionnels de santé (12–14).

Peu dépistées, difficilement reconnues, il est évoqué que seules 40 à 50% des dépressions seraient diagnostiquées notamment selon l'étude de Gaillard (15). Malgré des contacts réguliers avec divers professionnels de santé (sage-femmes, médecins généralistes, pédiatres, puéricultrices de PMI), entre 50 et 60 % des dépressions périnatales ne sont pas diagnostiquées selon l'article de A. Guedeney. (16). Nous allons par la suite détailler quelques hypothèses pour expliquer ces chiffres.

d) Expliquer le sous diagnostic par plusieurs éléments : variabilité de la définition, subjectivité des symptômes

La définition de la DPP est discutée et plusieurs études admettent également une apparition plus longue des troubles, jusqu'à un an après l'accouchement (17).

On peut se demander également si le fait que cela soit des critères d'épisode dépressif majeur dans la définition de la DPP, ne nous fait pas sous diagnostiquer des DPP du fait de symptômes faibles à modérés présents chez certaines patientes. Par ailleurs, beaucoup de symptômes sont communs et intriqués entre le propre de la période du post-partum et des symptômes d'épisode dépressif : par exemple la fatigue, le manque de sommeil, les insomnies, le manque d'appétit. Ce sont des symptômes subjectifs de cette période, tout en étant également des symptômes potentiels d'épisode dépressif. On pourrait ainsi être amené à sur diagnostiquer des DPP si on évoque par exemple une DPP chez toutes les jeunes mamans qui sont fatiguées et qui manquent de sommeil.

Ainsi on identifie dans les études plusieurs facteurs qui expliquent le faible taux de diagnostic : l'existence de manifestations anxiodépressives normales (blues du post-partum), la difficulté du diagnostic en raison des symptômes de la DPP qui se heurtent aux symptômes fonctionnels et subjectifs de cette période. De plus, la difficulté à accepter la naissance comme un événement difficile, du fait de la honte et de la culpabilité ressenties, ne favorise pas la verbalisation des femmes auprès des professionnels de santé (18).

e) Facteurs de risques de dépression du post-partum

La littérature est riche en études et articles concernant les facteurs prédisposants à la DPP (19).

Comme Anastasie Abi-Khalil le détaille dans sa revue de la littérature en 2023, il a été relevé de nombreux facteurs de risques de DPP (18).

On peut citer des facteurs de risques psychiatriques qui sont d'ailleurs le principal facteur déclenchant : un antécédent personnel de dépression et/ou de DPP, anxiété majeure de la grossesse, déni de grossesse, grossesse non souhaitée, événements de vies traumatiques et baby blues marqué.

Des facteurs de risque obstétricaux et pédiatriques ont été décrits par la psychiatre M. Bydlowski en 1978, une des premières à s'être penchée sur l'expérience psychique de la grossesse : primiparité, grossesse issue de PMA ou autre parcours

médical compliqué, complications liées à l'accouchement ou des suites, prématurité ou pathologie du nourrisson, hospitalisation du nouveau-né (20).

Enfin, des facteurs socio-économiques, similaires à tout épisode dépressif caractérisé, sont également beaucoup décrits : on peut citer la précarité, le faible niveau d'éducation, l'absence d'emploi, l'isolement social, l'absence de conjoint ou une conjugopathie.

f) Conséquences de la dépression du post-partum

Dans la majorité des cas, la DPP est spontanément résolutive et on parle de DPP mineure selon certains auteurs. En revanche, pour celles dites majeures, il est possible que sans thérapeutique adaptée, environ 50% des femmes présentent encore des symptômes à 1 an (19).

Les études sont nombreuses sur les conséquences d'une DPP sur le développement de l'enfant et de la relation avec sa mère. Parmi les symptômes les plus fréquents retrouvés dans la petite enfance, mais également sur le long terme (21,22) on peut retrouver :

- des troubles des interactions précoces
- des troubles du sommeil
- des troubles de la régulation émotionnelle
- des troubles moteurs avec retard psychomoteur notamment
- des troubles digestifs
- des affections dermatologiques

Ce manque de lien précoce entre l'enfant et la mère peut donc avoir des répercussions potentiellement graves sur l'enfant lui-même, mais également pour la fratrie, le couple et la mère elle-même.

En effet, les femmes présentant une dépression accordent moins d'importance à leur suivi médical. Une diminution de la qualité du sommeil et de l'appétit, une anxiété persistante dans le temps et un recours aux substances addictives peuvent être observés chez la femme avec une DPP. Une vigilance doit être accordée sur le

risque suicidaire chez ces femmes : le nouveau rapport sur la mortalité maternelle publié en 2024 révèle que le suicide représente la première cause de mortalité des femmes à 1 an après l'accouchement durant la période de 2016 à 2018 (23).

2. Au rôle du médecin généraliste dans le parcours de soin

a) Définition, compétences et implication dans le suivi de la femme

Comme le rappelle la définition européenne de la médecine générale par la World Organization of Family Doctors (WONCA), le rôle principal du médecin généraliste est d'être le premier contact dans le système de soins, mais aussi de gérer les problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, culturelle, sociale, et environnementale (24).

De plus, La Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), promulguée en 2009, définit le rôle du médecin traitant comme un élément central, assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi de pathologies. Le généraliste oriente ses patients selon leurs besoins dans le système de soins. Il assure la coordination et la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé (25).

Le médecin généraliste a par ailleurs comme rôle d'assurer la détection et le diagnostic des troubles dépressifs car il est, de loin, le premier professionnel consulté lors de symptômes de santé mentale (26,27). En effet, le médecin généraliste bénéficie d'une relation souvent privilégiée avec ses patients. Il est le premier recours au soin et il est ainsi l'un des acteurs majeurs d'éducation et de prévention.

La prise en charge de la santé des femmes en France a connu d'importants tournants depuis la fin du 20ème siècle, notamment sur l'évolution des prises en charge des pathologies obstétricales et des naissances.

Le Référentiel métiers et compétences des médecins généralistes (28) définit le cadre de leur exercice : les médecins généralistes sont autorisés à réaliser des actes relevant de la gynécologie et de l'obstétrique. Ils peuvent ainsi effectuer des suivis gynécologiques, diagnostiquer et traiter des pathologies gynécologiques.

La Stratégie nationale de santé annoncée en 2017 comporte un volet spécifique sur la santé des femmes, axé sur la prévention. Ces priorités sont en continuité de la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui a renforcé la prévention à destination de l'entourage des femmes enceintes.

Dans le même temps, les professionnels de santé s'occupant de la prise en charge de la santé des femmes connaissent des modifications de leurs conditions d'exercice en raison de la baisse de la démographie médicale. Le nombre de gynécologues médicaux ne cesse de diminuer depuis les dix dernières années et par conséquent, les généralistes voient leur activité de gynécologie augmenter.

Une récente revue de la littérature, croisant articles scientifiques et thèses sur le sujet, rapporte que 8 à 23 % des suivis gynécologiques des femmes sont assurés par des médecins généralistes. Les médecins généralistes sont également impliqués dans le suivi des grossesses à bas risque. Ainsi, en 2016, 18,5 % des déclarations de grossesses ont été effectuées par un médecin généraliste ; 19,3 % des femmes enceintes ont consulté leur médecin généraliste à la suite de cette déclaration et 6,5 % des femmes ont été suivies, à titre principal, par un médecin généraliste au cours des 6 premiers mois de leur grossesse (29,30).

Les médecins généralistes disposent de compétences communes avec les gynécologues médicaux, et obstétriciens lorsqu'ils effectuent le suivi de grossesse. Cependant, leur niveau d'implication dans la réalisation d'actes relevant de la gynécologie et de l'obstétrique demeure très variable. Il dépend de plusieurs paramètres tenant à leur formation, à leur attrait pour ces spécialités ou encore à la configuration de leur cabinet (lieu d'implantation, exercice seul ou cabinet de groupe etc.).

Dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études médicales, la maquette de l'internat de médecine générale impose un stage de 6 mois en santé de la femme. Les médecins généralistes ont également la possibilité de suivre des formations complémentaires diplômantes dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique : diplômes universitaires (DU) ou diplômes interuniversitaires (DIU). Les praticiens peuvent aussi actualiser leurs connaissances dans ce domaine par le suivi de formations plus courtes (sessions en présentiel ou à distance, séminaires, soirées...)

dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la formation médicale continue (FMC) (25).

b) Prise en charge diagnostique et outils au dépistage

Depuis le 1er juillet 2022, l'entretien postnatal précoce (EPNP), a été inscrit comme un entretien à proposer systématiquement dans le parcours des femmes en postpartum. Il peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin généraliste entre la 4ème et 8ème semaine après l'accouchement (31). Pris en charge par la sécurité sociale, il constitue un temps de prévention primaire indispensable, avec comme objectif de repérer des signes de DPP. Il est à distinguer de la consultation médicale postnatale qui est en général réalisée par un obstétricien ou une sage-femme et qui porte principalement sur l'examen physique post accouchement (32).

L'EPNP est un espace de dialogue où les ressources, attentes et besoins des familles sont actualisés et remobilisés en lien avec les précédents temps de rencontre, notamment l'Entretien Prénatal Précoce, réalisé durant la grossesse par le médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme le plus souvent.

De plus, il existe un outil de dépistage simple, reproductible et validé en France qui est l'Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg (EPDS) (33). Cette échelle, développée en 1987 par Cox *et al*, a été traduite et validée en français par Guedeney et Fermanian (34,35). Il s'agit d'un auto-questionnaire (dix questions) qui s'est avéré sensible et spécifique en postnatal comme en prénatal. Un score supérieur ou égal à 11 à l'EPDS est une alerte et nécessite un soutien, une orientation et plus ou moins un suivi en fonction de l'évaluation. L'EPDS est présente en annexe (Annexe 1)

Comme l'évoque le rapport des 1000 premiers jours de 2021 et le projet Référent Parcours périnatalité de la Direction Générale de la Santé, l'entretien postnatal précoce et l'échelle EPDS doivent être utilisés afin d'améliorer le dépistage de la DPP (3,36).

Or en pratique, l'entretien post natal rendu obligatoire, est très peu fait comme commencent à le souligner quelques récents travaux de thèses, comme celui de Hanol Emilie publié en 2023 (37).

3. Expérience personnelle et objectif de notre étude

Ce travail de recherche prend sa source à partir de situations que j'ai pu observer durant le stage en cabinet de médecine générale : on avait plutôt tendance à repérer des signes de DPP chez les mères lors des consultations de suivi pour leur nouveau-né, et non lors de consultations pour elles-mêmes. Je me suis alors demandé pour quelles raisons on ne dépistait pas assez les DPP en médecine générale, et comment pourrait-on faire pour les dépister plus tôt et dans un temps dédié ?

Compte tenu de la prévalence de la DPP et de l'existence d'outil de dépistage en médecine générale, on s'interroge donc sur le sous diagnostic de la DPP : rappelons que près de la moitié ne sont pas diagnostiquées. Y'a t-il des freins à ce dépistage ?

Il en découle notre question de recherche : Comment les médecins généralistes perçoivent-ils leur rôle dans le dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum en Occitanie ?

Nous avons donc cherché à travers ce travail de thèse à explorer le rôle des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la dépression du post-partum en Occitanie. Cela constitue notre objectif principal. Notre objectif secondaire a été de déterminer les perspectives et axes d'amélioration du dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Équipe de recherche

L'équipe de recherche, ou d'investigateurs, se compose du Dr Compan Malet Marine et moi-même. Le docteur Compan Malet est directrice de cette thèse et médecin généraliste installée à Saint-Saturnin-lès-Avignon. Elle est également chargée d'enseignement à la faculté de médecine de Montpellier. Elle avait déjà encadré plusieurs travaux de thèses ce qui m'a permis de bénéficier de son expérience passée.

Me concernant, j'ai débuté le travail de cette thèse en finissant mon internat de médecine générale, en stage SASPAS. Au moment de la rédaction de cette étude, je suis médecin adjoint en cabinet de médecine générale à Gignac. Ayant orienté mon internat vers la psychiatrie adulte en y effectuant un stage hors filière en 2022, mais également vers la gynécologie avec la validation du DIU de formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste, il était important pour moi d'effectuer un travail de recherche y mêlant psychiatrie et gynécologie.

Je prends ainsi dans cette thèse le rôle d'enquêtrice principale. Il s'agit de mon premier travail de recherche.

2. Type d'étude

Pour réaliser notre étude et répondre à notre objectif principal, le choix s'est porté sur une étude qualitative par la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs.

En effet, nous avons cherché à explorer comment les médecins généralistes perçoivent leur rôle dans le dépistage et la prise en charge de la dépression du post-partum. De ce fait la méthode qualitative évaluant les perceptions, l'expérience personnelle et la pratique réelle des médecins généralistes semble la plus appropriée pour évaluer (38).

Cette méthode consiste à recueillir des données verbales permettant de répondre à nos questionnements et de faire ressortir des hypothèses dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins. Les entretiens libres nous auraient communiqué de nombreuses

informations, mais possiblement non pertinentes et il aurait été difficile de les regrouper en thématique. Le mode semi-directif nous semblait donc être la méthode la plus adaptée en favorisant des échanges libres mais structurés et en appréhendant des facteurs subjectifs qui sont difficiles à quantifier.

Cette approche est donc particulièrement adaptée à certains domaines de recherche en soins primaires, où une compréhension détaillée et nuancée des expériences des individus est essentielle (39).

3. Bibliographie

Nous avons sélectionné et établi une liste de mots-clés relative au sujet de la thèse, puis une revue de la littérature a été réalisée. Nous avons principalement effectué nos recherches bibliographiques dans les bases de données PubMed, Sudoc, Cochrane Library, Google Scholar, ainsi que dans la bibliothèque accessible via le Moodle de la faculté. Des sites comme la Haute autorité de santé (HAS), Santé Publique France, Legifrance ont été également consultés.

Les principaux mots clés utilisés en anglais étaient : « postpartum depression », « post-natal depression », « screening », « general practitioner role ». Les mots clés utilisés en français étaient « dépression du post-partum », « dépistage », « rôle du médecin généraliste ».

Les références bibliographiques sont numérotées par ordre d'apparition dans le texte de cette thèse et référencées selon la norme Vancouver.

4. Constitution de l'échantillon

- Critères d'inclusion et exclusion

Dans le cadre de la recherche qualitative, il n'est pas indispensable de définir des critères de recrutement.

Cependant nous avons fait le choix que le seul critère d'inclusion soit d'ordre géographique, les médecins devant exercer en Occitanie.

Les médecins généralistes remplaçants étaient le seul critère d'exclusion car la question de recherche s'intéressant au dépistage, au suivi et au parcours de soin autour du lieu d'exercice des patientes avec une dépression du post-partum, il était important d'être un médecin installé pouvant proposer un suivi régulier ce qui n'est pas le cas de la plupart des médecins remplaçants.

Au total pour avoir un échantillon le plus varié possible les critères étaient :

- être un médecin généraliste installé
- exercer en région Occitanie

- Taille de l'échantillon

Dans notre étude, le nombre de sujets n'était pas fixé à l'avance, mais dépendait de la saturation des données. Cela implique qu'aucune nouvelle idée n'émerge au cours de l'analyse d'un entretien (40). La taille de l'échantillon était donc déterminée par le nombre d'entretiens nécessaires pour atteindre la saturation des données, auxquels s'ajoutaient deux entretiens supplémentaires afin de confirmer celle-ci.

- Échantillonnage de la population

Nous avons réalisé un échantillonnage diversifié afin de recueillir un large éventail d'expériences sur notre sujet. Pour cela, nous avons inclus des médecins généralistes dans la région Occitanie, présentant une diversité en termes d'âge, de genre, de mode et lieu d'exercice, d'expériences de formations, dans le but d'obtenir un échantillon représentatif et hétérogène.

Les variables d'échantillonnage prises en compte étaient donc :

- L'âge
- Le genre
- Le milieu d'exercice (rural/semi-rural/urbain)
- Le nombre d'années de pratique
- Le mode d'exercice
- La formation (FMC, DU, DIU, congrès etc.)

- Prise de contact

Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone ou par email avec une brève explication du sujet d'étude, ainsi qu'une moyenne du temps qu'ils avaient à y

consacrer. Pour certains, une relance a été effectuée si absence de réponse, dans la limite d'une fois. Tous les médecins contactés ont répondu par la positive pour la demande d'entretien. Les entretiens ont été réalisés en présentiel. Les coordonnées des sujets ont été obtenues grâce à des recherches sur Internet ou à travers des contacts personnels par le biais du bouche-à-oreille.

5. Recueil des données

- Réalisation du guide d'entretien

Une analyse bibliographique concernant le dépistage de la DPP a été réalisée afin d'établir des questions pertinentes. Cela a permis d'élaborer un questionnaire (Annexe 2), servant de guide lors des entretiens, permettant de s'assurer que les thèmes recherchés étaient bien abordés et de recueillir des réponses personnelles par le biais de questions ouvertes. Chaque question répond bien à notre problématique. Les items ont été regroupés en six parties.

Avant d'aborder les thèmes, quelques questions permettaient de recueillir des informations sur les médecins interrogés. Tout d'abord sur leurs données démographiques : sexe, âge, lieu d'exercice (milieu, structure), puis une question concernant leur formation en santé de la femme.

La première question visait à cibler les connaissances du médecin généraliste concernant la dépression du post-partum. La deuxième question explorait l'expérience du médecin généraliste, il pouvait s'exprimer sur une prise en charge qui aurait pu le marquer au cours de sa carrière concernant ce sujet.

Le participant était invité à se remémorer une situation où la problématique de la DPP s'était posée. La troisième question permettait au médecin de décrire les étapes du parcours de soins pour une patiente dans son lieu d'exercice, et avec la quatrième question, comment il percevait son rôle dans cette prise en charge et dans le dépistage.

Pour finir, les deux dernières questions ont permis au médecin d'exprimer son ressenti sur l'efficacité de la prise en charge globale et de recueillir son avis pour des améliorations possibles.

Pour chaque question ouverte, qui répondait bien à notre question de recherche, d'éventuelles relances étaient prévues en fonction des réponses de chacun, dans le but d'aborder les items recherchés.

J'ai pu m'appuyer sur la grille de validation COREQ (**C**onsolidated criteria for **R**eporting **Q**ualitative research) qui sont des lignes directrices permettant d'évaluer la qualité d'un travail de recherche qualitative (41).

- Conditions de recueil

Les entretiens étaient enregistrés en intégralité, à l'aide de deux outils (dictaphone et ordinateur) avec l'accord oral des médecins interrogés, retranscrits en verbatim, puis analysés par l'investigatrice principale. Au début de l'entretien, une présentation de l'investigatrice ainsi qu'un rappel sur l'objectif de l'étude était fait. Un accent était mis sur le respect de l'anonymat, sur la notion de non-jugement et sur la possibilité d'arrêter l'entretien à tout moment ou de ne pas répondre à une question s'il ne le souhaitait pas.

Les entretiens se sont déroulés au calme, au cabinet des participants, sur des temps de pause dédiés.

L'inclusion de nouveaux médecins a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque deux entretiens successifs n'apportaient aucune information supplémentaire.

- Retranscription des données

Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits par écrit dans un document à l'aide du logiciel Microsoft Word®, en annotant le langage non verbal des médecins interrogés. Plusieurs écoutes et relectures des entretiens ont été nécessaires pour garantir la fidélité maximale à l'entretien. Il s'agit d'une retranscription selon la méthode des verbatims (39).

Chaque entretien a été anonymisé lors de la retranscription avec l'attribution d'un numéro à chaque participant (M1 à M9), la lettre M correspondant au médecin

interrogé. La lettre I a été attribué à l'investigatrice de l'étude, pour chacune de ses interventions.

A la fin du travail de retranscription, les doubles enregistrements ont été supprimés. Les données ont ensuite été sauvegardées, anonymisées et stockées sur l'ordinateur et un disque dur externe sécurisé par un mot de passe.

6. Analyses des données : analyse qualitative

Les verbatims ont été analysés selon une méthode d'analyse thématique, ce qui nous a permis de codifier les entretiens et de répertorier les éléments communs afin de les regrouper par thématique.

Après plusieurs lectures globales du verbatim puis analyse de chaque entretien l'un après l'autre, les thèmes ont été relevés sous forme d'un tableau pour ensuite être regroupés et hiérarchisés afin d'obtenir une restitution du sens par un arbre thématique.

Afin d'assurer la sécurité des données, les enregistrements audios des entretiens ont été supprimés à l'issue de la rédaction de cette thèse

7. Éthique et protection des données

Notre étude s'intègre dans une démarche pour la recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH). Elle se situe donc hors champ de la Loi Jardé. Il n'y a pas eu de recueil de données sensibles, il n'était donc pas nécessaire de demander l'avis du comité d'éthique.

Ayant procédé à une collecte de données personnelles au sens de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), nous avons donc réalisé un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la CNIL (MR-004). Une fiche d'engagement relatif à la protection des données à caractère personnel et aux méthodologies de référence a été déposée au délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Montpellier-Nîmes et a été jugée conforme à la réglementation le 09/09/2024.

