



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2024

N°

TITRE DE LA THESE

**EVALUATION DE L'EVOLUTION DU ROLE ET DE L'IMPLICATION DES
MEDECINS GENERALISTES DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE DANS LE
REPERAGE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM DEPUIS LA CREATION DU
CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE EN
JUILLET 2022**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 1er février 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Chloé COMPARET

Née le 6 avril 1995

A MACON (71)

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 encourrent 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.

ANNEE 2024

N°

TITRE DE LA THESE

**EVALUATION DE L'EVOLUTION DU ROLE ET DE L'IMPLICATION DES
MEDECINS GENERALISTES DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE DANS LE
REPERAGE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM DEPUIS LA CREATION DU
CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE EN
JUILLET 2022**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 1er février 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Chloé COMPARET
Née le 6 avril 1995
A MACON (71)

Année Universitaire 2023-2024
au 1^{er} **Septembre 2023**

Doyen :
Assesseurs :

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
(Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)			
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	DUMAS	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
M.	Jean-David	FUMET	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Maxime	NGUYEN	Anesthésie réanimation
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLEGE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX-WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale

M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

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 Emmanuel SIMON, Président du jury, PUPH Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de DIJON

Membres :

Professeur Clément CHARRA, professeur associé du Département de Médecine Générale et médecin généraliste à LADOIX-SERRIGNY

Docteur Stéphanie LECLERCQ, Praticien Hospitalier de pédopsychiatrie, Centre Hospitalier Spécialisé La Chartreuse à DIJON

Docteur Azadah YACOUB, directrice de thèse, Praticien Hospitalier en gynécologie obstétrique, Centre Hospitalier de BEAUNE

Docteur Remi BARUTEAU, Praticien Hospitalier en pédiatrie, Centre Hospitalier de BEAUNE

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

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur SIMON,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur CHARRA,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

Au Docteur LECLERCQ,

Je vous remercie pour nos nombreux échanges concernant mon sujet de thèse et pour toutes vos remarques qui m'auront aidé tout au long de cette rédaction. Je vous remercie également de m'avoir conviée à l'inauguration de l'unité père-mère-bébé. Ceci m'a permis d'améliorer mes connaissances sur la prise en charge de cette pathologie.

Au Docteur YACOUB,

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse. Je vous remercie également pour tout le temps que vous m'avez accordé et vos conseils avisés.

Au Docteur BARUTEAU,

Je vous remercie pour votre enseignement et votre bienveillance. J'ai énormément appris à vos côtés durant ces six mois de stage dans le service de pédiatrie. Je garde en mémoire vos précieux conseils, tant sur le plan personnel que professionnel. C'est en partie grâce à vous que j'ai pu évoluer du statut d'étudiante à celui de médecin. Je vous en remercie.

A mes collègues,

A tous les praticiens des Hospices Civils de Beaune,

C'est avec vous que j'ai eu la chance de réaliser la majeure partie de mon internat. J'ai tellement appris des équipes médicales et paramédicales. Vous avez tous contribué à rendre cet internat agréable. Je suis ravie de pouvoir continuer de travailler avec vous depuis le cabinet médical.

Au Docteur Thibault SIXT,

Je te remercie pour ton aide au cours de la rédaction de cette thèse et tes précieux conseils.

A Charlotte et Victor,

Je vous remercie de m'avoir fait confiance alors que je n'avais même pas terminé mon internat. Je vous remercie pour tous vos conseils et votre aide lorsque j'en ai besoin, cela m'apporte un vrai soutien au quotidien. Charlotte, je te remercie du fond du cœur pour toutes tes remarques et tes relectures durant ce travail de thèse qui m'auront permis d'y voir plus clair. Victor, je tenais à écrire ici que ton bureau est très agréable pour travailler.

A Charlotte, Anouchka et Victor,

Une nouvelle aventure va débuter prochainement pour nous quatre et j'espère que nous aurons plein de jolis projets pour le cabinet tous ensemble.

A mes amis,

A Pierre-Antoine,

Amis depuis le lycée, tu as été un vrai soutien durant toutes ces années de médecine. Moi toujours stressée et toi toujours zen, c'était le combo parfait pour réussir notre parcours. Tous ces derniers événements m'ont fait réaliser à quel point j'avais de la chance d'avoir un ami comme toi à mes côtés. Je te remercie d'être toujours là pour moi.

A Justine,

Je te remercie pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Je te remercie également pour tes conseils et ton honnêteté dans toutes les situations, mais aussi pour ta joie de vivre. M'avoir choisie comme témoin est pour moi l'une des plus belles preuves d'amitié. Tu es l'une de mes plus belles rencontres et j'espère que nous vivrons encore plein de bons moments tous ensemble.

A Paul et Sébastien,

Le lycée est bien loin pour nous aussi, mais notre amitié est toujours d'actualité. Je vous remercie d'être toujours présents, dans les bons comme les mauvais moments. Des amis comme vous c'est précieux.

A mes amies de médecine,

A Charlotte,

Tu m'as été d'un immense soutien durant toutes ces années, lorsqu'en stage on nous appelait « Tic et Tac ». Tu te souviens quand on voulait mettre une croix sur le mur à chaque fois que l'on voulait arrêter ? Le mur n'aurait peut-être pas été assez grand... Mais nous nous sommes soutenues, avec nos fiches et notre collection de petits cahiers, et nous avons réussi ! Je te remercie pour cette belle amitié.

A Camille et Caroline,

« Tu descends à pied ? », c'était la petite phrase fétiche en sortant de la BU. On savait qu'on avait 20 minutes pour discuter de tout et de rien avant de retourner travailler. Je vous remercie pour votre bonne humeur et votre soutien. Nous avons toujours été présentes les unes pour les autres et j'espère que nous vivrons encore plein de beaux moments.

A Marine et Élisabeth,

Nous avons vécu de belles escapades ensemble. Je vous remercie pour votre folie à toute épreuve. Nous sommes maintenant éloignées de quelques kilomètres, mais cela ne nous empêche pas de prendre de nos nouvelles régulièrement. Merci d'être vous.

A Élise, Chloé et Hillary,

Je vous remercie pour toutes vos blagues et vos idées loufoques (et surtout d'avoir rigolé à mes blagues). On aura travaillé mais aussi bien rigolé durant toutes ces années. Je vous remercie pour tout ça.

A ma famille,

A maman et papa,

Je vous remercie de m'avoir soutenu depuis le début et d'avoir cru en moi. Vous avez toujours tout fait pour que je puisse étudier dans les meilleures conditions possibles. Je vous remercie pour les valeurs du travail et de la famille que vous nous avez inculquées. C'est sans aucun doute grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui.

A mes frères et mes belles-sœurs : Cédric, Florence, Ronald, Kevin et Emmanuelle,

Je vous remercie pour votre soutien. Plusieurs années nous séparent mais nous avons réussi à construire des liens solides dans notre fratrie et c'est pour moi très important. J'espère que vous serez fiers de votre petite sœur.

A ma sœur, Nadège,

Tu as toujours été là pour moi : depuis la maternelle quand tu venais me chercher à l'école jusqu'à aujourd'hui. Je te remercie pour ton soutien sans faille et ces nombreux appels lorsque j'avais besoin d'être rassurée et remotivée. Je ne porte plus le même ciré rose qu'autrefois, mais je suis ravie que notre relation soit toujours aussi forte. Je te remercie pour tout.

A mes neveux et nièces : Paul, Léa, Anna, Martin et Victor,

Vous avez bien grandi depuis le premier jour où je suis entrée en faculté de médecine. Je vous revois encore toquer à ma porte de chambre pour me dire bonjour quand vous arriviez chez Mamie et Papi, sans trop savoir si vous aviez le droit de me déranger ou non. Un petit conseil de votre « vieille tata » : soyez ambitieux, ne vous découragez pas lorsque vous rencontrez des obstacles, et surtout, faites-vous confiance ! Je serai toujours là pour vous.

A Fabienne, Vincent, Bastien, Laurie et Julie,

Je vous remercie de m'avoir si bien acceptée dans votre famille. Si l'on en croit mémé Agnès, je ne suis officiellement plus la « nouvelle » de la famille. Je vous remercie pour votre soutien et vos précieux conseils au quotidien.

A Clément,

Cela fait bientôt 10 ans que tu partages ma vie. Je ne serais certainement pas allée au bout de ces études sans ton soutien, ton positivisme et ta bonne humeur. Je suis si fière de toi et de tout ce que tu entreprends. Je te remercie pour ton amour et tout ce que tu fais pour moi.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	15
1. Définitions	15
2. Des conséquences à court et long terme	17
3. Repérer la dépression du post-partum	18
4. La place du médecin généraliste	21
5. Objectifs	22
II. METHODOLOGIE	22
1. Population source	22
2. Questionnaire	23
3. Recueil des données	23
4. Critère de jugement principal	23
5. Analyses statistiques	24
6. Éthique	24
III. RESULTATS	25
1. Données socio-démographiques	25
2. Pratiques professionnelles	26
3. Caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce	28
4. Améliorations du dépistage de la dépression du post-partum	31
5. Outils de dépistage	33
6. Structures de soins	34
7. Ressentis du médecin généraliste	35
IV. DISCUSSION	36
1. Interprétation des résultats	36
a. Fréquence de la dépression du post-partum	36
b. Situations favorisant le dépistage de la dépression du post-partum et freins au dépistage	36
c. Caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce	37
d. Outils de dépistage	38
e. Structures de soins	39
2. Limites et biais	40
a. Biais de sélection	40
b. Biais d'information	40
c. Effectif	41
3. Forces de l'étude	41
4. Pistes d'amélioration	42

V.	CONCLUSION.....	45
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	46
VII.	ANNEXES	51
1.	ANNEXE 1 : Edinburg Post-Partum Depression Scale (EPDS).....	51
2.	ANNEXE 2 : questionnaire de thèse	52
3.	ANNEXE 3 : réponses aux questions ouvertes.....	57
4.	ANNEXE 4 : plaquette de l'unité père-mère-bébé de La Chartreuse	71

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : diagramme de flux	25
Figure 2 : situations conduisant à la recherche de signes en faveur d'une dépression du post-partum.....	27
Figure 3 : les freins au dépistage systématique de la dépression du post-partum	28
Figure 4 : connaissance du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce	29
Figure 5 : champs d'action proposés afin d'améliorer le dépistage de la dépression du post-partum	31
Figure 6 : connaissance de l'EPDS par les médecins généralistes.....	33
Figure 7 : connaissance des structures de soins.....	34

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	26
Tableau 2 : étude des facteurs pouvant influencer la connaissance du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce	29
Tableau 3 : modifications induites par le caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce ..	30
Tableau 4 : raisons pour lesquelles le caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce n'a pas modifié les pratiques	30

LISTE DES ABREVIATIONS

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DMG : Département de Médecine Générale

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

DSM : Diagnostic et Statistical Manual

ENCMM : Enquête Nationale Confidentielle sur la Mortalité Maternelle

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IQR : InterQuartil Range

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OR : Odds Ratio

SFMG : Société Française de Médecine Générale

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

1. Définitions

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum concernent tous les troubles psychiatriques liés à la période périnatale, c'est-à-dire de la conception à la première année de vie de l'enfant. Cette période périnatale, qui comprend toute une somme de changements dans les habitudes, le mode de vie, la perception de son corps, la place au sein de la vie conjugale ou encore l'apparition de nouvelles obligations, constitue une véritable période de vulnérabilité rendant possible l'émergence de troubles psychiatriques. Nous distinguons trois grandes pathologies de l'humeur en période de post-partum : l'épisode dépressif caractérisé, la psychose puerpérale et le trouble de stress post-traumatique(1).

Tout d'abord, **l'épisode dépressif caractérisé** du post-partum constitue un trouble de l'humeur pathologique. L'enquête nationale périnatale réalisée en 2021 mettait en évidence que 16,7% des femmes avaient présenté des signes de dépression du post-partum dans l'année suivant leur accouchement. Il survient le plus fréquemment entre trois et six semaines après l'accouchement. Il peut cependant se développer plus précocement, vers sept jours post-partum, en cas de « baby-blues » prolongé, ou tout au long de l'année suivant l'accouchement. Dans 60% des cas, il n'existe aucun trouble psychiatrique préexistant chez la mère avant la grossesse(1-3).

L'épisode dépressif caractérisé du post-partum peut se manifester par un ensemble de symptômes variés, correspondant aux critères diagnostiques de la dépression que l'on retrouve dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)(4). Il peut donc s'agir d'une humeur triste, de plaintes somatiques répétées, d'une anxiété majeure ou encore d'une auto-dévalorisation. Cependant, on retrouve certaines spécificités liées au contexte périnatal. En effet, la mère peut présenter un sentiment d'incapacité et de découragement vis-à-vis de son rôle maternel, mais aussi des phobies d'impulsion ou des craintes de faire du mal à son enfant conduisant à un évitement du contact avec ce dernier. Elle peut alors ressentir une forte culpabilité quant à l'expression de ces troubles avec une tendance à minimiser la situation afin de la dissimuler à son entourage. Des caractéristiques psychotiques peuvent également être présentes telles que des idées délirantes centrées sur

le bébé (empoisonnement, substitution, etc.). Dans ce cas, le risque suicidaire voire même d'infanticide doit être évalué(1,5-7).

La psychose puerpérale est beaucoup plus rare et concerne une à deux naissances sur 1000. Elle débute brutalement dans les quatre premières semaines après l'accouchement, avec un pic de fréquence au 10^{ème} jour. La sémiologie retrouve des éléments de confusion dans un premier temps, puis une certaine agitation avec apparition de troubles thymiques et d'éléments confusionnels, des idées délirantes centrées sur la maternité, ou encore une alternance de phases mélancoliques et de phases maniaques. Il s'agit d'une urgence thérapeutique en raison du risque majeur de suicide et d'infanticide(8).

Enfin, **le trouble de stress post-traumatique** concerne environ 3% des femmes en périnatalité et peut apparaître à tout moment du post-partum. Ce pourcentage peut atteindre 15% pour les femmes ayant connu des complications sévères pendant la grossesse, un accouchement prématuré ou ayant nécessité une extraction instrumentale. L'expérience subjective vécue par la mère est déterminante dans le développement du trouble de stress post-traumatique. Ainsi, un accouchement sans complication peut tout de même être vécu comme traumatique par la mère. Le tableau clinique peut associer des flash-backs, une hypervigilance émotionnelle ou encore des évitements de situations pouvant avoir un rapport avec l'accouchement. Une comorbidité dépressive peut être associée dans 44% des cas(9,10).

Par ailleurs, **le « baby-blues » ou « post-partum blues »** concerne 30 à 80% des femmes. Il survient entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour après l'accouchement et dure une semaine au maximum. Contrairement aux autres entités citées précédemment, il ne constitue pas un état pathologique en tant que tel mais renvoie plutôt à une phase d'hypersensibilité émotionnelle liée à l'ensemble des changements affectifs et cognitifs récents. Il faut cependant considérer le « baby-blues » comme un facteur de risque de développer un trouble psychiatrique pathologique du post-partum s'il devient trop long ou trop sévère(1,5,11).

Nous avons décidé, dans ce travail de thèse, de nous intéresser plus particulièrement à la dépression du post-partum.

