



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2021**

**N°**

**Etat des lieux du dépistage de la dépression du post-partum en  
médecine générale en Bourgogne-Franche-Comté**

**THESE**

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 10/11/2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme CÔTE Jeanne

Née le 01/03/1989

à BESANCON

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2021**

**N°**

**Etat des lieux du dépistage de la dépression du post-partum en  
médecine générale en Bourgogne-Franche-Comté**

**THESE**

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 10/11/2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme CÔTE Jeanne

Née le 01/03/1989

à BESANCON

**Doyen :**  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|     |                 |                          | Discipline  |
|-----|-----------------|--------------------------|---|
| M.  | Jean-Louis      | <b>ALBERINI</b>          | Biophysiques et médecine nucléaire                |
| M.  | Sylvain         | <b>AUDIA</b>             | Médecine interne                                  |
| M.  | Marc            | <b>BARDOU</b>            | Pharmacologie clinique                            |
| M.  | Jean-Noël       | <b>BASTIE</b>            | Hématologie - transfusion                         |
| M.  | Emmanuel        | <b>BAULOT</b>            | Chirurgie orthopédique et traumatologie           |
| M.  | Christophe      | <b>BEDANE</b>            | Dermato-vénéréologie                              |
| M.  | Yannick         | <b>BEJOT</b>             | Neurologie  |
| Mme | Christine       | <b>BINQUET</b>           | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M.  | Philippe        | <b>BONNIAUD</b>          | Pneumologie                                       |
| M.  | Alain           | <b>BONNIN</b>            | Parasitologie et mycologie                        |
| M.  | Bernard         | <b>BONNOTTE</b>          | Immunologie                                       |
| M.  | Olivier         | <b>BOUCHOT</b>           | Chirurgie cardiovasculaire et thoracique          |
| M.  | Belaid          | <b>BOUEMAD</b>           | Anesthésiologie - réanimation chirurgicale        |
| M.  | Alexis          | <b>BOZORG-GRAYELI</b>    | Oto-Rhino-Laryngologie                            |
| Mme | Marie-Claude    | <b>BRINDISI</b>          | Nutrition   |
| M.  | Alain           | <b>BRON</b>              | Ophthalmologie                                    |
| Mme | Mary            | <b>CALLANAN (WILSON)</b> | Hématologie type biologique                       |
| M.  | Patrick         | <b>CALLIER</b>           | Génétique   |
| Mme | Catherine       | <b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>  | Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière   |
| M.  | Pierre-Emmanuel | <b>CHARLES</b>           | Réanimation                                       |
| M.  | Jean-Christophe | <b>CHAUVET-GELINIER</b>  | Psychiatrie d'adultes, Addictologie               |
| M.  | Nicolas         | <b>CHEYNEL</b>           | Anatomie  |
| M.  | Alexandre       | <b>COCHET</b>            | Biophysique et médecine nucléaire                 |
| M.  | Luc             | <b>CORMIER</b>           | Urologie  |
| M.  | Yves            | <b>COTTIN</b>            | Cardiologie                                       |
| M.  | Charles         | <b>COUTANT</b>           | Gynécologie-obstétrique                           |
| M.  | Gilles          | <b>CREHANGE</b>          | Oncologie-radiothérapie                           |
| Mme | Catherine       | <b>CREUZOT-GARCHER</b>   | Ophthalmologie                                    |
| M.  | Frédéric        | <b>DALLE</b>             | Parasitologie et mycologie                        |
| M.  | Alexis          | <b>DE ROUGEMONT</b>      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière    |
| M.  | Hervé           | <b>DEVILLIERS</b>        | Médecine interne                                  |
| Mme | Laurence        | <b>DUVILLARD</b>         | Biochimie et biologie moléculaire                 |
| M.  | Olivier         | <b>FACY</b>              | Chirurgie générale                                |
| Mme | Laurence        | <b>FAIVRE-OLIVIER</b>    | Génétique médicale                                |
| Mme | Patricia        | <b>FAUQUE</b>            | Biologie et Médecine du Développement             |
| Mme | Irène           | <b>FRANCOIS-PURSELL</b>  | Médecine légale et droit de la santé              |
| Mme | Marjolaine      | <b>GEORGES</b>           | Pneumologie                                       |
| M.  | François        | <b>GHIRINGHELLI</b>      | Cancérologie                                      |
| M.  | Pierre Grégoire | <b>GUINOT</b>            | Anesthésiologie – réanimation chirurgicale        |
| M.  | Frédéric        | <b>HUET</b>              | Pédiatrie   |
| Mme | Agnès           | <b>JACQUIN</b>           | Physiologie                                       |
| M.  | Pierre          | <b>JOUANNY</b>           | Gériatrie   |
| M.  | Philippe        | <b>KADHEL</b>            | Gynécologie-obstétrique                           |
| M.  | Sylvain         | <b>LADOIRE</b>           | Histologie  |
| M.  | Gabriel         | <b>LAURENT</b>           | Cardiologie                                       |
| M.  | Côme            | <b>LEPAGE</b>            | Hépatogastroentérologie                           |
| M.  | Romaric         | <b>LOFFROY</b>           | Radiologie et imagerie médicale                   |
| M.  | Luc             | <b>LORGIS</b>            | Cardiologie                                       |

|  |                  |                        |  |
|--|------------------|------------------------|--|
| M.   | Jean-Francis     | <b>MAILLEFERT</b>      | Rhumatologie                                     |
| M.   | Cyriaque Patrick | <b>MANCKOUNDIA</b>     | Gériatrie  |
| M.   | Sylvain          | <b>MANFREDI</b>        | Hépatogastroentérologie                          |
| M.   | Laurent          | <b>MARTIN</b>          | Anatomie et cytologie pathologiques              |
| M.   | David            | <b>MASSON</b>          | Biochimie et biologie moléculaire                |
| M.   | Marc             | <b>MAYNADIÉ</b>        | Hématologie – transfusion                        |
| M.   | Marco            | <b>MIDULLA</b>         | Radiologie et imagerie médicale                  |
| M.   | Thibault         | <b>MOREAU</b>          | Neurologie                                       |
| Mme  | Christiane       | <b>MOUSSON</b>         | Néphrologie                                      |
| M.   | Paul             | <b>ORNETTI</b>         | Rhumatologie                                     |
| M.   | Pablo            | <b>ORTEGA-DEBALLON</b> | Chirurgie Générale                               |
| M.   | Pierre Benoit    | <b>PAGES</b>           | Chirurgie thoracique et vasculaire               |
| M.   | Jean-Michel      | <b>PETIT</b>           | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M.   | Christophe       | <b>PHILIPPE</b>        | Génétique  |
| M.   | Lionel           | <b>PIROTH</b>          | Maladies infectieuses                            |
| Mme  | Catherine        | <b>QUANTIN</b>         | Biostatistiques, informatique médicale           |
| M.   | Jean-Pierre      | <b>QUENOT</b>          | Réanimation                                      |
| M.   | Patrick          | <b>RAY</b>             | Médecine d'urgence                               |
| M.   | Patrick          | <b>RAT</b>             | Chirurgie générale                               |
| M.   | Jean-Michel      | <b>REBIBOU</b>         | Néphrologie                                      |
| M.   | Frédéric         | <b>RICOLFI</b>         | Radiologie et imagerie médicale                  |
| M.   | Paul             | <b>SAGOT</b>           | Gynécologie-obstétrique                          |
| M  | Maxime           | <b>SAMSON</b>          | Médecine interne                                 |
| M.   | Emmanuel         | <b>SAPIN</b>           | Chirurgie Infantile                              |
| M.   | Emmanuel         | <b>SIMON</b>           | Gynécologie-obstétrique                          |
| M.   | Éric             | <b>STEINMETZ</b>       | Chirurgie vasculaire                             |
| Mme  | Christel         | <b>THAUVIN</b>         | Génétique  |
| M.   | Benoit           | <b>TROJAK</b>          | Psychiatrie d'adultes ; addictologie             |
| M.   | Pierre           | <b>VABRES</b>          | Dermato-vénéréologie                             |
| (Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023) |                  |                        |  |
| M.   | Bruno            | <b>VERGÈS</b>          | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M.   | Narcisse         | <b>ZWETYENGA</b>       | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie        |

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

|   |                |                       | <b>Discipline Universitaire</b>         |
|---|----------------|-----------------------|---|
| Mme   | Lucie          | <b>AMOUREUX BOYER</b> | Bactériologie                           |
| Mme   | Louise         | <b>BASMACIYAN</b>     | Parasitologie-mycologie                 |
| Mme   | Shaliha        | <b>BECHOUA</b>        | Biologie et médecine du développement   |
| (Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021) |                |                       |   |
| M.  | Mathieu        | <b>BLOT</b>           | Maladies infectieuses                   |
| M.  | Benjamin       | <b>BOUILLET</b>       | Endocrinologie                          |
| Mme   | Marie-Lorraine | <b>CHRETIEN</b>       | Hématologie                             |
| Mme   | Vanessa        | <b>COTTET</b>         | Nutrition                               |
| M.  | Damien         | <b>DENIMAL</b>        | Biochimie et biologie moléculaire       |
| M.  | Valentin       | <b>DERANGERE</b>      | Histologie                              |
| Mme   | Ségolène       | <b>GAMBERT</b>        | Biochimie et biologie moléculaire       |
| Mme   | Françoise      | <b>GOIRAND</b>        | Pharmacologie fondamentale              |
| M.  | Charles        | <b>GUENANCIA</b>      | Physiologie                             |
| M.  | Alain          | <b>LALANDE</b>        | Biophysique et médecine nucléaire       |
| Mme   | Stéphanie      | <b>LEMAIRE-EWING</b>  | Biochimie et biologie moléculaire       |
| Mme   | Anne-Sophie    | <b>MARIET</b>         | Biostatistiques, informatique médicale  |
| M.  | Pierre         | <b>MARTZ</b>          | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M.  | Thomas         | <b>MOUILLOT</b>       | Physiologie                             |
| M.  | Alain          | <b>PUTOT</b>          | Gériatrie                               |
| Mme   | Claire         | <b>TINEL</b>          | Néphrologie                             |
| M.  | Antonio        | <b>VITOBELLO</b>      | Génétique                               |
| M.  | Paul-Mickaël   | <b>WALKER</b>         | Biophysique et médecine nucléaire       |

## PROFESSEURS EMERITES

|    |               |                     |                            |
|----|---------------|---------------------|----------------------------|
| M. | Jean-François | <b>BESANCENOT</b>   | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Bernard       | <b>BONIN</b>        | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Laurent       | <b>BRONDEL</b>      | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M. | François      | <b>BRUNOTTE</b>     | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Philippe      | <b>CAMUS</b>        | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Jean-Marie    | <b>CASILLAS-GIL</b> | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Pascal        | <b>CHAVANET</b>     | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M. | Jean-Pierre   | <b>DIDIER</b>       | (01/11/2018 au 31/10/2021) |
| M. | Serge         | <b>DOUVIER</b>      | (15/12/2020 au 14/12/2023) |
| M. | Claude        | <b>GIRARD</b>       | (01/01/2019 au 31/12/2021) |
| M. | Maurice       | <b>GIROUD</b>       | (01/09/2019 au 31/12/2021) |
| M. | Patrick       | <b>HILLON</b>       | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Henri-Jacques | <b>SMOLIK</b>       | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Pierre        | <b>TROUILLOUD</b>   | (01/09/2020 au 31/08/2023) |

## PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

|    |         |                |                |
|----|---------|----------------|----------------|
| M. | Jacques | <b>BEURAIN</b> | Neurochirurgie |
|----|---------|----------------|----------------|

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

|     |        |                  |                   |
|-----|--------|------------------|-------------------|
| Mme | Katia  | <b>MAZALOVIC</b> | Médecine Générale |
| Mme | Claire | <b>ZABAWA</b>    | Médecine Générale |

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

|    |          |               |                   |
|----|----------|---------------|-------------------|
| M. | Didier   | <b>CANNET</b> | Médecine Générale |
| M. | Clément  | <b>CHARRA</b> | Médecine Générale |
| M. | Arnaud   | <b>GOUGET</b> | Médecine Générale |
| M. | François | <b>MORLON</b> | Médecine Générale |

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

|     |           |                            |                   |
|-----|-----------|----------------------------|-------------------|
| M.  | Jérôme    | <b>BEAUGRAND</b>           | Médecine Générale |
| Mme | Anne      | <b>COMBERNOUX -WALDNER</b> | Médecine Générale |
| M.  | Benoit    | <b>DAUTRICHE</b>           | Médecine Générale |
| M.  | Alexandre | <b>DELESVAUX</b>           | Médecine Générale |
| M.  | Rémi      | <b>DURAND</b>              | Médecine Générale |
| M.  | Olivier   | <b>MAIZIERES</b>           | Médecine Générale |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

|     |           |                |                     |
|-----|-----------|----------------|---------------------|
| Mme | Lucie     | <b>BERNARD</b> | Anglais             |
| Mme | Anaïs     | <b>CARNET</b>  | Anglais             |
| Mme | Catherine | <b>LEJEUNE</b> | Pôle Epidémiologie  |
| M.  | Gaëtan    | <b>JEGO</b>    | Biologie Cellulaire |

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

|     |          |               |             |
|-----|----------|---------------|-------------|
| Mme | Marianne | <b>ZELLER</b> | Physiologie |
|-----|----------|---------------|-------------|

**PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

|     |           |                 |         |
|-----|-----------|-----------------|---------|
| Mme | Marceline | <b>EVARD</b>    | Anglais |
| Mme | Lucie     | <b>MAILLARD</b> | Anglais |

**PROFESSEUR CERTIFIE**

|    |          |                     |         |
|----|----------|---------------------|---------|
| M. | Philippe | <b>DE LA GRANGE</b> | Anglais |
|----|----------|---------------------|---------|

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

|     |          |                |  |
|-----|----------|----------------|--|
| M.  | Mathieu  | <b>BOULIN</b>  | Pharmacie clinique                               |
| M.  | François | <b>GIRODON</b> | Sciences biologiques, fondamentales et cliniques |
| Mme | Evelyne  | <b>KOHLI</b>   | Immunologie                                      |

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
 PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

|     |          |                |                          |
|-----|----------|----------------|--------------------------|
| Mme | Amélie   | <b>CRANSAC</b> | Pharmacie clinique       |
| M.  | Philippe | <b>FAGNONI</b> | Pharmacie clinique       |
| M.  | Marc     | <b>SAUTOUR</b> | Botanique et cryptogamie |
| M.  | Antonin  | <b>SCHMITT</b> | Pharmacologie            |

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président : Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Membres : Professeur Paul SAGOT

Docteur Olivier MAIZIERES

Docteur Solène PASQUIER de FRANCLIEU



## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

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

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

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

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

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

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous suis très reconnaissante de bien vouloir porter intérêt à ce travail.

A Madame le Docteur Solène Pasquier de Franclieu, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse, et pour la personne extraordinaire que tu es. Ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans ton soutien infailible et ton dynamisme sans égal.

A Monsieur le Professeur Paul SAGOT, vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse. Veuillez trouver, ici, l'expression de mes sincères et respectueux remerciements.

Au Monsieur le Docteur Olivier MAIZIERES, merci d'avoir de suite accepté d'être membre de ce jury de thèse. Merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre enseignement lors de mon stage auprès de vous.

A Madame le Docteur Valérie LEMASSON et à Monsieur le Docteur David BARRUEL, pour avoir accepté de réaliser les analyses statistiques de cette thèse.

A ma grand-mère Pierrette, mamie, ton absence est lourde en ce jour particulier, mais d'où tu es je sais que tu es fière de ta « petite cocotte ». Ta pensée m'a accompagnée à chaque pas de ces études, et chaque jour de ma vie.

A mon grand-père Jean, papi, je sais que toi aussi de là-haut tu gardes un œil sur moi, merci de ta confiance inébranlable en ma réussite de ces études, merci pour ton accueil chez toi lors de mes révisions. Je pense à toi.

A mes grands-parents, Etienne et Colette, pour votre soutien infailible et vos encouragements depuis le premier jour. Mamie, je sais combien tu respectes ce métier qui t'a toujours attirée.

A mon père, papa, pour avoir rythmé mon enfance de cabanes dans les bois, d'arcs, de flèches et de winch ;), de cueillettes de champignons, de balades avec Lolita, de promenades en bob, mais surtout pour m'avoir transmis de belles valeurs (et tes connaissances sur le potager !), pour m'avoir toujours poussée à faire de belles études, pour m'avoir soutenue moralement et financièrement tout au long de ce cursus, pour avoir toujours cru en moi. Sans toi je n'aurais pas eu la ténacité nécessaire pour parvenir à la fin de ces études.

Te rendre fier aura été la plus belle des motivations.

A ma mère, maman, pour ta porte toujours ouverte, pour l'ambiance chaleureuse de la maison qui me réconforte toujours, pour ces longues heures passées au coin du fourneau, pour les triplés et les deux autres boules de poil, pour les potins, pour les longues discussions sur tout et n'importe quoi, pour les conseils déco et bricolage, pour les figues après l'orthodontiste, pour tous ces vide-greniers ensembles, et pour tous ces doulis ! Mais surtout pour m'avoir donné une enfance heureuse, pour ton soutien quotidien, pour ta confiance indéfectible en ma réussite, et pour ton amour inconditionnel. Merci d'être ma Mounie.

A ma grande sœur, mon Laurinou, pour notre enfance partagée, pour les interrogations sur les abeilles qui sans aucun doute m'ont préparées à cette difficile P1, pour les alphabets secrets, les jeux inventés, les trilogies du samedi soir qui me font dire que notre relation, « elle est tunique » ...Mais surtout, pour avoir toujours répondu à mes appels dans les mauvais moments, quelle que soit l'heure, pour me supporter quand je suis « ronchonchon », et pour m'avoir montré la voie tout au long de ma vie, dans ce métier et pour le reste.

Tu es mon modèle.

A ma petite sœur, Philo, mon philoutube, pour tous ces jeux de mots, pour le kimchi, pour les innombrables coiffures, pour tes talents en informatique qui ont sauvé mon mémoire et cette thèse...Mais surtout pour ta vision de la vie, pour ton sourire lumineux, pour ta joie de vivre, pour me faire rire en toutes circonstances, pour ta foi aveugle en moi qui me redonne confiance.