III. RESULTATS

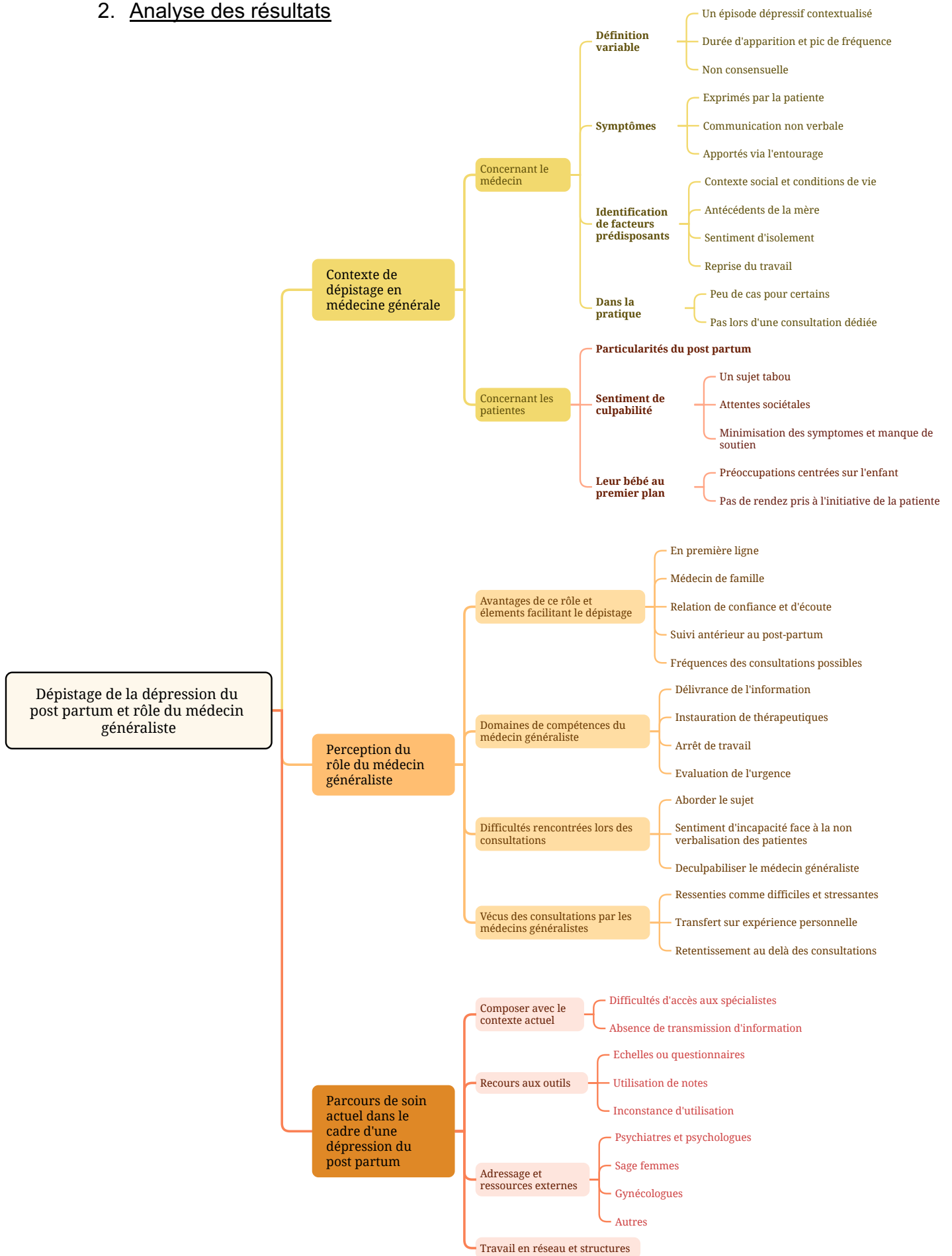
1. Caractéristiques des participants

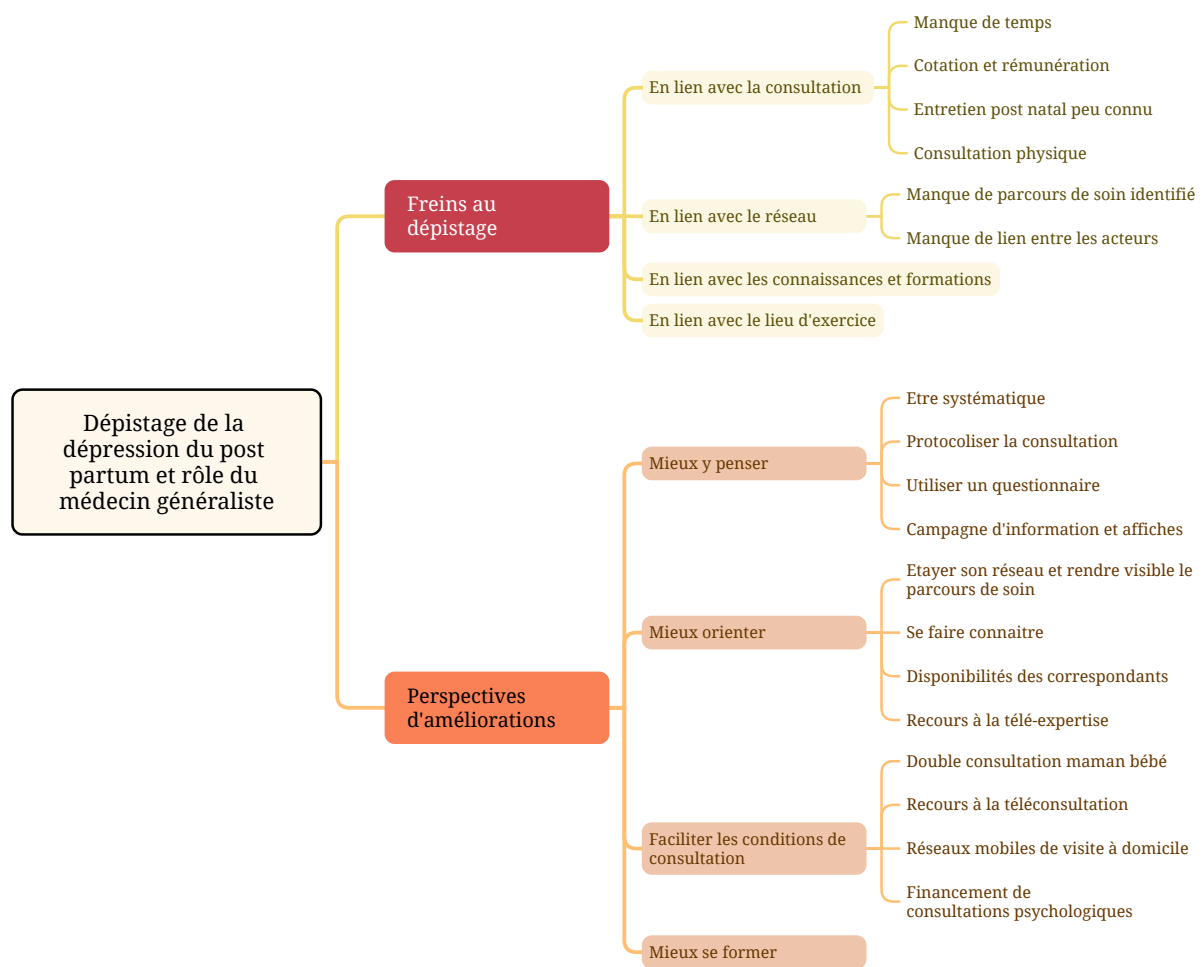
La saturation des données a été atteinte après 7 entretiens et nous en avons réalisés 9 au total. Les entretiens ont été menés entre février 2024 et mai 2024. La durée des enregistrements variait de 6 minutes 29 secondes à 27 minutes 20 secondes, avec une durée totale de 2 heures et 24 minutes. Les entretiens ont duré en moyenne 16 minutes et 26 secondes. Le groupe de participants était constitué de 6 femmes et 3 hommes. Le plus jeune était âgé de 30 ans et le plus âgé de 74 ans avec une moyenne de 41 ans. Tous étaient des médecins généralistes installés en Occitanie. Parmi eux, 2 médecins avaient un exercice urbain, 5 médecins avaient un exercice semi-rural, et 2 médecins avaient un exercice rural. 4 d'entre eux exerçaient en MSP, 4 en cabinet de groupe, et 1 en cabinet individuel. Quatre médecins avaient effectué des formations en santé de la femme et deux autres médecins, en pédiatrie.

Le tableau suivant synthétise les caractéristiques des participants et des entretiens :

	Genre	Tranche d'âge	Lieu d'exercice	Années de pratique	Mode d'exercice	Formation	Durée d'entretien
M1	F	>60	Urbain	35 ans	Cabinet de groupe	FMC, D.U., Formation en périnatalité RPO, DMG	26'32
M2	H	>60	Semi-rural	31 ans	MSP	Non	09'41
M3	F	30-40	Rural	11 ans	MSP	Non	10'35
M4	F	40-50	Semi rural	16 ans	MSP	FMC, congrès, DMG, DU. Santé de la femme	20'07
M5	F	30-40	Semi rural	7 ans	Cabinet de groupe	D.U Allaitement et FMC santé de la femme	27'20
M6	F	30-40	Semi-rural	5 ans	Cabinet de groupe	D.U. pédiatrie	15'55
M7	F	30-40	Urbain	15 ans	MSP	Non	11'33
M8	H	30-40	Semi-rural	13 ans	Cabinet de groupe	Non	15'52
M9	H	30	Rural	2 ans	Cabinet seul	D.U. de gynécologie et D.U. de pédiatrie	6'29

2. Analyse des résultats

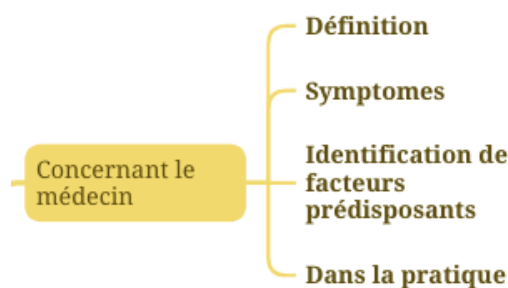




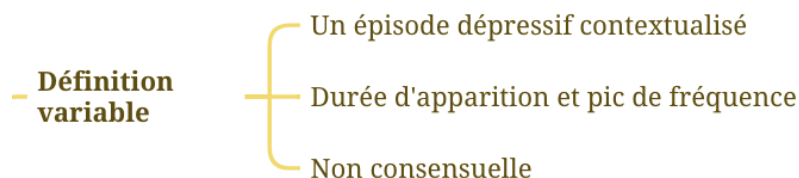
A. Un contexte de dépistage de la dépression du post-partum (DPP) particulier à la fois pour le médecin mais aussi pour les patientes

A travers les entretiens, nous avons pu distinguer deux aspects concernant le contexte de dépistage de la DPP dans lequel évolue médecin et patiente. Un premier qui concerne justement le médecin généraliste, et le cadre dans lequel il lui est permis de dépister une éventuelle DPP au travers de ses consultations. Le second concerne des éléments plutôt relatifs aux patientes elle mêmes, mais toujours relatés par les médecins interrogés. Les particularités du post-partum contribuent à une relation médecin patiente particulière avec des préoccupations propres à cette période unique.

1. Un contexte de dépistage particulier pour les médecins généralistes



1.1 Une définition variable



Selon les médecins interrogés, la définition de la dépression du post-partum est plus ou moins connue, avec une grande variabilité sur la durée totale durant laquelle une DPP peut survenir. En revanche, tous admettent une période à risque. Il n'y a pas vraiment de consensus de la part des médecins généralistes.

a) Un épisode dépressif contextualisé

Les médecins généralistes définissent la DPP comme un épisode dépressif caractérisé dit « classique » qui survient dans un contexte particulier, à savoir celui

du post-partum. Des différences de symptômes sont tout de même soulignées par certains médecins mais ils reprennent les critères diagnostics de la définition d'un épisode dépressif caractérisé.

« C'est un état dépressif secondaire à un accouchement » (M3)

« C'est un syndrome dépressif caractérisé qui survient dans un délai défini par des spécialistes de psychiatrie dans la période du post-partum de la femme » (M4)

« Spécifiquement pour la dépression ben s'il y a un changement, c'est plus difficile mais ça, ça y est aussi dans la définition de la dépression, un changement de comportement de la personne. Il faut que ça dure dans le temps, au moins 15 jours comme la dépression » (M5)

b) Durée d'apparition et un pic de fréquence identifiés

Les durées et la période d'apparition de la DPP est variable selon les médecins interrogés mais ils précisent un pic de fréquence, une période plus propice à l'apparition des troubles. Un des médecins précise le caractère progressif de l'installation de la dépression du post-partum.

« Ca s'est installé petit à petit on va dire, ça a commencé je dirais courant du premier mois et ça, ça a débordé entre 3 et 4 mois de la vie du bébé » (M1)

« Que ça soit juste en post partum immédiat ou dans les mois qui suivent, dans les 6 mois qui suivent la naissance de bébé » (M4)

« Il y a quand même une période très fragile les premiers mois quoi, les 6 premiers mois, on va être particulièrement vigilant » (M5)

c) Non consensuelle

La définition de la dépression du post-partum, ainsi que sa durée et son délai, semble imprécise et ne faisant pas l'objet de consensus. Chaque médecin a sa

propre limitation de durée qu'il prend en compte pour dépister la DPP. On retrouve donc une certaine variabilité entre les médecins généralistes interrogés.

« La définition de la dépression du post partum je saurais pas te la dire, honnêtement je saurais pas te la dire. » (M6)

« Par contre j'ai du mal à définir le délai, la durée. Voila moi j'ai l'impression que c'est pas forcément diagnostiqué très rapidement. » (M7)

« J'ai l'impression que c'est pas précis la définition moi de ce que j'observe, de ce que je vois, autour de moi, autant mes patients, que mon entourage, je prends en compte 3 ans. » (M5)

1.2. Les symptômes de la DPP sont apportés par plusieurs voies



Au travers des consultations, le médecin généraliste perçoit plusieurs symptômes ou signes évocateurs de DPP. Ils vont être apportés par différents modes : verbalisées directement par la patiente ou son entourage, ou bien via la communication non verbale.

a) Exprimés par la patiente

La patiente va livrer lors des consultations plusieurs symptômes ou signes d'alertes qu'elle va verbaliser au médecin lors de l'échange avec ce dernier.

Ils peuvent être aspécifiques, c'est-à-dire commun à tout épisode dépressif.

« troubles du sommeil, anxiété, perte de poids, ou en tout cas variation de poids, ça c'est un peu les signes de bases, idées noires bien sur » (M5)

Parfois les mères peuvent exprimer des symptômes présentant un risque pour le bébé, un risque vital ou faire l'objet de maltraitance.

« Je vais me tuer avec mon bébé » (M7)

« j'ai pas envie de me lever quand il pleure, j'ai tendance à le négliger » (M2)

« il y a toujours un risque de maltraitance de l'enfant, voilà quand elles sont épuisées comme ça. C'est ce qu'elle me disait, que avec la poussette elle (mime des secousses), qu'elle s'en veut énormément » (M3)

La plupart des médecins rapportent un sentiment de dévalorisation et un manque de confiance en soi évoqués par les patientes.

« "je suis pas capable de m'occuper, c'est mon enfant et je suis pas capable de m'en occuper". Donc cette dévalorisation et cette perte d'estime de soi, tout ça c'est des facteurs me semble-t-il qui sont des facteurs assez à l'origine hein, de ce sentiment d'isolement aussi, de pas savoir vers qui se retourner » (M1)

Des troubles du sommeil sont presque toujours relatés par les mamans. Ces troubles du sommeil sont à différencier des réveils nocturnes fréquents dans le post-partum avec les réveils fréquents et physiologiques du bébé.

« Elle avait du mal à dormir, qu'elle avait du mal à se reposer » (M1)

« je vais avoir des mamans, elles se rendorment pas quand le bébé dort » (M5)

« c'était son mari qui devait donner le biberon dans la nuit par exemple parce qu'elle ne pouvait plus » (M7)

Les mamans expriment souvent un manque d'élan et de motivation, ce que qualifient aussi les médecins comme pouvant être un débordement.

« J'arrive pas, j'arrive plus, je peux plus le supporter. Je supporte plus ça et puis j'y arrive pas ". » (M1)

« elle va manquer de motivation, elle va plus arriver à rien faire. Ça pour moi c'est un signal d'alarme » (M5)

Un désintérêt pour le bébé est également un signe d'alerte retrouvé lors d'échange avec la patiente en consultation.

« elle m'avait dit, mon gamin ne m'intéresse pas, j'ai pas envie de m'en occuper » (M2)

« c'est la maman qui m'a dit au premier rendez-vous qu'elle arrivait pas à trouver du plaisir à s'occuper de son enfant et que ça l'a perturbait beaucoup » (M4)

Au contraire une inquiétude déraisonnée de la maman envers son enfant peut être un signe d'entrée dans une DPP comme le rapporte un des médecins.

« ce qui va être un signe d'appel, souvent, c'est l'inquiétude, l'inquiétude de la maman pour tout et n'importe quoi et du coup bah aussi des motifs fréquents de consultation » (M5)

Il est également signalé par un des médecins qu'une patiente qui ne parle que très peu ou qui est renfermée sur elle-même doit faire l'objet d'une attention et vigilance accrue.

« elle parlait pas beaucoup, assez fermée, ce qui est encore plus préoccupant » (M5)

b) Communication non verbale

Pour beaucoup de participants, des signaux d'alertes sont présents dans la communication non verbale avec la patiente : cela peut être une attitude, des larmes, ou encore le lien maman-bébé. Concernant ce lien, il constitue un vrai enjeu relationnel et de bon développement du bébé et une attention toute particulière doit être accordée lors des consultations.

« ca se voit vite par rapport au comportement de la maman » (M2)

Il est important d'être attentif aux larmes.

« quelqu'un qui se met en larmes dès qu'on lui pose « Comment ça va ? », c'est qu'il y a besoin de fouiller un peu quand même, d'aller gratter un peu plus loin » (M1)

Rester vigilant au lien maman-bébé est primordial car lourd de conséquences chez les enfants. Il faut repérer ces signes d'alertes dans le contact visuel et la gestuelle des mamans avec leur bébé en consultation. Le manque de regard, des gestes envers le bébé sont plutôt caractéristiques d'un mal être de la part des mères.

« moi j'étais assez inquiète notamment par rapport au lien entre la maman et le bébé, parce que clairement même pendant l'examen c'était problématique » (M4)

« Et je trouvais qu'elle s'occupait pas bien de son bébé et qu'elle le regardait pas tout à fait, qu'elle était hyper distante. » (M7)

De même l'absence de sourires peut être un indice clef d'une DPP lorsque la maman interagit avec son enfant.

« J'ai pas eu un seul sourire de toute la consultation, pour le coup le lien maman bébé bah sourire c'est un peu essentiel quoi donc si elle souriait pas, donc j'ai tout de suite dès le début de la consultation pensé à ça » (M5)

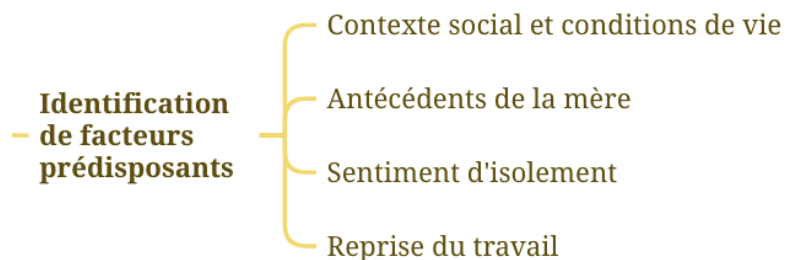
c) L'entourage est important pour le diagnostic

Une partie des symptômes peut également être apportés non pas par la patiente elle-même, mais par son entourage comme le racontent certains médecins interrogés.

« Parfois on a des alertes par la grand-mère, le père et on leur suggère de demander, de proposer de venir, mais même si on donne pas d'informations, bien sûr, on suggère et ça permet d'avoir peut être des occasions en plus je pense » (M4)

« Je vais prendre en compte aussi le point de vue de l'entourage, s'ils disent qu'il y a un changement vraiment de comportement aussi, ça va être d'autant plus important » (M5)

1.3. Il existe des facteurs prédisposants



a) Le contexte social et les conditions de vie

Il est admis qu'il y a de nombreux facteurs prédisposants à la DPP et certains médecins interrogés ont pu les retrouver lors de consultations. Ils évoquent notamment les faibles ressources socio-économiques des patientes, l'environnement dans lequel elles évoluent et des pathologies éventuelles rendant une grossesse difficile. Il faut porter attention aux relations de couples des parents, s'il existe une conjugopathie ou des problèmes familiaux pouvant impacter le soutien dont pourrait bénéficier la mère.