2. Des conséquences à court et long terme

A court terme, l'ensemble de ces manifestations peut avoir un impact majeur sur la relation mère-bébé, sur les interactions précoces avec l'enfant et ainsi sur le développement global de l'enfant : cognitif, social ou encore affectif. On estime qu'environ 15% des épisodes dépressifs caractérisés du post-partum vont influencer le développement de l'enfant. Certains signaux émis par l'enfant peuvent cependant nous alerter. Par exemple, des troubles du comportement avec une agitation importante ou au contraire une certaine apathie vis-à-vis des stimulations environnantes, un retard du développement psychomoteur, des troubles du sommeil, de l'alimentation, ou encore des plaintes digestives ou des pleurs inexplicables(7,8,12,13).

Selon le dernier rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur la Mortalité Maternelle (ENCMM) réalisée de 2013 à 2015 en France, le suicide représente 13,4% des décès maternels en période périnatale. Il devient donc la première cause connue de mortalité maternelle. Dans ce rapport, 77% des suicides ont eu lieu après le 42^{ème} jour post-partum et la médiane se situe autour du 4^{ème} mois post-partum(14,15).

Une thèse sur la thématique du suicide et de la périnatalité a été réalisée en 2020 par le Dr MOREAU Elsa. Il était mis en évidence que la moitié des femmes décédées par suicide en période périnatale présentaient un antécédent psychiatrique antérieur à la grossesse, et plus de la moitié présentaient un trouble psychiatrique au moment de leur décès(16).

A long terme, les conséquences concernent l'ensemble de la triade père-mère-bébé. En effet, pour la mère, un premier épisode dépressif caractérisé du post-partum constitue un facteur de risque de récurrence lors d'une prochaine grossesse mais également en dehors d'une grossesse(8).

La dépression du post-partum chez la mère peut avoir un impact sur le développement du nouveau-né et du nourrisson, mais également chez l'enfant de l'âge scolaire à l'adolescence. En effet, l'enfant peut présenter des troubles des interactions, une altération fonctionnelle de l'adaptation, des troubles affectifs ou anxieux, des troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité, des troubles des apprentissages, des troubles scolaires anxieux ou encore des troubles des conduites(13).

Le père peut également présenter une dépression du post-partum. En effet, on estime que 5 à 10% des pères souffriraient de mélancolie, de tristesse ou d'anxiété. La sémiologie de

la dépression se rapproche de celle de la mère : doutes, perte de confiance en soi, désintéressement du bébé, envie de s'absenter du domicile, peur d'être jugé ou encore le sentiment de ne pas trouver sa place. Le facteur de risque principal est la survenue d'une dépression maternelle(3,11,17).

Ainsi, c'est l'ensemble de la triade père-mère-bébé qui nécessite une attention particulière et une prise en charge adaptée par les professionnels de santé. Nous pouvons ainsi penser que les objectifs principaux du repérage de la dépression du post-partum sont de prévenir un risque de suicide ou d'infanticide et de ne pas entraver les liens précoces père-mère-bébé et le développement global de l'enfant.

3. Repérer la dépression du post-partum

Afin d'améliorer le dépistage de l'épisode dépressif caractérisé du post-partum, la Haute Autorité de Santé (HAS) a proposé au cours des dernières années de nombreuses recommandations avec des temps d'échange dédiés sur le thème de la grossesse, de l'accouchement, de la période du post-partum ou encore de la triade père-mère-bébé.

Tout d'abord, en 2005, la HAS rédigeait des recommandations concernant la préparation à la naissance et à la périnatalité(18).

Il est mis en avant la notion d'un **programme de préparation à la naissance et à la périnatalité** composé de sept séances, individuelles ou en groupe, pouvant être réalisées par un médecin ou une sage-femme, et entièrement prises en charge par l'assurance maladie.

Il est également proposé de mettre en place un **entretien prénatal précoce**, individuel ou en couple, devant être réalisé au cours du premier trimestre de la grossesse, dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée, par un gynécologue, une sage-femme ou le médecin traitant. Il s'agit d'un entretien, et non d'une consultation médicale, basé sur les échanges et la prévention. C'est également l'occasion de repérer les facteurs de vulnérabilité propices au développement de certaines pathologies, dont la dépression du post-partum. Depuis 2014, un projet de loi de la HAS a rendu obligatoire cet entretien prénatal précoce, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie(19,20).

Ces deux programmes proposés présentent de nombreux objectifs. En effet, nous retrouvons notamment l'évaluation des besoins en termes d'accompagnement, une

amélioration du repérage des femmes à risque de développer un épisode dépressif caractérisé du post-partum, la possibilité de réaliser des temps d'échange avec les futurs parents leur permettant d'exprimer leurs doutes ou leurs attentes, la réalisation d'exercices de relaxation et de respiration, ou encore la préparation au retour à la maison avec son enfant(18,19,21).

Enfin, recommandé depuis 2014 par la HAS, **l'entretien post-natal précoce** est également devenu obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2022. Ce changement fait partie du programme « Les 1000 premiers jours », créé par Santé Publique France, sous la tutelle du ministère chargé de la Santé en 2020. Il est effectué par un médecin ou une sage-femme, entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine du post-partum et est pris en charge par l'assurance maladie à 70%. L'objectif est de proposer une approche globale de prévention dans cette période de post-partum, de repérer les éventuels premiers signes faisant évoquer une dépression du post-partum et d'évaluer une nouvelle fois les besoins des nouveaux parents en termes d'accompagnement. Un second entretien peut être proposé entre la 10^{ème} et la 14^{ème} semaine du post-partum s'il est mis en évidence des premiers signes de dépression du post-partum ou des facteurs de risque de développer cette pathologie(19,22–24).

Afin de nous aider dans le repérage de l'épisode dépressif caractérisé du post-partum, plusieurs outils de dépistage sont actuellement à disposition des professionnels de santé.

Tout d'abord, dans le cadre de la prévention primaire, plusieurs facteurs de vulnérabilité peuvent être recherchés au cours de consultations dédiées(6–8).

Sur le plan psychiatrique, il est important de rechercher des antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux préexistants à la grossesse, un antécédent d'épisode dépressif caractérisé du post-partum dans les suites d'une précédente grossesse, l'usage de substances addictives ou encore une période de « baby-blues » intense et prolongée.

Sur le plan gynécologique et obstétrical, on recense un certain nombre de facteurs de vulnérabilité tels que l'âge maternel (extrêmes des périodes de fertilité : moins de 20 ans et plus de 35 ans), la primiparité, une grossesse non désirée, un déni de grossesse, une découverte de malformation ou de pathologie fœtale, une grossesse et/ou un accouchement compliqué (diabète gestationnel, hypertension gravidique, césarienne en urgence...etc.), une prématurité ou un petit poids de naissance ayant pu nécessiter un passage en soins intensifs

néonataux voire en réanimation néonatale, ou encore une mise en place difficile de l'allaitement ou des complications liées à l'allaitement.

Il s'agit également de rechercher des facteurs environnementaux pouvant favoriser l'émergence d'un épisode dépressif caractérisé du post-partum : une famille monoparentale, la présence de conflits conjugaux ou de difficultés financières, un partenaire souffrant d'une dépression, une précarité socio-économique, un isolement social, un faible niveau d'éducation, des antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance, des facteurs culturels (langue, représentations culturelles, rituels) ou encore un évènement stressant vécu au cours de la dernière année.

Enfin, il existe également des facteurs endocriniens tels qu'une hypothyroïdie.

Il est également recommandé d'utiliser **l'échelle de dépression du post-partum d'Édimbourg ou EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)**(25) (*Annexe 1*). Elle a été créée en 1987 dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg, par Cox et son équipe, afin d'aider les professionnels de santé dans le dépistage de l'épisode dépressif caractérisé du post-partum. Elle a par la suite été validée en France en 1998 par Guedeney et son équipe. Cet outil de dépistage est validé pour être utilisé à partir de la 4^{ème} semaine du post-partum. Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant dix items dont les réponses sont cotées de zéro à trois. Pour chaque item, la patiente doit cocher la réponse qui lui semble être la plus représentative de ce qu'elle a ressenti au cours des sept derniers jours. Contrairement à d'autres tests cherchant à repérer les signes d'un épisode dépressif caractérisé, le temps alloué au remplissage de ce questionnaire est assez court, puisqu'il est estimé à cinq minutes environ. Un seuil supérieur ou égal à 11/30 est en faveur d'un épisode dépressif caractérisé du post-partum avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 92%(26,27).

Dans le plan de périnatalité de 2005 rédigé par la HAS, il est préconisé l'utilisation de l'EPDS au cours de la consultation postnatale recommandée six à huit semaines après la naissance, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente(18).

Au cours d'une étude réalisée en 2020 par une sage-femme de la faculté de DIJON, dans le cadre de son mémoire de fin d'études, 86% des professionnels de santé interrogés (médecins généralistes, sage-femmes, gynécologue-obstétriciens, pédiatres) disaient méconnaître l'existence de cette échelle et seulement 2% disaient l'utiliser régulièrement(28).

Il est cependant important de préciser que cette échelle est une aide au dépistage de l'épisode dépressif caractérisé du post-partum, mais ne permet en aucun cas de passer outre un jugement clinique. En cas de doute, une réévaluation du score une à deux semaines plus tard peut être proposée(26,27).

L'hétérogénéité de la présentation clinique de la dépression du post-partum contribue, en partie, au fait qu'elle soit sous-diagnostiquée. En effet, on estime que 50% des épisodes dépressifs caractérisés du post-partum seraient sous-diagnostiqués et un tiers des femmes seulement bénéficieraient d'une prise en charge adaptée(1,7,29,30).

4. La place du médecin généraliste

Les médecins généralistes font partie des professionnels de santé les plus sollicités pour le suivi des nourrissons. En effet, 20 examens de santé sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie de la naissance à l'âge de 16 ans, dont 11 sont effectués durant la première année de vie de l'enfant. Ces examens peuvent être réalisés par un médecin généraliste ou un pédiatre. Selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG), en 2005, 79% des enfants de moins de 15 ans sont pris en charge exclusivement par le médecin généraliste et 5% sont exclusivement suivis par un pédiatre. Des données plus récentes de la fédération française des médecins généralistes estiment que le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié des enfants. A contrario, seulement 37% des actes avant l'âge de 12 mois seraient réalisés par un pédiatre(31–33).

Le médecin généraliste est donc le plus souvent en première ligne lorsqu'il s'agit de repérer d'éventuels retards du développement psychomoteur, des anomalies des interactions précoces ou encore des troubles de la relation mère-bébé, pouvant être les conséquences directes d'un épisode dépressif caractérisé du post-partum.

Compte tenu de l'impact néfaste de la dépression du post-partum sur l'ensemble de la triade père-mère-bébé et de l'instauration récente, en juillet 2022, du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce, un état des lieux semble donc nécessaire.

5. Objectifs

A la lumière de ces éléments, l'objectif principal de ce travail de thèse est d'étudier l'évolution du rôle et de l'implication des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté dans le repérage de la dépression du post-partum depuis la création du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce en juillet 2022.

Les objectifs secondaires sont d'analyser les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans le repérage de la dépression du post-partum et d'évaluer la connaissance par les médecins généralistes des différentes structures de soins pouvant accueillir les mères souffrant de dépression du post-partum.

II. METHODOLOGIE

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons réalisé une étude observationnelle transversale à partir d'un questionnaire diffusé de septembre à octobre 2023 auprès des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté, soit après la mise en place du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce.

1. Population source

La population source était constituée des médecins généralistes, thésés ou non, exerçant en Bourgogne Franche-Comté, qu'ils soient installés ou remplaçants.

Le nombre de médecins généralistes exerçant en Bourgogne Franche-Comté à titre libéral, salarié ou mixte, était estimé à 3575 en 2018(34). L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) nous a déclaré, lors de nos échanges par courriel concernant notre étude, compter 2529 médecins généralistes libéraux exerçant en Bourgogne Franche-Comté en 2023. Cependant, aucune donnée chiffrée n'est disponible sur le site internet de l'URPS pour l'année en cours(35).

2. Questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme précédé d'un paragraphe d'information. Il comportait à la fois des questions fermées et des questions ouvertes (*Annexe 2*).

Le questionnaire se composait de sept parties : une partie recueillant les données socio-démographiques des médecins généralistes, une partie sur les pratiques professionnelles vis-à-vis du repérage de la dépression du post-partum, une partie sur l'impact ou non du caractère obligatoire de l'entretien post-natal sur ces pratiques professionnelles, une partie sur les améliorations pouvant être proposées afin d'améliorer le repérage de la dépression du post-partum, une partie sur les outils de dépistage utilisés, une partie sur la connaissance des structures de soins pouvant prendre en charge des mères souffrant de dépression du post-partum et une partie plus générale sur le ressenti des médecins généralistes concernant leur aisance et leur implication vis-à-vis du repérage de la dépression du post-partum.

3. Recueil des données

Le questionnaire a été élaboré grâce à l'outil « Google Forms » et a été diffusé par courriel par l'intermédiaire des services de l'URPS. Ce questionnaire a donc été diffusé entre septembre et octobre 2023 aux médecins généralistes exerçant en Bourgogne Franche-Comté, et présents dans la mailing list de l'URPS, correspondant à 2361 médecins généralistes.

4. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la connaissance du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce par les médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté.

5. Analyses statistiques

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes associées à leur écart type en cas de valeur continue, ou en pourcentage en cas de variables catégorielles. Les intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés pour chacune d'entre elles.

Afin de mettre en évidence des facteurs pouvant influencer la connaissance du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce, des analyses statistiques univariées ont été réalisées. Pour ce faire, nous avons utilisé le test de Fischer exact ou le test du Chi2 avec correction de Yates en cas de comparaison de variables binaires, et le test de Student en cas de comparaison de variables qualitatives. Les analyses statistiques ont été réalisées pour un risque alpha de 5% : les résultats sont donc considérés comme significatifs si $p < 0,05$.

Concernant les réponses aux questions ouvertes, s'apparentant donc à des données qualitatives, un travail de codage manuel des verbatims a été réalisé et répertorié dans un document via le logiciel de traitement de texte Word. Un codage axial puis une analyse thématique ont donc été effectués.

6. Éthique

Nous avons consulté l'algorithme de classement des recherches en santé et des formalités réglementaires et éthiques élaboré par le Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de Rennes, en partenariat avec le DMG de Strasbourg(36). D'après cet algorithme, il n'était pas nécessaire de demander l'avis d'un comité d'éthique puisque notre étude se situait hors champ de la loi Jardé. Elle ne relevait pas de la loi « Informatique et libertés » et ne nécessitait donc pas de déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

III. RESULTATS

Nous avons obtenu 128 réponses à notre questionnaire. Tous les répondants ont été inclus dans l'étude pour réaliser l'analyse statistique. Le taux de participation était donc de 5,4%.