Tu es ma bouffée d'oxygène.

A ma marraine, pour ce rendez-vous annuel à Molincourt, pour me laisser dévaliser le supermarché tous les étés, pour ces ti-punchs partagés sur ta terrasse, pour ta certitude inébranlable sur l'aboutissement de ces études.

A mon parrain, à ma tata Sissi, merci pour votre accueil pendant mes études, pour les ronrons de Merlin, pour tous ces bons moments en famille, et pour ces (trop) nombreuses blagues.

A mon tonton Manu, pour ces récits de voyages aux quatre coins du monde qui m'ont fait rêver depuis l'enfance, pour ta culture inépuisable, pour tous ces moments en famille accompagnés de punch maison. Merci pour ta confiance absolue en mes compétences de médecin qui fait tant de bien.

A Pierre-Tristan, mon minot, mon amoureux, pour m'aimer telle que je suis, pour ton soutien quotidien, pour cette force que tu partages avec moi, pour ta patience face à mes sautes d'humeur, pour notre petite famille... Rien ne serait possible sans toi. J'ai hâte de connaître la suite de cette belle aventure que nous vivons à deux !

A Mickael, pour tes talents de dessinateur sans lesquels je n'aurais pas eu ma P1.

A Pauline et Séverine, merci d'être toujours présentes après toutes ses années. Je suis heureuse de pouvoir passer toutes les étapes de la vie à vos côtés. Merci pour tous ces souvenirs et ceux à venir.

A Anne-Lise, pour ces moments inoubliables pendant l'externat, pour ta patience et tes réponses à mes nombreuses questions durant notre cursus.

A Julie, pour les voyages, les week-ends, les soirées commérages, pour ta bonne humeur constante, pour ton soutien dans les mauvais moments.

A Kamilia, pour ton aide précieuse à la réalisation de mes power point, pour toutes les soirées, et pour être un chat blanc en garde.

A Sarah, mon interne-lumière, merci pour ta bonne humeur sans failles et pour ton investissement dans la distribution de mon questionnaire.

A Faustine, mon amie d'enfance, pour tous ces bons moments qui ont jalonné notre vie depuis notre adolescence, que d'étapes passées depuis notre rencontre !

A Victor, pour cette première année d'internat mémorable et pour les rires lors de nos gardes ensembles.

A Anaïs, Mab, Brieuc, Ben, Marion, Ioana, Lucie, Laure, PAD, Eléa, Clothilde, Arthur, et à tous ceux que j'oublie, merci d'avoir été là tout au long de ce parcours qui a commencé bien avant la médecine, pour tous ces bons moments et ceux à venir.

Aux équipes médicales et paramédicales de Paray, merci pour ces nombreux rires partagés qui adoucissent ces gardes parfois difficiles et participent à mon amour pour ce métier.

A tous mes maîtres de stage, pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

# TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| <b>TABLE DES MATIERES</b> .....                                | 12 |
| <b>TABLE DES GRAPHIQUES</b> .....                              | 14 |
| <b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....                                | 15 |
| <b>LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS</b> .....              | 16 |
| <b>INTRODUCTION</b> .....                                      | 17 |
| 1) Historique .....  | 17 |
| 2) Définition OMS de la santé et de la DPP .....               | 19 |
| a. DPP précoces .....  | 20 |
| b. DPP tardives.....   | 20 |
| 3) Classifications des troubles mentaux .....                  | 21 |
| 4) Prévalence de la DPP .....                                  | 21 |
| 5) Facteurs de risque de la DPP .....                          | 22 |
| a. Antécédents médicaux .....                                  | 22 |
| b. Le bébé .....   | 23 |
| c. Niveau socio-économique .....                               | 23 |
| d. Facteurs relationnels .....                                 | 24 |
| 6) Conséquences de la DPP en l'absence de prise en charge..... | 24 |
| a. Sur la mère.....  | 24 |
| b. Sur l'enfant .....  | 24 |
| c. Sur l'équilibre familial.....                               | 26 |
| 7) Prises en charge de la DPP à travers le monde .....         | 27 |
| a. Prévention primaire : dépistage .....                       | 27 |
| b. Traitement.....   | 28 |
| 8) Justification de l'étude .....                              | 31 |
| <b>METHODOLOGIE</b> .....                                      | 33 |
| 1) Type et population d'étude .....                            | 33 |
| 2) Questionnaire .....   | 33 |
| 3) Analyse .....   | 34 |
| <b>RESULTATS</b> .....   | 35 |
| 1) Description de la population .....                          | 35 |
| 2) Connaissances des MG sur la DPP .....                       | 35 |
| 3) Constatations des MG en consultation avec une FNA .....     | 37 |
| 4) Corrélations .....  | 43 |
| <b>DISCUSSION</b> .....  | 50 |

|  |           |
|--|-----------|
| 1) Biais et atouts de l'étude.....   | 50        |
| a. Population étudiée .....  | 50        |
| b. Méthode.....  | 51        |
| 2) Résultats de l'étude.....   | 52        |
| a. La DPP en médecine générale .....   | 52        |
| b. Freins et pistes d'amélioration du dépistage de la DPP en médecine générale ..... | 55        |
| 3) Autres études .....   | 57        |
| a. En France .....   | 57        |
| b. A l'étranger.....   | 57        |
| 4) Perspectives pour le futur .....  | 59        |
| <b>CONCLUSION</b> .....  | <b>60</b> |
| <b>CONCLUSIONS SIGNEES</b> .....   | <b>61</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....   | <b>63</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....   | <b>74</b> |
| <b>Annexe 1 : Mail d'introduction au questionnaire</b> .....                         | <b>74</b> |
| <b>Annexe 2 : Questionnaire de l'étude</b> .....                                     | <b>75</b> |

# TABLE DES GRAPHIQUES

|   |    |
|---|----|
| <b>Graphique 1</b> : Connaissances générales sur la DPP .....                                 | 36 |
| <b>Graphique 2</b> : Pourcentage de FNA dans les patientèles des MG .....                     | 37 |
| <b>Graphique 3</b> : Pourcentage de DPP diagnostiquées chez ces FNA .....                     | 38 |
| <b>Graphique 4</b> : Moyens utilisés par les MG pour rechercher une DPP .....                 | 39 |
| <b>Graphique 5</b> : Attention accordée aux FNA présentant des facteurs de risque de DPP..... | 40 |
| <b>Graphique 6</b> : Prise en charge de la DPP .....  | 41 |
| <b>Graphique 7</b> : Souhait sur une formation complémentaire à la DPP.....                   | 42 |
| <b>Graphique 8</b> : Formation reçue selon le genre .....                                     | 44 |
| <b>Graphique 9</b> : Souhait de formation selon le genre.....                                 | 45 |
| <b>Graphique 10</b> : Souhait de formation complémentaire selon l'âge.....                    | 46 |
| <b>Graphique 11</b> : Formation reçue selon le lieu d'exercice .....                          | 47 |
| <b>Graphique 12</b> : Souhait de formation selon le lieu d'exercice.....                      | 48 |



# TABLE DES TABLEAUX

|  |    |
|--|----|
| <b>Tableau 1</b> : Comparaison entre la population de MG étudiée et les médecins généralistes de Bourgogne – Franche-Comté en 2018 ..... | 50 |
|--|----|

# LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

**DDP** : Dépression du Post Partum

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**DSM** : Manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**DAD’P** : Dépistage Anténatal de la Dépression du Post-partum

**ECT** : Electro-convulsivothérapie

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux

**BFC** : Bourgogne – Franche-Comté

**FNA** : Femme Nouvellement Accouchée

**MG** : Médecin Généraliste

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

**CNIL** : Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés

**HAS** : Haute Autorité de Santé

# INTRODUCTION

Dans notre société contemporaine, la maternité est toujours, dans les représentations collectives, l'indicateur de l'identité féminine. L'image convenue et idéalisée d'une jeune mère est celle d'une femme comblée, « complète » [1]. Être déprimée dans ces conditions paraît alors inconcevable.

La dépression du post-partum place donc les femmes concernées en décalage par rapport à la norme sociale, ce qui engendre souvent un déni de la pathologie en raison du sentiment de culpabilité ressenti face aux émotions négatives qui les envahissent durant ces premiers moments de parentalité.

Malgré de nombreuses avancées ces dernières années dans le domaine des troubles psychiatriques périnataux, la dépression du post-partum reste un véritable enjeu de santé publique en raison de sa prévalence et des nombreuses conséquences délétères qu'elle engendre tant pour la mère que pour l'avenir de l'enfant, sans compter l'impact qu'elle a sur la vie de couple et l'équilibre familial. Elle touche en effet 18% des mères de famille [2], ce qui la place au premier rang des troubles psychiatriques se développant au décours d'une grossesse, et reste sous diagnostiquée malgré cela.

De plus, le diagnostic est difficile à poser car la dépression du post-partum peut à ses débuts être confondue avec un baby blues et ses symptômes attribués à tort à la fatigue associée à l'arrivée d'un bébé. La mère traverse une période de vulnérabilité : elle vient de connaître pendant les neuf mois de la grossesse un véritable bouleversement au niveau biologique en raison des modifications hormonales induites mais également au niveau socio-familial et psychologique.

## 1) Historique

Hippocrate fut le premier à évoquer des troubles psychiatriques concomitants à ce moment de fragilité qu'est le post-partum dans son 3ème livre des épidémies, en parlant de cas de troubles mentaux apparus après des accouchements, notamment de la « folie puerpérale », attribuée à l'époque à la fièvre puerpérale [3].

Il faudra ensuite patienter plusieurs siècles avant que cette notion soit de nouveau évoquée : au 19<sup>ème</sup> siècle, le psychiatre français Esquirol mentionne à son tour un « état d'agitation maniaque dont le modèle est l'état d'agitation physique et psychique maniaque post puerpéral ». Il regrette l'absence de dépistage et le manque de connaissances de ces troubles psychiatriques que semblent développer les mères nouvellement accouchées [4].

Puis, en 1858, le Dr Louis Victor Marcé rédige une thèse, dirigée par le Dr Esquirol, dont le sujet est « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ». Il s'agit là de la première description de la psychiatrie péri-obstétricale [5].

Il écrira également un ouvrage intitulé « les causes de la folie puerpérale ».

Il faudra ensuite attendre le 20<sup>ème</sup> siècle pour que cette notion soit à nouveau abordée. De nombreux psychiatres et obstétriciens montrent alors un intérêt pour cette « dysphorie du troisième jour de post partum », considérée comme physiologique puisqu'étant retrouvée chez la grande majorité des femmes accouchées [4].

Des travaux de recherches originaux sont alors menés par ces collaborations inédites. En 1962, Abely et Bouquet furent les premiers à proposer une classification des troubles gravidiques et puerpéraux, en excluant les étiologies somatiques.

Puis, en 1968, Pitt mènera une étude qui permettra de mettre en évidence chez 10% des nouvelles mères l'apparition d'une « dépression post-natale atypique », nommée ainsi car torpide, dans les six semaines suivant la délivrance [6]. Dans le même temps, aux Etats-Unis, Yalom et Al décrivent un tableau extrêmement proche de celui de Pitt, qu'ils qualifient de « post partum blues », que l'on connaît mieux de nos jours sous la qualification de « baby blues » [7].

En 1980, une équipe de psychiatres anglo-saxons, « The Marcé society », nommée ainsi en l'honneur du psychiatre français, voit le jour. Leurs travaux permettront de mettre à nouveau en lumière ces pathologies périnatales et ainsi d'améliorer les connaissances à ce sujet, bien minces jusqu'à alors. Ils évoquent pour la première fois les conséquences de ces troubles non seulement sur la mère mais également sur le développement de l'enfant. Ils poseront également les premières pierres des prévention et prise en charge de ces troubles [8].

Après cette époque s'installe une certaine confusion entre ces différentes notions de « dysphorie du 3<sup>ème</sup> jour de post partum », de « post partum blues », et de « dépression postnatale atypique ».

Ce ne sera qu'à partir des années 1980-90 que l'on différenciera clairement quatre pathologies au sein des troubles psychiatriques survenant dans les suites de l'accouchement, en fonction de leur ordre d'apparition chronologique : le stress post-traumatique apparaissant dans les vingt-quatre premières heures, le baby blues dans les dix premiers jours, et la psychose puerpérale et la dépression du post-partum, toutes deux pouvant apparaître durant les six premières semaines suivant l'accouchement.

## 2) Définition OMS de la santé et de la DPP

D'après l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [9].

Elle définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » [10].

La dépression est une maladie psychiatrique « qui se caractérise par une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités qui, normalement, procurent du plaisir, et une incapacité à accomplir les tâches quotidiennes. On parle de dépression si ces symptômes sont présents pendant deux semaines au moins. Elle se manifeste également, généralement, par les symptômes suivants : perte d'énergie, modification de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, anxiété, difficultés de concentration, difficultés à prendre des décisions, agitation, sentiment d'inutilité, de culpabilité ou de désespoir, pensées autour de l'automutilation ou du suicide » [10].

Elle peut toucher tous les âges de la vie et a un retentissement majeur sur la vie du patient et de son entourage, et peut avoir des conséquences socioprofessionnelles importantes [10].

Le trouble dépressif caractérisé est très répandu parmi la population mondiale, concernant 100 millions de personnes. En France, il concerne environ 15 à 20% de la population. 1 personne sur 5 déclare souffrir ou avoir souffert d'une dépression au cours de sa vie [11].

Lorsque ce trouble survient après l'accouchement, on parle de dépression du post-partum, ou dépression postnatale. Elle peut alors également se manifester par un sentiment d'impuissance, par des pleurs persistants sans motif apparent, par l'absence de création de lien avec l'enfant et par la survenue de doutes quant à la capacité à se prendre en charge et à prendre en charge son enfant.

Elle fait partie de la famille des troubles dépressifs se manifestant durant la période périnatale.

Elle peut également toucher les hommes [12].

Sans traitement, elle peut durer des mois voire des années, et avoir des répercussions importantes sur la santé de la mère, sur le développement de l'enfant et sur l'équilibre familial.

Elle peut être prise en charge et traitée avec l'aide d'un professionnel, que ce soit par un suivi psychologique et/ou un traitement médicamenteux. Il existe également des groupes de parole et de soutien.

Son dépistage et son diagnostic sont donc primordiaux. Malheureusement, elle est souvent confondue à tort avec le baby blues. Elle s'en différencie pourtant par sa chronologie d'apparition, par sa durée et surtout par sa gravité. En effet, le baby blues apparaît dans les 10 premiers jours suivant l'accouchement. Il est considéré comme un épisode de trouble de l'humeur transitoire et non comme une dépression. Il est relié aux bouleversements hormonal (chute des progestatifs), émotionnel et psychologique qui suivent l'arrivée du bébé. Il est épisodique, durant de 24h à une semaine, et n'a pas de répercussions sur le lien mère-enfant. Il est également beaucoup plus fréquent, touchant 60% des femmes [13, 14].

On distingue les DPP précoces des DPP tardives [15].

#### a. DPP précoces

Les DPP précoces surviennent dans les quatre à six semaines du post partum. La symptomatologie est proche de celle d'un trouble dépressif classique [16]. Elle associe :

- Troubles psychiques : humeur dépressive, ralentissement psychomoteur, aboulie, mésestime de soi, idées suicidaires...
- Troubles des fonctions instinctuelles : troubles du sommeil, asthénie, troubles de l'appétit, perte de poids, baisse de la libido...

#### b. DPP tardives

Ces DPP apparaissent plus tard, entre le 2<sup>ème</sup> et le 12<sup>ème</sup> mois suivant l'accouchement. Cette DPP est beaucoup plus difficile à diagnostiquer car la symptomatologie est beaucoup plus atypique. Elle sera d'ailleurs évoquée davantage devant les symptômes présentés par le bébé que par ceux exprimés par la mère. Le trouble dépressif de la mère sera donc diagnostiqué indirectement, au travers des conséquences qu'il a sur l'enfant. Le bébé manifestera en effet des troubles du comportement pouvant allier des troubles de l'alimentation avec une mauvaise prise de poids, des pleurs continus, des difficultés à faire ses nuits. La fréquence de consultation chez les professionnels de santé, pédiatre ou médecin généraliste, s'en trouve augmentée, ce qui doit attirer l'attention du médecin concerné.

La mère, quant à elle, présentera une clinique pauvre, avec des symptômes moins nombreux et moins marqués. On pourra y retrouver une labilité émotionnelle, une fatigabilité, une lassitude.

Ces DPP sont en général moins intenses, mais il ne faut pas pour autant les négliger, leurs conséquences sont gravissimes avec un risque suicidaire tout aussi élevé [17].

### 3) Classifications des troubles mentaux

Il existe deux grandes classifications des troubles mentaux, auxquelles se réfèrent les psychiatres : la Classification Internationale des Maladies (CIM), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé, et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM), publié par l'Association Américaine de Psychiatrie.

Bien que la CIM soit internationale, c'est le DSM qui est le plus fréquemment utilisé en psychiatrie clinique.

Ces classifications ne reconnaissent pas la dépression du post partum comme un diagnostic à part entière, mais comme un sous-groupe des troubles dépressifs.

Ainsi, pour le DSM-5, il s'agit « d'un trouble dépressif du péri-partum qui apparaît dans les quatre premières semaines après l'accouchement ». Il précise « avec début durant le post partum, dans les quatre semaines après l'accouchement ». Il mentionne également que pour 3 à 6% des mères, cet épisode dépressif caractérisé va survenir dans les mois suivant l'accouchement [18].

Quant à la CIM 10, elle place la dépression du post partum dans la catégorie des « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs », parmi les « troubles légers », si les symptômes apparaissent dans les six premières semaines suivant l'accouchement [19].

Malgré des définitions qui diffèrent légèrement, les experts du champ de la psychiatrie post-natale s'accordent à dire « qu'un épisode dépressif caractérisé apparaissant dans l'année suivant l'accouchement est considéré comme une dépression du post-partum ». En effet, des cas de DPP apparaissant dans les mois suivant la naissance de l'enfant ont été décrits [20, 13].

### 4) Prévalence de la DPP

Chez les femmes, la prévalence de la DPP est estimée entre 10 et 20% des mères.