« elle était à risque, c'est-à-dire que niveau économique c'était très compliqué et la grossesse n'était pas prévue. Une instabilité dans son couple, avec voila des conjugopathies. » (M6)

« c'était une jeune femme avec une grossesse particulièrement difficile avec des débuts de grossesse compliqués, vomissements incoercibles, qui était migraineuse qui avait une décompensation de ces migraines pendant la grossesse avec des douleurs terribles. (...) Elle avait déjà une petite fille où elle avait eu le même profil de grossesse » (M4)

« C'est important de s'occuper du bébé mais aussi de s'assurer que le bébé il est dans une ambiance familiale et que la maman va bien et que tout se passe bien pour elle » (M7)

b) Intérêt pour les antécédents de la mère

Il est important pour les médecins généralistes de s'intéresser aux antécédents personnels de la maman. Les médecins s'efforcent de rechercher un ancien épisode dépressif ou bien une notion de traitement. Ce questionnement sur les antécédents permet l'identification d'éventuels facteurs de risque d'un nouvel épisode dépressif.

« L'histoire personnelle de la patiente aussi hein. Est ce qu'elle a des antécédents de dépression avant, est ce qu'elle est fragile ? Est-ce que émotionnellement elle est fragile ? Est-ce que son histoire de vie la fragilise ? Ca fait partie des éléments qu'on peut qu'on peut rechercher » (M1)

« Elle m'a dit qu'elle avait l'impression que c'était quand même plus ancien et plus profond que l'arrivée du bébé, que ça à réveillé en fait des choses qu'elle avait pas envie de gratter » (M3)

« Généralement j'essaye un peu effectivement de leur poser des questions sur tout l'environnement mais aussi bah les antécédents personnels, les traitements, les antécédents de dépression, s'il y a déjà eu des tentatives de suicide, comment ça se passe dans leur couple, comment ça se passe aussi avec leur famille hein parce que souvent l'arrivée d'un enfant il se passe des choses même avec les parents » (M6)

c) Sentiment d'isolement de la mère

Un isolement social de la maman favorise l'installation d'une dépression du post-partum. Ce sentiment d'isolement se développe par l'absence du père ou partenaire avec le retour au travail, ou bien par le manque d'implication dans la parentalité.

« « On peut compter sur personne », elle s'est retrouvée toute seule avec son bébé à la maison. Et puis bon, le mari qui lui a repris son travail, enfin qui était plus présent. Et elle, elle était toute seule avec son bébé. » (M1)

« Elle était venue toute seule sans le papa. Il y a un profil un peu particulier du papa que j'ai très peu vu pendant la grossesse et très peu vu pendant le suivi de sa première fille » (M4)

« Elle avait beaucoup de mal à gérer les journées parce que du coup, le mari, il repartait travailler et elle se retrouve un peu trop seule avec ce bébé qui pleurait, pleurait, pleurait » (M7)

d) La reprise du travail comme un déclencheur

Des médecins interrogés évoquent la reprise du travail comme déclencheur d'un épisode dépressif, ou du moins le favorisant.

« Avec la reprise du travail, elle s'est effondrée en pleurs » (M3)

« Plutôt de syndrome dépressif réactionnel du fait de l'arrêt de l'allaitement qui a été subi et forcé par une reprise du travail, et que

les femmes se plaignent souvent que c'est trop précoce et qu'elles auraient bien aimé continuer l'allaitement » (M8)

1.4. En pratique, une variabilité de fréquence et de circonstance de dépistage chez les médecins généralistes

- Dans la pratique { Peu de cas pour certains
Pas lors d'une consultation dédiée

Peu de dépressions du post-partum sont identifiées dans l'expérience des médecins interrogés. Il n'y a pas d'entretien post natal précoce réalisé par ailleurs, ce qui contribue à diminuer en pratique les occasions de dépistage en médecine générale.

a) Peu de cas pour certains

Bien que fréquentes en population générale, certains médecins rapportent le faible nombre de cas de dépression du post-partum d'après leur expérience en médecine générale.

« Actuellement j'ai très peu d'expérience de ça » (M2)

« Même si c'est pas très fréquent en terme de prévalence pour nos consultations » (M4)

« Des baby blues oui, clairement des quelques premiers jours mais vraie grosse dépression du post partum, comme cette patiente là, j'en ai pas vraiment eu » (M6)

b) Pas de consultation dédiée et un entretien post natal précoce peu répandu

Le dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale se fait dans le cadre des consultations de suivi pour l'enfant la plupart du temps et non dans un temps dédié pour la maman.

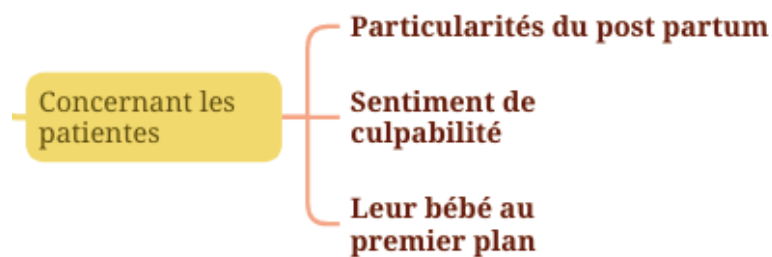
Les patientes sont rarement vues lors de l'entretien post natal précoce qui pourrait pourtant être réalisé en médecine générale.

« Généralement c'est pas des consultations qui sont dédiées à ça en fait, c'est parce qu'elles emmènent le petit, pour le suivi » (M3)

« Et en fait effectivement c'est au décours de la consultation » (M6)

« Je me rends compte que comme on disait, elles font pas beaucoup de consultation post natale, d'entretiens post nataux en pratique » (M7)

2. Le post-partum crée un contexte particulier pour les patientes



Toujours selon le point de vue des médecins, ils arrivent à distinguer plusieurs éléments qui concernent les patientes : la période du post-partum et les modifications physiologiques, le sentiment de culpabilité des mamans expliquant l'absence de verbalisation, ainsi que la place centrale du bébé dans les premiers mois, au cœur de toutes les préoccupations de la maman. Ces éléments constituent un contexte particulier au dépistage d'une dépression du post-partum.

2.1. Particularités de la période du post-partum

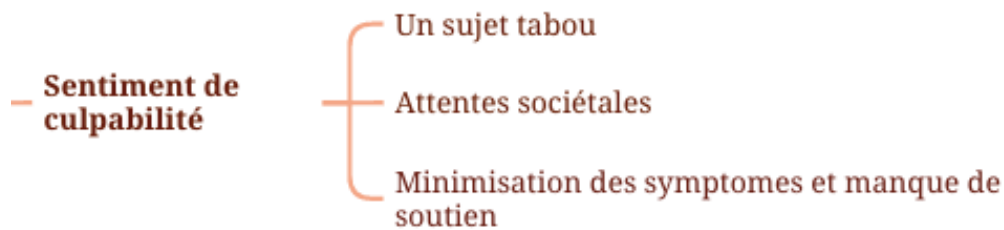
Rassurer les mamans en expliquant les modifications physiologiques et attendues durant le post-partum permet de déculpabiliser certains ressentis des patientes.

« il y a vraiment les changements à la fois hormonaux, psychologiques, se sentir tout d'un coup responsable d'un petit être

qui est en défense là et qui a besoin de tout, hein. On a besoin de le nourrir, de le changer, de l'endormir » (M1)

« je les rassure en leur disant qu'il y a un côté très hormonal aussi » (M3)

2.2. Sentiment de culpabilité pour expliquer l'absence de verbalisation



a) Un sujet considéré comme tabou

Plusieurs médecins que l'on a interrogés évoquent spontanément la culpabilité et ce sentiment de honte que ressentent les mères avec une DPP. Être déprimée alors qu'on vient d'accoucher d'un enfant est un vrai sujet tabou.

« "Je n'arrive plus à m'occuper de mon bébé " avec cette culpabilité. La dépression du post-partum, il me semble que ça se traduit beaucoup par ça (M1)

« parce que tout allait bien, les enfants étaient en bonne santé et que ça allait pas quand même » (M4)

b) Des attentes sociétales qui renforcent le sentiment de culpabilité et l'absence de verbalisation des symptômes

On a déjà souligné le fait que les mères ressentent une grande culpabilité face à leurs symptômes de dépression, cela est accentué par la vision de la société qui considère que la maternité est innée, que la grossesse, l'accouchement et la parentalité ne sont forcément que plaisir et bonheur. Ces injonctions perçues par

l'entourage ou la société, sont intériorisées par les patientes et peuvent les empêcher de verbaliser leurs symptômes.

« Bah quand même, c'est votre bébé, vous avez bien à vous en occuper, toutes les femmes s'en débrouillent, toutes les femmes s'en occupent, il y a pas de raison. » Donc là évidemment, quand vous entendez ce discours, je pense que c'est un peu difficile de pouvoir exprimer qu'on est mal quoi avec son bébé » (M1)

« Ce truc de toutes les mères s'occupent de leur bébé, c'est inné. Bah non c'est pas inné. C'est ce discours qu'on peut entendre ça, auprès de certaines mères » (M1)

« Qu'est ce que la société aussi nous renvoie ? Qu'il faut être toujours super. En fait, c'est du bonheur un bébé, alors qu'en fait non, il y en a pour qui c'est des tsunamis en fait hein. » (M3)

c) Minimisation des symptômes par l'entourage et manque de soutien

L'absence de verbalisation de certains symptômes peut également être maintenue par la banalisation et la minimisation de l'entourage, les proches de la maman.

L'absence de soutien des proches contribue également au sentiment d'incompréhension et d'isolement que peuvent ressentir les mamans.

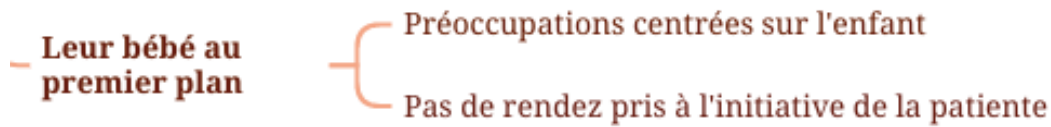
« un papa toujours en train de banaliser l'inquiétude de la maman sous un modèle de « t'es toujours en train de t'inquiéter pour rien, c'est pas grave » » (M4)

« Ben lui il me dit que j'ai qu'à faire des efforts, que lui il travaille, il a pas que ça à faire et que ça va finir par s'améliorer » (M4)

« elle se sentait pas comprise, pas aidée, pas soutenue par le papa, et c'était pire encore du coup » (M4)

« tout le monde leur dit autour "mais c'est normal, c'est le baby blues, c'est la dépression, t'inquiète pas, ça va passer". Donc c'est très difficile de s'ouvrir et de le dire soi-même » (M6)

2.3. Leur bébé au premier plan



La plupart des médecins ont pu rapporter le fait que les mères durant le post-partum sont très centrées sur la santé et le bien-être de leur enfant. Elles se placent en second plan, leur bébé étant au cœur de leurs préoccupations et ne prennent ainsi pas de rendez-vous pour leur santé à elles.

a) Préoccupations centrées sur l'enfant

Comme dit précédemment, les médecins expliquent que ce que souhaitent les mamans avant tout est de s'assurer que leur bébé aille bien.

« cette inquiétude-là hein, de est-ce que, est-ce que est-ce qu'il va bien ? Est-ce qu'il en grandit bien ? » (M1)

« elles sont très centrées sur l'enfant » » Elles sont trop concentrées et stressées sur bébé. En fait il faut que tout aille bien sur bébé donc elle s'oublie quoi. » (M6)

b) Pas de rdv pris à l'initiative de la patiente

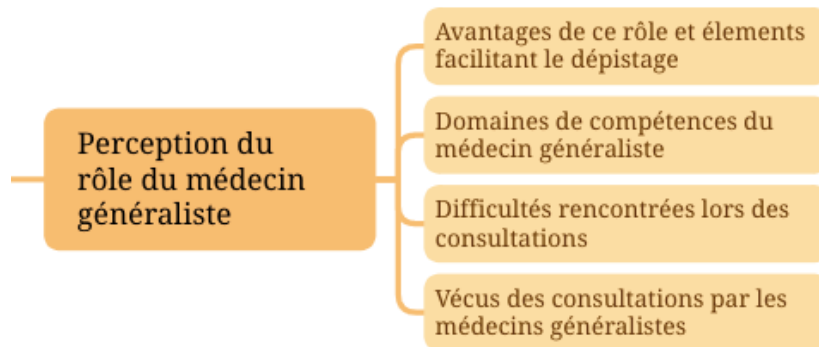
Sans prise de rendez-vous par elles-mêmes et pour elles-mêmes, les mamans ne sont pas en demande vers leur médecin.

« elles emmènent le petit pour le suivi hein, voilà, et puis c'est à ce moment là que ça arrive quoi, elles sonnent pas la, enfin elles tirent pas la sonnette d'alarme les mamans toutes seules » (M3)

« je trouve ça assez représentatif du fait que les mamans ne sont pas forcément en demande en fait, et c'est ça qui est le plus préoccupant » (M5)

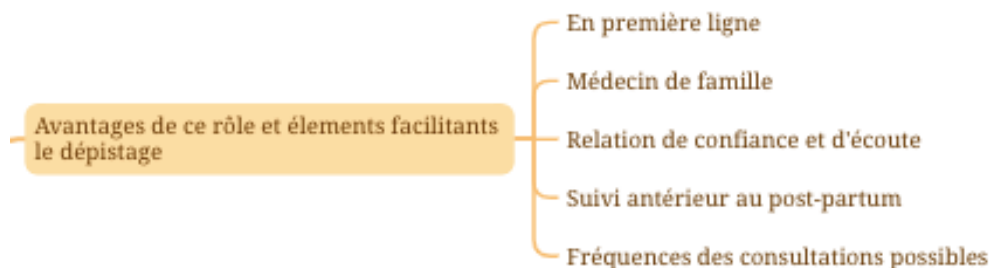
« si on leur demande de revenir elles viennent pas » (M6)

B. Perception du rôle du médecin généraliste dans le dépistage de la DPP



La deuxième partie des résultats de notre étude se concentre sur le rôle du médecin généraliste et comment cette place peut faciliter le dépistage ou au contraire apporter quelques contraintes et difficultés.

1. Avantages de ce rôle et éléments facilitant le dépistage



a) Le médecin généraliste est en première ligne

Tous les médecins interrogés ont rapporté le rôle certain du médecin généraliste au cœur du soin primaire : il est décrit comme en première ligne, au début du parcours de soins que va connaître la patiente.

« c'est le premier accès aux soins, c'est notre rôle, c'est le soin primaire, c'est ça notre place » (M1)

« par définition, dépistage, c'est en toute première ligne » (M2)

b) Un médecin de famille

Un autre avantage du médecin généraliste est qu'il est qualifié depuis longtemps comme « médecin de famille » car il a cette possibilité de suivre plusieurs générations en consultations, et ainsi avoir un repérage et une possibilité de dépistage plus précise.

« Souvent on a suivi les familles, on suit les autres enfants, parfois même on suit les papas, parfois on suit les grands-parents, donc ce côté biographie un peu autour de la naissance, je pense que c'est indispensable de l'avoir. Ça nous permet d'avoir un repérage plus fin je pense » (M4)

c) Une relation de confiance et d'écoute

Par son attitude d'écoute, et le lien de confiance qu'il tisse au fil de ses consultations, le médecin généraliste a une relation particulière avec les patientes qui peut favoriser l'échange et ainsi la verbalisation de potentiels symptômes.

« on est un interlocuteur privilégié de la femme qu'on connaît en fait, voilà qui a confiance en nous et qui va pouvoir nous livrer des choses. Et surtout, bah surtout si on la voit pour le bébé, c'est qu'elle a choisi de nous faire suivre son bébé et du coup elle a déjà confiance » (M7)

« on leur laisse un espace de parole, je pense que l'espace de parole est important, qu'elles puissent exprimer ce désarroi hein, qu'on les entend, qu'on les écoute, qu'on va pas les mettre au rencard » (M1)

d) Suivi parfois antérieur au post-partum

Bien souvent, le suivi de la patiente a débuté avant les consultations en post-partum, et même avant la grossesse. Les médecins généralistes ont un véritable suivi dans le temps des patients, une vision globale du passé jusqu'au présent, ce qui encore une fois, peut faciliter son rôle de dépistage.

« je suis médecin généraliste donc les gens je les suis, je les vois pour autre chose donc on a le temps de discuter, je connais toute leur vie donc j'ai le temps, on a le temps quand même de voir si vraiment il va y avoir des fragilités » (M6)

« on a cette vision de la relation avec les fratries antérieures, de éventuellement là par exemple, j'avais vu comment ça se passait à la grossesse d'avant et celle-ci, on a une vision sur le temps. Une notion de temps de suivi des familles et pas que du bébé ou que de la maman pour sa grossesse » (M4)

e) Fréquences des consultations possibles grâce à la disponibilité du médecin

La disponibilité du médecin généraliste est soulignée par les participants interrogés. En effet plusieurs expliquent qu'il y a cette possibilité de faire revenir les mamans lors de rendez-vous pour elle, en augmentant la fréquence des consultations, avec ou sans le père du bébé pour pouvoir approfondir selon la situation. Cela semble facilité par les conditions d'exercice des médecins généralistes, par leur possibilité de fixer des rendez-vous assez rapprochés ou bien de proposer de reconsulter dans des délais courts.

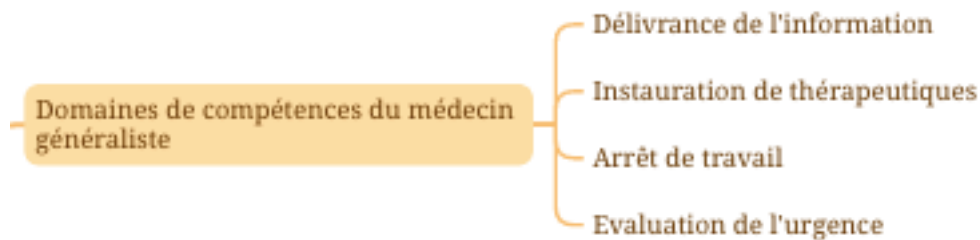
« je lui ai proposé justement de revenir dans 15 jours pour qu'on puisse repérer le bébé et avec l'excuse du coup de repérer le bébé de pouvoir lui parler aussi un peu plus à elle quoi » (M7)

« j'aimerais qu'on se revoie la semaine prochaine et qu'on se voit régulièrement, si vous pouvez venir avec le papa pour qu'on en discute ensemble, ça serait intéressant aussi » (M4)

« si je sens qu'il y a anguille sous roche en général, je la fais revenir en demandant que l'enfant soit gardé par le père si possible » (M9)

« l'avantage du médecin généraliste c'est aussi qu'on peut faire un suivi conjoint avec un spécialiste, c'est-à-dire avoir un rendez vous une fois sur 2 avec nous » (M4)

2. Les domaines de compétences du médecin généraliste



a) Délivrance de l'information

De façon concomitante au dépistage ou à un adressage, le médecin a un rôle de délivrance de l'information. Il explique que la dépression du post-partum existe, qu'il y a des rendez-vous dédiés pour les mamans en post-partum, et il explique la marche à suivre s'il y a un degré d'urgence. Il sème l'information pour que la maman l'ait à disposition en fonction de ses besoins.

« je dis qu'il existe un rendez vous spécifique pour les mamans, au delà de la surveillance de l'accouchement, pour faire vraiment le point » (M9)

« Je ne pose pas de diagnostic mais par contre je vais lui mettre en tête » (M5)

« je lui ai dit aussi que si elle se sentait vraiment en difficulté ou en danger, bien sûr il fallait qu'elle appelle. Et je lui ai dit aussi, "si vous sentez que vous êtes en difficulté et qu'avec votre bébé vous pensez qu'il peut y avoir un geste parce qu'il pleure, parce que ça se passe pas comme vous le souhaitez et que vous sentez que potentiellement vous pouvez avoir un geste déplacé de type le secouer ou quoi que ce soit, là c'est un signe d'alerte. Vous devez absolument déjà le dire à votre conjoint et appeler un médecin, soit même les urgences psychiatriques s'il y a besoin » (M4)

b) Instauration de thérapeutiques

En fonction des symptômes de la mère présentant une DPP, le médecin généraliste a la possibilité de débiter un traitement par antidépresseur. Il prend en compte l'allaitement afin de trouver une thérapeutique adaptée.

« on pourrait s'imaginer mettre un traitement, enfin faire de la cuisine parce que en médecine générale on arrive à faire quand même des choses un peu tout seul » (M7)

« je l'ai revu dernièrement et j'ai introduit un antidépresseur » (M2)

« ça peut arriver qu'on ait un traitement à mettre en place tout de suite » (M9)

c) Arrêts de travail

Un bon nombre des médecins interrogés ont expliqué prescrire des arrêts de travail pour permettre de soulager la maman le temps de traiter et équilibrer son moral.