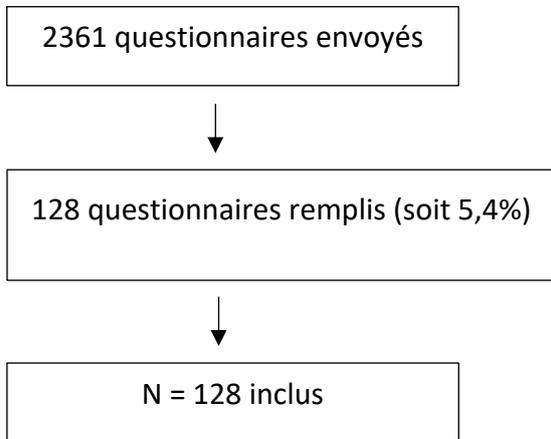


Figure 1 : diagramme de flux

1. Données socio-démographiques

Parmi la population étudiée, la majorité des médecins généralistes étaient de sexe féminin soit 71% (n= 91). Les médecins généralistes exerçant en cabinet libéral étaient majoritairement représentés à hauteur de 84% (n=108). La tranche d'âge la plus représentée était celle des 25 à 35 ans, soit 43% (n=54). L'âge des répondants s'étendait de 28 à 69 ans, avec un âge moyen de 41 ans (IQR 33-47,5 ans). A noter que notre étude présente deux données manquantes concernant l'âge des répondants. La majeure partie des répondants exerçaient dans un secteur semi-rural soit 42% (n=54). Les secteurs ruraux et urbains étaient représentés de façon équivalente.

Les caractéristiques socio-démographiques ont été consignées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Caractéristiques	Effectifs	%
Sexe		
Homme	37	29
Femme	91	71
Lieu d'exercice		
Cabinet libéral	108	84
Service hospitalier	1	0,7
Activité mixte : libérale et hospitalière	19	15
Intervention en service de Protection Maternelle et Infantile (PMI)	1	0,7
Intervention en crèche et/ou micro-crèche	2	1,5
Age		
25 – 35ans	54	43
36 – 45 ans	37	29,3
46 – 55 ans	18	14,2
Plus de 55 ans	17	13,5
Secteur d'activité		
Urbain	37	29
Rural	37	29
Semi-rural	54	42

2. Pratiques professionnelles

Au cours de notre enquête, 98 médecins généralistes, soit 77% des répondants, ont déclaré avoir déjà été face à une mère souffrant d'une dépression du post-partum. Selon notre étude, les médecins généralistes femmes n'étaient pas significativement plus confrontées à des mères souffrant d'une dépression du post-partum que les hommes ($p=0,25$; OR 95% [0,64 ; 6,07]).

La présence de signaux d’alerte spontanément visibles au cours de la consultation (pleurs, perte de confiance en soi, désinvestissement...) était la situation la plus fréquente au cours de laquelle les médecins généralistes déclaraient rechercher des signes en faveur d’une dépression du post-partum, soit 88% des médecins généralistes (n=113).

L’ensemble des situations conduisant à la recherche de signes en faveur d’une dépression du post-partum sont répertoriées dans la figure 2.

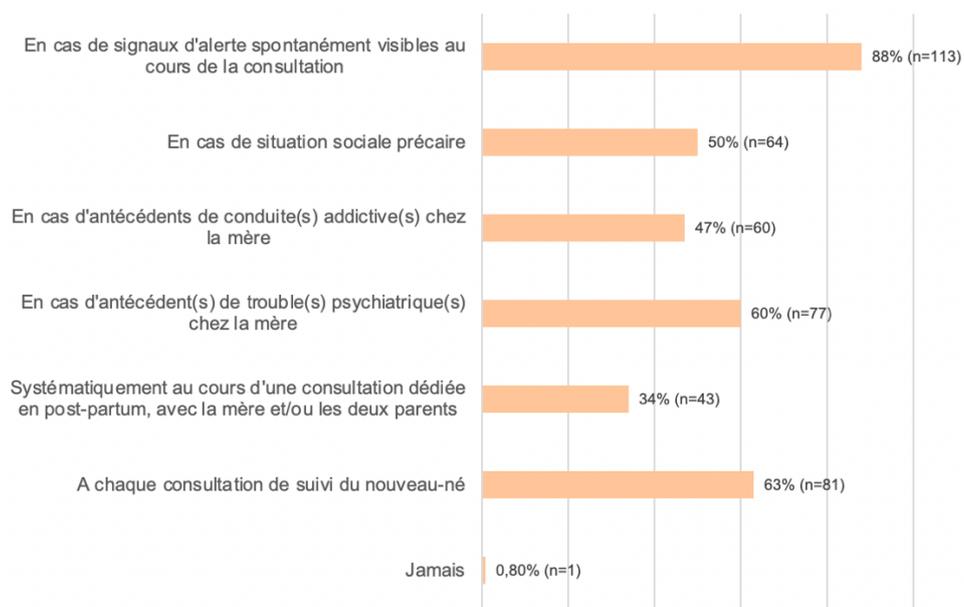


Figure 2 : situations conduisant à la recherche de signes en faveur d’une dépression du post-partum

Parmi les réponses ouvertes, quatre médecins généralistes déclaraient rechercher des signes en faveur d’une dépression du post-partum au cours des premières consultations du nouveau-né, entre 15 jours et un mois de vie (*Annexe 3*).

Les freins au dépistage systématique de la dépression du post-partum les plus fréquemment mis en avant par les médecins généralistes étaient le manque de temps pour organiser une consultation spécifiquement dédiée au repérage de la dépression du post-partum et l’absence de rémunération spécifique dédiée à la réalisation de ce dépistage. A noter que notre étude présente deux réponses manquantes. L’ensemble des réponses sont répertoriées dans la figure 3.

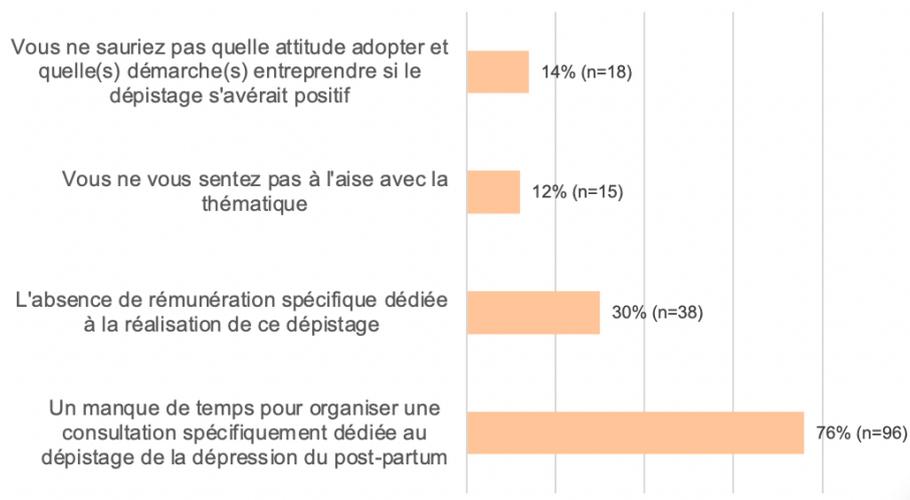


Figure 3 : les freins au dépistage systématique de la dépression du post-partum

Parmi les réponses ouvertes, nous retrouvons la notion de consultations uniquement organisées autour du nourrisson (n=4) : « En tant que médecins généralistes, nous ne voyons bien souvent les mamans uniquement pour leur enfant » (MG32) ; ou encore la réalisation d'une consultation dédiée à la mère préférentiellement réalisée par le gynécologue ou la sage-femme (n=5) : « La mère est souvent uniquement vue par la sage-femme et ne vient pas nous voir pour elle en post-partum. » (MG79).

Il était également évoqué un manque de temps, à la fois pour la mère (n=2) « Manque de temps pour la mère qui a déjà beaucoup de rendez-vous les premiers mois (pour le nouveau-né + rééducation périnéale + consultation gynécologique post-accouchement) » (MG4) ; mais aussi pour le médecin généraliste (n=2) : « La durée de la consultation : quand on passe 20 minutes à examiner un bébé, difficile d'en rajouter autant pour un entretien calme avec la maman » (MG68).

Quatre médecins généralistes déclaraient ne mettre en évidence aucun frein au dépistage systématique de la dépression du post-partum (Annexe 3).

3. Caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce

Parmi les médecins généralistes répondants, la majeure partie n'étaient pas informés du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce depuis le 1^{er} juillet 2022, comme illustré dans la figure 4.

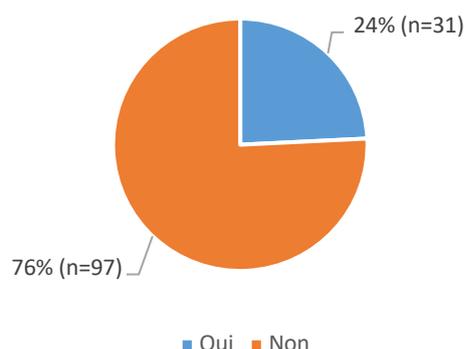


Figure 4 : connaissance du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de facteur sociodémographique pouvant influencer la connaissance de ce caractère obligatoire (Tableau 2).

Tableau 2 : étude des facteurs pouvant influencer la connaissance du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce

	Connaissance	Pas connaissance	P value
Sexe			0,82
Homme	8	29	
Femme	23	68	
Lieu d'exercice			0,27
Cabinet libéral	28	80	
Autres	3	17	
Age			0,68
< 41 ans	17	58	
≥ 41 ans	14	37	
Secteur d'activité			1,00
Urbain	9	28	
Autres	22	69	

Parmi les médecins généralistes informés de cette modification, 13% (n=4) estimaient que la mise en place de ce caractère obligatoire avait permis de modifier leurs pratiques vis-

à-vis du dépistage de la dépression du post-partum. Ces modifications sont consignées dans le tableau 3.

Tableau 3 : modifications induites par le caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce

Propositions	Effectifs (%)
Proposer une consultation dédiée avec la mère et/ou les deux parents entre 6 et 8 semaines après l'accouchement	3 (75)
Chercher à améliorer ses connaissances sur cette thématique	2 (50)

A contrario, 87% (n=27) des médecins généralistes informés du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce estimaient que cette modification n'avait pas modifié leurs pratiques vis-à-vis du dépistage de la dépression du post-partum. En effet, 77% (n=21) évoquaient le fait qu'ils avaient déjà l'habitude de s'intéresser à cette thématique. Au total, 22% des médecins généralistes (n=6) déclaraient donc ne pas avoir l'habitude de s'intéresser au repérage de la dépression du post-partum avant la création du caractère obligatoire et ne pas avoir modifié leurs pratiques par la suite. Les raisons pour lesquelles ce caractère obligatoire n'a pas entraîné de modification dans les pratiques sont consignées dans le tableau 4.

Tableau 4 : raisons pour lesquelles le caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce n'a pas modifié les pratiques

Propositions	Effectifs (%)
Avait déjà l'habitude de s'intéresser au repérage de la dépression du post-partum	21 (77)
Manque de temps à allouer à la réalisation de l'entretien post-natal précoce	2 (7)
Absence de rémunération spécifique dédiée à la réalisation de cette consultation	2 (7)

Parmi les questions ouvertes concernant les raisons n'ayant pas conduit à une modification des pratiques, nous retrouvons fréquemment l'absence de prise de rendez-vous par la mère pour une consultation qui lui est dédiée (n=4) : « C'est obligatoire mais jamais réalisé. Jamais une maman n'a pris rendez-vous pour une consultation post-natale » (MG20). Il était également question de la réalisation de ces consultations préférentiellement par d'autres professionnels de santé tels que la sage-femme ou le gynécologue (n=3) : « Entretien fait par les sage-femmes du cabinet » (MG98).

Il a également été mis en avant par un médecin généraliste répondant, la mise en place de dispositif dédié au repérage de la dépression du post-partum, avant la création du caractère obligatoire : « Mise en place sur notre MSP d'un protocole de dépistage du post-partum, avec repérage en amont pendant la grossesse des facteurs de risque » (MG48) (Annexe 3).

4. Améliorations du dépistage de la dépression du post-partum

Parmi les champs d'action proposés afin d'améliorer le repérage de cette pathologie, la majorité des médecins généralistes interrogés étaient favorables à la réalisation d'un entretien post-natal précoce à la fois par la sage-femme et le médecin généraliste, ainsi qu'à la création d'un certificat médical dédié à cet entretien post-natal précoce, au même titre que les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour, 9^{ème} jour et 24^{ème} mois (Figure 5).

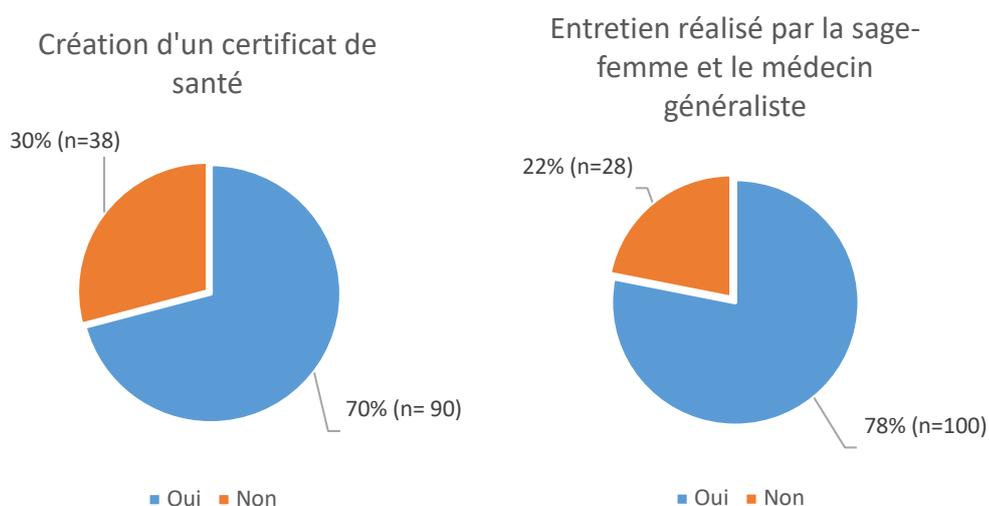


Figure 5 : champs d'action proposés afin d'améliorer le dépistage de la dépression du post-partum

Parmi les questions ouvertes, plusieurs améliorations ont été proposées. Tout d'abord, une action préventive dès la période anténatale (n=7) : « Sensibiliser avant l'accouchement la mère et l'autre parent » (MG102).

Il était également proposé la réalisation d'une consultation dédiée pour la maman et réalisée par le médecin généraliste, soit de façon unique (n=15) : « Organiser une consultation juste pour la maman » (MG102) ; ou de façon répétée (n=3) : « Suivi de la mère tous les mois durant 3 mois suite à l'accouchement » (MG105).

Onze médecins généralistes évoquaient l'utilisation d'une grille d'évaluation pour les aider dans le repérage de la dépression du post-partum : « La mise à disposition d'une liste de questions définies et le calcul d'un score ainsi que des recommandations sur la prise en charge en fonctions du score » (MG90).

Il a également été mis en avant une amélioration de l'information des parents au sujet de l'entretien post-natal précoce que ce soit en période de post-partum (n=7) : « Il faut informer les femmes ! Elles savent qu'il y a une consultation obligatoire à 8 jours pour leur bébé mais ne savent pas qu'il y a une consultation pour elle » (MG20) ; à la maternité (n=5) : « Information claire orale et écrite remise à la patiente au cours du séjour à la maternité (par la sage-femme par exemple) sur le caractère obligatoire, le but et l'utilité de ce dépistage (explications des bénéfices pour la mère et l'enfant) » (MG15) ; via des campagnes de prévention diffusées au public (n=2) : « Campagnes nationales auprès du grand public » (MG38) ; ou encore via la sécurité sociale (n=2) : « Lettre d'information par CPAM à la patiente » (MG31).