En 2018, une méta analyse retrouve une prévalence de 18% en France [2].

Chez les hommes, une étude réalisée aux Etats-Unis en 2005 retrouvait une prévalence de 4% huit semaines après l'accouchement [12].

## 5) Facteurs de risque de la DPP

La période périnatale a la particularité d'être la période la plus propice de dépression chez la femme [19]. C'est en effet une période de stress environnemental liée aux modifications biologiques brutales qu'elle subit, associées au bouleversement émotionnel et à la modification de l'équilibre familial.

Malgré sa prévalence importante qui en fait un véritable enjeu de santé publique, la DPP reste insuffisamment connue, dépistée et prise en charge.

Des études ont été menées sur les facteurs de risque de la DPP, l'objectif étant de rechercher ces facteurs chez toutes les femmes enceintes, dès le début de la grossesse [22].

O'Hara et Swain ont démontré par une méta-analyse qu'un seul facteur de risque, pris isolément, n'aura pas d'impact sur la survenue d'un DPP [23]. Par contre, la présence de plusieurs facteurs de risque doit attirer l'attention du médecin, car la présence d'un ensemble d'éléments prédisposants influe sur l'apparition d'une DPP.

### a. Antécédents médicaux

#### i. Psychiatriques

Ce sont les facteurs qui peuvent le plus influencer la survenue d'une DPP. Ainsi, une femme ayant des antécédents personnels de syndrome dépressif ou anxieux sera plus vulnérable face au risque de développer une DPP. Cela vaut également pour tout autre antécédent de pathologie psychiatrique quelle qu'elle soit, en particulier le trouble bipolaire.

L'étude menée par Weissman et Olfson [24] confirme ces données : ils ont montré qu'un antécédent personnel de DPP augmentait de 50% le risque d'en développer une autre à la grossesse suivante, et que 20 à 30% des femmes ayant un antécédent de dépression ou d'anxiété développeront une DPP.

Les antécédents familiaux jouent également. Ainsi, une femme dont la mère a fait une DPP verra son risque d'en développer une à son tour augmenter de 50%.



## ii. Autres

D'autres antécédents médicaux peuvent augmenter le risque de survenue d'une DPP. Ainsi, un antécédent d'accouchement traumatisant (césarienne non programmée, mort in utero...) peut influencer. Un antécédent de maladie chronique peut également être délétère.

### b. Le bébé

L'état de santé de l'enfant est également un acteur important de la stabilité psychologique maternelle. Ainsi un prématuré ou un nourrisson ayant des besoins médicaux spécifiques conduira à une situation anxiogène et source de stress et peut faire basculer la mère dans une DPP.

Le comportement de l'enfant joue également. Un enfant dit « difficile », qui pleure beaucoup, qui a des coliques, un reflux, va augmenter le stress de la mère et donc le risque de DPP [25].

L'absence d'allaitement est également associée à une fréquence plus élevée de DPP [26].

### c. Niveau socio-économique

Certains facteurs socio-économiques vont avoir une influence importante sur l'apparition d'un trouble psychique du post partum.

Parmi eux, une déscolarisation précoce, menant souvent à un faible niveau d'éducation, entraîne une plus faible estime de soi [27].

Le célibat joue également. En effet, la solitude majore une fragilité psychologique préexistante. Être sans emploi diminue également le cercle social et renforce cette solitude et donc le risque d'épisode dépressif [28]. De plus, la femme n'aura pas d'autre statut que celui de mère, ce qui peut être ressenti comme dévalorisant pour certaines.

Ne pas avoir de travail ni de conjoint implique également des revenus plus faibles. Or, une naissance entraîne des frais importants. Ne pas pouvoir gâter son enfant ou lui offrir les meilleurs équipements peut être culpabilisant pour la mère, à l'origine là encore d'une mauvaise image et estime de soi. Ceci pouvant favoriser la survenue d'une DPP. Hobfoll a réalisé une étude [29] mettant en évidence que les syndromes dépressifs postnataux sont deux fois plus fréquents dans les populations défavorisées que dans les classes moyennes.

#### d. Facteurs relationnels

Des évènements de vie anxiogènes, tels qu'un décès, une séparation, une maladie d'un proche, survenant durant la période périnatale, peuvent favoriser l'apparition de manifestations anxio-dépressives.

La présence de l'entourage et les relations entretenues avec celui-ci sont primordiales pour l'équilibre psychique de la mère. Il s'agit tout d'abord du conjoint et de la famille, mais également des amis, des collègues, des voisins... qui peuvent être un soutien important dans les moments difficiles.

Au contraire, un faible soutien du conjoint, un conjoint absent, des conflits dans le couple vont influencer défavorablement sur le psychisme de la mère, et favoriseront l'apparition de troubles post-nataux.

De même, une relation conflictuelle ou à l'inverse de dépendance avec sa propre mère va également majorer le risque de développement d'un épisode dépressif en post natal [30, 31].

### 6) Conséquences de la DPP en l'absence de prise en charge

#### a. Sur la mère

Outre les conséquences que peut avoir une dépression sur les liens sociaux (isolement, éloignement du cercle familial...), sur le plan professionnel (arrêt maladie prolongé, risque de faute professionnelle, licenciement...), sur la santé (insomnie, anorexie, perte de poids pouvant avoir des conséquences somatiques graves) et sur l'estime de soi (culpabilisation...), il ne faut pas négliger le risque suicidaire, qui s'avère six fois plus élevé chez les femmes présentant une DPP que dans la population de femmes n'ayant pas accouché [17]. Le suicide est à l'heure actuelle la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité du post-partum, derrière les hémorragies de la délivrance.

Il existe également un risque de récurrence d'une DPP de 50% lors des grossesses ultérieures [32, 33].

#### b. Sur l'enfant

De nombreuses recherches ont montré que les troubles affectifs de la mère peuvent influencer sur sa capacité à interagir avec son enfant de manière adaptée, perturbant précocement la relation mère/enfant.

Pour un développement optimal, l'enfant nécessite une relation émotionnellement riche avec sa mère afin que ses besoins affectifs et sociaux soient comblés dans les premiers mois de vie.

C'est grâce aux interactions qu'il a avec les adultes de son entourage qu'il apprendra à reconnaître ses émotions, à organiser ses comportements et ses rythmes physiologiques. Ces liens d'attachement se constituent dès les premiers jours de vie, pendant la période préverbale.

On comprend donc aisément qu'une DPP chez la mère va porter préjudice à ses capacités à communiquer avec son bébé dès son plus jeune âge. Le trouble postnatal entraîne chez la mère une indisponibilité affective qui la rend incapable de reconnaître les comportements de son enfant et d'y réagir de manière adaptée [34, 35].

Papousek et Papousek, [36] montrent l'impact négatif de la dépression du postpartum sur les comportements intuitifs que la mère utilisera dans la communication avec l'enfant, comme par exemple l'exagération des expressions faciales et des intonations de la voix.

Field évoque dans son étude la notion de « mères intrusives » et de « mères en retrait ».

Les mères intrusives présentent une sur-agitation traduisant une colère qui peut effrayer l'enfant par le caractère brusque de leurs actions (chatouilles, secousses...). L'enfant aura alors une attitude d'évitement envers sa mère afin de limiter les interactions avec elle.

Au contraire, les mères en retrait semblent désengagées dans l'interaction avec leur enfant, notamment par « un faible niveau de vocalisation et de toucher, ainsi que par de nombreux détournements du regard loin de leur enfant » [37].

Plusieurs études menées ont montré que les enfants de mères en retrait crient et pleurent davantage et semblent plus souvent en détresse, et qu'à 6 mois, ils montrent moins d'expressions faciales dans l'interaction [38, 39, 40].

De manière générale, les enfants de mères présentant une DPP manifestent davantage de troubles de l'humeur et moins d'intérêt dans l'interaction avec leur entourage, par rapport à des enfants ayant une mère non dépressive. Des études ont également mis en évidence des attitudes « de méfiance et de vigilance de l'enfant vis-à-vis des comportements de sa mère » [41, 42].

Si l'enfant ne parvient pas à mobiliser sa mère dans l'interaction pour que celle-ci l'aide à se réguler, il se désorganise. Tronick [43] l'a montré dans son test du « still-face » durant lequel l'enfant est mis artificiellement dans un état d'incapacité lorsque l'on demande à la mère de garder un visage impassible pendant quelques minutes, puis de retrouver une attitude normale. « La désorganisation de l'enfant pendant cette phase de still-face, marquée par une succession de tentatives de réparation (retrait, sourires, regards intenses, puis pleurs, tremblements) devient de plus en plus prononcée et se prolonge après la phase de

réunion, ce qui indique que l'expérience de la perte de sa mère, même momentanée, induit chez l'enfant un état émotionnel, et non une simple réaction ».

A long terme, la DPP chez la mère peut exposer l'enfant à un plus grand risque de [44, 45] :

- « Troubles de l'humeur à tous les âges de la vie.
- Difficultés sociales, difficultés à l'empathie, au travail d'équipe.
- Troubles du comportement : troubles déficit de l'attention/Hyperactivité (TDAH), troubles oppositionnels avec provocation (TOP).
- Troubles de l'attachement.
- Retard de développement psychomoteur : retard de langage, trouble des apprentissages, voire un retard cognitif global.
- Retard de croissance ».

En 2016, une étude de Van der Waerden et al. [46] a montré une différence de QI à 5 ans (6,7 points de QI en moyenne) chez les enfants dont les mères avaient souffert d'une DPP persistante par rapport à ceux dont les mères n'avaient pas présenté de troubles postnataux.

Ils ont également mis en évidence plus de difficultés relationnelles et de troubles du comportement chez les enfants âgés de 5 ans dont les mères ont présenté une DPP modérée ou importante perdurant dans le temps [47].

Ces relations n'ont pas été retrouvées, ou à un moindre degré, chez les mères ayant souffert d'une DPP mais n'étant pas passé à la chronicité, ce qui prouve l'enjeu d'un dépistage et d'une prise en charge précoce de cette pathologie [48].

### c. Sur l'équilibre familial

Le trouble dépressif de la mère et tous les symptômes qu'il implique peuvent provoquer des conflits conjugaux importants, pouvant conduire à la séparation.

Or, une relation conjugale conflictuelle permanente est prédictive de troubles chez l'enfant aux niveaux socioaffectif, cognitif et de l'apprentissage [49, 50, 51].

## 7) Prises en charge de la DPP à travers le monde

### a. Prévention primaire : dépistage

Outre le fait de dépister les mères pour lesquelles des facteurs de risque ont été identifiés dès le début de la grossesse, il existe des outils de dépistage qui peuvent aider à repérer les femmes souffrant de troubles psychiques en post partum :

- Les questions de Whooley : il s'agit d'un auto-questionnaire créé en 1997 aux Etats-Unis. Il avait été initialement utilisé pour dépister les troubles de l'humeur chez les anciens combattants.  
En 2003, Arroll et al. [52] prouvent leur efficacité dans le dépistage de la dépression en hétéro-questionnaire effectués par des médecins généralistes en Nouvelle-Zélande.  
En 2009, elles ont prouvé leur efficacité aux Etats-Unis dans le dépistage de la DPP en médecine générale lors de la visite des 1 mois de l'enfant [53].  
En 2011, une équipe suisse a évalué leur utilisation dans le dépistage de la dépression en médecine générale [54]. Ils en proposaient la traduction suivante :
  - « Est-ce que, durant le mois qui a précédé, vous vous êtes senti(e) triste, déprimé(e), désespéré(e) ?
  - Durant le mois qui a précédé, avez-vous ressenti un manque d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités que d'habitude vous appréciez ? ».
  
- L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : il s'agit d'une échelle d'autoévaluation composée de dix items. Elle a été inventée par le britannique Cox en 1987 et est spécifiquement adaptée à la période post-natale [55]. Guedeney a autorisé sa version française en 1998 [56]. C'est l'outil de dépistage le plus utilisé en raison de sa simplicité d'utilisation.  
En France, la HAS recommande son utilisation « durant le post-partum en cas de grossesse à bas risque et en périnatal en cas de grossesse à haut risque » [57].
  
- Le PHQ2 : il est proche des questions de Whooley. C'est un auto-questionnaire de deux questions portant sur des items similaires mais au cours des quinze derniers jours. La HAS approuve également son utilisation dans le dépistage de la dépression y compris de la DPP [55]. Une version française est utilisée au Québec [58] :  
« Au cours des deux dernières semaines avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants :
  - Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?
  - Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e) ? »

Les réponses « jamais », « plusieurs jours », « plus de la moitié du temps » et « presque tous les jours » sont notées de 0 à 3. Un seuil supérieur ou égal à 3 permet d'orienter vers une DPP [59].

- Le questionnaire de dépistage anténatal de dépression du post-partum (DAD'P) : il s'agit d'un questionnaire utilisé en anténatal, composé de deux parties [60] :
  - o Une échelle organisée en « six items qui abordent les aspects personnels, somatiques ou psychologiques les plus fréquemment retrouvés chez les femmes enceintes à risque de présenter des symptômes dépressifs après l'accouchement ».
  - o Une à deux questions complémentaires qui portent sur « la tendance aux pleurs, la participation aux cours de préparation à la naissance, les relations interpersonnelles entre la femme enceinte et sa propre mère ».

Le questionnaire a été validé pour être utilisé sans formation particulière. Il peut être effectué par tous les professionnels de santé. Son utilisation en auto-administration a également été jugée satisfaisante.

## b. Traitement

### i. Psychothérapie

#### **Psychothérapie interpersonnelle**

O'Hara et al. [61, 62, 63] ont évalué l'utilisation dans la DPP d'un traitement psychothérapeutique déjà validé pour la prise en charge des patients déprimés, la psychothérapie interpersonnelle, en l'adaptant aux femmes déprimées en post-partum. Elle a été conçue par Klerman et Weissman dans les années 1970.

Cette technique s'appuie sur le postulat selon lequel la DPP est favorisée par des événements biologiques, génétiques et psychosociaux. Le médecin qui utilise cette technique se concentre sur un ou deux points posant problème : cela peut être les conflits conjugaux, les troubles d'ajustement à la maternité, les tristesses irrésolues à propos de la perte/maladie d'un proche et le trouble anxieux social sévère. Il s'agit d'une thérapie brève se déroulant sur 3 à 4 mois.

Les femmes ayant bénéficié de cette psychothérapie ont montré des symptômes dépressifs significativement diminués après 12 semaines de traitement par rapport à celles n'y ayant pas eu recours. Elles avaient également un meilleur taux de guérison et montraient une adaptation sociale de bien meilleure qualité après

le traitement.

### **Les thérapies cognitivo-comportementales**

Une thérapie cognitivo-comportementale est une thérapie se déroulant sur quelques semaines à quelques mois, centrée sur la mère, qui porte sur les interactions entre pensées, émotions et comportements. Meager et Milgrom [64] ont montré que cette technique améliorait de manière significative l'humeur des patientes souffrant de DPP comparé aux femmes n'en bénéficiant pas.

Prendergast et Austin [65, 66], quelques années plus tard, ont comparé son efficacité sur la DPP par rapport à celle des soins classiques du post-partum. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes.

Austin et al. ont cherché à évaluer l'efficacité de cette thérapie en anténatal chez les patientes à risque de développer une DPP. Ils concluent à une diminution des symptômes mais de manière non significative par rapport à une prise en charge classique.

A ce jour, aucune étude n'a validé formellement l'utilisation de la TCC dans le cadre des troubles périnataux.

### **Thérapie psycho-dynamique ou psychothérapie d'inspiration analytique**

La thérapie psycho-dynamique, au contraire de la psychothérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo-comportementale, est centrée sur la mère et l'enfant. Elle met en évidence l'importance des projections parentales sur le comportement de l'enfant. L'objectif de cette thérapie est de modifier les représentations et les attentes de la mère envers son enfant en travaillant sur leur lien [67]. Plusieurs études ont montré l'efficacité de la thérapie psychodynamique sur les DPP [65, 68, 69].

### **Psychothérapie de soutien**

La thérapie de soutien trouve son origine dans la psychanalyse. Lorsqu'elle est utilisée dans les troubles périnataux, l'objectif est de renforcer les capacités d'adaptation de la femme à son nouveau statut de mère.

Holden et Cox, puis Wickberg et al. [70, 71] quelques années plus tard, ont réalisé des études concluant que cette technique avaient permis une guérison complète des femmes en ayant bénéficié.

Très peu d'études ont été réalisées concernant l'utilisation de l'hypnose, de l'acupuncture, ou de la luminothérapie dans le traitement de la DPP. L'intérêt des massages a également été étudié. Ces études n'ont pas permis de conclure à un intérêt de ces pratiques, mais ne rapportent aucun effet indésirable.

### iii. Traitements psychotropes

Des traitements médicamenteux, les psychotropes [72], peuvent être utilisés dans la prise en charge de la DPP, seuls ou en association avec une psychothérapie.

#### **Antidépresseurs**

Les antidépresseurs ci-dessous sont à privilégier car utilisables même en cas d'allaitement maternel.

- Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) : la Paroxétine et la Sertraline sont à prescrire en priorité en cas d'allaitement maternel.
- Les tricycliques : tous peuvent être prescrits sans crainte pour l'enfant allaité.

#### **Antipsychotiques**

Selon la molécule choisie, ils peuvent avoir en plus de leur activité antipsychotique, une action antidépressive, anxiolytique, ou potentialiser l'action d'un traitement antidépresseur associé.

La prise d'un antipsychotique est possible si l'enfant n'a pas de problèmes de santé et si ce dernier bénéficie d'une surveillance régulière :

- Olanzapine si la posologie maternelle n'excède pas 10 mg/j.
- Chlorpromazine si la posologie n'excède pas 200 mg/j.
- Halopéridol si la posologie n'excède pas 10 mg/j.

#### **Les thymorégulateurs (hors antipsychotiques)**

Ils sont particulièrement indiqués dans les décompensations des troubles bipolaires durant le post-partum.

Le lithium peut également être utilisé afin de diminuer le risque suicidaire.