« ca m'est arrivé, même en tant que médecin de l'enfant, de prescrire un arrêt pour la maman » (M5)

« souvent je les arrête aussi, la en l'occurrence je l'ai arrêté pendant 2 semaines » (M3)

d) Évaluation de l'urgence

Parfois, des situations d'urgence s'imposent aux médecins : idées suicidaires ou risque de maltraitance pour le bébé, le médecin généraliste doit évaluer ce critère d'urgence pour mettre en sécurité à la fois bébé et maman.

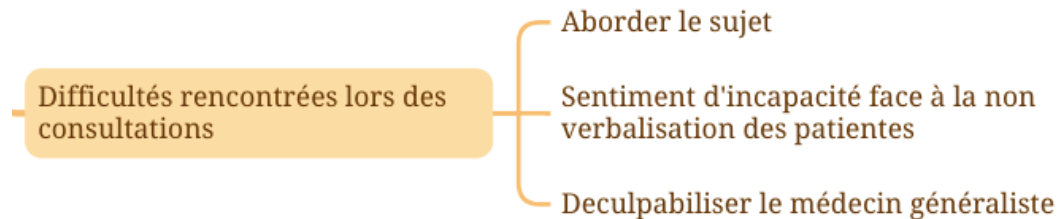
« c'est quand même des situations où il y a quand même une instabilité et il y a quand même un, enfin en tout cas dans ce cas-là, il y avait vraiment un haut risque suicidaire » (M6)

« ca m'arrive régulièrement de poser la question quand même des idées noires, si jamais il y a des idées noires, des idées suicidaires bah je vais orienter vers les urgences » (M5)

« il faut être alerté, c'est la façon dont la maman se sent encore capable de s'occuper d'un bébé. Parce qu'il y a quand même un petit

être qui a besoin qu'on soit autour de lui pour tout, pour être en sécurité » (M1)

3. Difficultés rencontrées lors des consultations



a) Aborder le sujet est difficile

Un des médecins rapporte la difficulté à aborder le sujet en consultation auprès de la maman. La maman consultant pour son enfant, il est en effet parfois difficile d'initier le sujet, d'autant plus si la maman ne l'évoque pas d'elle-même.

« je trouve que du côté médecine générale, c'est difficile en fait d'aborder le sujet notamment » (M6)

b) Un sentiment d'incapacité face à la non-verbalisation des patientes

Comme dit précédemment, les mamans ne verbalisent pas ou très peu leurs symptômes. Il revient au médecin d'aborder le sujet pour initier la discussion. Un des médecins généralistes interrogés exprime un sentiment d'incapacité face à ces mamans qui se livrent peu.

« la plupart du temps, ça reste quand même difficile parce qu'en fait elles sont un peu moins je trouve réceptives, elles sont vraiment centrées sur l'enfant » (M6)

« les mamans ne vont pas penser en plus à le dire en fait, c'est à dire que si on pose pas la question texto elles ne penseront pas à le dire » (M6)

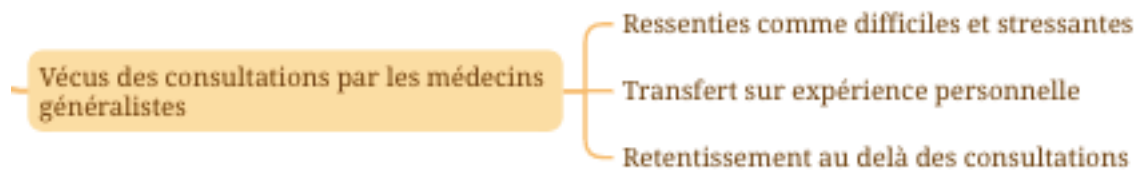
« on à parfois l'impression qu'on a du mal à les aider en fait » (M1)

c) Déculpabiliser le médecin généraliste

Il est important de rappeler que le médecin généraliste essaie de faire au mieux avec ses conditions de travail pour dépister et aider les mamans. Il ne faut pas les culpabiliser comme le rappelle donc un des participants.

« Chacun voit ce qu'il est capable de faire et comment. Je pense pas qu'il faille jeter la pierre aux généralistes qui ne sont pas arrivés à dépister une situation de dépression du post partum. » (M1)

4. Vécus des consultations par les médecins



Si les consultations sont difficiles pour les mamans, avec une culpabilité ressentie et un sujet tabou, les consultations le sont tout autant pour les médecins généralistes eux-mêmes. Ces consultations sont pourvoyeuses de stress, renvoient à leur vécu personnel de la parentalité pour certains, et parfois les médecins ont du mal à se défaire de ses consultations même une fois chez eux hors du cabinet.

a) Ressenties comme difficiles et stressantes

Les consultations où sont abordées la dépression du post-partum sont considérées comme difficiles, éprouvantes pour certains médecins généralistes.

« la situation elle était quand même assez stressante parce que c'était une patiente qui était excessivement instable et pour lequel il y avait des hauts risques suicidaires » (M6)

« ca me vide en fait ces consultations » (M2)

b) Transfert sur expérience personnelle

Il est possible que les médecins fassent un transfert sur leur propre vécu de la maternité ou paternité, ce qui renforce le vécu difficile de ces consultations.

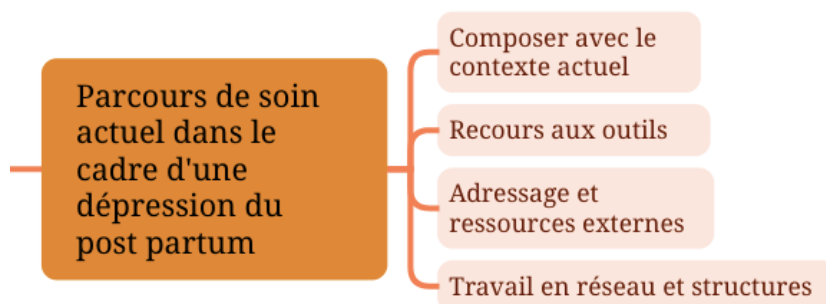
« projection complètement sur mon vécu à moi quoi, en tant que maman, sur la difficulté à accueillir un enfant, donc dans le sens où moi du coup ca va être dur émotionnellement, c'est des consultations qui sont assez intenses quand même » (M5)

c) Retentissement au-delà des consultations

Compte tenu du caractère urgent et intense que peut prendre la dépression du post-partum, parfois cela peut retentir sur le médecin généraliste qui s'implique. Il est possible que lors de leur temps libre, le médecin généraliste reste vigilant et inquiet, et ainsi garde un lien avec la patiente.

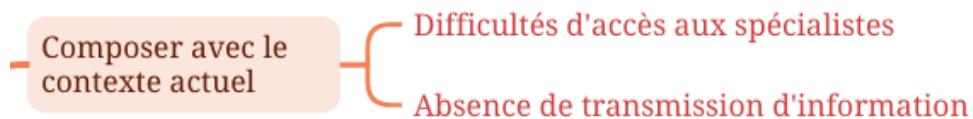
« avoir le téléphone professionnel allumé dans le weekend. Et c'est vrai que je gardais le téléphone et j'avais son numéro de téléphone et je disais si ça va pas vous m'appellez, effectivement, elle m'a déjà appelé un weekend en crise » (M6)

C. Parcours de soin actuel dans le cadre d'une DPP



Cette troisième partie des résultats s'intéresse au parcours de soin global d'une DPP évoluant dans le contexte actuel. On s'intéresse également aux outils utilisés pour le dépistage et la prise en charge, ainsi qu'au réseau des médecins lorsqu'ils sont confrontés à une DPP.

1. Composer avec le contexte actuel pour prendre en charge les patientes



a) **Difficulté d'accès aux spécialistes**

Le système de soins actuel entraîne un allongement des délais de rendez-vous et l'accès aux spécialistes. En effet, il y a une baisse de la démographie médicale depuis plusieurs années, des créneaux de consultations souvent pleins et peu de rendez-vous accessibles en urgence ou avec des délais rapides. C'est ce que souligne deux médecins interrogés.

« j'arrive pas à trouver de psychiatre, qu'il ait la notion de ce que c'est la périnatalité et à la fois qu'il soit adapté et qu'il y ait des délais raisonnables de rendez-vous » (M5)

« avoir plus de correspondants qui ont des créneaux de libres et qui sont réactifs pour accepter quelqu'un qui était pas prévu. » (M8)

b) **Absence de transmission d'information depuis la maternité**

Il est également remarqué par un des participants qu'il y a peu de transmissions ou de signes d'alertes transmis par la maternité. Pourtant cela permettrait une communication autour du séjour en post-partum immédiat, des éventuelles difficultés d'établissement de lien avec le bébé ou dans le rôle de maman. Le médecin généraliste pourrait ainsi rester particulièrement vigilant à tout signe de DPP.

« il y a un point noir là à mon avis dans la transition entre la maternité, l'accouchement, le moment de l'accouchement, comment ça s'est passé, les difficultés qu'il y a pu y avoir au départ, peut-être des difficultés déjà dès le départ de la maman à reconnaître son enfant comme le sien, mais comme étant un être vers qui elle va pouvoir porter ses soins et son attention, et le moment chez nous » (M1)

2. Avoir recours aux outils



En médecine générale, il existe plusieurs outils que peuvent utiliser les praticiens. Ces outils ou aides peuvent permettre de faciliter ou structurer les consultations et ainsi d'améliorer le dépistage, notamment des DPP

a) **Échelles ou questionnaires**

Les échelles type Hamilton ou grille MADRS ou encore l'échelle EPDS (Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg) sont utilisées par certains médecins généralistes interrogés dans le cadre du dépistage de la DPP.

Il est précisé qu'au-delà des échelles et questionnaires, le dépistage se fait avant tout via un interrogatoire détaillé comprenant des questions ouvertes pour permettre à la patiente de se livrer sur ses ressentis et symptômes éventuels.

« les outils en terme de dépistage c'est l'interrogatoire, voilà , avec des questions ouvertes à chaque fois. » (M1)

« je le fais, l'échelle de dépression du post partum d'Édimbourg, j'enchaîne en général sur un Hamilton » (M3)

b) Utilisation de notes

Deux médecins interrogés ont recours à l'utilisation de notes dans le dossier afin de se souvenir d'accorder une vigilance particulière à une maman. Ces notes ou « post-it » constituent un outil informatique pratique pour les médecins généralistes dans le cadre du dépistage.

« je m'étais mis un petite note dans le dossier, épuisement maternel, je fais comme ca en général » (M5)

« je me suis notée des petites choses dans le dossier puis je me suis dis je vais y penser quand je la reverrais » (M7)

c) Inconstance d'utilisation

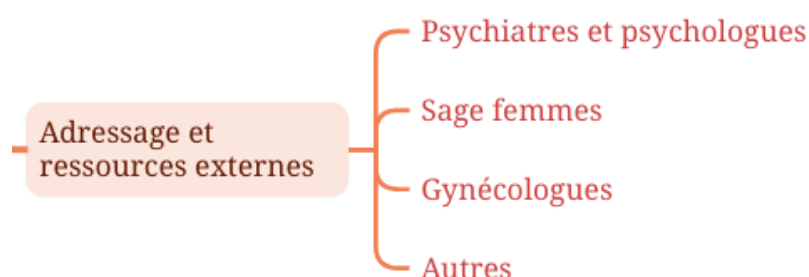
Cependant, les différents outils cités, bien que pouvant aider le médecin généraliste, ne sont pas utilisés systématiquement. En pratique, l'utilisation d'échelles ou questionnaire est inconstante. Un participant évoque la difficulté d'intégration au sein de la consultation.

« En fait je l'utilise pas forcément, même si elles sont cotées » (M1)

« C'est vrai que je vais pas faire de questionnaire, même d'une manière générale sur mes consultations, là j'ai pas fait de questionnaires » (M5)

« c'est vrai que l'échelle d'évaluation du post-partum, EPDS, je le connais mais je l'utilise pas parce que je trouve ça pas évident dans une consult pour le bébé » (M5)

3. Un adressage et une orientation vers des ressources externes : plusieurs professionnels peuvent être sollicités



a) Psychiatres et psychologues

Que ce soit pour le diagnostic ou dans le cadre du suivi, les médecins généralistes adressent et sollicitent assez facilement les psychiatres et les psychologues. Nombreux sont ceux qui ont évoqué un adressage au psychiatre, psychologue et même pédopsychiatre dans leurs correspondants de premier recours. Ils sont 7 médecins sur 9 au total à solliciter les psychiatres ou les psychologues à un moment dans le parcours de soin de leur patiente.

« le circuit de la dépression c'est d'adresser à des psychiatres de villes ou psychiatres hospitaliers » (M1)

« suivie de près par l'équipe psychiatrique puisqu'elle a été suivie au CMP après, il y a eu un suivi mis en place » (M1)

« je travaille quand même avec le pédopsychiatre parce que je trouve que c'est le meilleur professionnel pour évaluer le lien en fait mère-enfant et donc même si il va pas forcément soigner la maman, il va quand même pouvoir orienter derrière. » (M5)

b) Sage-femmes

Les sage-femmes sont également citées comme professionnels ressources dans le parcours de dépistage et prise en charge dans le cadre d'une DPP. Leur lien privilégié avec les mamans facilite l'échange et le soutien dont les patientes ont besoin.

« Les sages femmes sont dans les premiers mois des bonnes ressources aussi » (M1)

« Beaucoup les sage-femmes je pense. Elles sont certainement plus à l'aise encore parce qu'elles doivent avoir un lien encore plus privilégié avec les sage-femmes justement des différentes zones. (M4)

« "Est-ce que ça vous va si je contacte votre sage-femme pour lui parler de la consultation ? " Et souvent elles sont d'accord. Et du coup après je fais un lien avec la sage-femme, qu'elle soit au courant qu'elle prend rendez vous pour ça » (M5)

c) Gynécologues

Les gynécologues sont évoqués par un des médecins interrogés, mais il souligne le côté médical des consultations avec l'obstétricien, plutôt centré sur l'examen clinique et physique des mamans plutôt que sur le moral de ces dernières.

« Après je sais pas trop comment ça se passe pour les gynéco obstétriciens spécialisés, j'imagine qu'ils sont sensibilisés aussi, mais peut-être qu'ils les voient sur des temps un peu plus techniques sur le rendez-vous de post-partum. Et ils voient peut-être un petit peu moins ce que nous en tant que médecins généralistes, on peut voir de la relation comme les professionnels qui sont dans le suivi. » (M4)

d) D'autres professionnels ou structures sont aussi impliqués

Les médecins généralistes n'hésitent pas à adresser à la PMI, lieu et structure regroupant plusieurs professionnels de santé pouvant prendre en charge à la fois la maman et le bébé. Ils insistent sur le rôle de soutien et de protection de la PMI.

« j'avais même adressé à la PMI. J'avais dit " allez voir la PMI, ils peuvent peut-être vous aider, mettre en place des choses pour vous accompagner, pour que vous puissiez avoir du temps pour vous ". » (M1)

« La PMI, c'est vrai que je n'ai jamais évité d'envoyer à la PMI parce que c'est pluridisciplinaire » (M1)

« on peut proposer à la maman d'avoir un suivi plus rapproché avec des puéricultrices de PMI qui viennent à la maison pour l'aider déjà, la soulager » (M4)

Un des participants évoque également les cellules psychologiques des maternités, notamment en clinique, et qui permettent d'avoir un relai et un lien dès l'accouchement.

« qu'en fonction des lieux d'accouchement, il y a des cellules psychologiques, ça je le sais, donc c'est vrai que ça m'arrive quand elles ont accouché à une clinique qui s'appelle la Clinique

Clémentville de contacter sur place, il y a des relais. La clinique Saint-Roch, l'autre clinique gynécologique, c'est pareil. » (M4)

D'autres lieux ressources tel que des groupes de parents ou des lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) sont également proposés auprès des parents pour les aider. Ils servent notamment à la maman à verbaliser et se sentir entourée, accompagnée.

« je vois vraiment l'intérêt des groupes de parents, l'intérêt du partage entre parents, particulièrement pour la dépression » (M5)

« les LAEP lieu d'accueil enfants-parents, ils font un super travail parce que ils accueillent de manière anonyme, donc sans jugement. C'est des psychologues, c'est des professionnels d'enfants » (M5)

4. Travail en réseau et structures

Parfois, en plus du recours aux spécialistes en adressage externe, les médecins généralistes sollicitent une équipe comme les services sociaux, notamment pour s'occuper du bébé quand la maman n'a pas la capacité de le faire.

Il arrive également que la dépression du post-partum soit si sévère qu'une demande d'hospitalisation soit faite pour le médecin.

« il y a eu des services sociaux pour prendre le relais auprès du bébé » (M1)

« et voilà donc hospitalisation voilà au 3eme mois de son bébé, elle a été hospitalisée » (M1)

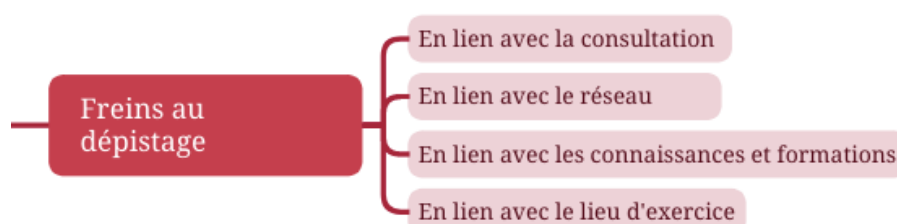
S'entourer d'une équipe de professionnels et travailler en collaboration avec des structures, permet aux médecins généralistes de mieux prendre en charge la DPP, et également de se sentir rassurés.

« j'étais en sécurité avec l'équipe qui l'a prise en charge il y avait quand même 3 autres professionnels en plus de moi, donc voilà je me sentais pas seule. Je sais pas s'il existe d'autres systèmes, mais moi je suis là-dessus pour le moment sur mon petit réseau local que je connais bien. » (M6)

Dans certaines maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), il est possible de financer des séances chez le psychologue qui est intégré à la structure. Cela permet donc au médecin de travailler avec son réseau.

« si quand même il y a des trucs autour de nous, il y a la clinique d'anxiété et on a une psychologue, nous dans la MSP, où maintenant on peut faire des prises en charge qui sont financées du coup par notre MSP, avec la psychologue. » (M3)

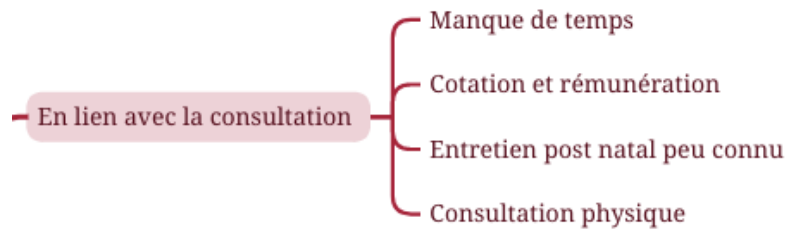
D. Les freins au dépistage et à la prise en charge de la DPP



Grâce à leurs expériences passées, les médecins ont pu identifier plusieurs freins au dépistage d'une DPP en médecine générale.

Certains éléments impactent plutôt la consultation, d'autres l'adressage ou le réseau des médecins. Il existe également des freins qui leur sont propres, c'est-à-dire concernant leurs connaissances ou leur lieu d'installation.

1. Des freins en lien avec la consultation



a) **Le manque de temps**

Le moment du dépistage de la DPP étant souvent lors des consultations de l'enfant, les médecins rapportent tous un manque de temps suffisant pour prendre en charge à la fois le bébé et la maman. Le retard induit par la discussion autour de symptômes ou un éventuel diagnostic de DPP au cours de la consultation de l'enfant est compliqué à intégrer dans l'agenda du médecin généraliste. Ce manque de temps est véritablement le premier frein à un meilleur dépistage en médecine générale.

« Ca manque peut-être sans doute d'avoir un peu plus, mais bon c'est vrai que moi j'ai pas le temps de "allo" " Comment il s'est passé l'accouchement ?" Franchement j'ai pas de temps. (M1)

« Et ça m'à mis en retard puisqu'il a fallu une consultation pur elle après. » (M3)

« c'est des consultations qui sont hyper chronophages hein, ça prend vite trois quart d'heure » (M3)

« on a pas le temps clairement, si on voulait prendre en charge la dépression du post partum, il nous faut 1 h avec bébé et maman, c'est-à-dire 35-40 minutes facile que sur bébé, après prendre 20 min avec maman. » (M6)

b) **Cotation et rémunération des consultations**

Nous évoquons les consultations souvent longues pour prendre en charge le bébé lors de sa consultation mais aussi sa maman lorsqu'une DPP est suspectée ou diagnostiquée. Ces consultations ne sont pas cotées différemment qu'une consultation 'G' au tarif conventionné standard, et il n'y a donc pas de cotation

particulière ou de valorisation de la consultation, pourtant chronophage pour le médecin généraliste.

« ce qui est pas le cas et ce qui n'est pas possible à l'heure actuelle à 26 euros 50 la consultation, il faut être totalement transparent et honnête financièrement ce n'est pas viable. » (M6)

c) Un entretien post natal précoce peu connu

Seul un médecin parmi les participants m'a évoqué l'entretien post natal précoce comme consultation dédiée du dépistage de la DPP. Le participant évoque cet entretien comme un dispositif qui concerne les sages femmes.