Le souhait d'une meilleure information sur cet entretien post-natal précoce concernait également les médecins généralistes eux-mêmes (n=4) : « Informer l'ensemble des médecins généralistes de cette consultation du post-partum pour qu'au moment de la consultation de suivi du nourrisson nous puissions inviter la maman à prendre rendez-vous auprès de nous » (MG109). Certains évoquaient également le souhait d'une meilleure formation sur la thématique (n=19) : « Une formation des médecins généralistes pour savoir comment aborder au mieux cette thématique en consultation et comment mener l'entretien » (MG12).

L'absence de cotation dédiée à la réalisation de cet entretien post-natal précoce était soulignée par 10 médecins généralistes : « Consultation et rémunération dédiée » (MG1) (Annexe 3).

5. Outils de dépistage

Parmi les médecins généralistes interrogés, la majorité n'avait pas connaissance de l'existence de l'outil de dépistage EPDS (Figure 6).

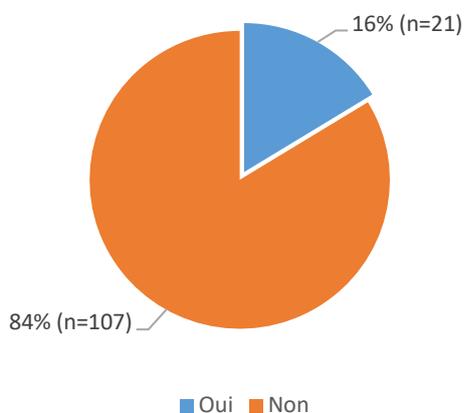


Figure 6 : connaissance de l'EPDS par les médecins généralistes

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence un lien significatif entre l'âge moyen et la connaissance de l'EPDS ($p=0,40$).

Cependant, 62% (n=13) des médecins généralistes ayant connaissance de cet outil disaient l'utiliser en consultation. Parmi tous les professionnels de santé répondants, 89% (n=114) disaient ne pas connaître d'autres outils de dépistage de la dépression du post-partum.

Parmi les autres outils de dépistage utilisés, répertoriés dans les réponses à une question ouverte, sept médecins généralistes déclaraient utiliser d'autres échelles dédiées au repérage de la dépression de façon générale : « Hamilton » (MG34, 38, 103) ; et trois mettaient en avant l'utilisation de leur expérience professionnelle et le ressenti au cours de la consultation (n=3) : « La connaissance que j'ai de la patiente depuis plusieurs années » (MG93). Les échanges avec la mère sur ses émotions étaient privilégiés pour deux médecins

généralistes : « Le dialogue : je demande aux parents comment ils vont, j'essaie de les faire déculpabiliser, je demande comment ils dorment » (MG 37) (Annexe 3).

6. Structures de soins

Un peu plus de la moitié des médecins généralistes interrogés n'avaient pas connaissance des différentes structures de soins vers lesquelles orienter une mère souffrant de dépression du post-partum (Figure 7).

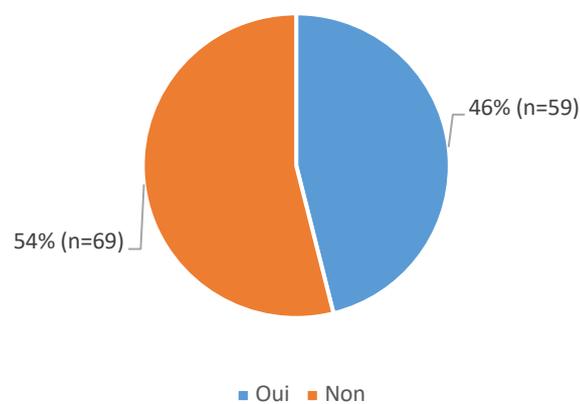


Figure 7 : connaissance des structures de soins

L'étude des réponses à la question ouverte concernant la connaissance des différentes structures de soins vers lesquelles adresser une mère présentant des signes de dépression du post-partum par les médecins généralistes a mis en avant plusieurs éléments. En effet, les médecins généralistes évoquaient en majorité les structures de soins dédiées aux problèmes psychiatriques (n=68) telles que « CMP » (MG15, 18, 23, 25, 26, 31, 32, 39, 42, 44, 47, 51, 52, 55, 58, 59, 60, 67, 78, 80, 81, 83, 85, 89, 95, 99, 102, 105, 108, 109, 110, 116, 123, 125), « Service de psychiatrie » (MG53, 116), ou encore « Psychiatre libéral » (MG47, 102, 108). Vingt-sept médecins généralistes évoquaient les unités spécialisées dans la prise en charge de la dépression du post-partum telles que « Unité mère-enfant » (MG53, 77), « CHS consultation père mère bébé » (MG35) ou encore « Structures d'accompagnement à la parentalité » (MG63). Enfin, 29 médecins généralistes relaient s'adresser à un psychologue (Annexe 3).

7. Ressentis du médecin généraliste

Plus de 60% (n=78) des médecins généralistes interrogés ont répondu favorablement à la question « Vous sentez-vous à l'aide avec le repérage de la dépression du post-partum ? », et 68% (n=87) se sentaient impliqués dans ce repérage.

Le traitement des remarques générales concernant notre étude ont permis de mettre en avant un élément supplémentaire non évoqué jusqu'ici. En effet, 5 médecins généralistes évoquaient le reflet de la dépression du post-partum dans la société avec un sujet parfois évité par les mères : « J'ai pris conscience ces derniers temps (depuis que je suis devenue maman) qu'il y avait un gros tabou chez les jeunes mères concernant ce qu'elles peuvent ressentir. Beaucoup de mères sont en souffrance mais n'osent probablement pas en parler et le diagnostic n'est pas fait. TABOU SOCIÉTAL. » (MG121) ; et parfois banalisé par les mères ou les professionnels de santé : « La fatigue et la sensation d'être un peu dépassée souvent vécue comme normale et n'amène pas à consulter. » (MG92).

Les autres remarques rejoignaient les éléments déjà évoqués lors des réponses aux questions ouvertes précédentes (*Annexe 3*).

IV. DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

a. *Fréquence de la dépression du post-partum*

Cette étude met en évidence que plus de deux tiers des médecins généralistes répondants ont déclaré avoir déjà été face à une mère souffrant d'une dépression du post-partum. Une étude réalisée en 2020 en Bourgogne Franche-Comté a également mis en évidence que 79% des médecins généralistes interrogés estimaient avoir déjà été face à une mère souffrant d'une dépression du post-partum(28).

En sachant que ce chiffre ne prend pas en compte les éventuels manquements au repérage de cette pathologie, nous pouvons imaginer que le nombre de médecins généralistes ayant réellement été face à une mère souffrant d'une dépression du post-partum est en réalité plus élevé. Cela confirme le fait qu'il s'agit d'une pathologie relativement fréquente et que tout médecin généraliste peut donc y être confronté au cours de sa carrière professionnelle.

b. *Situations favorisant le dépistage de la dépression du post-partum et freins au dépistage*

Dans notre étude, 88% des médecins généralistes (n=113) déclaraient rechercher des signes en faveur d'une dépression du post-partum en cas de présence de signaux d'alerte spontanément visibles au cours de la consultation (pleurs, perte de confiance en soi, désinvestissement...). Parallèlement, seulement 34% des médecins généralistes déclaraient systématiquement proposer une consultation dédiée au repérage de la dépression du post-partum avec la mère et/ou les deux parents. Ce chiffre corrobore celui d'une enquête réalisée en 2020 où seulement 20% des professionnels de santé interrogés déclaraient rechercher systématiquement des signes en faveur d'une dépression du post-partum(28).

Ce résultat est donc probablement en lien direct avec les freins principaux au dépistage systématique de cette pathologie mis en évidence dans notre étude. En effet, 76% des médecins généralistes déclaraient manquer de temps pour organiser une consultation dédiée et 30% mettaient en avant l'absence de rémunération spécifique. Ces données corroborent

les résultats d'une enquête réalisée auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France en 2022(30).

Afin de pallier au manque de temps évoqué par les médecins généralistes, la délégation de tâches administratives, organisationnelles et de coordination à un assistant médical pourrait représenter une solution. En effet, cela leur permettrait de se dégager du temps pour une consultation dédiée au dépistage de la dépression du post-partum(37,38).

Pour répondre aux demandes des médecins généralistes de notre étude concernant le manque de rémunération spécifique, une cotation spécifique pourrait être envisagée pour la réalisation de cet entretien post-natal précoce, ainsi qu'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie, comme c'est déjà le cas pour les consultations obligatoires de suivi du nourrisson et des jeunes enfants(39).

c. Caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce

Le caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce était connu par seulement 24% des médecins généralistes répondants. Ce dispositif étant récent, aucune donnée n'a été retrouvée dans la littérature au sujet de la connaissance du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce par les médecins généralistes, pouvant être comparée aux résultats obtenus dans notre étude.

Au cours de notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de facteur sociodémographique ayant influencé la connaissance de ce caractère obligatoire. Cela met probablement en avant un manque de communication et d'information globale des professionnels de santé au sujet de ce dispositif, comme l'ont d'ailleurs soulevé à plusieurs reprises les médecins généralistes de notre étude à l'occasion des réponses aux questions ouvertes.

Selon une étude réalisée en 2018 auprès des médecins généralistes de Picardie, 76% des professionnels de santé interrogés disaient chercher à améliorer leurs connaissances via des sites internet médicaux professionnels et 59% via la presse médicale de façon régulière(40). Il serait intéressant de savoir par quel moyen les médecins généralistes de notre étude ont été informés de ce caractère obligatoire.

Dans notre étude, la connaissance de ce caractère obligatoire a permis une amélioration des pratiques pour 13% des médecins généralistes. En effet, 75% d'entre eux déclaraient proposer dorénavant une consultation dédiée et 50% avoir cherché à améliorer leurs connaissances sur cette thématique. Il est important de notifier que pour les 87% de médecins généralistes pour lesquels cette connaissance du caractère obligatoire n'a pas permis de modifier leurs pratiques, 77% avaient déjà l'habitude de s'intéresser à cette thématique.

Nous pouvons donc imaginer que sur un échantillon d'étude plus important et avec une meilleure communication au sujet du caractère obligatoire de cet entretien post-natal précoce, nous pourrions mettre en évidence un taux plus important de médecins généralistes qui cherchent à améliorer leurs pratiques à ce sujet.

d. Outils de dépistage

L'outil de dépistage EPDS était méconnu pour 84% des médecins généralistes. Ce résultat corrobore les études précédentes révélant que plus de 80% des professionnels de santé interrogés n'avait pas connaissance de cet outil de dépistage(27,28,30).

Cependant, 62% des médecins généralistes ayant connaissance de cet outil disaient l'utiliser en pratique. Cette donnée met en évidence qu'il s'agit d'un outil plutôt facile d'utilisation et apprécié par les professionnels de santé, comme retrouvé dans la littérature(27). Il semble cependant indispensable qu'il soit mieux connu des professionnels de santé.

Par ailleurs, il a été évoqué à plusieurs reprises le manque de rémunération spécifique pour la réalisation de cet entretien post-natal précoce et l'absence de cotation pour la réalisation d'un test de dépistage, tel que l'EPDS. En effet, au cours d'une consultation par le médecin généraliste, lorsque la réalisation du test de dépistage Hamilton est nécessaire, la cotation « ALQP003 » peut être appliquée, permettant de valoriser financièrement cette consultation et le temps dédié au repérage d'un éventuel syndrome anxiodépressif(41). On peut donc imaginer qu'une cotation semblable pourrait être appliquée à la réalisation de l'EPDS.

e. Structures de soins

Au cours de notre étude, 54% des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir connaissance des différentes structures de soins vers lesquelles adresser une patiente souffrant d'une dépression du post-partum. Cependant, 83% des médecins généralistes interrogés ont répondu à la question ouverte « Auprès de quelles structures de soins locales, départementales ou régionales, avez-vous l'habitude d'adresser vos patientes en cas de suspicion ou de dépression avérée du post-partum ? ». Les professionnels de santé les plus fréquemment sollicités étaient les psychologues et ceux exerçant dans des structures de soins dédiées à la prise en charge de problèmes psychiatriques. Cette notion était également mise en avant dans le cadre d'une thèse réalisée par le Dr BONNAY dans les Hauts-de-France(30).

Nous remarquons ainsi que la majorité des réponses à cette question ouverte relatent des structures de soins adaptées à la prise en charge d'une telle pathologie. L'établissement ou le spécialiste vers lesquels adresser une patiente souffrant d'une dépression du post-partum ne semble donc pas être un frein majeur à la prise en charge de ces patientes.

Cependant, il est important de préciser que l'adressage doit être nuancé en fonction de la présence de signes de sévérité ou non, et notamment en fonction du risque suicidaire. L'Assurance Maladie a d'ailleurs rédigé un document en octobre dernier recensant les professionnels de santé pouvant être sollicités en fonction du degré de sévérité de la pathologie(42,43).

En Bourgogne, la structure de référence pour la prise en charge de la dépression du post-partum est l'unité père-mère-bébé, créée en 2012, et rattachée au pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier de La Chartreuse (*Annexe 4*). Cet établissement a été évoqué par 27 médecins généralistes au cours de notre étude, soit 21% des médecins généralistes répondants. Ce faible pourcentage peut être en lien avec un défaut de connaissance de l'unité père-mère-bébé mais également avec la distance pouvant séparer le cabinet médical du médecin généraliste et le centre hospitalier de La Chartreuse. En effet, selon le lieu d'exercice, il semble plus pertinent d'adresser la patiente à un psychologue ou au centre de psychiatrie référencé dans le secteur, plutôt que de lui imposer un trajet de plusieurs kilomètres pour la prise en charge de sa pathologie. Il reste cependant important de préciser qu'une spécialisation du psychologue en périnatalité semble indispensable pour une prise en charge adaptée d'un syndrome dépressif caractérisé du post-partum.

2. Limites et biais

a. *Biais de sélection*

Aucun tirage au sort n'a été effectué pour sélectionner les médecins généralistes inclus dans notre étude. Cela peut donc contribuer à un biais de sélection.

Tout d'abord, il est probable que les médecins généralistes ayant accepté de répondre à notre questionnaire soient des professionnels de santé déjà sensibilisés à cette thématique. Cela expliquerait d'ailleurs que parmi les médecins généralistes ayant eu connaissance du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce, 77% évoquaient le fait que cela n'avait pas modifié leur pratique puisqu'ils s'intéressaient déjà à cette thématique.