## Les anxiolytiques

- Les benzodiazépines : il s'agit d'un traitement symptomatique et non d'un traitement de fond. Elles doivent être utilisées avec précaution et uniquement si échec d'autres thérapeutiques, et à la dose minimale efficace pour une durée de traitement la plus brève possible, car elles peuvent provoquer de nombreux effets indésirables aux conséquences potentiellement graves pour la mère et l'enfant (sédation de l'enfant). L'oxazépam (Séresta®) doit être utilisé en l'absence d'autre solution, si possible dans la limite de 10 mg trois fois par jour et pour la durée la plus courte possible. Il est préférable de ne pas utiliser les autres anxiolytiques en cours d'allaitement ou de ne pas allaiter si leur usage s'avère indispensable.
- Les antihistaminiques : Ils sont utilisés comme anxiolytique mais aussi comme hypnotiques.

## Les hypnotiques

Seuls deux hypnotiques sont utilisables pendant l'allaitement : le zopiclone et le zolpidem [72].

### iv. L'électro-convulsivothérapie (ECT)

L'ECT est utilisée dans le traitement des troubles thymiques sévères. Cette technique est indiquée en cas de symptômes psychotiques, d'un risque suicidaire imminent, et d'une résistance ou d'une mauvaise tolérance aux traitements médicamenteux. L'American Psychiatric Association a validé son utilisation pendant la grossesse et le post-partum. D'autres techniques de stimulation cérébrale comme la stimulation magnétique transcrânienne répétée, la stimulation électrique à courant continu et la stimulation cérébrale profonde peuvent être utilisées également mais sont moins efficaces dans le cadre des dépressions sévères [73, 74, 75].

## 8) Justification de l'étude

J'ai choisi le thème de la dépression du post-partum pour ma thèse suite à une expérience professionnelle qui m'a marquée. Lors d'un remplacement, j'ai rencontré une jeune mère qui amenait son enfant de 16 mois en consultation parce qu'elle le trouvait « renfermé ». Je me souviens m'être demandée à ce moment-là comment un enfant de cet âge pouvait être « renfermé » ? Puis j'ai vite compris ce que la mère entendait par là. L'enfant ne montrait que peu d'intérêt pour son environnement, il ne cherchait pas les interactions,

ne gazouillait pas, ne souriait pas. Cette absence de curiosité m'avait interpellée. C'est en retraçant l'histoire de l'enfant, forcément entremêlée à celle de la mère, que j'ai compris que la maman souffrait d'une dépression du post partum qui n'avait jamais été diagnostiquée et donc jamais prise en charge. Je n'aurais pas imaginé que les conséquences sur le développement de cet enfant soient si importantes. Cette consultation m'a amenée à réfléchir sur les connaissances des médecins généralistes au sujet de la dépression du post-partum ainsi qu'à leurs habitudes, réflexes et moyens utilisés quant à son dépistage et sa prise en charge.

En m'y intéressant, j'ai réalisé que cette pathologie est un véritable enjeu de santé publique, touchant des nombreuses femmes et pouvant avoir des conséquences majeures sur la mère mais également sur le développement de l'enfant et sur l'équilibre familial. Il me semblait donc important de faire un état des lieux du dépistage de la DPP en médecine générale, les généralistes étant au premier plan de la prévention primaire.

L'objectif principal de cette étude était d'établir un état des lieux du dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale, dans la région Bourgogne – Franche-Comté.

Les objectifs secondaires étaient de décrire l'état des connaissances des médecins généralistes de cette région quant à cette pathologie ainsi que leur souhait d'accéder à une formation complémentaire à ce sujet et de mettre en lumière des différences de connaissances en fonction de paramètres socio-démographiques.

# METHODOLOGIE

## 1) Type et population d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive rétrospective sur une année.

La population étudiée comprenait des médecins généralistes installés ou remplaçants exerçant en Bourgogne-Franche-Comté (BFC).

## 2) Questionnaire

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire (annexe 1) qui a été envoyé aux médecins généralistes concernés par mail.

Le questionnaire a été rédigé grâce au logiciel SurveyMonkey. Il comprenait uniquement des questions à choix multiples avec utilisation de l'échelle de Likert. Il était organisé en quatre parties :

- Caractéristiques socio-démographiques,
- Connaissances générales sur la pathologie étudiée,
- Constatations du médecin généraliste lors d'une consultation avec une femme nouvellement accouchée (FNA),
- Souhait d'une formation complémentaire.

Les répondants étaient informés dans le message d'introduction (annexe 2) au questionnaire que leurs réponses étaient recueillies pour un travail de thèse. Ces réponses étaient anonymisées.

Le questionnaire a été envoyé par mail au mois de mars 2021 via la mailing list de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux (URPS).

Plusieurs relances ont été nécessaires de mars à juillet 2021, par mail et appels téléphoniques aux cabinets des médecins généralistes.

Le recueil des réponses a été stoppé lorsqu'un taux de données suffisant pour une analyse statistique exploitable a été atteint, et lorsque toutes les zones géographiques d'exercice et les tranches d'âge ont été représentés par au moins une réponse des médecins.

### 3) Analyse

L'analyse statistique des données recueillies a été faite avec la collaboration d'un médecin statisticien.

Les données lui ont été transférées par mail depuis le logiciel SurveyMonkey sous forme d'un tableau Excel.

Les résultats ont été arrondis à la première décimale. Des analyses bivariées ont été effectuées en utilisant le test de Fisher.

# RESULTATS

Le questionnaire a été envoyé aux mille neuf cent quinze médecins généralistes figurant sur la mailing list de l'URPS. Deux cent réponses ont été obtenues.

## 1) Description de la population

Parmi les 200 médecins ayant répondu, 143 étaient des femmes (71,5%) et 57 étaient des hommes (28,5%).

L'âge des répondants était inversement proportionnel au taux de réponse. Ainsi, 74 avaient entre 25 et 35 ans (38,3%), 55 avaient entre 35 et 45 ans (28,5%), 34 avaient entre 45 et 55 ans (17,6%), 26 avaient entre 55 et 65 ans (13,5%) et 4 avaient plus de 65 ans (2,1%).

La majorité des répondants étaient des médecins généralistes installés : on en comptait 144 (76,6%) pour 44 médecins généralistes remplaçants (23,4%).

Plus de la moitié, 112 exactement (53,3%), exerçaient depuis moins de 10 ans, 37 (19,3%) exerçaient depuis 10 à 20 ans, 25 (13%) depuis 20 à 30 ans, 17 (8,9%) depuis 30 à 40 ans et 1 (0,5%) depuis plus de 40 ans.

Différentes zones géographiques d'exercice étaient représentées : 86 (44,3%) étaient installés en milieu semi-rural, 59 (30,4%) en milieu rural et 51 (26,3%) en milieu urbain.

## 2) Connaissances des MG sur la DPP

### Généralités sur la DPP

Une moyenne de 112 médecins généralistes (56,1%) avait de bonnes connaissances générales sur la dépression du post-partum.

Seuls 64 (32,2%) savaient que les pères pouvaient également être atteints.

29 médecins (14,5%) avaient également sélectionné des réponses fausses (graphique 1), dont 17 (8,9%) de moins de 45 ans et 12 (6%) de plus de 45 ans.

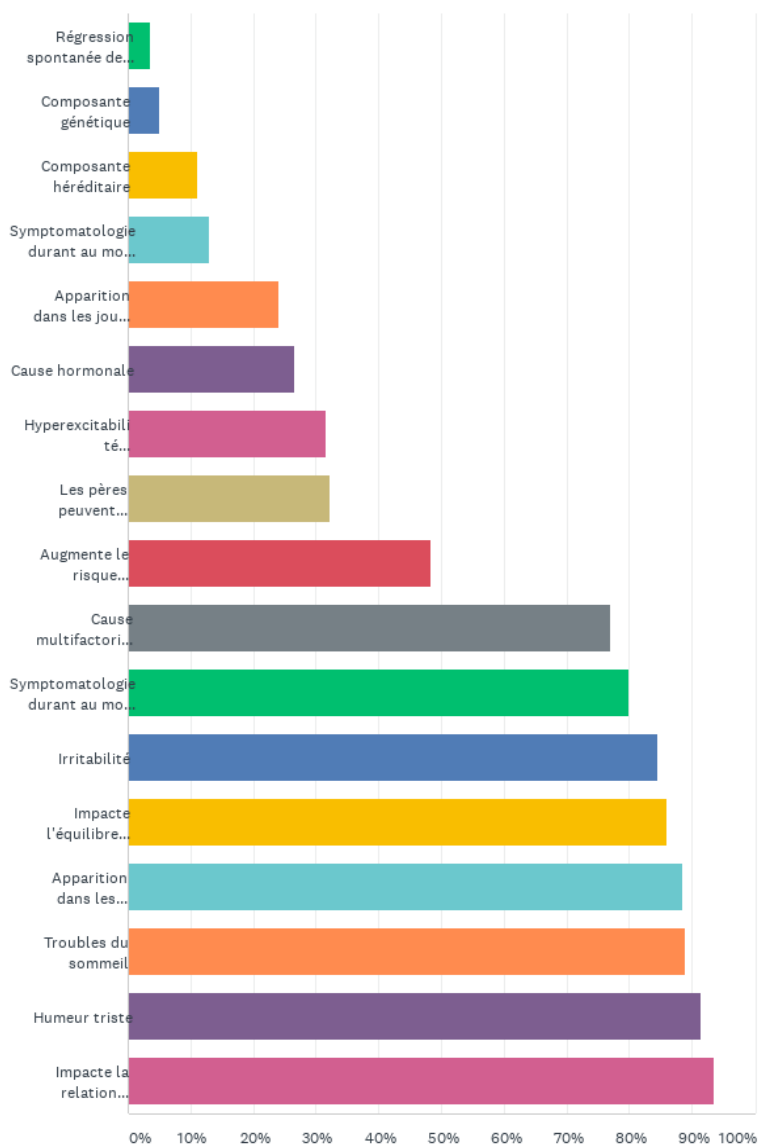
## Symptômes de la DPP

Une moyenne de 141 médecins (70,7%) avait coché correctement les items correspondant aux symptômes de la dépression du post-partum (figure 1).

## Conséquences de la DPP

186 médecins généralistes (93,5%) savaient que la dépression du post-partum a des conséquences sur la relation mère-enfant, et 171 (85,9%) connaissaient l'impact de cette pathologie sur l'équilibre familial (graphique 1).

Q6 Cocher les items vous évoquant une dépression du post-partum dans la liste suivante:



**Graphique 1 : Connaissances générales sur la DPP**

### Facteurs de risque de la DPP

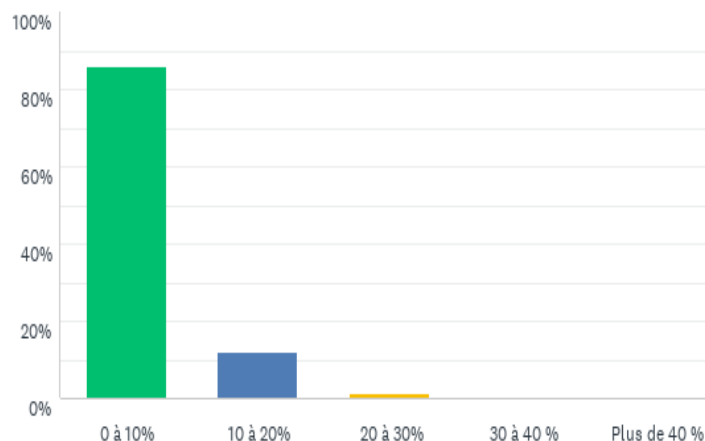
116 médecins (58,4%) avaient choisi les bonnes réponses concernant les facteurs de risque de la dépression du post partum.

### 3) Constatations des MG en consultation avec une FNA

#### Pourcentage de FNA dans les patientèles des MG

Sur l'année dernière, les FNA représentaient 0 à 10% de leur patientèle pour 171 des médecins répondants (85,9%), 10 à 20 % pour 24 médecins (12,1%), 20 à 30% pour 3 médecins (1,5%) et 30 à 40% pour un seul médecin (0,5%). Aucun médecin n'avait plus de 40% de FNA dans sa patientèle (graphique 2).

Q8 Quel pourcentage de votre patientèle représentent les femmes ayant accouché durant l'année dernière?

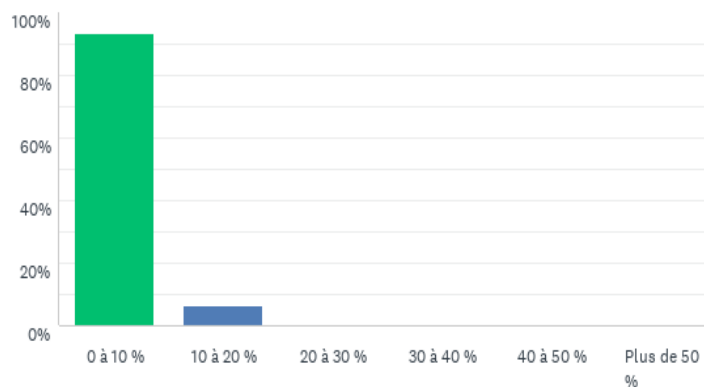


**Graphique 2 :** Pourcentage de FNA dans les patientèles des MG

#### Pourcentage de DPP diagnostiquées chez ces FNA

187 médecins (94%) avaient déclaré avoir diagnostiqué une DPP chez moins de 10% de ces FNA et 12 médecins (6%) avaient déclaré avoir diagnostiqué une DPP chez 10 à 20% de ces FNA. Aucun médecin n'avait posé ce diagnostic chez plus de 20 % de ces FNA (graphique 3).

### Q9 Pour quel pourcentage de femmes nouvellement accouchées (FNA) avez-vous posé un diagnostic de dépression du post-partum l'année dernière?



**Graphique 3 :** Pourcentage de DPP diagnostiquées chez ces FNA

#### Pourcentage de FNA ayant consulté pour un symptôme de DPP

Pour 184 médecins (92%), moins de 10 % des FNA étaient venues en consultation pour un motif évoquant une dépression du post partum, pour 12 médecins (6%) 10 à 20% des FNA étaient venues consulter pour un motif évoquant cette pathologie, pour 2 médecins (1%) il s'agissait de 20 à 30% des FNA, pour 1 médecin (0,5%) il s'agissait de 30 à 40% des FNA et pour 1 médecin il s'agissait de plus de 50% des FNA.

#### Pourcentage de FNA ayant consulté pour un motif caché de DPP

171 médecins (86,4%) avaient déclaré que sur les FNA de leur patientèle, moins de 10% étaient venues en consultation pour une DPP sans l'évoquer clairement, pour 19 médecins (9,6%) 10 à 20 % des FNA étaient venues consulter pour un motif caché de DPP, pour 5 médecins (2,5%) il s'agissait de 20 à 30% des FNA, pour 1 médecin (0,5%) il s'agissait de 30 à 40% des FNA et pour 2 médecins (1%) il s'agissait de 40 à 50% des FNA.

#### Pourcentage de médecins recherchant systématiquement une DPP chez une FNA

86 médecins généralistes (43,7%) avaient déclaré rechercher systématiquement une dépression du post-partum lors d'une consultation avec une FNA et 79 médecins (39,7%) avaient déclaré qu'ils la recherchaient

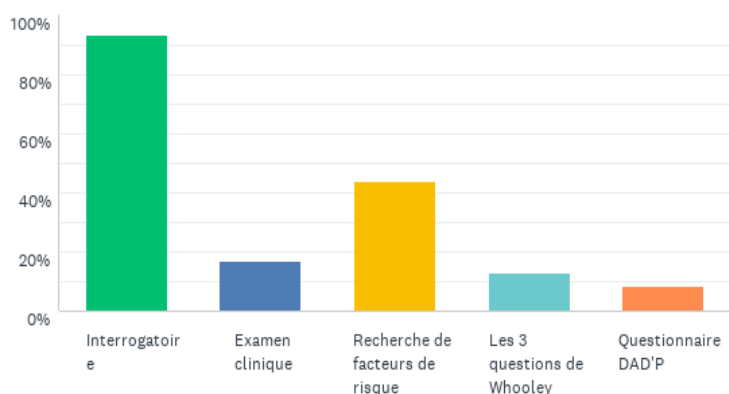


s'ils remarquaient un symptôme évocateur mais pas de manière systématique en l'absence de symptômes. 35 médecins (16.6%) n'avaient pas donné de réponse à cette question.

#### Moyens utilisés par les MG pour rechercher une DPP

158 médecins (93,5%) avaient déclaré qu'ils utilisaient l'interrogatoire pour rechercher une DPP. Parmi eux, 71 médecins (43,8%) recherchaient les facteurs de risque de la DPP chez leur patiente. 22 médecins (13%) utilisaient les questions de Whooley et 19 médecins (8,3%) utilisaient le questionnaire DAD'P (graphique 4).

#### Q13 Si oui, par quels moyens?



**Graphique 4 :** Moyens utilisés par les MG pour rechercher une DPP

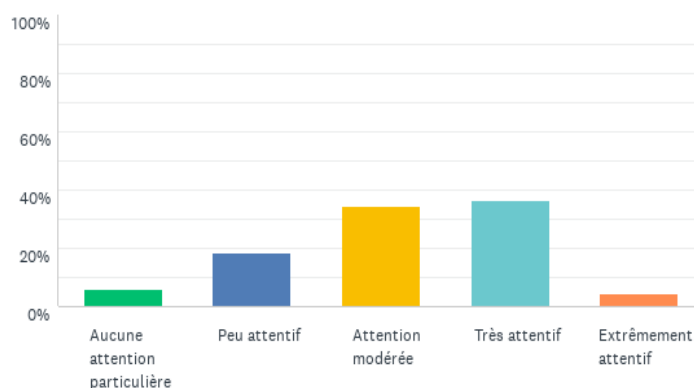
#### Evocation des symptômes de la DPP

Lorsque la patiente se présentait à la consultation accompagnée, 98 médecins (51,9%) avaient déclaré que c'était l'accompagnant qui évoquait les symptômes de la DPP, pour 91 médecins (48,1%) ayant déclaré qu'il s'agissait de la patiente.

#### Attention accordée aux FNA présentant des facteurs de risque de DPP

82 médecins (41%) avaient déclaré être particulièrement attentifs aux FNA présentant des facteurs de risque de DPP, 69 médecins (34,5%) avaient déclaré être modérément attentifs et 49 médecins (24,5%) avaient déclaré être peu voire pas attentifs (graphique 5).