Cet EPNP est pourtant devenu obligatoire depuis 2022 et peut être réalisé par les médecins généralistes également.

« j'ai pas eu le temps de le lire mais je crois qu'il y a un dispositif maintenant qui est fait avec les sage-femmes pour justement vraiment dédier à ça (M6)

d) Venir en consultation physique peut se révéler compliqué

Un autre frein en lien avec la consultation est identifié par les participants. Venir en consultation physique dans la période du post-partum peut être difficile pour des jeunes parents avec toute l'organisation que cela implique. De même, s'il y a une fratrie, le problème peut également se poser et venir en consultation peut être rendu complexe. Ainsi, il est possible qu'une maman ne consulte pas pour éviter d'avoir à se déplacer au cabinet et ne pas perturber l'organisation familiale.

« il y a le stress de tout préparer pour venir chez le médecin, préparer le sac, que le bébé il a assez mangé, qu'il ait pas fait caca, machin, et cetera. Donc c'est compliqué pour elle de venir pour un premier bébé, il y a beaucoup de stress. Quand c'est un 2e ou un 3e bah il y a les autres enfants à gérer donc c'est compliqué de se déplacer au cabinet. » (M8)

2. Des freins en lien avec le réseau



a) **Manque de parcours de soins identifié**

Adresser ou prendre avis auprès de structures, spécialistes ou unités hospitalières peut s'avérer très compliqué pour les médecins généralistes. Nombreux sont ceux qui relèvent un parcours de soins avec des obstacles, et des difficultés également à connaître le réseau de proximité dédié aux femmes en post-partum.

« Ca fait partie des pathologies de mauvais pronostics si c'est pas pris en charge, ça peut mal se terminer. Donc ça veut dire une conscientisation de mettre en place des structures secondaires un peu au-delà du dépistage. Le dépistage c'est bien, mais ça suffit pas » (M1)

« C'est parti pour le parcours du combattant à contacter les spécialistes pour savoir avec lesquels je vais gérer ça. » (M4)

« je pense pour des médecins généralistes qui n'ont pas une activité en santé de la femme très développée, donc qui n'ont pas développé dans ce sens-là leur réseau, ça peut être plus compliqué en terme surtout de à qui j'adresse, de quelle manière, par quel biais, en dehors du bricolage qu'on fait d'habitude de "je vais appeler les services", ils vont me dire qui appeler, puis appeler, puis appeler » (M4)

A la fois les médecins généralistes, mais aussi les patientes peuvent souffrir d'un adressage compliqué.

En effet si le parcours de soin n'est pas évident pour les patientes, elles vont être perdues de vues ou bien une DPP peut ne pas être dépistée. Il existe différents professionnels de santé que l'on peut voir dans la période du post-partum et ce n'est pas toujours aisé d'avoir une prise en charge globale pour la patiente.

Concernant les médecins, ils expriment le sentiment d'être mis de côté concernant la DPP et sa prise en charge.

« j'ai pas l'impression que le généraliste ça soit quand même la pierre angulaire de la dépression du post-partum quoi j'ai l'impression qu'on est plus quand même un peu sur le bord quoi. » (M8)

« On est un peu « squeezer » de la prise en charge » (M4)

« s'il y a pas quelque chose dont elles peuvent se saisir facilement, ben ça peut trainer, mettre du temps, passer un peu à la trappe » (M5)

b) Manque de lien entre les professionnels autour du post-partum

Le manque de lien entre les différents intervenants dans le post-partum est cité plusieurs fois par les médecins généralistes comme étant un frein au dépistage de la DPP. En effet, il y a peu de communications entre les acteurs du réseau, ils ne se connaissent pas forcément et chacun travaille isolément sans interagir forcément avec l'autre.

Si le médecin généraliste ne connaît pas les professionnels autour de lui, cela rend l'adressage encore plus difficile.

« je pense que on peut performer les liens avec le réseau, les soignants autour de nous, la PMI, les services sociaux des fois on les connaît, des fois on les connaît pas. Donc il y a certainement, ça va être à mon avis dans le fonctionnement du réseau, dans le fonctionnement des interactions entre les différents partenaires. Parce que chacun a son créneau, chacun est au taquet et bon, on a pas toujours le temps d'être en lien de manière plus proche, parce que ça prend du temps » (M1)

« je connaissais pas franchement les psychiatres du coin, j'avais pas de psy à appeler pour savoir si oui ou non c'est hospitalisation » (M2)

« j'ai jamais eu de sage femmes qui m'ont adressé des mamans déjà, y'a pas du tout de lien entre nous » (M3)

Rendez-vous sage-femme, consultation gynécologique pour faire le point médical après l'accouchement, consultations pour le bébé avec pédiatre, il est possible

qu'avec cette pluralité de professionnels, il n'y ait pas de lien entre eux. La maman peut ne pas être vue en médecine générale et ainsi le médecin généraliste n'a pas l'opportunité de dépister une DPP.

« parce que des fois les mamans, ça arrive hein, qu'on les voit pas : suivi au début par les sages femmes, éventuellement après elles vont voir le pédiatre et si y'a pas de problèmes spécifiques qui les amènent à venir nous voir » (M1)

3. Des freins en lien avec les connaissances et formations

La formation des médecins généralistes est un point important concernant l'amélioration du dépistage. Plusieurs médecins soulèvent leur faible niveau de connaissances et le fait qu'on parle encore peu de la DPP.

« en formation on en parle pas trop, je sais pas s'il y a des nouvelles recommandations pour dépister » (M7)

« moi je pense qu'on est nul, enfin déjà en psychiatrie j'ai pas des super connaissances, et j'ai pas été formé à la dépression du post partum » (M3)

4. Des freins en lien avec le lieu d'exercice

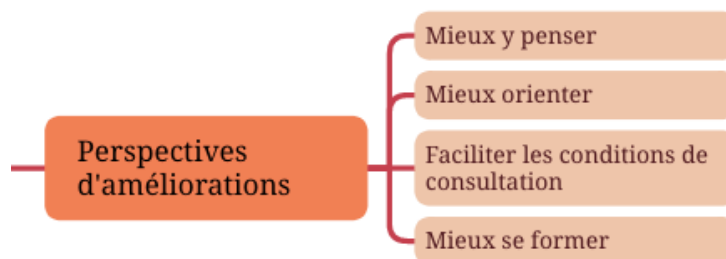
Le lieu d'exercice du médecin influence l'accès aux ressources externes selon si c'est un milieu urbain ou rural. Un isolement géographique du médecin généraliste, loin de structures ou confrères spécialistes, peut rendre compliqué une prise en charge de la patiente.

« Après moi j'ai de la chance je suis à Juvignac, c'est facile pour moi d'adresser, c'est facile d'avoir contact avec le médecin de la PMI, c'est facile d'avoir contact avec une sage-femme. J'imagine qu'en Occitanie puisque votre travail se rapporte en Occitanie, ce n'est

peut-être pas si simple quand on est au fin fond de l'Aveyron ou de la Lozère. » (M1)

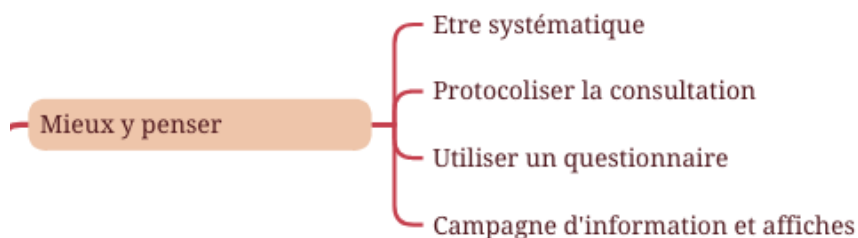
« Quand on est loin de tout c'est peut-être plus compliqué hein, de déplacer une maman qui s'occupe de son bébé, qui est seule à domicile » (M1)

E. Des perspectives d'améliorations proposées par les médecins généralistes



De tous les entretiens réalisés, sont ressorties plusieurs idées, propositions pour améliorer le dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale. Les médecins se servent de leurs expériences passées, des freins évoqués pour tenter de mieux dépister à titre personnel mais aussi collectivement.

1. Pour mieux y penser



a) Être systématique pour ne pas passer à côté

Comme le souligne bien un des médecins, ne pas se questionner sur le moral de la mère et ne pas lui demander comment elle va, nous fait passer à côté d'une DPP. Il faut poser la question pour lui permettre de saisir l'occasion de verbaliser ses symptômes ou ressentis.

« Donc si on pose pas la question malheureusement ça passe vraiment à l'as. » (M6)

« Les médecins ne posent pas du tout la question, ils se concentrent sur le bébé. » (M6)

Tous proposent pour améliorer le dépistage de poser la question à toute consultation où la maman est présente, être systématique permet ainsi de ne pas oublier et de mieux dépister une éventuelle DPP.

« je pose la question systématiquement, est-ce que ça va ? Comment vous vous sentez ? C'est pas trop dur ? » (M9)

« lors des interrogatoires, qu'on se dise à chaque mois, ne pas oublier la maman » (M2)

b) Protocoliser la consultation à l'aide d'outils

Utiliser l'informatique peut permettre une rigueur dans l'interrogatoire et de penser systématiquement au moral de la maman. Un médecin soumet l'idée d'intégrer un questionnaire ou un protocole informatisé lors des consultations des premiers mois du bébé afin d'avoir des questions ciblées sur la DPP. Ces outils informatiques seraient toujours dans la même idée : être systématique dans nos interrogatoires pour ne pas passer à côté de symptômes éventuels.

« Il faudrait qu'on ait effectivement peut-être un outil. Bah informatique ça serait pas mal. Avec, on va dire, des cases à cocher pour rien loucher. Que la question soit systématiquement abordée. Là-dessus, je pense que l'informatique pourrait nous aider un petit peu. » (M8)

« on peut créer un logiciel dans le logiciel, par exemple spécifique pour l'examen de l'enfant ou de la femme qui vient d'accoucher avec un questionnaire, je dirais sur lequel on n'oublie rien, donc en fait nous on peut demander au gérant Doctolib de gérer ce genre de choses, ça peut se faire. Je pense que les logiciels évoluent la plupart sur ce genre de formation et d'évolution » (M2)

c) Utiliser un questionnaire papier

Plutôt que l'informatique, certains médecins proposent au contraire d'utiliser des questionnaires papiers, que la patiente pourrait remplir en amont de la consultation, en salle d'attente ou bien à son domicile.

Cela permettrait de ne pas avoir le regard du médecin lors de son remplissage, et de pouvoir le faire au calme, dans un temps dédié, en dehors de la consultation pour son bébé.

« Je dirais peut-être un questionnaire de type Hamilton mais à faire remplir par les patientes chez elles, à tête reposée, pas dans une consultation médicale où il y a le regard du médecin. » (M9)

« Imaginer un questionnaire qu'elles remplissent avant la consultation ou pendant que j'examine un peu le bébé ou que j'écris mes observations par exemple » (M7)

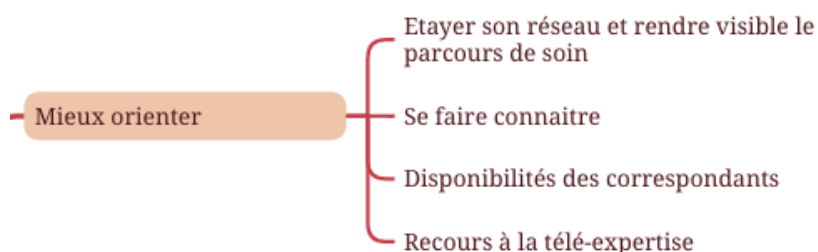
d) Campagne d'informations et flyers, affiches

Améliorer la communication vers le grand public, et notamment les mamans est également une piste intéressante. Utiliser des affiches, posters ou campagne d'information avec une phrase clef, percutante pourrait améliorer le dépistage de la DPP en médecine générale. De la même façon, cela permettrait d'informer les patientes, de réduire leur culpabilité à en parler et de ne plus faire de la DPP un sujet tabou.

« peut-être il faudrait faire une campagne juste pour dire “ y penser “ à destination des médecins » (M4)

« Faire une campagne d'information quoi. Enfin donner un flyer à la sortie de la maternité en disant bah je sais pas “si vous avez un coup de mou parlez- en, n'hésitez pas, restez pas dans le dur“ voilà, de l'information quoi au grand public » (M8)

2. Pour mieux orienter



a) **Étayer le réseau et identifier un parcours de soin**

Nous évoquions en frein les difficultés d'adressage au réseau lorsqu'il est soit non connu, soit non identifié ou en tout cas, peu visible. C'est donc pour cela que les médecins insistent sur le fait d'étayer le réseau. Il est nécessaire d'identifier le réseau local, les différentes structures environnantes. Il faut rendre visible ce qui existe autour de son lieu d'exercice et tout ce qui pourrait être utile pour aider la maman dans le cas d'une DPP. Il est important de rechercher s'il existe des professionnels en périnatalité, des lieux d'accueil ou unité dédiée au post-partum et à ses troubles spécifiques.

« Il y a pas beaucoup de communication de parcours optimisé pour ça, ça nécessiterait d'être un peu plus visible. Et je pense que l'organisation en CPTS permettra aussi d'améliorer parce que c'est l'objet, c'est aussi de de visibiliser les réseaux, visibiliser les parcours » (M4)

« je pense que ça serait vraiment intéressant qu'il y ait des professionnels qui soient spécifiquement pour ça, une antenne, qu'il y ait un parcours de soins ciblé » (M5)

b) **Se faire connaître**

Pour aller plus loin, il faut se faire connaître auprès du réseau local. Qu'il s'agisse d'une installation du médecin, ou bien d'une recherche de parcours de soin pour ses patientes, il est possible d'aller se présenter à certains professionnels afin d'optimiser un adressage futur.

« Donc ça c'est peut-être à mettre en place quand on va s'installer, quand on s'installe, savoir quels sont les gens qui sont là, peut-être

*les rencontrer au moment où on s'installe, aller les voir même
"Bonjour, je suis intéressée par le suivi des femmes. Voilà donc peut-être à l'occasion, voilà de prendre votre numéro de téléphone, votre mail." Voilà installer son réseau. » (M1)*

c) Disponibilité des correspondants

Travailler avec des professionnels qui ont la possibilité d'accueillir dans des délais raisonnables ou en urgence les patientes, permettrait de faciliter la prise en charge des mamans qui ont besoin d'être vues et suivies.

« avoir plus de correspondants qui ont des créneaux de libres et qui sont réactifs pour accepter quelqu'un qui était pas prévu. » (M8)

d) Recours à la téléexpertise

Sur les dernières années, se sont développés les avis par télé-expertise. Cela est utile et peut être encouragé dans le domaine de la psychiatrie pour avoir des avis rapides ou un adressage facilité.

« Le développement des plateformes de télé expertise comme Omnidoc, c'est incroyable pour plein de spécialités, notamment pour la psychiatrie où on peut envoyer une demande à un confrère bien circonstancié et qui peut nous répondre justement sur le degré d'urgence et nous faciliter aussi les liens. » (M4)

3. Pour faciliter les conditions de consultation pour les patientes



a) Une double consultation maman-bébé

Pour éviter le retard occasionné par le dépistage d'une DPP durant le temps déjà limité et dédié à l'enfant, il serait particulièrement intéressant d'avoir une consultation double maman- enfant. En effet s'il était prévu dans les consultations obligatoires du bébé, cette double consultation, longue, et rémunérée avec une cotation spéciale ou un forfait, cela favoriserait le médecin à mieux dépister et à pouvoir prendre le temps de le faire.

« Tous les 3 mois il faudrait faire une consultation mixte avec la maman, voire même avec le papa, voir comment ça se passe en fait au niveau familial hein » (M3)

b) Recours à la téléconsultation

Nous avons relevé le problème potentiel des consultations physiques dans le post-partum et ce que cela implique pour la maman et son bébé. Pour pallier cela, et pour faciliter le dépistage, il est possible de proposer des téléconsultations. Les mamans ont ainsi moins de charge mentale sur l'organisation, le stress induit par les consultations physiques.

« “vous allez pas être obligé de revenir, vous pouvez prendre un rendez-vous de téléconsultation, si jamais bébé ça va pas, bah vous l'annulez, vous le reprenez le lendemain”, il y a pas le stress de se déplacer etc. » (M6)

c) Réseaux mobiles de visite à domicile

Dans la même idée que les téléconsultations, une autre proposition serait d'avoir des réseaux mobiles consultant au domicile des mamans. Cela constituerait une vraie amélioration du dépistage des DPP avec des conditions facilitées pour les médecins généralistes et pour les patientes elles-mêmes.

« Il faudrait des réseaux mobiles comme il y a des réseaux mobiles de soins palliatifs, je suis pas sure que toutes les PMI aient un réseau mobile pour pouvoir s'occuper des mamans à domicile » (M1)

d) Prise en charge psychologique financée

Puisque la prise en charge non médicamenteuse avec notamment une prise en charge psychologique est indispensable en cas de DPP identifiée, il serait alors intéressant d'avoir une prise en charge financière concernant les séances. On sait que cela à un coût certain donc si ces dernières étaient remboursées pour la patiente, cela ne serait alors pas un frein pour les mamans et l'adhérence à la prise en charge psychologique serait favorisée.

« avoir des prises en charges financées, ça pourrait être bien » (M3)

« des programmes organisés soient pris en charge sur les cliniques, soit des financements ARS ou autre » (M4)

4. Pour mieux se former

Les propositions des médecins généralistes concernant la formation sont non consensuelles. Certains estiment tout de même que l'on pourrait proposer plus de formations sur la santé mentale des femmes en post-partum.

« Peut-être il faudrait une formation, en fait, hein. Sur comment on dépiste, comment on traite, quel est le meilleur antidépresseur aussi pour ça, peut-être qu'il y a des recommandations que je connais pas là-dessus » (M3)

« me former, parce qu'au final j'ai pas été vraiment formée au dépistage et la dépression du post partum. Peut-être faire une formation pour que ça soit quelque chose d'instinctif. » (M5)

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

- Originalité du sujet

La bibliographie sur le thème de la dépression du post-partum est riche. Sujet toujours d'actualité, les rapports récents notamment à l'échelle nationale indiquent des chiffres conséquents de prévalence de dépression du post-partum. Le suicide étant pour rappel la première cause de décès des mères en post-partum selon la publication d'avril 2024. Plusieurs travaux de thèses ont été réalisés sur le vécu des femmes en post-partum et leur ressenti du dépistage de la DPP. Souvent il s'agit de thèses quantitatives sur les habitudes de pratiques des médecins généralistes. L'originalité de notre sujet tient dans le fait qu'il s'agit d'une étude qualitative, interrogeant des médecins eux-mêmes sur la perception de leur rôle, leurs atouts, leurs limites mais aussi leurs perspectives d'amélioration à titre personnel.

- Choix de la méthode

L'approche qualitative, choisie pour notre étude, nous a semblé être la plus appropriée pour explorer les perceptions et expériences des médecins généralistes sur la DPP. Elle nous permettait de recueillir des données subjectives difficiles à quantifier et nous offrait une compréhension approfondie du sujet.

Opter pour des entretiens semi-dirigés individuels représente également une force. Ce format permet aux participants de se sentir plus à l'aise et de s'exprimer plus librement sur le sujet, contrairement aux entretiens en groupe, dit « focus-groupes » qui peuvent parfois limiter la parole de certains participants. Les entretiens ont été immédiatement retranscrits après leur réalisation. Cela a permis d'avoir un souvenir clair de la discussion, y compris des silences et des informations non verbales. La retranscription était donc la plus complète possible.

- Validité de l'étude

La validité interne est un procédé permettant de vérifier que les données obtenues concordent avec la réalité. Elle a été assurée par la saturation des données. Lorsqu'aucune nouvelle idée n'émergeait des entretiens, le recrutement était terminé. Deux entretiens ont été réalisés après avoir obtenu la saturation des données pour confirmer celle-ci. Par ailleurs, la validité externe consiste à généraliser les résultats à d'autres domaines. Elle a été garantie grâce à un échantillon varié de la population recrutée en termes d'âge, de lieux et de mode d'exercice. Cette validité est assurée également par la cohérence des résultats avec ceux de la littérature.

2. Limites de l'étude

- Biais liés au recrutement

Le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat et seuls les médecins ayant accepté de répondre à l'investigatrice ont participé à l'étude. Les participants étaient donc intéressés par le sujet ou avaient au moins une sensibilité pour la gynécologie ou la pédiatrie, ce qui crée un biais de recrutement. Les praticiens étaient au courant du sujet de l'étude avant de réaliser l'entretien, ce qui laisse à penser que certains aient pu réfléchir à ce qu'ils allaient pouvoir aborder.

Par ailleurs, le ratio de notre étude, qui est de 6 femmes pour 3 hommes, n'est pas équilibré. Nous pouvons expliquer cela par la féminisation de la profession. En effet, 51,8 % des médecins actifs réguliers sont des femmes au 1^{er} janvier 2024, contre 40 % en 2010 (97). De plus, une autre hypothèse est qu'il y a plus de femmes intéressées par le sujet en raison de leurs habitudes de pratiques et leur attrait pour la gynécologie. Deux travaux de thèses valident cette supposition en identifiant qu'il y a significativement plus de femmes qui pratiquent la gynécologie chez les médecins généralistes (98,99).