Par ailleurs, parmi les médecins généralistes ayant répondu à notre étude, 71% étaient des femmes. Selon l'atlas de la démographie médicale en France, publié en janvier 2023 par le Conseil National de l'Ordre des médecins, 44,2% des médecins en Bourgogne Franche-Comté sont des femmes, toutes spécialités confondues(44). Ce taux de participation est probablement en lien avec des expériences personnelles de post-partum ayant conduit à une certaine sensibilisation sur la thématique. Cette notion est d'ailleurs retrouvée à plusieurs reprises dans les réponses aux questions ouvertes tel que « J'ai appris tout cela suite à mes grossesses et je suis très sensible au bien-être des mamans et à leurs difficultés uniquement parce que je me suis retrouvée confrontée à cette situation » (MG20).

b. *Biais d'information*

Les secteurs urbains et ruraux étaient représentés de façon équivalente à hauteur de 29% chacun. Cependant, la définition de ces deux milieux a été révisée en 2020 par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) afin de mieux rendre compte de la réalité des territoires. Depuis 2020, le « milieu rural » est défini selon des critères de densité, propre à une grille communale de densité, et selon le degré d'influence d'un pôle d'emploi. Ainsi, une zone rurale est une zone dense ou très peu dense se situant à distance d'un pôle d'attractivité urbaine. Par ailleurs, une zone « semi-rurale » est dorénavant préférentiellement nommée zone « rurale périurbaine » dans la mesure où elle appartient à l'aire d'influence d'un pôle urbain situé à proximité. Là encore, les définitions se sont complexifiées(45).

Il est alors possible que cette imprécision lors de la diffusion de notre questionnaire ait pu constituer un biais d'information.

c. Effectif

Une des principales limites de notre étude est le faible taux de participation. Une participation plus importante nous aurait certainement permis d'avoir une population plus représentative de la réalité, notamment concernant la participation masculine.

En effet, notre questionnaire n'a pu être diffusé par l'URPS qu'aux médecins généralistes pour lesquels une adresse e-mail leur avait été communiquée. Il nous a par ailleurs été refusé de faire une relance de notre étude quelques semaines après l'envoi initial de cet e-mail, ne nous permettant pas d'obtenir plus de réponses. Or, la réalisation d'un rappel dans les études statistiques permet en moyenne d'augmenter le taux de réponse de 36%(46).

3. Forces de l'étude

La volonté de s'intéresser au caractère évolutif du rôle et de l'implication des médecins généralistes représente l'un des points forts de notre étude. En effet, les études réalisées jusqu'à présent faisaient principalement l'objet d'un état des lieux sur le repérage de la dépression du post-partum(12,28,47). L'ajout de ce caractère évolutif en fait l'originalité de notre étude.

Par ailleurs, les deux tranches d'âge les plus représentées dans notre étude sont celles des 25-35 ans et 36-45 ans, avec un âge moyen de 41 ans. Selon l'atlas de la démographie médicale en France, publié en janvier 2023 par le Conseil National de l'Ordre des médecins, l'âge moyen des médecins, toutes spécialités confondues, est de 46,7 ans(44). Cette donnée se rapproche donc des caractéristiques de notre étude, concernant l'âge des participants.

Enfin, nous avons choisi de proposer certaines pistes d'amélioration dans le repérage de la dépression du post-partum dès la diffusion du questionnaire, et de réaliser une question ouverte spécifiquement dédiée aux améliorations qui pourraient être proposées. Cela nous permet d'avoir une première idée de l'éventuelle adhésion des professionnels de santé à ces

modifications et de mettre en lumière plusieurs champs d'action possibles directement issus de l'expérience des professionnels de santé.

4. Pistes d'amélioration

Parmi les pistes d'amélioration évoquées dans mon questionnaire, 70% des médecins généralistes ont répondu favorablement à la création d'un certificat de santé dédié à l'entretien post-natal précoce.

La création des certificats de santé de l'enfant date de la loi du 15 juillet 1970 dans une optique de santé publique et de prévention des handicaps. En effet, les certificats de santé avaient pour objectif, à cette époque, de proposer la réalisation d'exams complémentaires, prescrits par le médecin traitant ou le médecin du centre de PMI, pour les enfants présentant une « anomalie, maladie ou infirmité, notamment mentale, sensorielle ou motrice, d'origine génétique ou autre, ayant provoqué ou susceptible de provoquer une invalidité de longue durée ou un handicap définitif ou non » (48,49).

Aujourd'hui, les certificats de santé ont conservé ce double rôle. En effet, sur le plan individuel, ils permettent, à partir de critères médicosociaux, d'identifier des familles qui seraient susceptibles de bénéficier d'une aide personnalisée. Sur le plan de la santé publique, ils permettent de réaliser un suivi épidémiologique des données de santé périnatales au niveau national et départemental(50,51).

Depuis 1985, les certificats de santé sont envoyés aux services départementaux de la PMI, puis chaque département constitue des fichiers de données anonymisées. Ces fichiers sont ensuite collectés par la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) afin de mener des études sur des thématiques précises et proposer des pistes d'amélioration.

Suite au recueil de données annuel de 2017, la DRESS estime un taux de réponse sur la France entière de 76% pour le certificat du 8^{ème} jour, de 32% pour le certificat du 9^{ème} mois et de 23% pour le certificat du 24^{ème} mois. La Bourgogne Franche-Comté présente un taux de remplissage supérieur à la moyenne avec 80% de réponses pour le certificat du 8^{ème} jour, 50% pour le certificat du 9^{ème} mois et 39% pour le certificat du 24^{ème} mois(52–54). La forte adhésion des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté au remplissage de ces certificats

peut expliquer le taux de réponse des médecins généralistes favorables à notre proposition concernant un certificat dédié à l'entretien post-natal précoce.

Après la création de l'entretien post-natal précoce obligatoire en juillet 2022, le collège des sage-femmes de France a établi des préconisations pour la réalisation de cette consultation. Il est établi une série de thématiques pouvant être abordées au cours de la consultation, sans réel fil conducteur. Il est évoqué les interactions et le lien familial, le lien conjugal, l'environnement social ou encore la place de l'enfant, de la maman et du coparent. Plusieurs organismes proposent des formations payantes afin d'améliorer ses connaissances sur cette problématique(55–57). Le ressenti et le retour d'expérience sur cette dernière année auprès des sage-femmes seraient également un élément pertinent à recenser. Nous n'avons retrouvé aucune enquête récente à ce sujet dans la littérature.

Outre l'intérêt sur le plan sanitaire et social, la création d'un certificat de santé pourrait constituer un outil d'évaluation et de dépistage de la dépression du post-partum par les médecins généralistes. Il pourrait être complété lors de l'entretien post-natal précoce, entre 6 et 8 semaines en post-partum, avec la mère et/ou les deux parents.

En effet, il pourrait servir de support pour guider la consultation et ouvrir le dialogue plus aisément sur la thématique de la dépression du post-partum. L'ajout de l'EPDS dans ce certificat pourrait permettre de réaliser systématiquement ce dépistage et donc probablement d'agir en amont d'éventuelles complications en cas de diagnostic avéré. Un travail de réseau de soin pourrait ensuite être proposé avec les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge médicale et sociale de la famille.

Par ailleurs, il semble évident qu'une action anténatale adaptée soit également nécessaire. Il est retrouvé dans la littérature, qu'au cours de la grossesse, 10% des femmes enceintes présentent un épisode dépressif caractérisé et 5 à 15% des troubles anxieux(1). Ces éléments constituent donc des facteurs de risque de développer un épisode dépressif caractérisé du post-partum. Dans notre étude, sept médecins généralistes, soit 5%, ont évoqué la nécessité de réaliser une meilleure information en période anténatale auprès des futurs parents. Selon l'Assurance Maladie, 62% des femmes enceintes auraient bénéficié d'un entretien prénatal précoce en 2022(58). En tant que médecin généraliste, il conviendrait de s'assurer de la réalisation de cet entretien prénatal précoce et de le réaliser si cela n'a pas été

fait. Il serait également nécessaire d'améliorer les échanges avec le professionnel de santé ayant éventuellement réalisé cet entretien afin d'optimiser le repérage des épisodes dépressifs le plus précocement possible.

V. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence l'évolution du rôle et de l'implication des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté dans le repérage de la dépression du post-partum, depuis la création de l'entretien post-natal précoce obligatoire en juillet 2022.

Le caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce était méconnu par la grande majorité des médecins généralistes répondants, indépendamment de leurs critères socio-démographiques, reflétant un manque d'information générale sur le sujet. Parmi les médecins généralistes informés de ce caractère obligatoire, une minorité déclarait avoir modifié leurs pratiques vis-à-vis du repérage de la dépression du post-partum. Cependant, plus de deux tiers évoquait le fait qu'ils avaient déjà l'habitude de s'intéresser à cette thématique.

La création d'un certificat de santé dédié à l'entretien post-natal précoce, et incluant l'échelle de dépistage EPDS, semble être une des pistes d'amélioration au repérage de la dépression du post-partum. Ce dernier pourrait servir de guide pour la réalisation de la consultation et permettre d'ouvrir plus facilement le dialogue sur cette thématique. Il pourrait être utilisé par tous les professionnels de santé amenés à réaliser cet entretien post-natal précoce.

Enfin, un repérage précoce des syndromes dépressifs, même pendant la grossesse, semble également être un élément à approfondir. En effet, une prise en charge précoce de cette pathologie permettrait de diminuer le nombre de syndrome dépressif caractérisé du post-partum et donc l'impact sur les interactions père-mère-bébé et le développement global de l'enfant.

Le Président du jury,

Pr. SIMON Emmanuel



Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 8 JANVIER 2024
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Bonnot O, Cottencin O, Lemogne C, Moro MR, Purper-Ouakil D et al. Référentiel de psychiatrie et Addictologie. 3ème édition. 2020. 103-111 p.
2. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton E, Deneux-Tharoux C et al. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum : données de l'enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. 2023.
3. Massoubre C, Desfonds E, Bendjeddou M. Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum. In: URGENCES 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/024.pdf
4. Broyer P, Crocq MA, Guelfi JD, Pull C, Pull-Erpelding MC et al. DSM-5 -Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 200-201 p.
5. 1000 premiers jours. 1000premiersjours. 2019. Comment différencier baby-blues et dépression post-partum ? Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/comment-differencier-baby-blues-et-depression-post-partum>
6. Julie S.Moldenhauer. Soins du post-partum et troubles associés. Dépression du post-partum. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/soins-du-post-partum-et-troubles-associes/depression-du-post-partum>
7. Tebeka S, Pignon B, Le Strat Y, De Pradier M, Dubertret C. Dépression du post-partum. Lett Gynécologue. févr 2013;(378-379).
8. Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P, Cottencin O, Benyamina A et all. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. In: 2ème édition révisée. 2016. p. 121-34.
9. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. In: Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html#:~:text=%20des%20manifestations%20mineures%20d%27angoisse,des%20nausées%2C%20vomissements%20ou%20hypersialorrhée.>
10. Desforges C, Sandoz V, Horsch A. Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. 2020;12:192-200.
11. Psycom. Santé mentale, grossesse et parentalité [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2023/09/PSYCOM_Brochures-A5_SM_Grossesse_Parentalite_WEB.pdf
12. Depaux B. Dépression post-natale : évaluation d'un outil de dépistage l'Edinburg Postnatal Depression Scale [Internet]. 2016. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394921v1/file/Depaux_Bénédicte.pdf
13. La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Pediatr Child Health*. 2004;9:589-98.
14. Santé Publique France, INSERM. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir - 6eme rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts naturelles

(ENCMM) 2013-2015. janv 2021;237.

15. Doncarli A, Gorza M, Gomes E, Cardoso T, Vacheron MN et al. Mortalité maternelle en France : accomplissements, inégalités, défis à relever. juill 2022;(3-4):68-76.
16. Moreau E. Suicide et périnatalité. Aix Marseille; 2020.
17. 1000 premiers jours. Le baby-blues et la dépression post-partum [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-baby-blues-et-la-depression-post-partum>
18. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
19. Code de la santé publique. Article L2122-1 - Code de la santé publique [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628790#:~:text=Un%20entretien%20postnatal%20précoce%20obligatoire,semaines%20qui%20suivent%20l%27accouchement.
20. Ameli. Devenir parents [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/saone-et-loire/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>
21. Ameli. Ma maternité : je prépare l'arrivée de mon enfant [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/guide-maternite-2023.pdf>
22. Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
23. Santé Publique France. Les 1000 premiers jours : là où tout commence [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
24. Service Public. Dépression post-partum : un entretien postnatal précoce systématique pour les jeunes mamans [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15804>
25. Moselle Le Département. Echelle EPDS : Edinburgh Post-Partum Depression Scale.
26. Isserlis C, Sutter-Dallay AL, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. Editions Erès. 2008. 222 p. (Petite enfance et parentalité).
27. Meunier S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil. Rouen; 2012.
28. Todesco L. Le dépistage de la dépression postnatale. Université de Bourgogne; 2020.
29. Chabrol H, Callahan S, Séjourné N. Prévention et traitement de la dépression du post-partum. 2008;20:211-48.
30. Charline B. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post-partum en médecine générale [Internet]. Amiens; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04111016/document>

31. Ameli. 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2023. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/537227/document/calendrier_des_examens_de_sui_vi_de_lenfant_1_page.pdf
32. Société Française de Médecine Générale. Le généraliste et le suivi médical des enfants [Internet]. 2005. Disponible sur:
https://www.sfmng.org/data/actualite/actualite_fiche/10/fichier_communique_suivi_enfant65a8a.pdf
33. MG France. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
34. Agence Régionale de la Santé Bourgogne Franche-Comté. Statistiques et indicateurs de la santé et du social [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2019-03/STATISS%202018.pdf>
35. Union Régionale des Professionnels de Santé. URPS médecin libéral Bourgogne Franche-Comté [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.urps-ml-bfc.org>
36. Université de médecine générale de Rennes. Recherche en santé et formalités réglementaires [Internet]. 2020 [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://enquetes-partenaires.univ-rennes.fr/index.php/17674?newtest=Y&lang=fr>
37. MG France. Notre problème, c'est le temps... MegGe 100 Médecine Générale. déc 2021;(6):1.
38. Ameli. L'aide à l'emploi d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/saone-et-loire/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
39. MG France. La CNAM impose de nouvelles cotations pour les examens des jeunes enfants [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/2290-nouvelles-cotations-pour-les-examens-obligatoires-des-jeunes-enfants#:~:text=La%20CNAM%20impose%20de%20nouvelles%20cotations%20pour%20les%20examens%20des%20jeunes%20enfants,-Imprimer&text=Depuis%20le%201er%20septembre%202019,nourrissons%20et%20des%20jeunes%20enfants%20>.
40. Rohart A. Les méthodes d'information utilisées par les médecins généralistes de Picardie. Picardie Jules Verne; 2022.
41. MG France. Cotation pratique du spécialiste en médecine générale [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/telechargements/plaquette-generale.pdf>
42. Ameli. Santé mentale : approche thérapeutique dans le cadre de la maternité et la périnatalité [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/tableau-synthese-sante-mentale-maternite-perinatalite.pdf>
43. Ameli. Dépression post-partum [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/cote-d-or/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-maternite-perinatalite/depression-post-partum>
44. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external->

package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

45. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. La France et ses territoires. 2021;61-72.
46. Qualtrics. Comment augmenter le taux de réponse de ses sondages et questionnaires ? [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/etude-marche/taux-reponse/>
47. Vergnaud M. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Gironde [Internet]. Bordeaux; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970259/document>
48. Legifrance. Journal Officiel de la République Française [Internet]. 1970. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/secure/file/JUs5wD6QivBE!R9Oxc!N>
49. C. Rollet. Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? Rev Fr Aff Soc. 2005;129-56.
50. Sante.gouv.fr. Les certificats de santé de l'enfant [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-certificats-de-sante-de-l-enfant>
51. Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques. Les certificats de santé aux 8e jour, 9e mois et 24e mois. Sources Outils Enq. juill 2020;(7333).
52. Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques. Le premier certificat de santé de l'enfant - Certificat au 8ème jour (CS8) - 2017. Doc Trav Sér Sources Méthodes [Internet]. mai 2020;(52). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD52%20Sources%20et%20methodes-CS8.pdf>
53. Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques. Le deuxième certificat de santé de l'enfant - Certificat au 9ème mois (CS9) - 2017. Doc Trav Sér Sources Méthodes [Internet]. mai 2020;(53). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD53%20Sources%20et%20methodes-CS9.pdf>
54. Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques. Le troisième certificat de santé de l'enfant - Certificat au 24ème mois (CS24) - 2017. Doss DRESS. mai 2020;(54):113.
55. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N et al. Entretien post-natal précoce - Préconisations pour la pratique clinique [Internet]. Collège des sages-femmes de France; 2022. Disponible sur: https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2022/07/EPNP_CNSF_2022_vf.pdf
56. ADCO. Formation entretien post-natal précoce 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.adco-sages-femmes.com/formation-sage-femme/formation-entretien-post-partum-precoce-2023fifpl-dpc/#:~:text=Cette%20formation%20a%20pour%20principale,désordres%20psychiques%20en%20post%20partum.>
57. Natalformation. Natal formation - Organisme de formation en périnatalité [Internet]. Disponible sur: <https://www.natalformation.com/entretien-postnatal-precoce-et-accompagnement-de-la-parentalite-vulnerable.html>

58. Ministère de la Santé et de la Prévention. L'entretien prénatal précoce [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/l-entretien-prenatal-precoce#nh3>

VII. ANNEXES

1. ANNEXE 1 : Edinburg Post-Partum Depression Scale (EPDS)



Edinburgh Post-Partum Depression Scale

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

0 - Aussi souvent que d'habitude
1 - Pas tout à fait autant
2 - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
3 - Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

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

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.