Q15 Accordez-vous une attention particulière aux FNA présentant des facteurs de risque de dépression du post-partum (antécédent de dépression, âge...)?

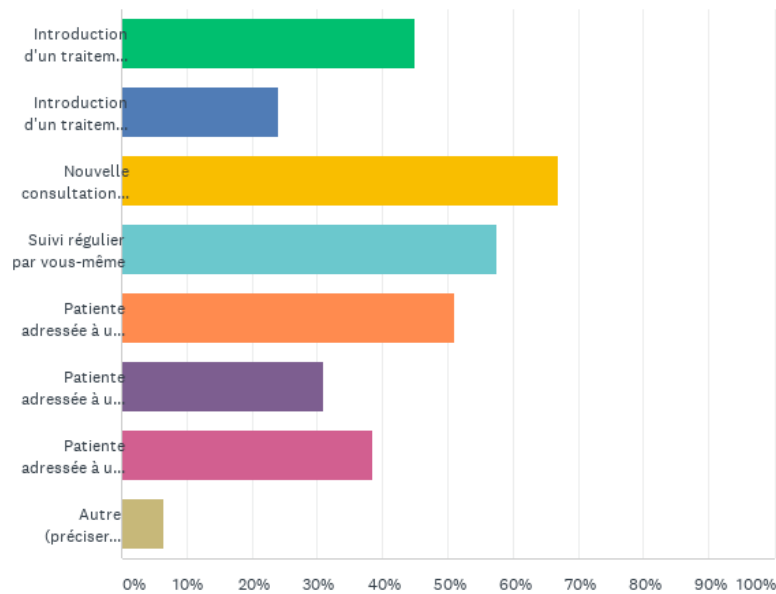


**Graphique 5 :** Attention accordée aux FNA présentant des facteurs de risque de DPP

#### Prise en charge de la DPP

134 médecins (67%) avaient déclaré revoir la patiente en consultation à J7 lorsqu'ils avaient posé un diagnostic de DPP. Parmi eux, 115 médecins (57,5%) avaient décidé de mettre en place un suivi régulier par eux-mêmes. 10 (5%) avaient précisé en commentaire qu'ils auraient aimé adresser la patiente à un spécialiste mais qu'en pratique ce n'était pas possible. 90 médecins (45%) avaient déclaré introduire un traitement antidépresseur. 5 (2.5%) d'entre eux avaient précisé en commentaire qu'ils ne l'introduisaient pas en première intention (graphique 6) mais uniquement en cas d'échec d'un accompagnement psychologique.

Q16 Lorsque vous posez un diagnostic de dépression du post-partum, quelle prise en charge mettez-vous en place ?



Graphique 6 : Prise en charge de la DPP

Avis sur le délai de mise en place d'un relais par un spécialiste

159 des médecins (79,5%) interrogés s'accordaient à dire que les délais pour mettre en place une coordination avec un psychiatre ou un CMP n'étaient pas acceptables.

Avis sur l'intérêt d'une consultation plus longue pour les FNA

152 médecins (76,4%) étaient d'avis que les FNA devraient de principe bénéficier d'une consultation plus longue.

Intérêt pour accorder un temps supplémentaire à la mère lors de la visite du 1er mois du nourrisson

158 médecins (79,4%) se disaient prêts à accorder un temps supplémentaire à la mère lors de la visite du 1<sup>er</sup> mois du nourrisson dans le cadre du dépistage de la DPP.

### Avis sur la mise en place d'une consultation systématique dans les 6 semaines suivant l'accouchement

149 médecins (74,9%) étaient favorables à la mise en place d'une consultation systématique en médecine générale dans les 6 semaines suivant l'accouchement.

### Avis sur le rôle des sage-femmes dans le dépistage de la DPP

82 médecins (41%) pensaient que ce rôle de dépistage de la DPP était déjà rempli par les sage-femmes.

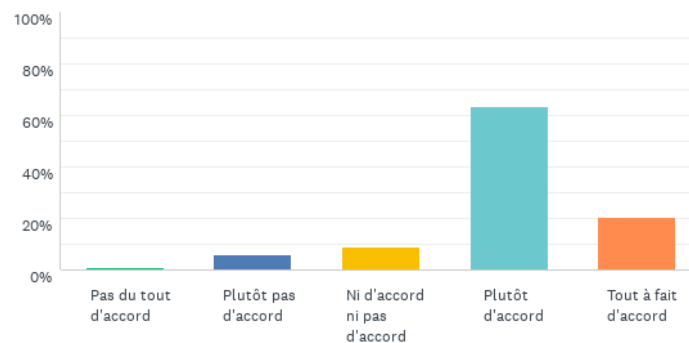
### Avis sur la formation reçue concernant la DPP

147 médecins (73,5%) estimaient n'être que peu formés voire pas du tout sur cette pathologie.

### Souhait sur une formation complémentaire à la DPP

168 médecins (84%) souhaitaient bénéficier d'une meilleure formation sur la DPP (graphique 7).

Q23 Aimeriez-vous être mieux formé au dépistage de la dépression du post-partum?



**Graphique 7** : Souhait sur une formation complémentaire à la DPP

### Avis sur l'intérêt d'un travail interprofessionnel

172 médecins (86%) pensaient qu'un travail interprofessionnel avec les sage-femmes, les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et les centres médico-psychologiques (CMP) amélioreraient la qualité des soins.

### Avis sur la mise en place d'une cotation dédiée de cette action de dépistage

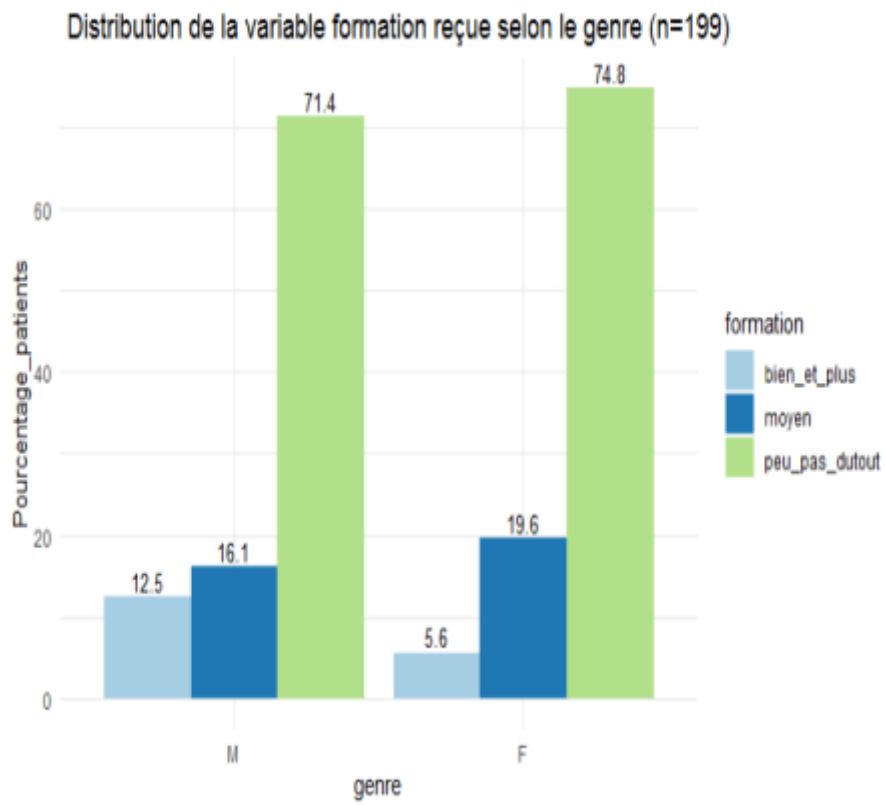
151 médecins (75,5%) estimaient que cette action de dépistage devrait faire l'objet d'une cotation dédiée selon la NGAP de l'Assurance Maladie.

#### 4) Corrélations

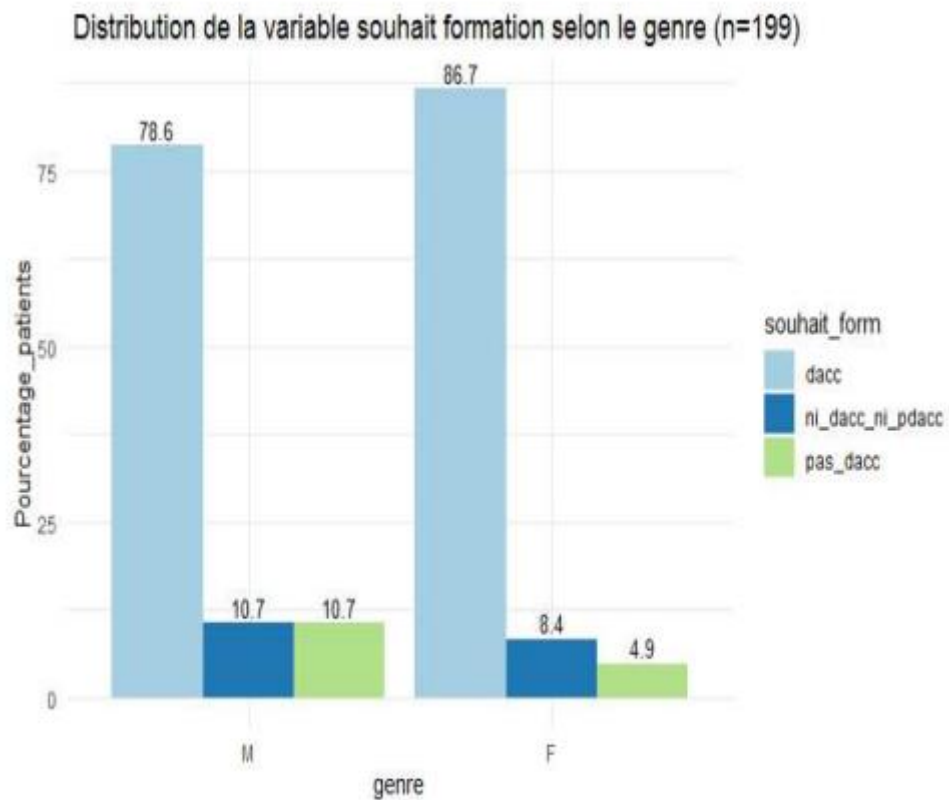
Des analyses bivariées ont été effectuées permettant ainsi de mettre en évidence des corrélations entre le genre du médecin répondant, sa tranche d'âge et son lieu d'exercice, et sa formation et son attitude en consultation face à une FNA.

##### Formation

107 (74,8%) des médecins femmes ayant répondu au questionnaire estimaient être insuffisamment formées pour 40 (71,4%) des médecins hommes. Cette différence est significative (p-value= 0.04) De même, 126 (86,7%) femmes et 44 (78,6%) hommes désiraient une formation complémentaire. La différence est également significative ici (p-value= 0,03).

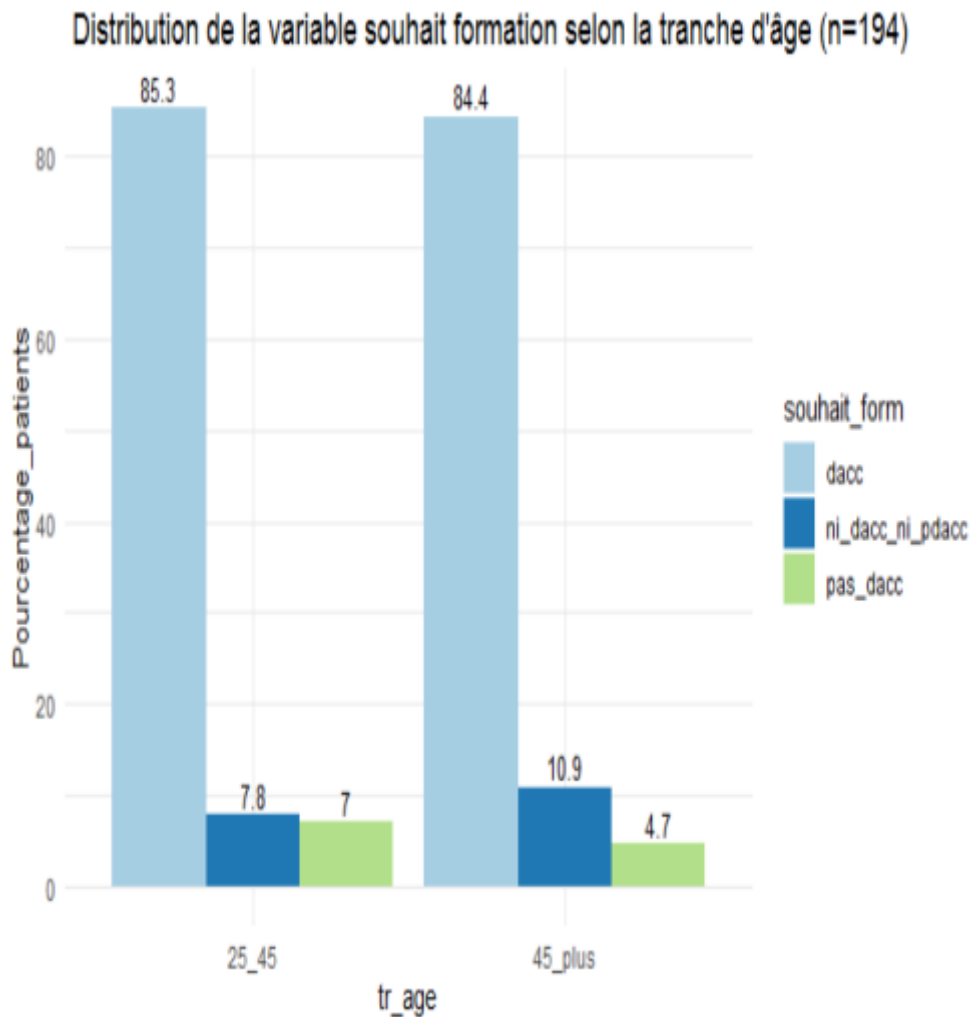


**Graphique 8** : Formation reçue selon le genre



**Graphique 9** : Souhait de formation selon le genre

De plus, 94 (72,9%) des médecins ayant de 25 à 45 ans estimaient ne pas être bien formés à la DPP, pour 48 (75%) des médecins ayant plus de 45 ans. Cette différence n'est pas significative (p-value= 0.19). 110 (85,3%) des 25 à 45 ans souhaitaient une meilleure formation pour 54 (84,4%) des plus de 45 ans. La différence est ici significative (p-value= 0,02).

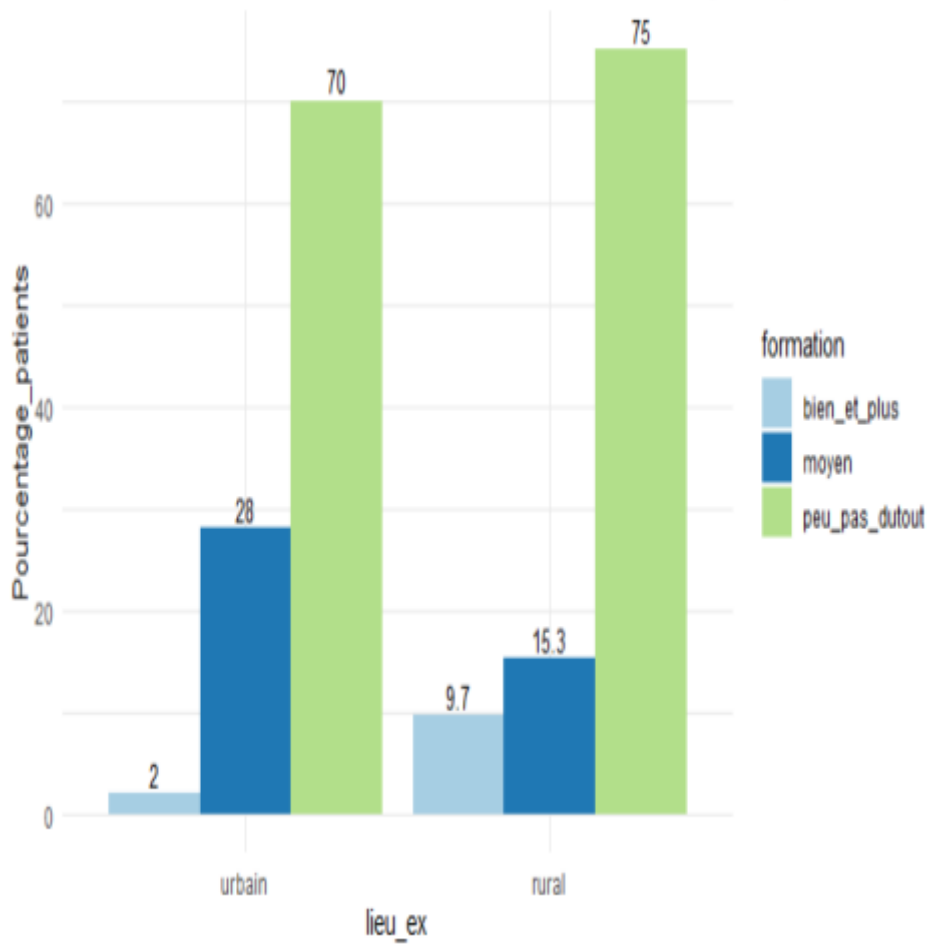


**Graphique 10** : Souhait de formation complémentaire selon l'âge

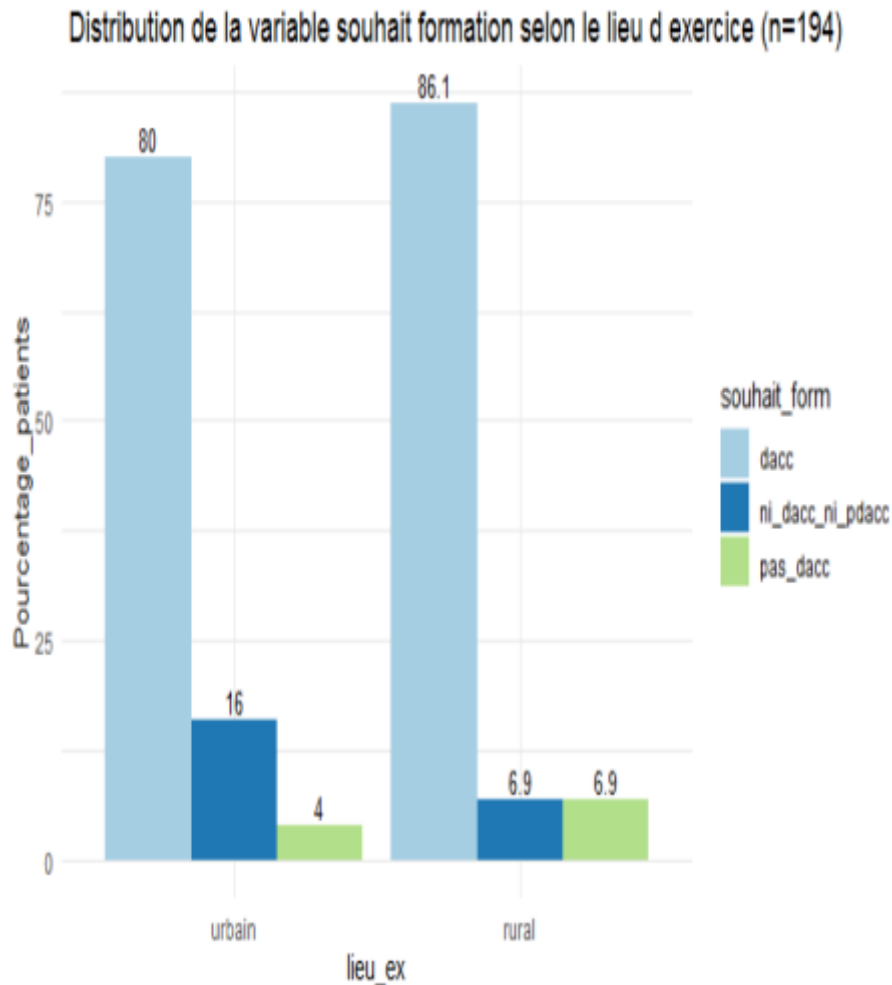
Enfin, 35 (70%) des médecins exerçant en milieu urbain pensaient que leur formation à la DPP était insuffisante pour 108 (75%) des médecins exerçant en milieu rural. La différence est significative (p-value= 0,01). 40 (80%) de ceux travaillent en zone urbaine désiraient une formation complémentaire pour 124 (86,2%) de ceux travaillant en zone rurale. Là encore la différence est significative (p-value= 0.007).