Enfin, notre étude a été réalisée seulement en région Occitanie, les résultats pourraient ne pas être généralisables à la France en raison des pratiques des médecins différentes selon les régions. Nous pouvons parler de biais démographique lié au recrutement.

Afin de minimiser ces biais dans de futures études, il serait bénéfique d'utiliser des méthodes de recrutement plus diversifiées et anonymisées, ainsi que de s'assurer d'un échantillon équilibré.

- Biais liés à l'échantillon

La taille de notre échantillon est limitée avec seulement 9 entretiens réalisés même si la saturation des données a été respectée. Cette limite pourrait ainsi restreindre la diversité des données récoltées et des résultats qui ne pourraient être affectés à une population plus large.

De plus, un entretien a été particulièrement court, d'une durée de 6min29, en raison d'un participant avec une patientèle âgée et présentant peu d'attrait pour le sujet du post-partum. Malgré les relances prévues, les réponses étaient courtes. Néanmoins, l'entretien a pu être exploité et analysé intégralement.

- Biais de mémorisation

Une partie de l'entretien portait sur le souvenir d'une expérience vécue en consultation. Ce mode de questionnement peut induire un biais de mémorisation. Néanmoins, ce biais est presque toujours associé aux études qualitatives. Un guide d'entretien bien construit et des relances de qualité permettent de limiter ce biais et de recueillir l'essence de l'expérience du participant.

- Validité interne

La validité interne peut être assurée également par une triangulation des données, qui consiste à effectuer une double lecture des entretiens avec une double analyse. Elle n'a pas pu être réalisée par manque de temps. Toutefois, l'investigatrice a tenté de minimiser cet impact en appliquant une analyse rigoureuse et systématique des données.

- Biais liés à l'investigatrice

Cette étude étant la première de l'investigatrice, elle peut présenter un biais de formulation, lié à la découverte de la recherche qualitative. Toutefois, le guide d'entretien a été construit à partir de questions ouvertes et créé en collaboration avec

la directrice de thèse. De plus, ce biais a pu être limité par la réalisation d'ateliers thèse à la faculté et la lecture de livres en lien avec la méthode qualitative.

L'investigatrice a interrogé quelques médecins qu'elle avait eu l'occasion de connaître à travers son parcours professionnel. Cela a pu influencer certains participants, la relation avec l'investigatrice pouvant affecter la spontanéité des réponses.

L'analyse des verbatim a été réalisée par l'investigatrice, qui a pu être influencée par ses propres opinions ou ses représentations sur le sujet, créant un biais d'interprétation.

B. Discussion des résultats principaux et comparaison avec la littérature

1. Objectif principal : perception du rôle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge de la DPP

Notre travail suggère que parmi les médecins, il n'existe pas toujours de consensus clair sur la définition de la dépression du post-partum et précisément sur la période d'apparition de ce trouble. Cependant, la plupart s'accordent sur le fait que la DPP est constituée par un épisode dépressif caractérisé survenant dans un contexte particulier, à savoir le post-partum.

Cette variabilité se retrouve dans la littérature également. L'association américaine de psychiatrie (APA) qualifie la dépression de postnatale si elle apparaît dans les quatre semaines suivant l'accouchement (42), tandis que pour l'OMS, c'est six à huit semaines (4). Certaines publications et notamment Marcé, admettent une apparition plus longue de la DPP jusqu'à un an après la naissance de l'enfant (17,43).

La littérature et nos résultats nous apprennent que le risque de survenue d'une dépression du post-partum n'est pas forcément linéaire au cours de la première année. Deux études différentes identifient deux pics de fréquence : un premier dans les quatre premières semaines (44) et un second au neuvième mois (45). Nous retrouvons une incidence maximale à six semaines si l'on se réfère au travail de Dayan J. (19). Cela semble plutôt cohérent avec les résultats obtenus. Les médecins

interrogés déclarent un pic de fréquence dans les premiers mois, jusqu'au 6^{ème} mois post accouchement.

Quant à la définition de la DPP, il est important d'être revenu sur les critères diagnostiques, les signes d'alerte notamment pour répondre à la problématique du dépistage. Les facteurs prédisposants relevés par les médecins lors des consultations ont également toute leur importance.

Des symptômes et facteurs favorisant à repérer

Les médecins ont souligné l'isolement des mères comme un facteur majeur pouvant favoriser une DPP. En effet, dans les études (46) (47), le manque de soutien renforce les symptômes de la mère, et ne permet pas la verbalisation de leur mal-être. D'après le dernier rapport de périnatalité de 2021, plus d'un tiers des femmes ont moins de 3 personnes proches qu'elles pourraient solliciter en cas de graves difficultés personnelles (2).

Dans notre étude, les différents symptômes rapportés par les médecins interrogés mais aussi exprimés par les patientes elles-mêmes, la communication non verbale des mamans ou bien les symptômes apportés par leur entourage, sont similaires à ceux connus et reconnus des DPP. Ils correspondent à ceux que l'on retrouve dans le DSM V et la littérature est riche d'études sur les symptômes et les sentiments éprouvés par les mères lors de DPP (18).

Certains participants ont utilisé le terme de '**débordement**' pour parler du sentiment ressenti par les mamans présentant une dépression. En effet, ce débordement est le propre d'une dépression du post-partum et c'est d'ailleurs son intensité qui doit attirer l'attention. Dans ce 'guide du post-partum' à destination des professionnels de santé, est précisé que la fatigue, plainte aspécifique après un accouchement, peut avoir un retentissement émotionnel fort avec une incapacité à gérer le quotidien, et c'est ce qui peut définir le sentiment de débordement (48).

Stern, pédopsychiatre, professeur émérite et psychanalyste américain écrit, « la femme en dépression postnatale vit un échec de son "devenir-mère" aux divers niveaux de la "constellation maternelle" » (49). Si le **sentiment d'échec** est retrouvé

également parmi nos résultats, il n'en est pas moins difficile à exprimer pour les patientes. Il en est de même pour la **faible estime de soi maternelle** qui a été citée par certaines médecins interrogés dans notre étude. Cette dernière a également été identifiée comme facteur augmentant le risque de dépression post-partum dans une étude de 2021 du département de santé des Pays-Bas (50).

L'absence de sourires, le manque de lien ou d'intérêt pour leur enfant, sont des signes que plusieurs médecins remarquent lors des consultations de suivi des premiers mois du bébé. L'altération du lien mère-enfant est le premier signe évocateur de DPP, et par la suite, enjeu majeur du développement de l'enfant. La littérature est riche sur le lien mère-bébé et ses conséquences. Nous avons vu en introduction les risques d'une relation maman-bébé altérée sur le long terme et le développement de l'enfant, avec à la fois des troubles de l'ordre psychologique mais aussi somatiques (21,22). Une étude de 2008 s'intéressant à l'impact d'une DPP sur le développement cognitif du nourrisson identifie qu'un bébé exposé de façon durable et prolongée à une dépression du post-partum serait la plus délétère sur le développement cognitif de l'enfant par rapport à une dépression brève et de courte durée (51). En effet, une exposition longue ou répétée peut représenter un stress chronique pour l'enfant en bas âge, l'amenant à subir des variations des modes interactionnels avec sa mère, qui peuvent en retour, exercer une influence délétère sur son développement cognitif.

De plus, des études ont démontré que les périodes les plus à risque pour le bébé se situent entre 2 et 4 mois de vie, âge auquel les conséquences cognitives et psychologiques pour le nourrisson seront les plus significatives (52). Nous retrouvons ainsi une concordance entre la période la plus à risque pour la maman de faire une DPP qui se situe également vers le 2^{ème} mois comme on a pu le voir précédemment, et dans le même temps, celle à risque pour les nourrissons et leur développement. Ces deux résultats montrent qu'il est primordial pour les médecins généralistes de ne pas tarder dans le diagnostic d'une éventuelle DPP afin de préserver le bébé et ne pas laisser le temps à une DPP de s'installer chez la mère. Nous pouvons citer l'éminent neuropsychologue américain, Schore A.N., qui résume cela en une phrase importante : « les premières relations que les nourrissons développent avec leurs partenaires privilégiés, et principalement leur mère, sont les bases de développement d'une personnalité unique, avec ses capacités adaptatives, comme

ses vulnérabilités, et ses résistances contre les formes particulières de pathologies futures. » (50).

En revanche, certains symptômes qu'éprouvent les patientes n'ont pas été évoqués par les médecins interrogés lors des entretiens. Nous aurions pu nous attendre à des troubles alimentaires ou encore à une vision négative du corps post accouchement avec parfois des propos non gratifiants et une dévaluation de leur image. C'est ce que rapporte l'ouvrage exhaustif du 'Guide du post partum', en précisant que le ressenti des transformations corporelles constitue un symptôme au premier plan de DPP (48).

Il semble particulièrement important d'insister sur le **risque suicidaire** en post-partum. Les médecins généralistes ont rapporté leur vécu sur certaines consultations, qu'ils ont perçues comme difficiles, stressantes voire éprouvantes en raison du caractère intense et urgent que la DPP peut prendre. Ils s'accordent pour dire que l'évaluation de l'urgence et du risque suicidaire fait partie pleinement de leur rôle de médecin généraliste. Les idées suicidaires dont les médecins ont été témoins dans leurs expériences passées, sont cohérentes avec les résultats de l'enquête périnatale de 2021 préalablement citée dans notre thèse. En effet 24% des femmes présentant une dépression postnatale exprimaient des idées suicidaires à deux mois du post-partum. En avril 2024, une étude conjointe de Santé publique France et de l'Inserm, sur les morts maternelles en France de 2016 à 2018, est publiée. Les résultats montrent que le suicide est la première cause de mortalité chez les jeunes mères, devant les maladies cardiovasculaires (54).

A la suite de ce rapport de 2021 et les conclusions d'avril 2024, l'assurance maladie via la plateforme Ameli a publié une synthèse en ligne qui comprend une grille d'évaluation du risque suicidaire rappelant les 3 axes suivants : **Risques - Urgence - Dangerosité (RUD)**. Les conseils et préconisations mis en ligne permettent aux médecins d'être guidés dans leur consultation et l'évaluation de l'urgence (55).

Dans l'enquête périnatale de 2021, nous y retrouvons également une **anxiété** chez 83% de ces femmes souffrant de dépression, et celle-ci apparaît aussi souvent chez les patientes d'après les médecins interrogés au cours de notre étude (2). Se préoccuper d'une anxiété avec des répercussions invalidantes est primordial car

selon une étude anglaise de 2004, une anxiété majeure anténatale est un facteur prédictif important de dépression du post-partum à 8 semaines et 8 mois (56).

Comme nous l'avons vu dans les résultats de notre étude, un médecin soulignait le fait que **la reprise du travail** pouvait favoriser une dépression du post-partum. La temporalité interroge. En effet, le congé maternité post natal est fixé en France à 10 semaines en moyenne soit deux mois et demi après l'accouchement (57), ce qui correspond à la même période où on observe un pic de fréquence d'apparition et déclaration de DPP selon la littérature et les médecins que nous avons interrogé. C'est d'ailleurs en accord avec le travail de thèse du Dr Vergnaud Marine, plaçant la reprise du travail comme un moment charnière en terme de vulnérabilité psychologique (58). Une étude américaine de 2013 retrouvait chez des mères qui travaillaient 3 mois après la naissance de leur enfant, significativement plus de symptômes dépressifs et une auto appréciation moins bonne de leur état de santé global par rapport aux mères n'ayant pas repris le travail (59). Est-ce la reprise du travail à un moment « charnière » qui serait favorisant de DPP ou les deux ne sont-ils que coïncidence ?

A l'inverse, Patrizia Romito dans son « étude psychosociale de l'expérience de la maternité et de la dépression du post-partum » en 1990 suggérait un rôle bénéfique de la reprise du travail sur la santé des mères. En effet, un sentiment de satisfaction globale serait retrouvé par les mères, et elle définit même cette reprise du travail comme un « élément déterminant dans la résolution de la dépression » (60).

Un travail de thèse réalisé en Occitanie, portant sur le vécu de la reprise du travail par les femmes après un congé maternité, identifie une temporalité, une variabilité des effets en fonction du moment de la reprise. Si le retour au travail survient directement après le congé maternité de 10 semaines, la reprise est vécue comme précipitée avec un retentissement psychologique négatif. En revanche, si la reprise est plus tardive, cela permet au contraire à la femme de retrouver un équilibre au travers de la sociabilisation et le sentiment de réinvestir une identité propre (61). Ces résultats permettent ainsi de nuancer l'impact de la reprise du travail.

Aborder le sujet : un double enjeu pour médecins et patientes

Tous ces symptômes et facteurs prédisposants que nous avons vu posent le contexte de dépistage du médecin généraliste. Mais cela vient se heurter aux **difficultés de verbalisation** des patientes d'une part, et d'autre part au fait d'aborder le sujet par les médecins eux-mêmes. Les médecins s'accordent bien sur le sentiment de culpabilité ressenti par leurs patientes concernant le sujet encore tabou de la dépression du post-partum.

Nous nous attendions à ce que cela revienne lors des différents entretiens car cette culpabilité très forte est depuis longtemps décrite. Nous l'avions évoqué en introduction, comme explication au faible taux de diagnostic retrouvé dans les études (18). Les médecins généralistes de notre étude identifient ce **sentiment de culpabilité** comme frein au dépistage en raison du manque de verbalisation des patientes, de l'absence de consultation pour elles-mêmes et des injonctions sociétales. La thèse préalablement citée du Dr Vergnaud le souligne également : le dépistage est d'autant plus justifié que les parents se sentent souvent très culpabilisés et consultent rarement pour eux-mêmes. La psychiatre Marie Noelle Vacheron dans le podcast « Le temps du débat » de France Culture, l'évoque également lorsqu'elle parle des mères qui « *sont dans une culpabilité importante par rapport à leur enfant dont elles n'arrivent pas à s'occuper. Elles s'auto déprécient, doutent sur leurs compétences maternelles.* »(62)

Concernant le **sujet tabou** et la vision de la société imposée et intériorisée chez les femmes, le travail de thèse de Léa Malleret vient appuyer ces éléments. La naissance d'un enfant et la période postnatale est idéalisée par l'entourage avec des mères qui « *n'ont pas le droit de se plaindre, doivent se montrer heureuses aux yeux du monde extérieur et cacher leur mal-être.* » (63)

De même, la pédopsychiatre Nicole Guédeney précise bien cette singularité de la dépression du post-partum : « *il existe un paradoxe dans la situation de mère déprimée qui pourrait se résumer ainsi : elle n'a pas le droit d'être déprimée puisqu'elle est la mère d'un bébé ; mais si elle reconnaît sa dépression, alors elle ne peut être qu'une mauvaise mère pour ce bébé.* » (43)

Il est précisé dans une étude qualitative anglaise interrogeant des patientes, que les mamans sont conscientes d'occulter et taire leurs symptômes, par peur d'être

stigmatisées ou si le médecin n'a pas une attitude d'écoute par exemple. Cela est intéressant d'avoir le ressenti et vécu des patientes pour expliquer la difficulté des médecins généralistes à dépister compte tenu de cette absence de verbalisation des mères (64).

Un autre point soulevé par nos médecins interrogés et qui rejoint ce que nous venons de détailler est **le manque de soutien** des proches de la maman, avec minimisation et banalisation des symptômes. La banalisation des troubles psychiques en postpartum, à la fois par l'entourage de la patiente, la société et certains professionnels de santé, et qui sont considérés comme une réponse normale à la naissance et à la transition vers la parentalité, peuvent ainsi expliquer les freins au dépistage (65).

Du côté des médecins, des difficultés sont également présentes dans la verbalisation et notamment dans le fait **d'aborder le sujet** auprès de leur patiente. Dans son étude portant sur 103 médecins généralistes, Charline Bonnay fait un état des lieux des pratiques de repérage d'une DPP dans les Hauts-de-France et elle montre que près d'un quart n'abordait pas facilement le sujet de la DPP dans leurs consultations (66). Dans une autre, réalisée auprès de 115 médecins généralistes alsaciens en 2023, trois expliquent ne pas aborder le thème de la dépression postnatale, car il est considéré comme tabou (37).

Toutefois, cette proportion très faible peut être rassurante car la moyenne d'âge des médecins lors de l'étude est d'environ 34 ans. La majeure partie se sent concernée et aborde le sujet, cela montre donc que les mentalités tendent à changer. Dans le prolongement de cette idée, on retrouve dans la littérature et notamment dans une récente étude anglaise, le fait que certains médecins généralistes, à l'inverse, évoquent eux-mêmes le sujet ouvertement pour libérer la parole des patientes et tenter de lutter contre la stigmatisation (67).

Par ailleurs, un résultat étonnant était la différence entre la prévalence estimée de DPP dans la population générale et celle rapportée dans leur patientèle respective au travers de leurs expériences passées. Dans nos entretiens, les médecins rapportaient avoir peu d'expériences de DPP et de ne pas y être confronté souvent. Cela nous interroge donc sur le fait que si le médecin n'aborde pas le sujet, ou ne se sent pas compétent pour dépister une DPP, cela peut rendre compte des difficultés de repérage et donc la sous-estimation du problème. Il existe un décalage entre les

connaissances théoriques et les difficultés à appréhender les besoins de santé des patientes.

Des outils créés pour un dépistage facilité

Nous avons mis en évidence à travers nos résultats une **inconstance d'utilisation des outils** développés pour le dépistage d'une DPP et particulièrement de l'échelle EPDS définie en introduction. Malgré sa facilité d'utilisation, sa reproductibilité validée et les recommandations de son usage, elle n'est pas forcément utilisée parmi nos médecins interrogés. Cela se retrouve aussi dans la littérature. (34,68) Dans l'étude de Sarah Meunier, 96% des 52 médecins généralistes interrogés ne connaissaient pas l'échelle de dépistage. (12) Les travaux de thèse de Charline Bonnay et Jeanne-Paul Delvaux mettent en évidence un lien entre connaissance de cette échelle EPDS et compétence des médecins à dépister une DPP. Plus les professionnels de santé connaissent la DPP et l'échelle EPDS, plus ils sont à la recherche de symptômes dépressifs chez leurs patientes dans le contexte périnatal (66,69). Pour expliquer le faible nombre d'utilisation de l'EPDS, nous pouvons supposer, d'après les entretiens menés que cela est en raison du temps que prend l'échelle à être réalisée et des difficultés d'intégration lors de la consultation. C'est d'ailleurs ce que tendent à montrer également les travaux de thèse de Meunier et Comparet (12,70). De plus, ce qui a été surprenant dans les résultats est qu'aucun participant de notre étude n'ait parlé de compétence diagnostique d'une DPP. Or, l'échelle EPDS permettrait de poser le diagnostic de DPP si positive, mais pour autant les médecins généralistes semblent de pas se sentir capable d'affirmer un diagnostic de dépression du post-partum. Ils adressent plutôt à un psychiatre ou psychologue. On peut ainsi s'interroger sur le lien entre la réalisation ou non de l'échelle EPDS et la compétence diagnostique du médecin généraliste.

La place du médecin généraliste : du dépistage à l'adressage

Une partie importante de notre travail de thèse a été d'étudier la place et le rôle des médecins généralistes au sein du dépistage de la dépression du post-partum. Ils se perçoivent comme **interlocuteur privilégié par la relation de**

confiance souvent établie avec la patiente, par le fait d'être le médecin dit « de famille » et d'avoir un suivi dans le temps.

Nous retrouvons une concordance dans la littérature puisque Julie Pierson vient renforcer nos résultats en soulignant la relation de confiance qu'instaure le médecin généraliste (71). Elle met en évidence que le médecin généraliste, par le dialogue et posture, arrive à créer une relation plus proche et accessible avec la patiente, en comparaison avec un gynécologue-obstétricien par exemple. De plus, à travers le travail de thèse de Léa Malleret qui s'est intéressée au vécu de la DPP du point de vue des patientes, le médecin généraliste apparaît comme un pilier du diagnostic et de l'accompagnement (63). Les patientes soulignent la position du médecin généraliste comme premier recours, sa disponibilité et sa prise en charge globale selon l'étude de Lisa Meyer (72).

Notre étude vient confirmer ces résultats concernant la place importante du médecin généraliste dans le repérage des troubles psychiques en post-partum. Dans notre étude, si la plupart des médecins interrogés estimaient avoir un rôle central dans le dépistage, certains nous ont livré se sentir un peu mis de côté et ne pas être « la pierre angulaire de la dépression du post-partum ». A l'inverse, une étude américaine rapporte que plus de 90 % des médecins sur les 232 interrogés par questionnaire ont déclaré qu'il était de leur responsabilité de reconnaître la dépression maternelle (73).