3 - Oui, la plupart du temps
2 - Oui, parfois
1 - Pas très souvent
0 - Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

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

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.

3 - Oui, vraiment souvent
2 - Oui, parfois
1 - Non, pas très souvent
0 - Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements*.

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

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.

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

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.

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

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.

3 - Oui, la plupart du temps
2 - Oui, très souvent
1 - Seulement de temps en temps
0 - Non, jamais

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

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

Score :

Risque de dépression du Post-Partum
La (future) maman remplit le questionnaire par elle-même sans influence extérieure. Le professionnel peut l'aider si elle a un problème de compréhension.

Scores
Plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important.
Un score supérieur ou égal à 11 révèle une dépression possible.
Un score inférieur à 10 signifie qu'une dépression est très peu probable.
Se référer à l'arbre décisionnel.

Traduction française :
Guidenay N, Fermand, (1998). Validation Study of the French version of the EPDS : new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry, 13 : 83-9.

Version originale :
Cox J L, Holden J M, Sagovsky R, (1987). Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J of Psychiatry, 150 : 782-786



2. ANNEXE 2 : questionnaire de thèse

Dépression du post-partum

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse de DES de médecine générale, dirigée par le Dr Azadah YACOUB, gynécologue-obstétricienne, je m'intéresse à la thématique de la dépression du post-partum.

L'entretien post-natal précoce, initialement mis en place en 2014 par la Haute Autorité de Santé (HAS) est devenu obligatoire depuis juillet 2022. Cet entretien, qui peut être mené par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue, se déroule entre la 4ème et la 8ème semaine du post-partum. Il a pour objectifs de proposer une approche globale de prévention, de repérer les premiers signes de dépression et d'évaluer les besoins d'accompagnement des parents.

Ma problématique porte sur l'évolution du rôle et l'implication des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté dans le repérage de la dépression du post-partum depuis la création du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce.

Ce questionnaire est anonyme et comporte 23 questions. Le temps alloué à son remplissage est d'environ 4 minutes.

Il s'adresse aux médecins généralistes (thésés ou non) exerçant en Bourgogne Franche-Comté, qu'ils soient installés ou remplaçants.

Je vous remercie par avance de l'attention et du temps que vous accorderez à mon travail.

Chloé COMPARET

1. Vous êtes :

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

2. Votre lieu d'exercice :

Plusieurs réponses possibles.

- Cabinet libéral
 Service hospitalier
 Activité mixte : libérale et hospitalière
 Intervention en service de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
 Intervention en crèche et/ou micro-crèche

3. Quel âge avez-vous ?

4. Votre secteur d'activité :

Une seule réponse possible.

- Milieu urbain
 Milieu rural
 Milieu semi-rural

Pratiques professionnelles

5. Avez-vous déjà été face à une mère souffrant d'une dépression du post-partum ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Dans quelle(s) situation(s) recherchez-vous des signes en faveur d'une dépression du post-partum ?

Plusieurs réponses possibles.

- Jamais
 A chaque consultation de suivi du nouveau-né
 Systématiquement au cours d'une consultation dédiée en post-partum, avec la mère et/ou les deux parents
 En cas d'antécédent(s) de trouble(s) psychiatrique(s) chez la mère
 En cas d'antécédents de conduite(s) addictive(s) chez la mère
 En cas de situation sociale précaire
 En cas de signaux d'alerte spontanément visibles au cours de la consultation (pleurs, perte de confiance en soi, désinvestissement...etc.)
 Autre : _____

7. Selon vous, quels sont les freins à un dépistage systématique de la dépression du post-partum ?

Plusieurs réponses possibles.

- Un manque de temps pour organiser une consultation spécifiquement dédiée au dépistage de la dépression du post-partum
 L'absence de rémunération spécifique dédiée à la réalisation de ce dépistage
 Vous ne vous sentez pas à l'aise avec la thématique
 Vous ne sauriez pas quelle attitude adopter et quelle(s) démarche(s) entreprendre si le dépistage s'avérait positif
 Autre : _____

8. Depuis le 1er juillet 2022, afin d'accompagner au mieux les mères, l'entretien post-natal précoce est désormais obligatoire. Etiez-vous informé de cette obligation ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 12*

Impact du caractère obligatoire de l'entretien post-natal

9. Ce caractère obligatoire a-t-il modifié vos pratiques vis-à-vis du dépistage de la dépression du post-partum ?

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 10*
 Non *Passer à la question 11*

Impact du caractère obligatoire de l'entretien post-natal

10. De quelle(s) façon(s) le caractère obligatoire de l'entretien post-natal a-t-il modifié vos pratiques vis-à-vis du repérage de la dépression du post-partum ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous proposez une consultation dédiée avec la mère et/ou les deux parents entre 6 et 8 semaines après l'accouchement
- Vous prévoyez un temps dédié au cours d'une consultation de suivi du nouveau-né
- Vous échangez d'autant plus avec la sage-femme qui suit la mère en cas de signaux d'alerte
- Vous utilisez systématiquement un outil de dépistage de la dépression du post-partum
- Vous avez cherché à améliorer vos connaissances sur cette thématique
- Autre : _____

Passer à la question 12

Impact du caractère obligatoire de l'entretien post-natal

11. Pour quelle(s) raison(s) le caractère obligatoire de l'entretien post-natal n'a-t-il pas modifié vos pratiques vis-à-vis du repérage de la dépression du post-partum ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous aviez déjà l'habitude de vous intéresser au repérage de la dépression du post-partum
- En raison d'un manque de temps à allouer à la réalisation de l'entretien post-natal précoce
- Du fait de l'absence de rémunération spécifique dédiée à la réalisation de cette consultation
- Vous ne vous sentez pas à l'aise avec la thématique
- Vous ne sauriez pas quelle attitude adopter et quelle(s) démarche(s) entreprendre si le dépistage s'avérait positif
- Autre : _____

Quelles améliorations proposer ?

12. Pensez-vous que cet entretien post-natal devrait systématiquement être réalisé par la sage-femme et également par le médecin traitant dans le but d'améliorer le dépistage ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. Pensez-vous que la création d'un certificat médical dédié à cet entretien post-natal précoce, au même titre que les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois, puisse améliorer le repérage de la dépression du post-partum ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

14. Quelles améliorations proposeriez-vous en matière de repérage de la dépression du post-partum ?

Outil de dépistage : EPDS

15. Connaissez-vous l'outil de dépistage appelé EPDS (Edinbourg Post natal Dépression Scale) ?

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 16*
- Non *Passer à la question 17*

Outil de dépistage : EPDS

16. Utilisez-vous cet outil ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Autres outils de dépistage

17. Utilisez-vous d'autres outils pour le dépistage de la dépression du post-partum ?

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 18*
 Non *Passer à la question 19*

Autres outils de dépistage

18. Quel(s) autre(s) outil(s) de dépistage utilisez-vous ?

Structures de soins

19. Avez-vous connaissance des différentes structures de soins vers lesquelles orienter une mère souffrant de dépression du post-partum ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. Après de quelles structures de soins locales, départementales ou régionales, avez-vous l'habitude d'adresser vos patientes en cas de suspicion ou de dépression avérée du post-partum ?

21. De manière générale, vous sentez-vous à l'aise avec le repérage de la dépression du post-partum ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

22. Vous définiriez-vous comme un médecin généraliste impliqué dans le repérage de la dépression du post-partum ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

23. Remarques et commentaires libres concernant le repérage de la dépression du post-partum, le caractère obligatoire de l'entretien post-natal et les éventuels changements entrepris dans votre pratique professionnelle suite à la mise en place de ce caractère obligatoire

3. ANNEXE 3 : réponses aux questions ouvertes

Question 6 – Dans quelle(s) situation(s) recherchez-vous des signes en faveur d'une dépression du post-partum ?

Au cours du premier mois de vie de l'enfant :

- « Consultation de suivi dans le premier mois de vie du nourrisson » (MG12)
- « A la première consultation du nouveau-né (15 jours ou 1 mois) » (MG15)
- « Les 2/3 premières consultations de l'enfant » (MG28)

Au cours d'une consultation pour la mère durant le post-partum :

- « Si la mère consulte pour elle, quel que soit le motif, pour toutes les mères » (MG94)
- « Systématiquement si consultation pendant le post-partum » (MG102)

Motif de consultation spontanée :

- « A la demande du patient » (MG47)

En cas de facteurs favorisant un épisode dépressif caractérisé du post-partum :

- « Grossesse multiple » (MG65)

De façon aléatoire :

- « De temps en temps lors des consultations de suivi du nouveau-né mais j'oublie souvent de poser la question » (MG23)

Question 7 – Selon vous, quels sont les freins à un dépistage systématique de la dépression du post-partum ?

Manque de formation :

- « Manque de formation » (MG18)
- « Formation très succincte sur le sujet et diagnostic difficile » (MG121)

Consultations de suivi pour le nouveau-né uniquement :

- « Consultation pour le nourrisson, pas pour la mère. » (MG79)
- « La jeune maman ne prend jamais rendez-vous pour elle, on a toutes les consultations de suivi du bébé mais jamais de la maman » (MG20)
- « En post-partum souvent la maman consulte pour le nourrisson mais ne prend pas de rendez-vous pour elle. » (MG8)
- « En tant que médecins généralistes, nous ne voyons bien souvent les mamans uniquement pour leur enfant » (MG32)

Consultation pour la mère prévue par le gynécologue et/ou la sage-femme :

- « La consultation post-partum me semble assimilée à la visite gynécologique post-partum (contraception, bilan pour rééducation...) » (MG69)
- « Nous ne sommes pas forcément consultés (obstétriciens, sage-femme...), multiplication des intervenants » (MG43)
- « Là où je remplace, le suivi de grossesse est délégué aux sage-femmes. Il est difficile de faire venir au cabinet du médecin généraliste la femme en post-partum. Elles ne voient que leur sage-femme et ne souhaitent pas venir en plus chez le médecin généraliste. » (MG94)
- « D'autant plus que souvent ce rendez-vous de suivi pour la mère est prévu auprès d'un gynécologue dès la sortie de la maternité donc la mère ne voit pas forcément l'intérêt de venir nous voir pour son suivi car ça ferait doublon. » (MG8)
- « La mère est souvent uniquement vue par la sage-femme et ne vient pas nous voir pour elle en post-partum. » (MG79)

Manque de temps pour la mère :

- « Manque de temps pour la mère qui a déjà beaucoup de rendez-vous les premiers mois (pour le nouveau-né + rééducation périnéale + consultation gynécologique post-accouchement) » (MG4)
- « Les mères ne prennent pas de rendez-vous pour cela, cela s'ajoute au contenu déjà chargé de la consultation de nourrisson » (MG80)

Manque de temps au cours des consultations des nouveau-nés :

- « Manque de temps lors des consultations des nouveau-nés » (MG32)
- « La durée de la consultation : quand on passe 20 minutes à examiner un bébé, difficile d'en rajouter autant pour un entretien calme avec la maman » (MG68)

Absence de frein :

- « Aucun frein » (MG113, 59, 103, 41)

Déni de la pathologie par les mères :

- « Déni de la mère » (MG56)
- « Patiente qui minimise les symptômes et ne souhaite pas prendre le temps de la psychothérapie » (MG86)

Manque d'information des mères sur le suivi par le médecin généraliste en post-partum :

- « Les patientes ne semblent pas informées du caractère obligatoire » (MG31)
- « Consultation peu pratiquée peut-être par manque d'information des jeunes mères » (MG17)

Moins de suivi de grossesse chez les hommes médecins :

- « Manque de suivi de femmes enceintes chez les médecins généralistes de sexe masculin » (MG47)

Ne pense pas à le rechercher :

- « Je ne pense pas systématiquement à le rechercher » (MG23)

Question 10 – De quelle(s) façon(s) le caractère obligatoire de l'entretien post-natal a-t-il modifié vos pratiques vis-à-vis du repérage de la dépression du post-partum ?

Aucune réponse ouverte

Question 11 – Pour quelle(s) raison(s) le caractère obligatoire de l'entretien post-natal n'a-t-il pas modifié vos pratiques vis-à-vis du repérage de la dépression du post-partum ?

Pas de prise de rendez-vous par la mère, uniquement pour elle, en post-partum, auprès du médecin généraliste :

- « Absence de consultation des femmes en post-partum » (MG110)
- « On les voit surtout avec les enfants » (MG75)
- « C'est obligatoire mais jamais réalisé. Jamais une maman n'a pris rendez-vous pour une consultation post-natale » (MG20)

Consultation réalisée par d'autres professionnels de santé :

⇒ **Par les sage-femmes :**

- « Ces entretiens sont habituellement fait par les sage-femmes de la MSP » (MG27)
- « Entretien fait par les sage-femmes du cabinet » (MG98)

⇒ **Par le gynécologue :**

- « Les mères font souvent l'entretien avec le gynécologue » (MG75)

Création d'un protocole de dépistage :

- « Mise en place sur notre MSP d'un protocole de dépistage du post-partum, avec repérage en amont pendant la grossesse des facteurs de risque » (MG48)

Début d'exercice postérieur à juillet 2022 :

- « C'était déjà obligatoire quand j'ai commencé à exercer en cabinet libéral donc je ne peux pas comparer avec les pratiques avant cette obligation » (MG8)

Expérience personnelle :

- « Pour ma part, c'est vraiment le fait de passer moi-même par un post-partum qui m'a fait repenser ma façon de prendre en charge les patientes » (MG71)

Question 14 – Quelles améliorations proposeriez-vous en matière de repérage de la dépression du post-partum ?