Distribution de la variable formation selon le lieu d'exercice (n=194)



**Graphique 11** : Formation reçue selon le lieu d'exercice



**Graphique 12** : Souhait de formation selon le lieu d'exercice

### Attitude en consultation face à une FNA

63 (44%) des femmes médecins répondants recherchaient systématiquement une DPP lors d'une consultation avec une FNA pour 23 (41,8%) des médecins hommes. Cette différence n'est pas significative (p-value= 0,28). De plus, 59 (41,2%) des femmes déclaraient accorder une attention particulière aux FNA présentant des facteurs de risque de DPP pour 22 (39,3%) des hommes. Ici non plus la différence n'est pas significative (p-value= 0.59).

Ensuite, 49 (38%) des médecins ayant de 25 à 45 ans recherchaient une DPP chez une FNA pour 35 (55,6%) des médecins de plus de 45 ans. Cette différence est significative (p-value= 0,02). 46 (35,7 %) des 25 à 45 ans déclaraient être attentifs à une FNA présentant des facteurs de risque de DPP pour 31 (48,4%) des plus de 45 ans. La différence est également significative ici (p-value < 0,001).

Enfin, 20 (40%) des médecins exerçant en milieu urbain recherchaient une DPP chez une FNA pour 65 (45,5%) de ceux travaillant en milieu rural. Cette différence n'est pas significative (p-value= 0,32). 14 (28%) des médecins travaillant en zone urbaine déclaraient être attentifs à une FNA présentant des facteurs de risque de DPP pour 64 (44,4%) de ceux exerçant en zone rurale. La différence est ici significative (p-value= 0,009).

# DISCUSSION

## 1) Biais et atouts de l'étude

### a. Population étudiée

Cette étude a été réalisée en Bourgogne-Franche-Comté. Sur les 4893 médecins généralistes exerçant dans cette région, 200 ont répondu au questionnaire.

Le tableau 1 compare les caractéristiques socio-démographiques des MG ayant répondu au questionnaire de l'étude versus celles des MG de Bourgogne - Franche-Comté.

**Tableau 1** : Comparaison entre la population de MG étudiée et les médecins généralistes de Bourgogne – Franche-Comté en 2018 [76].

|                  | <u>Bourgogne-Franche-Comté</u> |             | <u>Etude</u> |             |
|------------------|--------------------------------|-------------|--------------|-------------|
|                  | Nombre                         | Pourcentage | Nombre       | Pourcentage |
| Nombre de MG     | 4893                           | 100         | 200          | 100         |
| Nombre d'hommes  | 2726                           | 55,7        | 57           | 28,5        |
| Nombre de femmes | 2167                           | 44,3        | 143          | 71,5        |
| Age              |                                |             |              |             |
| De 25 à 35 ans   | 683                            | 13,9        | 74           | 38,3        |
| De 35 à 45 ans   | 773                            | 15,8        | 55           | 28,5        |
| De 45 à 55ans    | 1099                           | 22,5        | 34           | 17,6        |
| De 55 à 65 ans   | 1689                           | 34,5        | 26           | 13,5        |
| Plus de 65 ans   | 649                            | 13,3        | 4            | 2,1         |

La population étudiée était plus jeune et féminine que la population des médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté.

La dépression du post-partum touchant en grande majorité les femmes [2], il semble logique qu'elles y soient plus sensibilisées et répondent plus volontiers à un questionnaire concernant cette pathologie.

L'âge inférieur des médecins de l'étude peut s'expliquer le fait que les questionnaires aient été transmis par voie informatique et internet a également pu jouer un rôle dans ces résultats. Les outils informatiques seraient-ils mieux maîtrisés et donc plus adoptés par les médecins plus jeunes ?

De plus, il est possible que les médecins les plus jeunes répondent plus facilement aux questionnaires de thèse transmis par les étudiants, ayant eux-mêmes passé leur thèse il n'y a pas si longtemps. Les relances sont également plus simples via les réseaux sociaux.

De nombreux médecins ayant reçu le questionnaire n'y ont pas répondu, constituant ainsi un biais de sélection et ayant pour conséquence un manque de puissance de l'étude.

## b. Méthode

### *i. Type d'étude*

Cette étude était observationnelle descriptive rétrospective. Ce type d'étude permet de recueillir simultanément des informations sur un échantillon représentatif de la population cible. Elle permet d'analyser les pratiques individuelles des médecins et donc d'appréhender leurs comportements habituels dans une situation donnée. Ceci paraissait donc bien adapté à l'objectif de l'étude menée ici.

Sa faiblesse réside dans son faible niveau de preuve scientifique. De plus, sa rétrospectivité signifie que les médecins interrogés doivent se remémorer des faits passés, ce qui peut amener un biais d'investigation dont il faudra tenir compte lors de l'analyse des résultats. Enfin, les questions posées portaient sur l'année 2020 uniquement, ce qui n'est pas forcément représentatif de l'ensemble d'une carrière.

### *ii. Questionnaire*

Au vu du grand nombre de médecins interrogés, il a été décidé de mener cette étude via un questionnaire plutôt qu'en réalisant des entretiens individuels, ce qui aurait été plus difficile à mettre en œuvre.

Ce questionnaire était constitué de questions à choix multiples et simples, ce qui a pu sembler manquer d'alternatives pour certains des répondants et constituer un biais d'analyse. Une seule question leur permettait de s'exprimer librement s'ils le désiraient.

La moitié des questions utilisaient l'échelle de Likert, ce qui a pu amener un biais d'indécision.

Un tiers des questions demandaient l'avis des répondants, ce qui a pu constituer un biais de désirabilité sociale.

Un pré-test a été effectué en envoyant le questionnaire à des médecins n'étant pas concernés par l'étude afin de mettre en évidence d'éventuelles erreurs ou incompréhensions, leurs réponses n'ont donc pas été prises en compte.

Les réponses au questionnaire ont été anonymisées, selon l'obligation légale régie par la CNIL.

### *iii. Lieu de l'étude*

L'enquête a été menée dans la région Bourgogne-Franche-Comté, qui comporte de nombreuses zones sous-dotées en médecins, toutes spécialités confondues, zones considérées comme des déserts médicaux. L'accès aux soins y est donc plus compliqué que dans d'autres régions plus attractives, ce qui a pu influencer les réponses à certaines questions et donc les résultats.

### *iv. Période de recueil des données*

Le questionnaire a été envoyé aux médecins interrogés alors que le contexte sanitaire était compliqué, durant la 3<sup>ème</sup> vague de Covid 19. A cette période, les médecins étaient préoccupés par les contaminations et les vaccinations. Cela a probablement diminué le nombre de répondants à l'enquête.

## 2) Résultats de l'étude

### a. La DPP en médecine générale

Cette étude a permis de répondre à son objectif principal, qui était de faire un état des lieux du dépistage de dépression du post-partum en Bourgogne - Franche-Comté.

La majorité des médecins généralistes connaissent les symptômes de la DPP, similaires à ceux d'une dépression « classique ». Ils savent également que cette pathologie peut avoir des conséquences non seulement sur la mère mais aussi sur l'ensemble de la famille. Néanmoins, nous constatons que seulement

la moitié d'entre eux en maîtrisent les facteurs de risque ainsi que son délai d'apparition, ce qui complique son dépistage. La formation universitaire pourrait donc être améliorée sur ce point.

De plus, la grande majorité des généralistes interrogés estiment que leur formation à la DPP est insuffisante voire inexistante et souhaiteraient bénéficier d'une formation complémentaire à ce sujet. Nous pouvons nous demander si cette insuffisance de formation n'est pas le miroir d'un enseignement universitaire trop léger ou de trop peu nombreuses formations continues sur le sujet.

A noter que parmi ces répondants, ce sont surtout les médecins femmes qui vont dans ce sens. Nous pouvons penser que les femmes se sentent plus impliquées puisqu'il s'agit d'une pathologie à très forte prédominance féminine.

En revanche, le désir de formation complémentaire est équivalent dans toutes les tranches d'âge. Nous pouvons penser que ceci est dû à l'amélioration des connaissances sur la DPP ces deux dernières décennies. Néanmoins, il est clair que ces connaissances sont insuffisamment transmises.

Enfin, les médecins exerçant en milieu rural sont plus d'avis que leur formation est insuffisante et souhaitent davantage une formation complémentaire que ceux exerçant en milieu urbain. Nous pouvons imaginer que les médecins installés en milieu urbain ont plus facilement accès à des formations complémentaires ainsi qu'aux spécialistes, rendant les échanges avec ces derniers plus aisés. Organiser plus de formations à distance, en visioconférence, pourrait être une solution envisageable pour palier à cette inégalité.

La quasi-totalité des médecins déclarent que moins de 10 % des FNA de leur patientèle souffrent d'une DPP, ce qui semble sous-estimé puisque 18% des FNA [2] présentent cette pathologie. Nous pouvons donc penser que nombre de DPP n'ont été ni dépistées ni diagnostiquées et n'ont donc pas été prises en charge dans ces patientèles. Ce sous-diagnostic s'explique en partie par le manque de connaissances des MG sur les facteurs de risque comme vu ci-dessus. Le dépistage anténatal s'en trouve compromis. Nous constatons également que seulement la moitié des médecins déclarent rechercher une DPP lors d'une consultation avec une FNA. De plus, moins d'une FNA sur dix va venir consulter d'elle-même pour un motif de DPP. Si elle n'est pas recherchée, il est donc très facile de la manquer.

De même, en sus de l'interrogatoire, il existe des outils de dépistage de la DPP validés scientifiquement et dont l'utilisation a été autorisée en France [54] [57] [60]. Or, très peu de médecins généralistes en connaissent l'existence et/ou les utilisent. Mettre en avant l'existence de ces outils semble indispensable.

De même, les médecins ayant plus de 45 ans sont plus attentifs à cette pathologie lorsqu'ils reçoivent une FNA en consultation que les médecins ayant moins de 45 ans. Nous pouvons imaginer que l'expérience et l'apprentissage au long des années permettent de compenser partiellement l'insuffisance de formation.

Enfin, les médecins exerçant en milieu rural recherchent plus une DPP chez une FNA lorsqu'elle présente des facteurs de risque que les médecins travaillant en milieu urbain. Nous pouvons imaginer que ce fait est en relation avec les difficultés d'accès aux spécialistes dans ces zones, les médecins généralistes se retrouvant régulièrement obligés de se substituer à ces spécialistes.

De nombreux généralistes déclarent qu'ils prennent eux-mêmes en charge les FNA souffrant de DPP en mettant en place un suivi régulier de la patiente. La plupart du temps ce n'est pas par choix mais plutôt corrélé aux délais de rendez-vous avec un psychiatre, un psychologue, en CMP ou PMI, considérés comme trop longs par les MG. Ceci met en évidence la problématique du manque de spécialistes exerçant dans la région, compliquant la prise en charge des patientes souffrant de DPP.

De plus, la quasi-totalité des médecins interrogés pensent que travailler en coordination avec ces spécialistes et centres améliorerait grandement la qualité des soins. La diversité des prises en charge possibles permettrait de s'adapter au mieux aux besoins et attentes de chaque patiente. La mise en place de créneaux réservés à la DPP pourrait-elle être une solution ?

La majorité des MG s'accordent à dire qu'il serait intéressant de réaliser des consultations systématiques et plus longues pour chaque FNA, consultation dédiée à dépister une éventuelle DPP. La plupart se disent prêts à profiter de la visite du 1<sup>er</sup> mois du nourrisson en y incluant un temps réservé à la mère. Ils sont donc conscients de l'importance de ce dépistage. Néanmoins, quelques-uns estiment que ce rôle de dépistage est déjà rempli par les sage-femmes, notamment lors de la visite post-natale qui a lieu dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement. Mais l'objectif de cette visite est également de s'assurer de l'absence de complications au niveau somatique. Et dans les faits, cette visite peut être réalisée non seulement par les sage-femmes mais également par un gynécologue ou le médecin traitant. Et bien qu'elle ait été rendue obligatoire par l'Assurance Maladie et soit prise en charge à 100%, seulement environ 1 femme sur 2 se rend à cette visite. Peu d'études ont été réalisées à ce sujet. Aux États-Unis [77], une étude de cohorte rétrospective sur 5 ans, a comparé un groupe de femme ayant vécu une grossesse difficile et un groupe « témoin » : 56,6% des femmes du groupe avec une grossesse difficile sont allées à l'équivalent de notre visite post-natale, et 51,7% des femmes ayant eu une grossesse non compliquée.

De plus, parmi ces femmes ayant effectué la visite post-natale, 82% choisissent de l'effectuer auprès du gynécologue ou de la sage-femme pour seulement 18% qui décident d'aller voir leur médecin traitant [78]. Nous pouvons donc nous demander s'il n'y aurait pas un intérêt à mettre en place une visite obligatoire telle qu'elle existe déjà, mais avec le médecin traitant, dédiée à l'aspect psychologique du post-partum ?



Enfin, parmi les femmes ne s'étant pas présentées à cette visite, 54% déclaraient ne pas être au courant de son existence, 21% n'avaient pas vu d'utilité à cette visite, 17% disaient ne pas avoir eu le temps de s'y rendre et 8% mettaient leur absence sur le compte de l'oubli [78]. Une meilleure visibilité, un rappel de l'importance de cette visite semblent nécessaires.

## b. Freins et pistes d'amélioration du dépistage de la DPP en médecine générale

### **Freins**

L'un des principaux freins au dépistage de la dépression du post-partum semble donc être un manque de formation. Il faudrait améliorer tout d'abord la formation initiale, c'est-à-dire l'enseignement universitaire, faire connaître les outils à disposition aidant au dépistage, puis perfectionner la formation continue en rendant plus attractives les formations proposées à ce sujet.

Nous notons également un manque de suivi des FNA dans les semaines suivant leur accouchement, par manque de spécialistes dans la zone concernée, par manque de temps du généraliste, et par désintéressement ou méconnaissance de la visite post-natale de la part des patientes. La création d'un réseau interprofessionnel pour la prise en charge de la DPP et une modification ainsi qu'une mise en avant de la visite post-natale pourraient être une solution envisageable.

### **Pistes**

L'étude a montré que la majorité des médecins désirent une meilleure formation à la DPP.

La toute première formation à propos de cette pathologie se fait lors du cursus universitaire. Un approfondissement du sujet lors de cet enseignement pourrait conforter les connaissances des MG tout en les sensibilisant à cette pathologie au plus tôt de leur carrière.

Des ateliers constitués de discussion sur des cas cliniques pourraient être envisagés. L'idée serait de mettre en place des réflexes d'anamnèse psychologique similaires à ceux que l'on acquiert pour l'examen somatique. La connaissance et donc la reconnaissance de facteurs de risque de DPP chez une patiente permettrait de la surveiller au cours de sa grossesse et dans ses suites.

Au cours de ces ateliers, mettre l'accent sur les différents outils de dépistages existants et pouvant être utilisés soit avant soit dans les suites de l'accouchement tel que le DAD'P ou les questions de Whooley, semble également primordial.

Lorsque le cursus universitaire est terminé, les médecins peuvent continuer à se former et mettre leurs connaissances à jour grâce à la formation continue. La participation à ces formations est indispensable afin de se tenir au courant des avancées scientifiques récentes. Ils peuvent se trouver sous différents formats : séminaires en présentiel ou à distance, congrès médicaux, diplômes universitaires et inter-universitaires pour ceux qui désirent une formation complète et poussée. La mise en place de réunions entre collègues d'une MSP ou d'un territoire durant lesquelles des thèmes ayant un enjeu de santé publique seraient abordés permettrait des échanges de connaissances et d'opinions et ainsi améliorer les compétences de chacun.

Lors d'une grossesse, une amélioration de la visibilité des outils de dépistage pourrait être instaurée : le questionnaire DAD'P (ou autre) pourrait par exemple être inséré automatiquement dans le dossier de la femme enceinte lors de la déclaration de grossesse et serait visualisé à chaque consultation, permettant d'être réalisé à différentes étapes de la périnatalité, évitant ainsi de manquer une DPP.