Nous pouvons expliquer nos résultats divergents par l'hypothèse que cela dépend du médecin généraliste, de son expérience, de sa formation et de sa sensibilité au sujet de la DPP. En effet la relation privilégiée entre le généraliste et sa patiente constitue un élément déterminant pour les médecins qui ont la volonté d'être à l'écoute des patientes. La sensibilisation à ces troubles dépend essentiellement de leur expérience. Le repérage est décrit de manière unanime comme étant basé sur leur ressenti et leur perception selon le travail de Léa Vettier (74). De plus, notre étude est qualitative et met en évidence des vécus individuels sans chercher à avoir de tendances chiffrées, de proportions de ressentis partagés ou pas.

Un avantage certain du médecin généraliste est son **suivi souvent antérieur à la grossesse** et au post-partum. Il connaît sa patiente, son entourage, ses antécédents et son mode de vie, et cela lui confère un atout majeur dans le dépistage. Dès lors, une relation particulièrement investie avant la grossesse permettrait de renforcer le

repérage précoce des souffrances psychiques pendant la grossesse par la consultation du médecin généraliste et l'expression des difficultés. C'est ce que montre la thèse de Zoé Dagniaux sur l'importance du repérage précoce dans le dépistage d'une DPP (75).

Parmi les rôles et compétences cités par nos participants, plusieurs ont abordé le sujet de la **prescription de thérapeutiques médicamenteuses** lors d'une DPP identifiée. Dans l'étude de Léa Malleret, plusieurs mères interrogées expriment une réticence concernant la prise de traitement antidépresseur et cette mauvaise acceptabilité du traitement chez les femmes pendant la période postnatale est également décrite dans la littérature (63,64,76).

Compte tenu de ces retours de la littérature, nous aurions pu nous attendre à ce que nos participants évoquent également la réticence des patientes aux antidépresseurs, particulièrement dans le contexte du post-partum et en lien avec l'allaitement. Aucun des médecins interrogés n'en a parlé. L'allaitement, plus grand obstacle à la prise des traitements selon les patientes, n'est en réalité pas une contre-indication absolue à une prescription par le médecin. Ce dernier peut s'aider du site internet du CRAT (centre de référence des agents tératogènes) qui est une référence concernant la médication des femmes enceintes et allaitantes. Le CRAT précise bien que si le traitement est justifié, il ne faut pas hésiter à traiter efficacement une femme enceinte ou allaitante (77).

Une fois la dépression repérée, les médecins généralistes doivent intégrer leur patiente dans un certain **parcours de soins** qui n'est pas toujours bien identifié. Cet adressage et cette prise en charge secondairement au dépistage ont constitué une grande partie de nos résultats. Tous les participants évoquent l'adressage et le recours aux psychiatres, psychologues, sous réserve d'acceptation de la patiente. Il est décrit qu'une prise en charge psychologique permet de réduire significativement l'intensité des symptômes dépressifs et a également un effet positif sur l'anxiété, les relations sociales, l'adaptation à la parentalité. De plus, les séances de psychologie sont vécues comme une expérience positive par les patientes d'après une étude anglaise, recueillant l'expérience de femmes sur la gestion des symptômes dépressifs en post-partum (78). Il a été abordé dans nos résultats la problématique du financement de prise en charge psychologique pour que les femmes puissent

adhérer à l'adressage chez un psychologue sans frein financier. Or, il existe le dispositif 'Mon Soutien Psy', financé par l'Assurance Maladie et permettant jusqu'à 12 séances prises en charge depuis juin 2024 (79). Un annuaire est disponible afin de trouver un praticien proche du domicile de la patiente, néanmoins, tous les psychologues ne sont pas forcément adhérent au dispositif, et ainsi il est possible qu'il n'y ait pas de psychologue spécialisé en périnatalité dans les praticiens référencés.

De surcroît, les médecins généralistes évoquent les difficultés d'accès aux spécialistes, des délais parfois allongés ou sans disponibilité en urgence. Les résultats de la thèse de Jeanne Cote, vont dans le même sens que les nôtres. Dans cette étude de 2021 dont l'objectif était d'établir un état des lieux du dépistage des DPP en région Bourgogne, les médecins évoquent un adressage semé d'obstacles, avec les difficultés liées au manque de spécialistes ou des délais trop longs (80).

Une autre limite dans le parcours de soins des patientes et les liens ville-hôpital, est le **dialogue entre professionnels**. Un de nos participants évoquait le manque de liens et d'échanges entre la maternité et le médecin généraliste, précisément sur le vécu et l'aspect psychologique de l'accouchement.

Le travail de thèse de Manzano J. montre que le vécu de l'accouchement est un facteur de risque significatif de dépression du post-partum (81). Cela confirme donc l'intérêt d'avoir une transmission d'informations du séjour en maternité. Dans le même sens, une étude à Nantes, sur le regard croisé des sage-femmes et des médecins généralistes suivant des grossesses à bas risque retrouvait cette notion et concluait que des efforts devaient être poursuivis pour améliorer la collaboration et la communication entre les deux professions, par le biais de formations communes, de communications écrites, et par les réseaux de périnatalité (82).

Le manque de temps et l'absence de consultation dédiée au dépistage de la dépression post-partum est un élément et frein majeur rapporté par l'ensemble des médecins interrogés. A plusieurs reprises, ils soulignent le fait que cela se fait lors ou en parallèle des consultations pour le bébé, entraînant une difficulté à gérer les deux dans un temps court, limité et prévu pour l'enfant. Cela occasionne retard, difficulté d'organisation et potentiellement des répercussions sur le médecin lui-même. Il est

souvent décrit dans la littérature que c'est dans le temps des consultations de l'enfant que les mamans demandent de l'aide (78). Ce qui peut paraître étonnant est qu'aucun médecin interrogé dans notre étude n'évoque **l'entretien post natal précoce (EPNP)**, pourtant devenu obligatoire depuis 2022 comme expliqué en introduction (32). Nombreux sont les travaux qui corroborent nos résultats et montrent que cet EPNP est encore peu réalisé :

- Selon le rapport de périnatalité de 2016, seulement 28,5 % des femmes ont bénéficié de cet entretien, d'où le fait de l'avoir rendu obligatoire en 2022. (29)
- Dans la thèse de Chloé Comparet, seulement 34% des médecins généralistes déclaraient systématiquement proposer une consultation dédiée au repérage de la dépression du post-partum avec la mère et/ou les deux parents (70)
- Depuis sa mise en place en 2022, seules 7% des femmes ont bénéficié d'un EPNP selon la Caisse primaire d'assurance maladie d'Occitanie (83)

Toujours selon la thèse de Chloé Comparet, 76% des médecins généralistes déclaraient manquer de temps pour organiser une consultation dédiée et 30% mettaient en avant l'absence de rémunération spécifique. En effet, ces données sont concordantes avec les résultats d'une enquête réalisée auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France en 2022 (14), qui comme nos participants, relèvent le manque de temps et de valorisation financière.

L'entretien post natal est donc obligatoire mais aucune cotation n'a été prévue pour les médecins généralistes alors que l'entretien pré-natal en revanche possède une cotation « C 2,5 » prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Cela correspond à peu près au double du tarif d'une consultation standard, ce qui semble cohérent avec le temps préconisé de l'ENPN qui est de 45 minutes (83,84).

La thèse réalisée sur l'EPNP auprès des médecins généralistes du réseau périnatalité du Haut Rhin, a permis de montrer la valeur positive de cet entretien auprès des femmes et une valorisation du médecin généraliste comme accompagnateur de la famille (85).

Véritable outil de dépistage et de prévention, l'EPNP mérite d'être proposé à plus grande échelle, et le médecin généraliste est sans aucun doute le professionnel de santé le plus compétent pour assurer le suivi global post-natal de la femme et de son enfant. Cet EPNP permet de prendre en compte plusieurs freins émis par les

médecins interrogés. Ainsi, il s'agirait d'un temps dédié et non via la consultation du bébé, pas de risque de retard, pas d'oubli de dépistage car il s'agirait justement d'une consultation qui aurait cette visée. Nous pouvons également supposer que cela engendrerait moins de stress pour les médecins car ils n'auraient pas à « jongler » entre bébé et maman. La patiente pourrait verbaliser ses symptômes, le médecin serait concentré sur la maman, aborder le sujet serait ainsi facilité. Nous pouvons également supposer que les patientes elles-mêmes ne connaissent pas la possibilité de cet entretien. D'avantages de communication via des affiches par exemple permettraient de faire connaître cet entretien.

2. Objectif secondaire : perspectives et pistes d'amélioration du dépistage et prise en charge de la DPP

Notre objectif secondaire était de faire émerger des pistes de réflexion autour de perspectives d'amélioration sur le dépistage de la DPP en médecine générale. Une partie de nos questions lors de nos entretiens concernaient donc cela. Nous venons de terminer notre discussion des résultats principaux sur l'EPNP et les difficultés organisationnelles que cela implique auprès des médecins généralistes. En effet, les DPP souvent diagnostiquées lors des consultations pour le bébé, le médecin manque souvent de temps, et ne peut pas approfondir le sujet avec sa patiente comme il le souhaiterait. Il a été proposé par un participant de notre étude, d'effectuer une **consultation double maman-enfant**, à des âges clefs et correspondants à une période à risque de DPP. Par exemple, il est prévu une consultation obligatoire de l'enfant à 2 et 4 mois, il pourrait ainsi être intéressant d'avoir deux créneaux successifs pour la consultation de l'enfant et ensuite pour la maman. Si l'on intègre cela aux calendriers de consultation de suivi du bébé, cela permet à la maman de s'organiser et de ne venir qu'une fois au cabinet. En effet nous avons vu que cela pouvait être compliqué pour les mères de se rendre en consultation physique avec un jeune bébé et que cela pouvait constituer un frein au dépistage.

Selon la thèse de Lisa Meyer, les patientes seraient favorables à une consultation obligatoire prévue au même titre que les consultations obligatoires de l'enfant (72). Dans son étude, deux moments se démarquent et seraient bénéfiques pour ces

consultations : une première vers le premier mois post-partum, et une seconde au troisième mois, soit après le congé maternité et au début de la reprise du travail.

De plus il serait alors intéressant qu'une consultation prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie soit proposée, avec mise en place d'une cotation spécifique, pour favoriser cette consultation du post-partum, et comme c'est le cas pour les cotations des jeunes enfants (86). Selon l'enquête du réseau de périnatalité d'Occitanie, l'instruction interministérielle en lien avec la politique des 1000 premiers jours propose une montée en puissance de l'EPNP avec un taux de réalisation à 60% en 2026. Il faut ainsi que la CPAM propose une cotation 100% et dédiée s'ils veulent rentrer dans leur objectif et aider les médecins généralistes à réaliser ces entretiens (83).

Il nous a été proposé plusieurs fois lors des entretiens, la **réalisation de questionnaires**, qui pourraient d'ailleurs être réalisés en salle d'attente ou bien au domicile, avant la consultation.

Une proposition intéressante serait l'introduction dans **le carnet de santé** d'un questionnaire, court et simple, mais spécifiquement dédié à la mère et au dépistage des signes de dépression postnatale comme le suggère Léa Vettier dans sa thèse (74).

Un rapport de 2010 sur l'utilisation du carnet de santé par les professionnels de santé montre que plus de 95% des médecins généralistes le consultent et 87,5% le remplissent systématiquement (87). Ainsi le choix du questionnaire dans ce carnet est pertinent et permettrait sûrement d'améliorer le dépistage et la verbalisation des mamans.

Deux médecins proposaient dans leurs réflexions des **outils informatisés, ou questionnaires en ligne**. En effet, cela pourrait être un gain de temps et constitué un outil reproductible facilement. Il existe déjà des questionnaires et outils informatiques : nous pouvons citer le site GestaClic, sur le même système que Pediadoc, site plus connu dans le suivi de pédiatrie. GestaClic comprend plusieurs onglets pour chaque mois de suivi de grossesse, et particulièrement un onglet sur la visite postnatale comprenant la question de l'état psychologique avec une prise en charge résumée pour nous aider à dépister la DPP. Y est intégrée l'échelle EPDS également, et tout est centralisé pour que le professionnel de santé consultant

puisse être systématique et structuré dans sa consultation (88). Le site des 1000 premiers jours a lui aussi développé un outil informatique très intéressant pour notre sujet : un questionnaire en ligne, à destination des patientes pour qu'elles puissent s'auto évaluer sur les symptômes d'une dépression du post-partum (89). C'est un questionnaire pertinent, qui mérite une plus grande visibilité car d'une grande aide pour notre pratique de médecin généraliste.

Une partie de nos pistes d'amélioration concernent l'accès et les connaissances du réseau, un adressage facilité et visibilisé, ainsi que des lieux ressources pour les mamans dans le besoin. Nous évoquons dans nos résultats le fait de « **faire son réseau** », de rencontrer les professionnels du secteur, notamment si l'installation était récente, afin de mieux pouvoir adresser en connaissant les acteurs locaux. En effet, nous pouvons nous intéresser aux dispositifs de prise en charge en réseau qui existent déjà, peut-être en contactant le centre hospitalier régional, ou en consultant le site internet « <http://www.perinat-france.org> » qui propose un recensement des réseaux de prise en charge en périnatalité par région, sur l'ensemble du territoire français (90) (75). Nous pouvons également souligner l'importance des Unités Mère-Enfant (UME) ou Unité Parents-Bébé (UPB), lieu adapté et propice à la construction du lien mère-enfant par la prise en charge conjointe de maman et bébé. Ces unités donnent un cadre qui permet de s'effondrer sans mettre en danger la santé de bébé. L'objectif est de permettre aux femmes d'accomplir le travail de devenir mère dans un cadre sécurisant à travers une hospitalisation temps plein ou en hôpital de jour. Malgré leur faible nombre en France, il y a tout de même une grande capacité d'accueil dans ces unités et on peut s'attendre à une future augmentation des UPB à la suite du rapport de la Commission des 1000 premiers jours et des chiffres récents de la prévalence des DPP (91,92).

De même, un médecin interrogé évoquait **les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP)** et l'avantage de proposer des groupes locaux de soutien pour les parents. Les LAEP permettent aux mères de se sentir comprises et non jugées, avec d'autres parents vivant la même chose, et d'avoir accès à un lieu permettant également de renforcer le lien parent-enfant. Il existe une liste des LAEP locaux sur le site des

1000 premiers jours que le médecin généraliste peut consulter pour indiquer à sa patiente dans le besoin (93).

L'association nationale Maman Blues, depuis 2003, accompagne les mamans à travers les bouleversements psychiques et émotionnels qui peuvent survenir pendant ou après une grossesse. Elle est constituée principalement de mères ayant vécu une difficulté maternelle, dont la fondatrice elle-même de l'association, rejointes par des professionnels sensibilisés à la périnatalité. Le but de l'association est d'informer, soutenir et partager autour de ces maternités singulières. Il y a partout en France des **relais Maman Blues**, avec des référentes locales pouvant proposer orientation, et écoute à côté du domicile des mamans en difficultés (94). Certains centres hospitaliers utilisent d'ailleurs les coordonnées de cette association sur leur dépliant à destination des patientes pour sensibiliser sur la DPP (95).

Enfin, certains médecins ont proposé d'avoir accès à plus de formations, notamment concernant les soins proposés pour une DPP. Ils expliquent l'intérêt et l'objectif qui sont d'être systématique en maîtrisant mieux le sujet. En effet, une étude réalisée sur des pédiatres montre qu'après une formation, ces médecins avaient une meilleure connaissance des critères diagnostiques de la dépression du post-partum et étaient plus susceptibles de la dépister en pratique courante (96).

C. Perspectives de notre étude

Des progrès restent à faire en matière de dépistage des dépressions du post-partum face à une prévalence importante et touchant près d'une femme sur cinq.

Cependant, les professionnels de santé semblent de plus en plus sensibilisés à cette problématique, et volontaires pour consacrer une consultation dédiée.

Il a été évoqué dans nos entretiens la réalisation d'affiches, de flyers, de posters à destination des médecins avec la phrase clef « y penser ». Cela pourrait faire l'objet d'un travail de thèse quantitatif en effet avec l'étude de son impact sur le dépistage auprès de médecins généralistes. Plusieurs travaux dont l'étude ECOGEN, ont mis en évidence un lien entre les affiches présentes en salle d'attente et les motifs de consultation des patients en cabinet de médecine générale (100,101). Nous pourrions ainsi proposer un poster dans les salles d'attente pour inciter les femmes à

en parler lors des consultations. Cette affiche reprendrait des éléments clefs, des informations pour faciliter le dialogue avec le médecin et des coordonnées d'associations locales. Cela pourrait également être étudié en Occitanie du côté des patientes.

Beaucoup de travaux portent un intérêt aux freins au dépistage, aux difficultés rencontrées en pratique et aux facteurs prédisposants à une dépression du post-partum, à la fois du point de vue des médecins mais aussi de celui des patientes (102). Il pourrait être novateur et enrichissant de s'intéresser à l'inverse à l'environnement facilitant des mères en postpartum. Nous avons vu dans notre discussion que la reprise du travail pouvait être bénéfique à certaines mères. Nous pouvons supposer qu'il existe d'autres éléments positifs au bien-être physique et psychiques des mamans, et ainsi nous demander quels sont les déterminants d'un post-partum bien vécu pour les mères.

D'autre part, les médecins généralistes, en tant qu'acteurs dans le champ de la périnatalité, jouent un rôle dans le soutien à la parentalité et d'inclusion du père dans les consultations de suivi de l'enfant notamment. Nous pouvons citer le travail de thèse de Sarah Briand, datant de 2024, concernant l'engagement paternel et ses répercussions à la fois sur la santé des mères, la santé de l'enfant mais aussi du père lui-même (103). Dans cette démarche de promotion d'une parentalité équilibrée, nous pouvons nous interroger sur les dépressions du post-partum des pères, ou du co-parent dans des familles homoparentales. S'intéresser aux pères et à leur moral, permet de rechercher une posture de soutien auprès des mamans et de l'enfant, afin d'avoir un meilleur accompagnement au post-partum. D'autre part, les pères eux-mêmes peuvent être sujets à une DPP, et tout comme les mamans il est primordial de le dépister tôt afin qu'il n'y ait pas de répercussions sur la famille. Estimée à 10%, la DPP paternelle est encore peu étudiée et méconnue. L'étude d'Aurélié Nakamura montre que le soutien social de la part du conjoint est associé à une diminution de la probabilité de la dépression post-partum maternelle, paternelle et conjointe. Cela souligne l'importance d'inclure davantage le co-parent dans la préparation à l'arrivée de l'enfant et à leur futur rôle de père/mère, dès le début de la grossesse (104). Ainsi une question est soulevée : les médecins généralistes s'interrogent-ils sur les signes d'une dépression du post-partum paternelle ?

V. CONCLUSION

Actuellement peu diagnostiquée, avec une prévalence suffisamment importante pour alerter, la dépression du post-partum mérite une attention particulière en médecine générale. Nous avons ainsi cherché à explorer le rôle des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la dépression du post-partum.

Le travail réalisé nous a montré les difficultés de cette pathologie, par l'intensité des symptômes décrits chez les patientes et les multiples retentissements sur la sphère personnelle, familiale, sociale, professionnelle. Elle se distingue d'un syndrome dépressif par son occurrence dans un autre contexte, par sa survenue dans une période postnatale elle-même riche en bouleversements physiques, émotionnels et identitaires, perçue socialement comme source de bonheur et d'accomplissement. Ces spécificités rendent la verbalisation d'autant plus difficile par les patientes confrontées au tabou de la dépression postnatale et à des préoccupations souvent centrées sur leur bébé. Le médecin généraliste, professionnel de premiers recours, instaurant la confiance par une place privilégiée dans le suivi de ses patientes, se heurte tout de même à plusieurs obstacles dans son rôle de dépistage et sa prise en charge des DPP. Les facteurs de risque à la survenue d'une telle dépression tels que l'isolement, le contexte socio-économiques ou encore les antécédents sont connus et retrouvés dans notre étude. Mais elle peut aussi survenir malgré des conditions favorables, ce qui rend important son dépistage à chaque consultation. « Y penser » avant tout, et rendre le dépistage systématique, constituent des éléments primordiaux énoncés par les médecins généralistes. La particularité des consultations en médecine générale ne facilite pas le dépistage : temps court, consultation chronophage et manque de valorisation d'une consultation dédiée. Évaluer l'urgence et se confronter à ces dépressions singulières peuvent instaurer un vécu difficile de ces consultations chez le médecin.

Dans le contexte actuel avec les problématiques d'accès aux soins, il persiste un manque de lien entre hôpital et ville, entre professionnels, et une absence de structure dédiée, rendant l'adressage et la prise en charge complexes pour le médecin.