Prise en charge non-médicamenteuse :

- « Suivi psychologique » (MG76, 85)
- « Un vrai temps d'écoute et pas un questionnaire bateau. Le soutien par une prise en charge intégrative telle que la sophrologie, l'acupuncture, les psychologues, l'haptonomie... » (MG78)

Action préventive dès la période anténatale :

- « Surtout l'aide en amont » (MG78)
- « D'avantage de prévention en prénatal » (MG52)
- « Sensibiliser avant l'accouchement la mère et l'autre parent » (MG102)
- « Préparation à la naissance et aux situations pratiques plus importante » (MG101)
- « Informer chaque femme enceinte » (MG13)
- « Insister sur la consultation obligatoire et expliquer quelle est l'objet de cette consultation en amont aux mamans pour que cela soit vraiment une consultation dédiée » (MG62)
- « Consultation dédiée à la prévention pendant la grossesse : psychologique, alimentaire, perturbateurs endocriniens... » (MG97)

Une meilleure information des parents au sujet de l'entretien post-natal précoce et de la dépression du post-partum :

⇒ **Information générale en post-partum :**

- « Information des patientes d'un entretien post natal nécessaire avec le médecin traitant (autant que la rééducation) » (MG38)
- « Il faut informer les femmes ! Elles savent qu'il y a une consultation obligatoire à 8 jours pour leur bébé mais ne savent pas qu'il y a une consultation pour elle » (MG20)
- « Réforme du système de santé afin que la prévention soit au cœur du système » (MG37)
- « En parler le plus possible, sensibiliser au maximum, déculpabiliser » (MG75)
- « Sensibilisation des mères, des familles, des papas » (MG62)
- « Informer déjà les femmes qui sont dans le déni pour les déculpabiliser et les aider à demander de l'aide » (MG106)
- « Discussion et sensibilisation à chaque consultation pour la maman et bébé, médecin généraliste et sage-femme » (MG67)

⇒ **A la maternité :**

- « Information claire orale et écrite remise à la patiente au cours du séjour à la maternité (par la sage-femme par exemple) sur le caractère obligatoire, le but et

l'utilité de ce dépistage (explications des bénéfices pour la mère et l'enfant) » (MG15)

- « Que les mères soient systématiquement informées sur le sujet de la dépression post-partum avant la sortie de la maternité » (MG8)
 - « Information des parents à la maternité » (MG56)
 - « Fiche d'information et contact dans le carnet de santé du nouveau-né » (MG96)
 - « Un questionnaire dédié au dépistage de la dépression du post-partum délivré lors de la sortie de la maternité serait une éventualité à considérer. La maman pourra alors préparer sa consultation obligatoire. » (MG53)
- ⇒ **Via les moyens de communications visuels diffusés au public :**
- « Affiches, messages médias » (MG74)
 - « Campagnes nationales auprès du grand public » (MG38)
- ⇒ **Via la sécurité sociale :**
- « Lettre d'information par CPAM à la patiente » (MG31)
 - « Pourquoi pas une consultation dédiée à J30 et J60 avec coupon envoyé au domicile des parents » (MG119)

Consultation dédiée pour la maman, réalisée par le médecin généraliste :

⇒ **Consultation unique :**

- « Organiser une consultation juste pour la maman » (MG102)
- « En effet inciter les jeunes mères à une consultation dédiée » (MG17)
- « Une consultation systématique pour la maman ! » (MG69)
- « Consultation dédiée » (MG1)
- « Consultation dédiée obligatoire » (MG116)
- « Encourager la maman à venir consulter seule, pour centrer la consultation sur elle » (MG122)
- « Une consultation dédiée à l'écoute de la mère, sans le père et sans l'enfant !!! » (MG3)
- « Les mères ne consultent jamais pour elles dans les premiers mois du post-partum » (MG61)
- « Créer une consultation dédiée obligatoire permettrait effectivement de ne pas passer à côté » (MG23)
- « Consultation obligatoire de la mère auprès du médecin généraliste » (MG32)
- « Une consultation obligatoire pour la mère en post-partum » (MG107)
- « Consultation médecin généraliste systématique en post-partum » (MG79)
- « Un meilleur suivi maternel post-partum » (MG117)
- « Consultation dédiée » (MG21, 39)
- « L'idée d'une consultation dédiée soit par la sage-femme soit par le médecin, soit les 2. Consultation obligatoire et prise en charge. » (MG71)

⇒ **Consultations multiples :**

- « Pourquoi pas une consultation dédiée à J 30 et J60 avec coupon envoyé au domicile des parents » (MG119)
- « Suivi de la mère tous les mois durant 3 mois suite à l'accouchement » (MG105)
- « J'aime beaucoup l'idée du certificat avec une consultation dédiée mais le souci c'est que la dépression du post partum n'arrive pas au même moment chez toutes les femmes, l'idéal serait de pouvoir coupler ça au suivi de l'enfant durant la première année » (MG11)

Consultations avec le nouveau-né, chez le médecin généraliste :

⇒ **Augmentation du temps de consultation :**

- « De longues consultations des premières consultations du nouveau-né » (MG120)

- « Que cette consultation soit vraiment réalisée mais dans le cadre d'une double consultation avec bébé. Souvent les mamans sont focus bébé et ne prennent pas le temps de faire 2 rendez-vous différents lors des premiers suivis » (MG55)
- « Prendre du temps avec la maman car ne se livre pas facilement en une consultation de 15 minutes on peut passer à côté très facilement » (MG46)

Grille d'évaluation pour aider au repérage de la dépression du post-partum :

- « Certificat avec grille d'analyse » (MG31)
- « La mise à disposition d'une liste de questions définies et le calcul d'un score ainsi que des recommandations sur la prise en charge en fonctions du score » (MG90)
- « Échelle d'évaluation » (MG31)
- « Questionnaire dédié à ce dépistage » (MG15)
- « Questionnaire standardisé » (MG92)
- « Une échelle ! » (MG111)
- « Création d'un questionnaire "type" avec un score pour le dépistage » (MG12)
- « Peut-être un score comme le Hamilton sauf s'il existe et que je ne connais pas » (MG18)
- « Un questionnaire facilitant le repérage des symptômes (il existe peut-être déjà...) » (MG69)
- « Usage d'échelle validée type Edinburgh » (MG48)
- « Un questionnaire dédié au dépistage de la dépression du post-partum délivré lors de la sortie de la maternité serait une éventualité à considérer. La maman pourra alors préparer sa consultation obligatoire. » (MG53)

Amélioration de la communication entre les différents intervenants :

- « Remise rapide d'un courrier de sortie de maternité au médecin traitant » (MG15)
- « Consultation de post-partum souvent réalisée par gynécologue ou sage-femme, pas d'information si elle a été ou non réalisée et du résultat » (MG44)
- « Réseau périnatal efficient » (MG60)
- « Communication médecin généraliste et sage-femme » (MG59)
- « Une meilleure communication ville-hôpital... » (MG63)

Une meilleure communication auprès des médecins généralistes au sujet de l'entretien post-natal précoce et de la dépression du post-partum :

⇒ **Information des médecins généralistes :**

- « Une information plus importante sur l'entretien post-natal » (MG90)
- « Informer l'ensemble des médecins généralistes de cette consultation du post-partum pour qu'au moment de la consultation de suivi du nourrisson nous puissions inviter la maman à prendre rendez-vous auprès de nous » (MG109)
- « Sensibilisation du monde médical » (MG113)
- « Sensibilisation des soignants et paramédicaux qui interviennent » (MG62)

⇒ **Formation des médecins généralistes au repérage de la dépression du post-partum :**

- « Avoir des formations sur le sujet y compris pendant l'internat » (MG18)
- « Une formation des médecins généralistes pour savoir comment aborder au mieux cette thématique en consultation et comment mener l'entretien » (MG12)
- « Il faut former les professionnels de santé surtout car ils sont peu compétents pour faire le diagnostic et même s'il est réalisé la prise en charge n'est pas bonne, la dépression du post partum est très sous diagnostiquée et banalisée par les médecins » (MG121)
- « Une formation spécifique et obligatoire (étant donné que, je l'apprends) la consultation post-partum est devenue obligatoire » (MG36)
- « Mieux former les professionnels » (MG27)

- « Formation » (MG72)
- « Une formation pratique sur le sujet » (MG83)
- « Formation des médecins généralistes » (MG64)
- « Plus de formations dédiées pour les professionnels de santé » (MG88)
- « Meilleure formation initiale » (MG5)
- « Formation des médecins » (MG45)
- « Plus de formations » (MG95, 41)
- « Formations ++ » (MG 65)
- « Formation » (MG98)
- « Formation +++ » (MG19)
- « Meilleure formation des médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge » (MG84)
- « Informer les professionnels de santé des formes cliniques de dépression » (MG68)
- « Création d'une fiche informative à destination des praticiens avec signes d'alerte/où et quand adresser/quand et comment traiter » (MG12)
- ⇒ **Formation des médecins généralistes à la prise en charge d'une dépression du post-partum :**
- « Il faut former les professionnels de santé surtout car ils sont peu compétents pour faire le diagnostic et même s'il est réalisé la prise en charge n'est pas bonne » (MG121)
- « Meilleure formation des médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge » (MG84)
- « Clarification des soins à apporter en cas de dépression du post-partum avérée » (MG87)
- « Création d'une fiche informative à destination des praticiens avec signes d'alerte/où et quand adresser/quand et comment traiter » (MG12)
- « Des recommandations sur la prise en charge en fonctions du score » (MG90)
- ⇒ **Information des médecins généralistes au sujet des structures auxquelles adresser les patientes :**
- « Formations pour les professionnels de santé sur les lieux spécifiques où adresser » (MG88)
- « Connaître les circuits pour adresser/prendre en charge les patientes » (MG19)
- « Création d'une fiche informative à destination des praticiens avec signes d'alerte/où et quand adresser/quand et comment traiter » (MG12)
- « Des informations sur la possibilité de prise en charge dans la région » (MG100)

Cotation dédiée à l'entretien post-natal précoce chez le médecin généraliste :

- « Instaurer une consultation dédiée valorisée » (MG35)
- « Consultation et rémunération dédiée » (MG1)
- « Une cotation spécifique » (MG30)
- « Cotation spécifique » (MG72)
- « Rendre cotation score EPDS possible (ALSP003 ?) » (MG19)
- « Plus de temps de consultation, ce qui implique une rémunération décente des médecins généralistes ! » (MG57)
- « Consultation dédiée obligatoire avec rémunération spécifique » (MG116)
- « Une cotation spécifique de consultation complexe » (MG48)
- « Prise en charge par l'assurance maladie d'une consultation dédiée » (MG110)
- « Une cotation spécifique en libéral afin de dégager du temps » (MG29)

Le manque de temps pour le médecin généraliste pour réaliser une consultation dédiée :

- « Une cotation spécifique en libéral afin de dégager du temps » (MG29)

- « Il nous faut de l'empathie et du temps » (MG68)
- « Si on est moins sous pression/moins surchargé de travail, on pourrait faire de la qualité » (MG37)
- « Du temps et de l'argent » (MG42)

Le médecin généraliste en deuxième ligne dans la prise en charge du post-partum :

- « La meilleure prise en charge serait un suivi par la sage-femme ou le gynécologue qui suit la patiente le long de sa grossesse » (MG53)
- « Dépistage obligatoire par la sage-femme ou le gynécologue car ce sont eux les personnes en première ligne » (MG47)
- « Meilleur suivi post-natal par la sage-femme au domicile de la patiente » (MG118)
- « Suivi sage-femme plus long en post partum » (MG125)

Améliorations à entreprendre dans le suivi de la dépression du post-partum :

- « Pour moi les améliorations doivent concerner le suivi, plus encore que le dépistage : une fois dépisté, il y a des choses à faire ! » (MG112)

Pas de piste d'amélioration proposée :

- « Pas d'idée particulière » (MG43)
- « Je pense qu'on en fait déjà bien assez et qu'on n'est pas si mauvais que ça...faut arrêter de dire qu'on sous-diagnostique toujours tout, énervant à la fin... » (MG103)

Éléments inutiles d'aide au repérage de la dépression du post-partum :

⇒ **Certificat de santé :**

- « Ajouter de l'administratif et des obligations ne fera que freiner les choses je pense » (MG106)
- « Consultation dédiée obligatoire sans rédaction d'un certificat » (MG116)

⇒ **Consultation dédiée obligatoire :**

- « Ajouter de l'administratif et des obligations ne fera que freiner les choses je pense » (MG106)
- « Je ne juge pas nécessaire les tests complémentaires, les consultations dédiées ou les grilles à remplir » (MG68)

⇒ **Questionnaire de dépistage :**

- « Je ne juge pas nécessaire les tests complémentaires, les consultations dédiées ou les grilles à remplir » (MG68)
- « Un vrai temps d'écoute et pas un questionnaire bateau » (MG78)

Question 18 – Quels autres outils de dépistage utilisez-vous ?

Autres échelles dédiées au repérage de la dépression :

- « Hamilton » (MG34, 38, 103)
- « Échelle HAD » (MG 110)
- « Hamilton car je peux le coter et donc passer plus de temps avec ma patiente (tristement cynique mais ça rentre dans les cases CPAM) » (MG57)
- « HAD » (MG78)
- « Mon expérience + si besoin Hamilton » (MG113)

Démarches personnelles :

- « Protocole établi par notre MSP » (MG48)
- « Ma formation en thérapies brèves » (MG112)

Échanges avec la mère :

- « Le dialogue : je demande aux parents comment ils vont, j'essaie de les faire déculpabiliser, je demande comment ils dorment » (MG 37)

- « Évaluation clinique et échange avec la « jeune » maman » (MG36)

L'expérience professionnelle et les émotions :

- « Désolé pour cette réponse : mon ressenti lors de la consultation » (MG3)
- « La connaissance que j'ai de la patiente depuis plusieurs années » (MG93)
- « Mon expérience + si besoin Hamilton » (MG113)

Question 20 - Auprès de quelles structures de soins locales, départementales ou régionales, avez-vous l'habitude d'adresser vos patientes en cas de suspicion ou de dépression avérée du post-partum ?