L'étude nous indique une autre piste à suivre afin d'améliorer le dépistage de la DPP : la majorité des médecins interrogés se disent favorables à la mise en place d'une consultation systématique pour toutes les FNA dans les semaines suivant l'accouchement. Cette consultation serait complémentaire de la visite post natale, en aucun cas elle ne la remplacerait. Nous pouvons imaginer qu'elle serait, tout comme cette visite, obligatoire et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Elle serait dédiée uniquement à l'aspect psychologique du post-partum, permettant de réaliser un bilan de la santé psychique de la mère. Elle pourrait être programmée dans le même temps que la visite du 1<sup>er</sup> mois du nourrisson, ce qui permettrait d'étudier également la relation mère-enfant.

Pour pallier la méconnaissance de l'existence de cette visite et éviter son oubli, il pourrait être proposé aux médecins généralistes d'afficher une feuille d'information et de rappel dans leur salle d'attente. Une étude [79] a montré qu'avec cette méthode 97,7% des patients ayant vu des affichettes se souvenaient de l'information partagée.

Enfin, l'étude a montré que l'accès aux spécialistes concernés était difficile voire impossible en raison des délais de rendez-vous trop longs. Or, une consultation avec un spécialiste devrait faire partie de la prise en charge d'une patiente souffrant de DPP, que ce soit pour instaurer un traitement ou un suivi ou pour émettre un avis en cas de doute diagnostique. On peut envisager la création d'une filière interprofessionnelle avec mise en place de créneaux de consultations réservés à la DPP. Elle débiterait avec le médecin généraliste puis se poursuivrait avec la prise de relais par un psychiatre, psychologue, CMP ou centre de PMI, qui auraient

donc des créneaux réservés à cette fin. Une collaboration entre ces différents intervenants semble indispensable.

### 3) Autres études

#### a. En France

Une thèse quantitative réalisée à Lille [80] en 2015 a également cherché à faire un état des lieux du dépistage de la DPP en soins de premiers recours. Elle portait sur une population plus large incluant des pédiatres et des professionnels de santé paramédicaux. Néanmoins, nous pouvons constater que ses résultats concordent avec les nôtres en ce qui concerne le dépistage insuffisant de la DPP. Les causes incriminées rejoignent celles retrouvées dans notre étude : le manque d'outils et de formations. Les problématiques liées à la complexité du travail interprofessionnel sont également mentionnées.

Une autre étude, qualitative, a été menée en Gironde dans le cadre d'une thèse [81]. Son objectif principal était d'évaluer l'utilisation des questions de Whooley dans le dépistage de la DPP. Comme dans notre étude, une formation insuffisante des médecins généralistes était mise en évidence. Ils avaient notamment des difficultés à définir la DPP. De plus, elle montre tout comme la nôtre la nécessité de travailler en réseaux de soins pour une prise en charge optimale des patientes concernées.

Une 3<sup>ème</sup> étude concernant le dépistage de la DPP a été réalisée à Paris [82]. Celle-ci a été menée auprès de sage-femmes et obstétriciens dans 2 maternités parisiennes. Il est intéressant de noter que, là aussi, l'information principale qui ressort est la formation initiale insuffisante. Elle mentionne aussi un élément nouveau dans les difficultés à effectuer ce dépistage : le facteur temps. Les médecins interrogés ne pratiquaient pas les questionnaires de dépistage par peur de perdre du temps si le résultat se trouvait positif. Ceci conforte notre idée de mettre en place une consultation dédiée à ce dépistage.

#### b. A l'étranger

En Australie, une étude [83] a été menée en 2004 sur le dépistage de la DPP. Il en ressortait l'importance de l'effectuer en période aussi bien anténatale que post-natale. Le questionnaire EPDS a été validé pour cette utilisation. Les auteurs insistent sur l'importance d'avoir les ressources nécessaires en aval pour la prise en charge des patientes chez lesquelles une DPP sera détectée. Ceci conforte notre hypothèse selon laquelle la formation française aux outils de dépistage doit absolument être améliorée.

Une autre étude [84] a été réalisée dans ce pays 2 ans plus tard, confirmant que le dépistage de la DPP par le questionnaire EPDS est accepté à la fois par les professionnels de santé et par les patientes. Elle précise également qu'une formation des médecins au dépistage général de cette pathologie est indispensable, ce qui rejoint encore une fois nos résultats sur l'importance de la formation, qu'elle soit initiale ou continue.

Quelques années plus tard, l'organisme australien Beyond Blue a réalisé une revue de la littérature afin de créer un « guide pratique pour les professionnels de santé des soins primaires » [85] en ce qui concerne la dépression et autres troubles de la périnatalité. Ce guide a été validé par le Chief Executive Officer of the National Health and Medical Research Council (NHMRC) of Australia. En ce qui concerne la DPP, ils préconisent l'utilisation d'outils de dépistage comme le questionnaire EPDS, en particulier pour les femmes présentant des facteurs de risque et insistent sur la surveillance de ces patientes dès la maternité dans les suites immédiates de l'accouchement. Ils abordent également les problématiques liées à l'Etat, l'accès aux spécialistes de la santé mentale semble compliqué dans ce pays. Ils rappellent également l'importance de travailler en réseau avec les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ces patientes. Nous retrouvons donc de nombreux points similaires à ceux mis en évidence dans notre étude.

L'Institut National du Québec a synthétisé suite à une revue de littérature [86] les recommandations concernant le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes de 3 organismes reconnus : le National Screening Committee du Royaume-Uni (NSC), le US Preventive Services Task Force (USPSTF) et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. L'une des 2 populations étudiées nous a intéressé : les femmes durant le post-partum.

Au Royaume-Uni, le dépistage de la DPP n'est pas recommandé. Les études réalisées là-bas n'ont pas démontré une efficacité suffisante.

Au Canada, le dépistage de la DPP n'est pas systématique. Il est réalisé uniquement en cas de symptômes évocateurs.

L'équipe des Etats-Unis ne s'est pas positionnée à ce sujet.

En 2014, une étude américaine [87] propose l'étude du comportement du nouveau-né et l'analyse de ce comportement par la mère pour diminuer les symptômes de la DPP. Un questionnaire posant des questions sur le comportement de l'enfant et les interactions avec la mère est à remplir par celle-ci une première fois dans les suites immédiates de l'accouchement (1 ou 2 jours après) puis une deuxième fois 4 à 6 semaines après, au domicile. L'étude a démontré que cette méthode permettait de dépister une DPP et, le cas échéant, une prise de conscience chez la mère diminuant ainsi ses conséquences. Aucune méthode équivalente n'existe en France.

#### 4) Perspectives pour le futur

Notre étude manquait de puissance par la petite taille de notre échantillon. Nous pensons néanmoins qu'au vu des résultats, la réalisation d'une étude menée sur une plus large échelle serait intéressante. Elle pourrait rendre des conclusions davantage significatives, affiner les problématiques et élargir les pistes d'amélioration.

Le rôle du médecin généraliste est voué à se développer. Il occupe d'ores et déjà un rôle central dans le parcours de soins des patients, centralisant les informations, orientant les prises en charge et organisant leur suivi.

Devant la mise en évidence d'enjeux de santé publique tels que celui de notre étude, ses actions de prévention primaire et secondaire vont devoir s'étoffer encore. Une évaluation des moyens mis à leur disposition dans cet objectif apparaît indispensable afin de s'adapter aux réalités du terrain.

Le développement des exercices coordonnés et de réseaux pluriprofessionnels semble également une étape incontournable pour la prise en charge de nombre de pathologies.

Une évolution des modes de travail actuels est nécessaire afin de pouvoir faire face aux évolutions démographiques des populations et des professionnels de santé.

# CONCLUSION

La dépression du post-partum est un enjeu de santé publique du fait de sa prévalence importante et des conséquences graves qu'elle peut avoir aussi bien sur la santé de la mère que sur le développement de l'enfant et sur l'équilibre familial. La prévenir est donc primordial. Notre étude s'est attachée à faire un état des lieux de ce dépistage en médecine générale dans la région Bourgogne-Franche-Comté.

La prévention primaire était peu réalisée. Plusieurs causes avaient été retrouvées : tout d'abord un manque de formation des médecins qui maîtrisaient peu ou moyennement cette pathologie, ensuite des lacunes quant aux outils existants pour aider à ce dépistage.

La prévention secondaire était également rendue difficile par une difficulté de relais par un psychiatre, psychologue, CMP, ou centre de PMI, difficulté due au manque de ces spécialistes dans cette zone géographique.

La majorité des médecins généralistes interrogés étaient favorables à une formation complémentaire et se disaient prêts à accorder plus de temps voire une consultation entière dédiée aux femmes en post-partum.

Nous avons pu observer l'intérêt des médecins généralistes qui semblaient sensibilisés sur ce sujet et saisissaient l'importance de ce dépistage pour une meilleure prise en charge de leurs patientes.

Des pistes d'amélioration du dépistage de la DPP ont été évoquées, telles qu'un approfondissement du sujet lors de l'enseignement universitaire en particulier la mise en avant des outils de dépistage à disposition et un renforcement de la formation continue au travers de séminaires ou de groupes d'échanges.

Concernant la prévention secondaire, nous avons pensé à la création de filières ou réseaux interprofessionnels impliquant les différents acteurs de santé concernés, permettant ainsi de s'adapter aux attentes et besoins de chacune, ou encore à la mise en place d'une consultation durant le post-partum qui serait complémentaire à la visite post-natale déjà existante mais consacrée uniquement à la santé psychique des patientes. A noter qu'entre l'élaboration du questionnaire de cette thèse et son dépôt ont eu lieu les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, durant lesquelles a été évoquée de manière claire la création d'un entretien systématique autour de la cinquième semaine du post-partum avec le médecin traitant ou la sage-femme, entretien ayant pour but le dépistage de la dépression du post-partum.

# CONCLUSIONS SIGNEES



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**UNIVERSITE DE BOURGOGNE**

**THESE SOUTENUE PAR MME COTE JEANNE**

## CONCLUSIONS

En introduction de ce travail de thèse, nous avons vu que la dépression du post-partum est un véritable enjeu de santé publique en raison de sa prévalence. Elle touche en effet 18% des femmes dans les semaines suivant leur accouchement. Des facteurs de risques ont été identifiés, permettent d'anticiper l'apparition de cette pathologie et de surveiller plus étroitement les femmes concernées lors de leur grossesse et durant le post-partum. Lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée et donc non prise en charge, ses conséquences peuvent être majeures, ayant un impact sur la mère, mais également sur le développement de l'enfant du fait d'une relation mère-enfant déséquilibrée, et sur l'entourage familial. Son dépistage est donc primordial. Ce rôle incombe au médecin généraliste en raison de sa position centrale dans le parcours de soin des patientes.

Nous nous sommes demandé comment et dans quelles proportions les médecins généralistes, en pratique, réalisaient ce dépistage.

Nous nous sommes attachés dans notre étude à décrire ce qui était effectué en médecine générale en Bourgogne-Franche-Comté pour dépister la dépression du post-partum. L'objectif principal était donc de décrire l'attitude des médecins généralistes face à leurs patientes dans les semaines suivant leur accouchement. Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence les freins rencontrés par les médecins à ce dépistage et de recueillir des pistes afin de l'améliorer.

Nous avons observé que les médecins généralistes manquaient de connaissances sur la dépression du post-partum, en particulier sur ses facteurs de risque et sur les outils d'aide au dépistage à leur disposition. La pose de diagnostic était également rendue compliquée par le petit nombre de patientes exprimant spontanément leur mal-être. La moitié du temps, c'était l'accompagnant qui exprimait son inquiétude et évoquait les

symptômes évocateurs de dépression du post-partum. Lorsque que le diagnostic était posé, ils éprouvaient des difficultés quant à la prise en charge, liées au manque de spécialistes dans la zone géographique concernée rendant difficile l'accès aux soins pour les patientes.

La grande majorité des médecins semblait sensibilisée à cette pathologie et se montrait désireuse de bénéficier d'une formation complémentaire. Ils envisageaient favorablement d'accorder plus de temps à ces femmes en consultation voire la mise en place d'une consultation systématique pour les patientes en post-partum, complémentaire de la visite post-natale déjà existante, mais qui serait dédiée à l'évaluation de leur santé psychique. Ils souhaitaient également pouvoir travailler en réseaux interprofessionnels afin d'améliorer le parcours de soin des patientes. La diversité des spécialistes et centres (psychologues, psychiatres, CMP, PMI...) pouvant recevoir les patientes permettrait de pouvoir s'adapter aux attentes et besoins de chacune.

Le frein le plus souvent rapporté était l'insuffisance de formation, initiale et continue, rendant complexes le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression du post-partum.

Le rôle du médecin généraliste est voué à se développer. Il occupe d'ores et déjà un rôle central dans le parcours de soins des patients, centralisant les informations, orientant les prises en charge et organisant leur suivi.

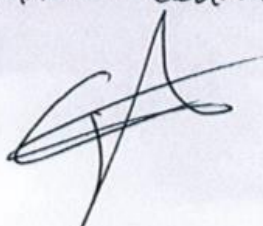
Devant la mise en évidence d'enjeux de santé publique tels que celui de notre étude, ses actions de prévention primaire et secondaire vont devoir s'étoffer encore. Une évaluation des moyens mis à leur disposition dans cet objectif apparaît indispensable afin de s'adapter aux réalités du terrain.

Le développement des exercices coordonnés et de réseaux pluriprofessionnels semble également une étape incontournable pour la prise en charge de nombre de pathologies.

Une évolution des modes d'exercice actuels est nécessaire afin de pouvoir faire face aux évolutions démographiques des populations et des professionnels de santé.

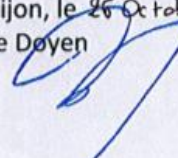
Le Président du jury,

Pr. CHAUNET-GELINIER



Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 26 Octobre 2021  
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ





# BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Debest C., Hertzog I-L. Désir d'enfant – Devoir d'enfant. Recherches sociologiques et anthropologiques. 2017;48(2):29-51
  
- 2- Hahn-Holbrook J., Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. Front Psychiatry. 2018 Feb;1;8.
  
- 3 - Masmoudi J., Trabelsi S., Charfeddine F., Jaoua A. Service de Psychiatrie. La dépression du postpartum. Juin 06, Décembre 06;(11/12):7-13.
  
- 4 - Bydlowski, M. Psychopathologie périnatale : du "blues" à la dépression postnatale (DPN). 1997.
  
- 5 - Marcé L.V., Traité de la Folie des femmes enceintes, Paris, Londres, New-york, Madrid. 1858.
  
- 6 - Pitt, B. Atypical Depression Following Childbirth. s.l. The British Journal of Psychiatry. 1968 Nov.
  
- 7 - Yalom ID., Lunde DT., Moos RH., Hamburg DA. « Postpartum blues » Syndrome: A Description and Related Variables. s.l. Arch Gen Psychiatry. 1968.
  
- 8 - La société Marcé Francophone. L'association francophone pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales.
  
- 9 - Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les

représentants de 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946;2 :100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

10 - WHO. Promoting Mental Health : Concepts, Emerging Evidence, Practice – Summary Report. Genève, Suisse : WHO. 2004.

11 - INSERM, Gardier A. et Corruble E., CESP (équipe Moods, unité 1178 Inserm), Université Paris-Saclay, Faculté de pharmacie de Chatenay-Malabry, Faculté de médecine Paris Sud, Mood Center Paris Saclay, Service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'Hôpital Bicêtre, AP-HP.

12 - Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, Team AS, others. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. The Lancet. 2005;365(9478):2201–2205.

13 - Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Collège national des universitaires en psychiatrie. Presses universitaires François Rabelais. 2014.

14 - Sutter A-L, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2005;524–528.

15 - Guédeney N., Jeammet P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientations thérapeutiques. s.l. Devenir. 2001;13:51-64

16 - Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. s.l. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie. 2007.

17 - Appleby L. suicide during pregnancy and in the first postnatal year. BMJ. 1991;302:137-140.

18 - Boyer P., Guelfi J.D., Pull C.B., Pull M.C. Manuel Diagnostique et Statistiques des Troubles mentaux. DSM-IV. Texte révisé 2003.

19 - Pull C.N., Chaillet G. Classification internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Paris : Masson. 1994.

20 - Cox J., Holden J., Henshaw C. Perinatal mental health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale(EPDS) Manual. 2nd ed. London, England: Royal College of Psychiatrists Publications. 2014;242.

21 – Agbokou G, Ferreri F., Nuss P., Peretti C.S. Cliniques des dépressions maternelles postnatales. s.l. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Psychiatrie. 2011;37:170-A-30.

22 - Versaevel C., Leleu O., Jeanson R., Lajugie C., Bizet B., Danel T., Charrel C.-C., Duhamel A. La personnalité dépendante : un facteur de risque majeur pour la dépression post-partum ? s.l. Devenir. 2014;26:153-164.

23 - O'Hara M.W., Swain A.M. Rates and risk of post-partum depression-a meta analysis. s.l. International Review of Psychiatry. 1996 Jan;8:37-54.

24 - Weissman M.M., Olfson M. Depression in Women : Implications for Health Care Research. s.l. Science. 1995;799-801.

25 - Cooper P.J., Murray L. Course and recurrence of postnatal depression evidence for the specificity of the diagnostic concept. s.l. Br J Psychiatry. 1995;166:191-195.

- 26 - Guigui G. Connaissance et méconnaissances des mères sur l'allaitement. s.l. Devenir. 2007;19 :261-297.
- 27 - Grant K.-A., McMahon C., Austin M.-P. Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *J Affect Disord.* 2008 May;108(1-2):101-11.
- 28 - Stewart D.-E., Gagnon A., Saucier J.-F., Wahoush O., Dougherty G. Postpartum depression symptoms in newcomers. *Can J Psychiatry.* 2008;53(2):121-124.
- 29 - Hobfoll S.-E., Ritter C., Lavin J., Hulsizer M.-R., Cameron R.-P. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and post-partum women. s.l. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63:445-53.
- 30 - Mills E.-P., Finchilescu G., Lea S.-J. Postnatal depression-examination of psychosocial factors. s.l. *S Afr Med.* 1995;85:99-105.
- 31 - Verkerk G.-J., Pop V.-J., Van Son M.-J., Van Heck G.-L. Prediction of depression in the postpartum period : a longitudinal follow-up study in high-risk and low risk women. *Journal of Affective Disorders.* 2003;7:159-66.
- 32 – Murray L., Cooper P. Course and recurrence for postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry.* 1995 MAR;166(11-12):191-195.
- 33 - Lewellyn A.-M., Stowe Z.-N., Nemeroff C.-B. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(suppl 15):26-32.