Néanmoins, des outils se développent et une sensibilisation tend à se faire à la fois chez les professionnels de santé comme chez les patientes. Plusieurs propositions ont émergé de cette étude pour améliorer le dépistage et optimiser le parcours de soins : il paraît important et nécessaire d'être systématique dans l'interrogatoire afin d'aborder le sujet, en s'aidant d'outils informatiques ou questionnaires. Il pourrait être utile de communiquer autour de la DPP à travers le carnet de santé de l'enfant puisque la majeure partie du dépistage se fait lors des consultations obligatoires de suivi. Toutes les pistes et perspectives répondent au même objectif : rendre visible les réseaux afin de mieux adresser, s'adapter aux patientes en composant avec les conditions de consultations et les réalités de terrain de l'exercice de la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dr Raynaud A., psychiatre à Bordeaux. Podcast « lien d'attachement et impact sur le post partum ». La Matrescence, 28 janvier 2022.
2. Cinelli Hélène, Lelong Nathalie, Le Ray Camille, Demiguel Virginie, Lebreton Élodie, Deroyon Thomas. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. 2022 oct p. 297. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
3. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. 2020. Rapport de la commission des 1000 premiers jours de l'enfant « Là où tout commence ». Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/>
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations de l'OMS concernant les soins maternels et néonataux pour une expérience positive de la période postnatale : résumé analytique. 2022 mars.
5. AGBOKOU Catherine. Dépressions maternelles pré et post-natales. In: Confrontations Psychiatriques - Périnatalité N°50. Sanofi. 2011.
6. Julie S. Moldenhauer. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2024. Dépression du post partum. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs>
7. Tebeka S. Troubles psychiatriques en période périnatale : facteurs environnementaux et génétiques [Internet] [phdthesis]. Université Paris Cité; 2021. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-04527226>
8. Collège national des universitaires en psychiatrie. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum, Référentiel de psychiatrie et addictologie. In 2016.
9. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T.,. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005;106:1071-1083.
10. 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;
11. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. In 2005.
12. 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. 18 oct 2012;96.

13. Bompard Mélanie, Dirigé par Arbousset, Anne-Laure. Le dépistage de la dépression du post-partum par les sages-femmes libérales. [Ecole de sages-femmes de Nîmes]: Université Montpellier - Nîmes; 2019.
14. Bonnay C. État 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. 16 déc 2022;71.
15. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res.* 2014;215(2): p. 341-346.
16. 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.
17. INPES. Fiche action N°16 : Troubles émotionnels et psychiques des mères en post partum [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.perinatalite-occitanie.fr/usagers/apres-la-naissance/depression-du-post-partum>
18. Abi-Khalil A. La dépression post-natale en médecine générale : revue de la littérature, état des lieux des pratiques et des connaissances en Alsace. Thèse présentée pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Diplôme d'État mention D.E.S. médecine générale. Benjamin Dahan, éditeur. 30 juin 2023; Disponible sur: <https://ecrin.app.unistra.fr/search/notice/view/ecrin-ori-352864>
19. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 oct 2007;36(6):549-61.
20. Bydlowski M RDA. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité : la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspect Psychiatr.* 1978;4:321-328.
21. Barth Marion. La prévention précoce en santé mentale périnatale : un projet local pour des enjeux nationaux, Thèse d'exercice pour le DES de psychiatrie. Université de Strasbourg; 2019.
22. Manzano J., Righetti-Veltema M. & Conne Perreard E. « Le syndrome de dépression du prépartum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum ». *Psychiatr L'enfant.* 1997;40(2), 533-52.
23. Vacheron MN, Tessier V, Chiesa-Dubruille C, Deneux-Tharaux C. Mortalité maternelle par suicide et autres causes psychiatriques en France 2016–2018. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 avr 2024;52(4):210-20.
24. WONCA Europe. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
25. ONDPS/LABERS. « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les

enjeux des relations entre des métiers en tension » Rapport de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, et du laboratoire d'études et de recherche en sociologie. 2021 mai.

26. Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2007;55(3):222-7.

27. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 31 juill 2007;7:188.

28. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les référentiels métiers [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/cabinet-carriere/referentiels-metiers>

29. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 oct. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

30. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2016 oct. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du>

31. Légifrance. Article 86 - LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553544

32. Ameli.fr. Prévention des dépressions post-partum : un entretien postnatal précoce est obligatoire. 2022.

33. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*. juin 2005;8(2):89-95.

34. 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.

35. 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.

36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION. Arrêté du 27 février 2023 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « RéPAP :

Référent Parcours Périnatalité ».

37. Hanol Emilie. Etat des lieux du dépistage de la dépression post-partum auprès des médecins généralistes d'Alsace chez les patientes lors de la première année suivant l'accouchement. [Faculté de Médecine]: Université de Strasbourg; 2023.
38. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : ' « d'acteur à interdépendance ». Rev Exerc. oct 2009;(87):74-9.
39. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. janv 2008;19(84):142-5.
40. Letrilliart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer Rev Fr Médecine Générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009;20(88):106-12.
41. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
42. American Psychiatric Association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduit par Crocq MA. Et Guelfi J.D. EM ; 2015. P200-230.
43. Guédeney N, Jeammet P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. Devenir. 2001;13(3):51-64.
44. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry J Ment Sci. juill 1993;163:27-31.
45. Holt WJ. The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale. N Z Med J. 1995;108(994) 57-59.
46. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 2004;26(4):289-95.
47. Bales M. Difficultés psychologiques périnatales : facteurs de risque et développement d'un modèle multifactoriel en population générale. Résultats de l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE) [Internet] [phdthesis]. Université de Bordeaux; 2015. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01274059>
48. Office de la Naissance et de l'Enfance, et, du Groupement des Gynécologues de Langue Française, de Belgique. Guide du post partum. 2016;
49. Stern D. La constellation maternelle, Calmann-Levy. 1997.

50. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord.* 1 mai 2021;286:158-65.
51. Sutter-Dallay AL, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans. *Devenir.* 14 mars 2008;20(1):47-63.
52. POINSO F, SAMUELIAN JC, DELZENNE V, HUIART L, SPARROW J, RUFO M. Dépressions du post-partum : Délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *Dépress Post-Partum Délimitation Un Groupe À Haut Risque Dès Matern Éval Prospect Relat Mère-Bébé.* 2001;44(2):379-413.
53. Schore AN. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development.* New York: Routledge; 2015. 752 p.
54. SPF I. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018 [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
55. Ameli.fr. Dépression post-partum, Maternité et périnatalité. 2024.
56. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* mai 2004;80(1):65-73.
57. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Congé de maternité d'une salariée du secteur privé [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2265>
58. Vergnaud M. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde. 26 nov 2018;142.
59. Chatterji P, Markowitz S, Brooks-Gunn J. Effects of early maternal employment on maternal health and well-being. *J Popul Econ.* 1 janv 2013;26(1):285-301.
60. Patrizia Romito. Lausanne et Paris. Delachaux & Niestlé. La naissance du premier enfant. Etude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum. In 1990.
61. Ghlis N. Vécu de la reprise du travail par les femmes après un congé de maternité : étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de

Montpellier. Faculté de médecine; 2023. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04342101>

62. Post-partum : la santé mentale des mères est-elle prise au sérieux ? Le temps du débat. France inter. 2024.

63. Malleret L. Vécu de la dépression du post-partum du point de vue des patientes: étude qualitative par approche phénoménologique. Université Paris Cité, Faculté de Santé UFR de Médecine, 2024.

64. Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes L, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. BMC Fam Pract. 21 janv 2009;10:7.

65. Noonan M, Doody O, Jomeen J, O'Regan A, Galvin R. Family physicians perceived role in perinatal mental health: an integrative review. BMC Fam Pract. 8 sept 2018;19(1):154.

66. Bonnay C. État 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. 16 déc 2022;71.

67. Sriranjani AN, Abrams R, Wong G, Park S. Towards an understanding of GPs' viewpoint on diagnosing postnatal depression in general practice: a small-scale realist evaluation. Prim Health Care Res Dev. 9 oct 2020;21:e42.

68. Branquinho M, Shakeel N, Horsch A, Fonseca A. Frontline health professionals' perinatal depression literacy: A systematic review. Midwifery. Août 2022;111:103365.

69. Paul-Delvaux J. Dépistage de la dépression du péri partum par les internes de PACA et d'Occitanie concernés par la périnatalité: fréquence et habitudes. Université Montpellier - Nîmes; 2023.

70. Comparet C. Évaluation de l'évolution du rôle et de l'implication des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté dans le repérage de la dépression du post-partum depuis la création du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce [Thèse d'exercice]. [Juillet 2022]: Université de Bourgogne, UFR des sciences de santé de Dijon;

71. Pierson Julie. Que vivent les femmes lors d'un examen gynécologique ? Une étude qualitative auprès de 17 femmes de la région Grand Est. [Faculté de Médecine]: Université de Strasbourg; 2020.

72. Meyer Lisa. Quelle est la place des médecins généralistes dans la prise en charge des femmes en post-partum ? Une étude qualitative auprès de 10 femmes dans le Bas-Rhin. Université de Strasbourg; 2022.

73. Leiferman JA, Dauber SE, Heisler K, Paulson JF. Primary care physicians' beliefs and practices toward maternal depression. J Womens Health 2002. sept

2008;17(7):1143-50.

74. Vettier L. Repérage et prise en charge des troubles psychiques maternels par les médecins généralistes lors des consultations de suivi des nourrissons : étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [2023, France]: Université de Rennes; 2023

75. Dagniaux Z. Repérage précoce et suivi de la souffrance psychique pendant la période périnatale: vécu des patientes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015. Disponible sur: <https://ged.scdi-montpellier.fr/florabium45/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2015MONT1065>

76. Chabrol H, Teissedre F, Armitage J, Danel M, Walburg V. Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *J Reprod Infant Psychol.* 2004;22(1):5-12.

77. CRAT L. Antidépresseurs – Allaitement – Le CRAT [Internet]. 2021. Disponible sur: <http://www.lecrat.fr/3964/>

78. Slade P, Morrell CJ, Rigby A, Ricci K, Spittlehouse J, Brugh TS. Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* nov 2010;60(580):e440-448.

79. Ameli.fr. Remboursement de séances chez le psychologue : dispositif Mon soutien psy [Internet]. 2024 [cité 2 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/remboursement-seance-psychologue-mon-soutien-psy>

80. Cote J. État des lieux du dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale en Bourgogne-Franche-Comté. Université de Bourgogne, UFR des sciences de santé de Dijon;

81. Manzano J. L'identification des facteurs de risque pour une dépression postpartum. *Med Hyg.* 13 févr 2002;2379:346-50.

82. Bergeron C. Échange de regards entre les médecins généralistes et les sage-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ? [Internet]. Université de Nantes; 2012. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=780f4f91-c4f7-4fec-bc94-ea36a22855a9>

83. Réseau Périnatalité Occitanie. Enquête entretien postnatal précoce (EPNP) Enquête réalisée du 29/08/2023 au 20/09/2023. 2023.

84. Geneviève Richard. Faites-vous des EPP sans le savoir? L'entretien prénatal précoce est mal connu. – Fédération des Médecins de France. 21 févr 2024;

85. Defaux P. Bilan de trois ans d'entretien postnatal précoce au sein du réseau de périnatalité Thur-Doller : analyse qualitative du vécu des professionnels et des familles [Thèse de Médecine]. Université de Strasbourg; 2014.

86. MGFRANCE. La CNAM impose de nouvelles cotations pour les examens des

jeunes enfants - MG France. 2024

87. Cemka Eval D. Evaluation du carnet de santé n°Cerfa 12593*01 (modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006). Evaluation réalisée pour la DGS. Rapport final. 2010 juill.
88. GESTACLIC - Visite post-natale [Internet]. Disponible sur: <https://gestaclic.fr/visite-post-natale.html>
89. 1000 premiers jours. Futurs parents, parents, évaluez votre bien-être émotionnel en quelques minutes [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://nos1000jours-blues-epds-widget.fabrique.social.gouv.fr/?source=1000-premiers-jours>
90. Trouver la bonne adresse | Périnatalité en France : Grossesse, Bébé, Naissance [Internet]. Disponible sur: <https://perinat-france.org/carte>
91. Mamans Blues. Les unités mère-enfant : Tout Savoir [Internet]. <https://www.maman-blues.fr/>. Disponible sur: <https://www.maman-blues.fr/unite-mere-enfant/>
92. Société Marcé Francophone. Unités mère-enfant [Internet]. Disponible sur: <https://societemarcefrancophone.fr/unites-mere-enfant/>
93. 1000 Premiers Jours [Internet]. Les lieux d'accueil parent-enfant. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-lieux-daccueil-parent-enfant>
94. La carte des référentes | Association Maman Blues [Internet]. <https://www.maman-blues.fr/>. Disponible sur: <https://www.maman-blues.fr/carte-annuaire-referentes-relais-maman-blues/>
95. [depliant-depression-post-partum.pdf](https://www.ch-esquirol-limoges.fr/wp-content/uploads/2023/06/depliant-depression-post-partum.pdf) [Internet]. Disponible sur: <https://www.ch-esquirol-limoges.fr/wp-content/uploads/2023/06/depliant-depression-post-partum.pdf>
96. Miao Yu, McClain Sampson. Pediatrician attitudes and practices regarding postpartum depression screening: Training and interprofessional collaboration needed. J Interprofessional Educ Pract. juin 2019;15:1-4.
97. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2024. Publication de l'atlas de la démographie médicale. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale>
98. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative.
99. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique: étude chez 126 patientes. 2018;

100. Lechevallier P. Suivi gynécologique par le médecin généraliste : influence d'une campagne d'information par affiche sur la disposition des femmes de l'Hérault à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste. 21 nov 2019;88.

101. Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? [Faculté de médecine Jacques Lisfranc;]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne); 2013.

102. Gratiot M. Repérage des leviers de prévention et de prise en charge de la dépression du post-partum chez les femmes médecins exerçant en libéral : une étude qualitative originale sur l'interprétation d'expériences individuelles. 13 oct 2021;74.

103. Briand S. La place du médecin généraliste dans l'engagement paternel. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la région Occitanie. Université Montpellier - Nîmes; 2024.

104. Nakamura A. Le rôle du soutien social pendant la grossesse dans les inégalités sociales vis-à-vis de la dépression postpartum parentale. 2020;

ANNEXES

Annexe 1 : Échelle EPDS

Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale EPDS (Français)

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui:

Pendant la semaine qui vient de s'écouler ...	points
1. ... j'ai pu rire et prendre les choses du bon côté	
☐ Aussi souvent que d'habitude.....	0
☐ Pas tout-à-fait autant.....	1
☐ vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci.....	2
☐ absolument pas.....	3
2. ... je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir	
☐ autant que d'habitude.....	0
☐ plutôt moins que d'habitude.....	1
☐ vraiment moins que d'habitude.....	2
☐ pratiquement pas.....	3
3. ... je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal	
☐ oui, la plupart du temps.....	3
☐ oui, parfois.....	2
☐ pas très souvent.....	1
☐ non, jamais.....	0
4. ... je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs	
☐ non, pas du tout.....	0
☐ presque jamais.....	1
☐ oui, parfois.....	2
☐ oui, très souvent.....	3
5. ... je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons	
☐ oui, vraiment souvent.....	3
☐ oui, parfois.....	2
☐ non, pas très souvent.....	1
☐ non, pas du tout.....	0
6. ... j'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements	
☐ oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.....	3
☐ oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.....	2
☐ non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.....	1
☐ non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.....	0
7. ... je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil	
☐ oui, la plupart du temps.....	3
☐ oui, parfois.....	2
☐ pas très souvent.....	1
☐ non, pas du tout.....	0
8. ... je me suis sentie triste ou peu heureuse	
☐ Oui, la plupart du temps.....	3
☐ Oui, très souvent.....	2
☐ Pas très souvent.....	1
☐ Non, pas du tout.....	0
9. ... je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré	
☐ oui, la plupart du temps.....	3
☐ oui, très souvent.....	2
☐ seulement de temps en temps.....	1
☐ Non, jamais.....	0
10. ... il m'est arrivé de penser à me faire du mal	
☐ oui, très souvent.....	3
☐ parfois.....	2
☐ presque jamais.....	1
☐ jamais.....	0

Comptez les points. Si vous avez un total de 10 points ou plus, contactez un/une spécialiste pour poser un diagnostic.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de répondre à cet entretien. Je suis interne en 3ème année de DES de médecine générale à la faculté de Montpellier. Je réalise une thèse dont l'objectif principal est d'explorer le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et dépistage de la dépression du post-partum en Occitanie. J'aimerais également recueillir les perspectives d'amélioration possibles et cela constitue mon objectif secondaire. C'est une étude qualitative avec pour méthode de recueil de données, des entretiens semi directifs auprès de plusieurs médecins généralistes en Occitanie. Je tiens à préciser que cet entretien, bien qu'enregistré, restera anonyme, vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyses. Ce qui est important c'est de bien comprendre votre point de vue et je vous invite à répondre le plus librement possible et en prenant bien le temps dont vous auriez besoin. L'entretien a pour but de recueillir votre expérience, il n'y a pas de jugement de votre pratique mais le but est d'analyser justement les facteurs favorisant et limitant du dépistage de la dépression du post-partum, afin d'en améliorer sa prise en charge. Si vous le souhaitez, une fois le travail de thèse terminé je pourrais vous faire parvenir les conclusions de cette étude.

Questionnaire :

A propos du médecin généraliste :

- Sexe
- Age
- Années de pratique
- Lieu d'exercice : milieu rural/urbain
- Mode d'exercice
- Avez-vous une formation particulière en santé de la femme ? (*Oui / Non, si oui FMC / revue médicale / internet / congrès*)

1) Tout d'abord, quand on vous parle de dépression du post partum, qu'est-ce que cela vous évoque ?

- *Définition, donner quelques indications*

2) Pourriez-vous en prenant bien votre temps, me raconter une consultation où il a été question de dépression du post partum ?

- *Que s'est-il passé ou dans quelles circonstances ? Y'a t'il des situations qui s'y prêtent plus que d'autres ?*
- *Quel a été votre ressenti ?*
- *Conséquences pour le patient ?*

3) Pouvez-vous me parler des différentes étapes de dépistage et du parcours de soin au cours d'une dépression du post partum autour de votre lieu d'exercice ?

- *Quels outils utilisez-vous dans votre pratique ?*
- *Avec quels professionnels de santé travaillez-vous dans le cadre de la DPP ?
Si je vous parle de structures ou de réseaux ?*

4) Comment considérez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans le dépistage de la DPP ?

5) Que pensez-vous de la prise en charge actuelle des dépressions du post partum en médecine générale ?

- Comment pensez-vous qu'elle puisse être améliorée ?

6) Que pensez-vous pouvoir mettre en place à titre personnel pour améliorer le dépistage cette prise en charge et en particulier pour améliorer le suivi en post partum ? Quels sont vos atouts, lacunes et vos besoins pour optimiser ce parcours de soin ?

- Arrivez-vous à en parler spontanément avec les patientes ?

Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas évoqué ?

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum par les médecins généralistes en Occitanie : rôle actuel et perspectives

Screening and medical care of postpartum depression by general practitioners in Occitanie : current role and perspectives

Introduction : Identifiée comme étant le trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent dans l'année suivant l'accouchement, la dépression du post-partum ne serait en revanche diagnostiquée que près d'une fois sur deux. Avec des conséquences potentiellement graves pour la femme, l'entourage, l'enfant et les liens affectifs qui se construisent, il est important de repérer au plus tôt les symptômes de cette pathologie. Notre objectif principal est d'explorer le rôle des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la dépression du post-partum en Occitanie. Déterminer les perspectives et axes d'amélioration du dépistage de la dépression du post-partum constitue l'objectif secondaire.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en Occitanie. Analyse thématique des verbatims jusqu'à saturation des données.

Résultats : 9 entretiens ont été réalisés. Notre étude confirme le rôle central et la place privilégiée du médecin généraliste dans le repérage d'une dépression du post-partum. Il instaure confiance par sa proximité avec la patiente et son entourage. Il est confronté en revanche à plusieurs freins au dépistage, et la prise en charge des dépressions du post-partum n'est pas aisée. L'absence de verbalisation des mères en lien avec un fort sentiment de culpabilité et injonctions sociétales, se heurte aux difficultés propres à la médecine générale : un temps court de consultation et un temps d'échange dédié peu valorisé. Les outils déjà existants aidant au dépistage sont peu utilisés et le parcours de soin paraît peu visible. L'adressage reste compliqué avec un manque de lien et de communication entre acteurs du réseau, sans compter avec le contexte actuel du système de soins. Toutefois, la sensibilisation à la dépression du post-partum et le développement de réseau pour les médecins est indispensable pour les aider dans leur rôle.

Conclusion : En intégrant des outils dans le carnet de santé de l'enfant ou bien dans leur logiciel, les médecins généralistes peuvent voir leurs conditions de dépistage facilitées. Une double consultation obligatoire mère-enfant offrirait une occasion au médecin d'être systématique tout en valorisant un temps d'échange dédié. Renforcer les liens entre acteurs du réseau constitue un autre enjeu important.

Mots clés : dépression du post-partum (postpartum depression), dépistage (screening), rôle du médecin généraliste, (general practitioner role), étude qualitative (qualitative study)

Spécialité : Médecine générale – Université de Montpellier – Faculté de médecine Montpellier-Nîmes