34 - Goodman S.H. & Brumley H.E. Schizophrenic and Depressed Mothers: Relational Deficits in Parenting. *Developmental Psychology*. 1990;26(1):31-39.

35 - Tronick E.Z. & Gianino A.F. The Transmission of Maternal Disturbance to the Infant, *New Directions for Child and Adolescent Development*. 1986;34:31-47.

36 - Papousek H. & Papousek M. Fragile Aspects of Early Social Integration, in *Postpartum Depression and Child Development*. New York, Guilford Press. 1997;35-53.

37 - Field T., Hernandez-Reif M. & Diego M. Intrusive and Withdrawn Depressed Mothers and Their Infants. *Developmental Review*. 2006;26(1):15-30.

38 - Tronick E. Z. & Weinberg M. K. Depressed Mothers and Infants: Failure to Form Dyadic States of Consciousness, in *Postpartum Depression and Child Development*. New York, Guilford Press. 1997;54-81.

39 - Cohn J. F., Matias R., Tronick E. Z., Connell D. & Lyons-Ruth K. Face-to-Face Interactions of Depressed Mothers and Their Infants. *New Directions for Child Development*. 1986;34:31-45.

40 - Jones N. A., Field T., Fox N. A., Davalos M., Malphurs J., Carraway K. et al. Infants of Intrusive and Withdrawn Mothers. *Infant Behavior & Development*. 1997;20(2):175-186.

41 - Pickens J. & Field T., Facial Expressivity in Infants of Depressed Mothers. *Developmental Psychology*. 1993;29(6):986-986.

42 - Beebe B., Jaffe J., Buck K., Chen H., Cohen P., Feldstein S. et al., Six-Week Postpartum Maternal Depressive Symptoms and 4-Month Mother –Infant Self-and Interactive Contingency. *Infant Mental Health Journal*. 2008;29(5):442-471.

43 - Tronick E., Als H., Adamson L., Wise S. & Brazelton T. B. The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1978;17(1):1-13.

44 - Murray L.. The impact of postnatal depression on infant development. s.l. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1992;33:543-561.

45 - Spira A., Scippa L., Berthet C., Meuret C., Besozzi R., Cramer B. L'hospitalisme en l'an 200, développement psychologique d'enfants dans un orphelinat roumain. s.l. *Psychiatrie Enf*. 2000;43:587-646.

46 - Van der Waerden J., Bernard J.-Y., De Agostini M., Saurel-Cubizolles M.-J., Peyre H., Heude B., et al. Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN motherchild cohort: van der Waerden et al. *Depress Anxiety*. 2017 Feb;34(2):105–17.

47 - Van der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles M-J, Sutter Dallay A-L, Melchior M. Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years. *J Pediatr*. 2015 Jun;166(6):1440-1448.

48 - Sutter-Dallay A.-L., Murray L., Dequae-Merchadou L., Glatigny-Dallay E., Bourgeois M.-L., Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Eur Psychiatry*. 2011 Nov;26(8):484–9.

49 - EM, Kouros C.D. La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants. s.l. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. 2009.

50 - Tissot H., Frascarolo F., Despland J.-N., Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. s.l. La psychiatrie de l'enfant 2. 2011;54:611-637.

51 - Boyce P., Cox J., Holden J. Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression; in perinatal psychiatry; use and misuse of Edinburgh Postnatal Depression Scale. Londres : s.n. 1994;82-102.

52 - Arroll B., Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ. 2003 Nov 15;327(7424):1144–6.

53 - Gjerdingen D., Crow S., McGovern P., Miner M., Center B. Postpartum Depression Screening at WellChild Visits: Validity of a 2-Question Screen and the PHQ-9. Ann Fam Med. 2009 Jan 1;7(1):63–70.

54 - Lombardo P., Vaucher P., Haftgoli N., Burnand B., Favrat B., Verdon F. et al. The “help” question doesn’t help when screening for major depression: external validation of the three-question screening test for primary care patients managed for physical complaints. BMC Med. 2011 Dec;9(1).

55 - Cox J.-L., Holden J.-M., Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun;150(6):782–6.

56 - Guedeney N., Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1998 Jan;13(2):83–9.

57 - Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017 Oct;45.

58 - Samra J., Gilbert M., Shain M., Bilsker D. Questionnaire sur la santé du patient-2 (PHQ-2). Consortium for Organizational Mental Healthcare. 2009.

59 - Pfizer. The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) - Overview. 1999.

60 - Righetti-Veltema M., Nanzer N., Palacio-Espasa F., et al. Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression post-partum? *Rev Med Suisse* 2007;3:1200-5.

61 - O'Hara M.W., Stuart S., Gorman L.L. & Wenzel A. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for post-partum depression. *Archives of General Psychiatry*. 2000;57:1039-1045

62 - Stuart S. & O'Hara M.W. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A treatment manual, Unpublished manuscript, University of Iowa. 1993.

63 - Stuart S. & O'Hara M.W. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A treatment program. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*. 1995;4:18-29.

64 – Meager I., et Milgrom J. Group Treatment for Postpartum Depression: A Pilot Study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1996;30(6):852-60.



65 - Chabrol H., Teissedre F. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée chez 859 sujets. 2008.

66 - Bowen A., Baetz M., Schwartz L., Balbuena L., et Muhajarine N. «Antenatal Group Therapy Improves Worry and Depression Symptoms ». The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2014;51(3):226-31.

67 - Knauer D., et Cramer B. Les thérapies brèves conjointes mères ou parents-bébés : évaluations, évolutions et processus cliniques. Psychotherapies. 2006;26(2):97-102.

68 - Cooper P., Murray L. Prediction, Detection, and Treatment of Postnatal Depression. Archives of Disease in Childhood. 1997;77(2):97-99.

69 – Murray L., Cooper P., Wilson A, et Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. The British Journal of Psychiatry. 2003;182(5):420-27.

70 - Holden J.M., Sagovsky R., et Cox J.-L. Counselling in a General Practice Setting: Controlled Study of Health Visitor Intervention in Treatment of Postnatal Depression. 1989;298(6668):223-26.

71 - Wickberg B., Philip Hwang C. Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. Journal of Affective Disorders. 1996;39(3):209-16.

72 - CRAT - « Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte ». s. d.  
Consulté en ligne le 04/09/2021.

73 – Vanelle J-M, Sauvaget-Oiry A, Juan F. Indications de l'électroconvulsivothérapie. 2008.

74 - Bracq A., Sutter-Dallay A.-L., Bosc E., Dallay D. Électroconvulsivothérapie au cours de la grossesse : à propos d'un cas. 2015.

75 - Charpeaud, T., Genty J.-B., Llorca P.-M. Usage de l'électro-convulsivothérapie en psychiatrie. 2016.

76 - DREES. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. La démographie des professions de santé.

Consulté en ligne le 07/09/2021

77 - Bennett W.-L., Chang H.-Y., Levine D.-M., Wang L., Neale D., Werner E.-F., Clark J.-M. Utilization of primary and obstetric care after medically complicated pregnancies : an analysis of medical claims data. Journal of General Internal Medicine. 2014;29(4):636-645.

78 - Konstantinos B., Fréquence de la visite post-natale pour les femmes ayant accouché au CH de Dieppe et place du médecin généraliste dans cette pratique. Thèse de médecine générale, Rouen. 2010.

79 - Ward K., Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in a waiting room ? A study in one general practice. British Journal of General Practice. 1994;(44):583-585.

80 - Lecompte-Antoine M. Etats des lieux de la prise en charge de la dépression postnatale par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille. Thèse de médecine générale, Lille. 2015.

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

82 - Céline Braha. Prévention de la dépression post-natale. Dépister en consultations prénatales : entretiens auprès des sage-femmes et obstétriciens. Gynécologie et obstétrique. 2011.

83 - Austin, MP. Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here?. Arch Womens Ment Health. 2004;(7):1–6.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-003-0034-4>

84 - Buist A., Condon J., Brooks J., Speelman C., Milgrom J., Hayes B., Ellwood D., Barnett B., Kowalenko N., Matthey S., Austin M-P., Bilszta J., Acceptability of routine screening for perinatal depression, Journal of Affective Disorders. 2006;(93):Issues 1–3, 233-237

85 - Austin M.-P., Hight N. and the Guidelines Expert Advisory Committee, Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative. 2011.

86 - Comeau L., Ph. D., Chan A., Ph. D., Desjardins N., M.A. Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national du Québec. 2014.

87 - Nugent J. K., Dym Bartlett J, Valim C. Effects of an Infant-Focused Relationship-Based Hospital and Home Visiting Intervention on Reducing Symptoms of Postpartum Maternal Depression. Infants & Young Children. 2014;27(4): 292–304.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Mail d'introduction au questionnaire

Chère consoeur, cher confrère,

Interne de médecine générale à l'université de Dijon, j'ai débuté mon travail de thèse afin de clôturer ma formation. Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective descriptive quantitative portant sur l'état des lieux du dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale en Bourgogne-Franche Comté, pathologie longtemps laissée de côté, dont les conséquences peuvent pourtant avoir un impact majeur autant sur l'avenir de la mère que sur le développement de l'enfant, en passant par l'équilibre familial.

Cette étude est réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire numérique en ligne, sans questions ouvertes, principalement constitué de réponses basées sur l'échelle de Likert, et qui demande 4 minutes pour être complété, dont je vous joins le lien ci-dessous.

Les réponses restent anonymes. Vos propos pourront être cités dans mon travail de thèse.

<https://fr.surveymonkey.com/r/5YNQGSM>

Bien confraternellement,

Jeanne COTE

Interne de médecine générale, médecin généraliste remplaçant

## Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

Les réponses attendues sont en gras.

### 1. Êtes-vous :

- Un homme
- Une femme

### 2. Quelle est votre tranche d'âge ?

- Entre 25 et 35 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Entre 45 et 55 ans
- Entre 55 et 65 ans
- Plus de 65 ans

### 3. Quel est votre statut professionnel ?

- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste remplaçant

### 4. Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) en médecine générale ?

- 0 à 10 ans
- 10 à 20 ans
- 20 à 30 ans
- 30 à 40 ans
- Plus de 40 ans

### 5. Vous exercez en milieu :

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

6. Cocher les items vous évoquant une dépression du post-partum dans la liste suivante :

- Apparition dans les jours suivant l'accouchement
- **Apparition dans les semaines suivant l'accouchement**
- Régression spontanée des symptômes
- Symptomatologie durant au moins une semaine
- **Symptomatologie durant au moins 15 jours**
- Cause hormonale
- **Cause multifactorielle**
- **Composante héréditaire**
- Composante génétique
- **Humeur triste**
- **Troubles du sommeil**
- **Irritabilité**
- Hyperexcitabilité psychomotrice
- **Augmente le risque d'apparition de psychose**
- **Les pères peuvent également être atteints**
- **Impacte la relation mère-enfant**
- **Impacte l'équilibre familial**

7. Cocher les items vous évoquant les facteurs de risque de la dépression du post-partum dans la liste suivante :

- Jeune âge
- **Antécédent de trouble bipolaire**
- **Antécédent de dépression**
- **Antécédent de maladie chronique**
- **Antécédent de trouble péri-natal**
- **Antécédent familial de dépression du post partum**
- Antécédent de toxicomanie
- **Événement de vie stressant**
- **Ne pas avoir de personnes ressources**
- **Ne pas avoir d'emploi**
- **Niveau socio-économique bas**
- **Grossesse difficile**

8. Quel pourcentage de votre patientèle représente les femmes ayant accouché durant l'année dernière ?

- 0 à 10%
- 10 à 20%
- 20 à 30%
- 30 à 40 %
- Plus de 40 %

9. Pour quel pourcentage de femmes nouvellement accouchées (FNA) avez-vous posé un diagnostic de dépression du post-partum l'année dernière ?

- 0 à 10 %
- 10 à 20 %
- 20 à 30 %
- 30 à 40 %
- 40 à 50 %
- Plus de 50 %

10. Quel pourcentage de FNA de votre patientèle sont venues consulter pour un motif évoquant une dépression du post-partum l'année dernière ?

- 0 à 10%
- 10 à 20 %
- 20 à 30%
- 30 à 40%
- 40 à 50%
- Plus de 50%

11. Pour quel pourcentage de FNA était-ce un motif de consultation caché l'année dernière ?

- 0 à 10%
- 10 à 20%
- 20 à 30%
- 30 à 40%
- 40 à 50%

- Plus de 50%

12. Recherchez-vous systématiquement une dépression du post-partum lors d'une consultation avec une FNA, quelque soit son motif de consultation ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13. Si oui, par quels moyens ?

- Interrogatoire
- Examen clinique
- Recherche de facteurs de risque
- Les 2 questions de Whooley
- Questionnaire DAD'P

14. Si la patiente se présente à la consultation accompagnée, est-ce elle ou la tierce personne qui mentionne les symptômes de la dépression du post-partum ?

- La patiente
- L'accompagnant

15. Accordez-vous une attention particulière aux FNA présentant des facteurs de risque de dépression du post-partum (antécédent de dépression, âge...) ?

- Aucune attention particulière
- Peu attentif
- Attention modérée
- Très attentif
- Extrêmement attentif

16. Lorsque vous posez un diagnostic de dépression du post-partum, quelle prise en charge mettez-vous en place ?

- Introduction d'un traitement antidépresseur
- Introduction d'un traitement à visée anxiolytique
- Nouvelle consultation avec vous-même à J7 pour réévaluation
- Suivi régulier par vous-même



- Patiente adressée à un psychologue
- Patiente adressée à un CMP
- Patiente adressée à un psychiatre libéral et/ou hospitalier
- Autre (préciser ci-dessous)

17. Pensez-vous que la coordination interprofessionnelle avec les psychiatres et les CMP pour la prise en charge des patientes concernées se met en place dans un délai acceptable ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

18. Pensez-vous que les FNA devraient de principe bénéficier d'une consultation plus longue ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

19. Seriez-vous prêt à consacrer, à l'occasion de la visite du 1er mois du nourrisson, un temps supplémentaire à la mère pour dépister une éventuelle dépression du post-partum ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

20. Pensez-vous qu'une consultation de médecine générale systématique dans les 6 semaines suivant l'accouchement devrait être mise en place dans le cadre du dépistage de la dépression du post-partum ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord

- Tout à fait d'accord

21. Pensez-vous que ce rôle de dépistage de la dépression du post-partum est déjà rempli par les sages femmes ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

22. Avez-vous, au travers de l'enseignement universitaire et/ou de la formation continue, reçu une formation spécifique sur cette pathologie ?

- Très bien formé
- Bien formé
- Moyennement formé
- Peu formé
- Pas du tout formé

23. Aimeriez-vous être mieux formé au dépistage de la dépression du post-partum ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

24. Pensez-vous qu'un travail interprofessionnel en réseau de soins (avec les sages-femmes, les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les centres médico-psychologiques (CMP)) permettrait une meilleure qualité des soins ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

25. Pensez-vous que cette action de dépistage devrait faire l'objet d'une cotation dédiée selon la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de l'Assurance Maladie ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

**TITRE DE LA THESE : Etat des lieux du dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale en Bourgogne-Franche-Comté.**

**AUTEUR : CÔTE Jeanne**

**RESUME :**

Introduction : La dépression du post-partum est un véritable enjeu de santé publique en raison de sa prévalence et ses conséquences. Elle touche en effet 18% des femmes dans les semaines suivant leur accouchement. Elle peut avoir un impact majeur sur la mère, mais également sur le développement de l'enfant en raison d'une relation mère-enfant déséquilibrée, et sur l'entourage familial. Son dépistage est donc primordial. Ce rôle incombe au médecin généraliste du fait de sa position centrale dans le parcours de soin des patientes. Nous nous sommes donc attachés dans notre étude à faire un état des lieux du dépistage de cette pathologie.

Son objectif principal était donc de décrire l'attitude des médecins généralistes face à leurs patientes dans les semaines suivant leur accouchement.

Ses objectifs secondaires étaient de mettre en évidence les freins rencontrés par les médecins à ce dépistage et de recueillir des pistes afin de l'améliorer et de mettre en lumière des différences de connaissances en fonction de paramètres socio-démographiques.

Méthode : Cette étude observationnelle descriptive rétrospective s'est appuyée sur un questionnaire, envoyé par mail via l'URPS aux médecins généralistes exerçant en Bourgogne - Franche-Comté, de mars à juillet 2021.

Résultats : Les médecins généralistes manquaient de connaissances sur la dépression du post-partum et sur les outils d'aide au dépistage à leur disposition. Lorsque que le diagnostic était posé, ils éprouaient des difficultés quant à la prise en charge, liées au manque de spécialistes dans la zone géographique concernée rendant difficile l'accès aux soins pour les patientes. La grande majorité des médecins étaient désireux de bénéficier d'une formation complémentaire et envisageaient favorablement la mise en place d'une consultation systématique pour les patientes en post-partum, dédiée à l'évaluation de la santé psychique des patientes.

Conclusion : Le dépistage de la dépression du post-partum par les acteurs de soins primaires est perfectible. Des pistes d'amélioration ont été évoquées, telles qu'un approfondissement du sujet lors de l'enseignement universitaire en particulier la mise en avant des outils de dépistage à disposition et un renforcement de la formation continue au travers de séminaires ou de groupes d'échanges.

La prévention secondaire peut également être améliorée. La mise en place d'une consultation durant le post-partum qui serait complémentaire à la visite post-natale déjà existante mais consacrée uniquement à la santé psychique des patientes, ou encore la création de filières ou réseaux interprofessionnels impliquant les différents acteurs de santé concernés, pourraient être des solutions.

**MOTS-CLES** : Dépistage, dépression, post-partum, soins primaires, médecine générale