Structures dédiées aux problématiques psychiatriques :

⇒ **Centre Médico-Psychologique (CMP) (n=37) :**

- « CMP » (MG15, 18, 23, 25, 26, 31, 32, 39, 42, 44, 47, 51, 52, 55, 58, 59, 60, 67, 78, 80, 81, 83, 85, 89, 95, 99, 102, 105, 108, 109, 110, 116, 123, 125)
- « Centre médico psychologique » (MG29)
- « CMP Beaune » (MG121)
- « CMP de préférence si pas de critère d'hospitalisation » (MG94)

⇒ **Services hospitaliers de psychiatrie (n=13) :**

- « Service de psychiatrie » (MG53, 116)
- « Urgences psychiatriques » (MG47, 108)
- « POP » (MG99)
- « Unité petits pas CHS Chartreuse » (MG50)
- « CHS chartreuse » (MG96)
- « CHS » (MG17, 95)
- « Centre dédié au post natal au CHS » (MG6)
- « Si gravité, service hospitalier type UPL » (MG94)
- « CHS Dijon consultation spécialisée Dr Leclercq » (MG125)
- « Service de psychiatrie péri natale CHU » (MG127)
- « Avis psychiatrique selon secteur de la patiente : service à la chartreuse ? » (MG19)

⇒ **Psychiatres libéraux ou hospitaliers (n=18) :**

- « Psychiatre libéral » (MG47, 102, 108)
- « Confrère psychiatre » (MG36)
- « Psychiatre » (MG15, 18, 59, 63, 75, 83, 97, 107, 122, 126)
- « Psychiatre libéral de secteur » (MG58)
- « Psychiatre si syndrome du post-partum grave » (MG3)
- « Appeler les spécialistes psy ou gyneco du secteur pour un conseil » (MG94)
- « Vers une psychiatre spécialisée dans la dépression du post-partum » (MG64)

Unités spécialisées dans la prise en charge de la dépression du post-partum :

⇒ **Unité père-mère-bébé (n=24) :**

- « Centre père-mère-bébé » (MG122)
- « Unité mère-enfant » (MG53, 77)
- « Unité père mère bébé » (MG5, 49, 57, 62)
- « Service mère enfant » (MG96)
- « Unité père mère enfant Chartreuse » (MG100)
- « Pôle mère père bébé » (MG30)
- « Unités mère enfants spécialisées » (MG94)
- « Unité mère bébé » (MG46)
- « Unité père mère bébé de la chartreuse à Dijon » (MG121)

- « Pôle père mère enfant » (MG55)
- « Unité Mère Enfant CHS Chartreuse Dijon » (MG2)
- « Unité père mère enfant à la chartreuse » (MG1, 11)
- « CHS mère enfant, Beaune ou Dijon » (MG28)
- « CHS consultation père mère bébé » (MG35)
- « Unité mère enfant chartreuse » (MG9)
- « Unité père mère bébé de la Chartreuse à Dijon » (MG121)
- « Antenne père/mère/bébé Besançon » (MG 93)
- « Unité père mère bébé Besançon » (MG32, 127)
- ⇒ **Unité dédiée à la périnatalité (n=3) :**
- « Équipe mobile de psyperinatalité » (MG56)
- « Structures d'accompagnement à la parentalité » (MG63)
- « Pôle parentalité maison pluri pro Amancey » (MG103)

Le médecin généraliste (n=10) :

- « Délai de rendez-vous très longs donc je m'occupe personnellement des patientes en attendant » (MG116)
- « Moi-même » (MG36)
- « Aucune, je la prends en charge moi-même » (MG84)
- « Vers moi-même » (MG22, 40)
- « Médecin traitant » (MG117)
- « Aucune » (MG120, 115)
- « 0 » (MG92)
- « Ma propre pratique » (MG112)

Psychologue (n=29) :

- « Psychologue libéral » (MG44, 46, 47, 125)
- « Psychologue libéral pour ces délais courts » (MG52)
- « Psychologue » (MG12, 18, 36, 59, 60, 63, 68, 69, 83, 86, 88, 91, 93, 99, 101)
- « Psychologue de la MSP » (MG31)
- « Vers un psychologue » (MG22)
- « Psychologues de la maternité » (MG38, 27, 40)
- « Maternité locale qui a un psychologue dédié » (MG41)
- « Psychologue de PMI » (MG20)
- « Psychologue spécialisé » (MG15)
- « Psychologue locale » (MG40)

Avis dans un service hospitalier :

- ⇒ **Centre Hospitalier Universitaire (CHU) (n=8) :**
- « Avis spécialisé via CHU » (MG99)
- « CHU psychiatrie » (MG55)
- « Réseau périnatalité du CHU de Besançon » (MG37)
- « Service psychiatrique CHU » (MG57)
- « Équipe médico-psychologique de gynécologie du CHU » (MG113)
- « Pole mère enfant CHU » (MG70)
- « CHU » (MG118)
- « CHU en cas d'indisponibilité de cette unité (vacances par exemple) » (MG8)
- ⇒ **Centre Hospitalier (CH) (n=5) :**
- « Hôpital » (MG18, 81, 82)
- « Service de pédiatrie des HCB » (MG1)
- « Service de pédiatrie local » (MG46)
- ⇒ **La maternité (n=6) :**

- « La maternité » (MG43, 72)
- « Psychologues de la maternité » (MG38, 27, 40)
- « Maternité locale qui a une psychologue dédiée » (MG41)

Services départementaux médico-sociaux :

⇒ **Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (n=27) :**

- « PMI » (MG1, 3, 12, 15, 18, 20, 23, 26, 30, 32, 46, 50, 59, 60, 67, 77, 81, 91, 98, 107, 108, 118, 122, 123)
- « PMI mais plus pour l'aide à la parentalité/réassurance que pour la dépression » (MG68, 69)
- « La PMI en 2e intention » (MG94)

⇒ **Autres services (n=2) :**

- « Service social » (MG107)
- « Planning familial » (MG98)

Professionnels de santé pouvant intervenir dans la période du post-partum :

⇒ **Gynécologue (n=4) :**

- « Consultation gynécologique » (MG67)
- « Service de gynécologie » (MG16)
- « Appeler les spécialistes psy ou gyneco du secteur pour un conseil » (MG94)
- « Gynécologue-obstétricien ayant suivi la grossesse » (MG12)

⇒ **Sage-femme (n=3) :**

- « Sage-femme » (MG15, 67, 101)

⇒ **Autres professions (n=2) :**

- « Mon réseau de psychopraticiens en thérapie systémique et stratégique selon le modèle de palo-alto » (MG112)
- « Sophrologue » (MG40)

Action selon le tableau clinique (n=2) :

- « En fonction du degré de sévérité » (MG 47)
- « Si gravité, service hospitalier type UPL » (MG94)

Pas de connaissance des structures de soins (n=5) :

- « Jamais eu le cas donc pas d'habitude » (MG94)
- « Jamais été confrontée à la situation car récemment installée » (MG4)
- « Je ne sais pas » (MG87)
- « ? » (MG21)
- « Pas grand chose sinon malheureusement, ou bien je ne connais pas » (MG43)

Facteur limitant : le délai de prise en charge (n=2) :

- « Il n'y a pas de prise en charge psychiatrique dans des délais correct sur le secteur et les obstétriciens ne se sentent pas concernés souvent alors... » (MG106)
- « Délai de rendez-vous très longs donc je m'occupe personnellement des patientes en attendant » (MG116)

Prise en charge ne nécessitant pas d'hospitalisation complète (n=2) :

- « Traitement en ambulatoire » (MG13)
- « Professionnels libéraux » (MG79)

Question 23 - Remarques et commentaires libres concernant le repérage de la dépression du post-partum, le caractère obligatoire de l'entretien post-natal et les éventuels changements entrepris dans votre pratique professionnelle suite à la mise en place de ce caractère obligatoire

Priorité donnée aux consultations pour le nouveau-né :

- « Comme tout dans la grossesse et la naissance, on s'intéresse uniquement au bébé (sage-femme, gynécologue) et jamais au bien-être de la maman, on ne parle pas du post partum, de ses difficultés et de ses conséquences » (MG20)
- « Mais les mères ne viennent pas forcément au cabinet du médecin généraliste pour elles sur un temps dédié dans cette période où le bébé est souvent au centre de leur quotidien et de leurs préoccupations. » (MG8)
- « Difficile de cibler une consultation pour la maman. Au retour à domicile beaucoup de questionnement sur le bébé surtout. Les demandes concernant la maman sont souvent furtives et en fin de consultation du nourrisson. » (MG92)
- « Je suis médecin remplaçant, et je fais peu de suivi gynécologique, je vois peu de femme enceinte ou venant d'accoucher, en dehors des moments de consultation du nouveau-né. » (MG96)
- « Repérage dur du fait que les mamans s'effacent pour leur bébé, souvent quand elles en parlent ou s'en rendent compte les symptômes sont déjà bien avancés. » (MG62)
- « Repérage lors des visites obligatoires de l'enfant sinon manque de temps des parents. » (MG117)

La place du père :

- « Bon courage, et bravo pour ce sujet très intéressant. J'ajouterai : ne pas oublier les papas, cibles oubliées de la DPP. » (MG48)
- « On n'implique à aucun moment les hommes » (MG20)

Reflot de la dépression du post-partum dans la société :

⇒ **Sujet tabou pour les mères :**

- « J'ai pris conscience ces derniers temps (depuis que je suis devenue maman) qu'il y avait un gros tabou chez les jeunes mères concernant ce qu'elles peuvent ressentir. Beaucoup de mères sont en souffrance mais n'osent probablement pas en parler et le diagnostic n'est pas fait. TABOU SOCIÉTAL. » (MG121)
- « Je pense avoir moi-même souffert d'une dépression du post partum, j'ai eu beaucoup de mal à l'accepter et j'ai mis beaucoup de temps à le verbaliser, j'ai eu la chance d'avoir pour médecin une amie qui m'a beaucoup fait parler elle m'a proposé un traitement que j'ai refusé et j'avais déjà un suivi psychologue. » (MG81)
- « Repérage dur du fait que les mamans s'effacent pour leur bébé, souvent quand elles en parlent ou s'en rendent compte les symptômes sont déjà bien avancés. » (MG62)

⇒ **Pathologie banalisée par les mères et les professionnels de santé :**

- « Quand la dépression est soupçonnée par le médecin j'ai l'impression que c'est banalisé (c'est normal de ne pas aller bien dans une période de changement telle que l'arrivée d'un nouveau-né). » (MG121)
- « La fatigue et la sensation d'être un peu dépassée souvent vécue comme normale et n'amène pas à consulter. » (MG92)

Rôle du relationnel et des émotions :

⇒ **Expériences personnelles :**

- « J'ai appris tout cela suite à mes grossesses et je suis très sensible au bien-être des mamans et à leurs difficultés uniquement parce que je me suis retrouvée confrontée à cette situation » (MG20)
- « J'ai pris conscience ces derniers temps (depuis que je suis devenue maman) qu'il y avait un gros tabou chez les jeunes mères concernant ce qu'elles peuvent ressentir. » (MG121)
- « Je pense avoir moi-même souffert d'une dépression du post partum, j'ai eu beaucoup de mal à l'accepter et j'ai mis beaucoup de temps à le verbaliser, j'ai eu la chance d'avoir pour médecin une amie qui m'a beaucoup fait parler elle m'a proposé un traitement que j'ai refusé et j'avais déjà un suivi psychologue. » (MG81)

⇒ **Relation médecin/patient :**

- « C'est la connaissance de la patiente par le médecin généraliste dans la relation médecin/patient dans sa globalité qui se tisse dans le temps petit à petit, qui apporte le plus de signaux (parfois faibles) qui mettent la puce à l'oreille de la présence d'une dépression du post partum. » (MG93)

Place des professionnels de santé intervenants dans le repérage de la dépression du post-partum :

⇒ **Le médecin généraliste :**

- « La dépression du post-partum est une entité connue et reconnue de nos jours. Elle doit être admise et reconnue par nos pairs. Je ne pense pas que ce soit hyper-dur !!! Par contre, vous avez raison, il faut que le médecin généraliste s'en méfie... » (MG3)

⇒ **Le gynécologue et/ou la sage-femme en priorité :**

- « Trop souvent, le médecin généraliste est relégué à la "5ème roue du carrosse" (substitué, j'imagine, par psycho hospitalier/sage-femme/autres...)... Bien dommage ! » (MG36)
- « Je pense qu'il s'agit d'une problématique qui intéresse surtout les sages femmes ou gynécologues. » (MG47)
- « Pour ma part peu de visites de post partum réalisées en médecine générale quand on interroge les patientes elles voient le gynéco ou la sage-femme à 8 semaines. » (MG44)
- « Je suis médecin remplaçant, et je fais peu de suivi gynécologique, je vois peu de femme enceinte ou venant d'accoucher, en dehors des moments de consultation du nouveau-né. » (MG96)

Le caractère obligatoire de l'entretien post-natal en pratique :

⇒ **Non réalisé en pratique :**

- « Le caractère obligatoire de cet examen est bien mais en pratique je n'ai jamais rencontré une seule maman qui a eu cet examen en 1 an, ni même une au courant de son existence. » (MG20)
- « Je n'ai pas remarqué de prise de rdv spécifique pour ce motif, malgré l'obligation. » (MG92)

⇒ **Intéressant à réaliser en pratique :**

- « Je pense que le caractère obligatoire est très bien car certaines femmes n'osent ni consulter ni en parler et cela permet de les amener auprès d'un professionnel , qui lui amènera le sujet avec l'empathie et le tact nécessaire pour libérer la parole. » (MG94)

- « Le caractère obligatoire de l'entretien me semble être une très bonne chose pour éviter d'oublier de rechercher une dépression du post-partum. » (MG23)
- « Repérage obligatoire car conséquences catastrophiques pour l'enfant Cf thèse de Lucie Comte mai 2016 que j'ai dirigée Bon courage A Millet. » (MG113)

Ce qui était déjà fait avant la lecture du questionnaire de thèse :

- « A titre personnel je prends systématiquement 40 minutes à chaque consultation de suivi des nouveaux né jusqu'à 2 ans ce qui me permet de prendre de long temps d'échange avec les parents et notamment la maman. » (MG120)
- « Je prends toujours un temps pour m'enquérir de l'état psychologique de la maman lors de chaque consultation de suivi du nouveau-né, et j'informe à chaque fois sur le sujet en incitant à consulter si elle en sent le besoin. » (MG8)
- « Jusque-là repérage plutôt sur signes cliniques de dépression (pleurs, signes d'anxiété, inquiétude démesurée pour son enfant, sommeil très perturbé...). » (MG18)
- « Je recherche systématiquement un syndrome dépressif en post natal mais je n'ai pas forcément les outils adéquats pour ce dépistage (utilisation uniquement d'une ou deux questions ouvertes afin de savoir comment elles se sentent) » (MG4)
- « Pas de changement, mais un grand intérêt porté à la prise en charge des troubles psychologiques de mes patients, qui a orienté depuis de nombreuses années ma formation continue. » (MG112)
- « Recherche habituelle de signes de dépression du post partum dans mes consultations, mais sans doute de manière très personnelle et empirique, pas d'outil connu pour ma part. » (MG70)

Réflexions induites par la lecture du questionnaire de thèse :

⇒ ***S'intéresser davantage au dépistage de la dépression du post-partum :***

- « Je ne savais pas que cela était obligatoire, désormais en voyant les nourrissons, en plus de rechercher les signes de dépression du post partum chez la mère, je demanderai si elle a effectué son entretien post natal dédié à sa santé a elle, et si rien n'est prévu je proposerai de lui donner rdv pour cela. » (MG94)
- « Aucun changement dans ma pratique car aucune info ni sur les outils ni sur l'entretien obligatoire. C'est une bonne chose, à mettre en place, je suis prête à changer ma pratique grâce à ce retour d'informations, merci. » (MG104)
- « Votre questionnaire m'a permis de connaître l'échelle EPDS. Cet outil semble simple, rapide et utile. Je pense l'utiliser des prochaines consultations de suivi du nourrisson. Merci. » (MG64)

⇒ ***Utilisation de l'EPDS :***

- « Je garde l'outil d'aide à l'évaluation pour ma pratique. » (MG94)
- « Merci pour la grille de repérage ! » (MG18)
- « Votre questionnaire m'a permis de connaître l'échelle EPDS. Cet outil semble simple, rapide et utile. Je pense l'utiliser des prochaines consultations de suivi du nourrisson. Merci. » (MG64)
- « Je vais télécharger et utiliser l'échelle que je ne connaissais pas merci. » (MG46)

Pistes d'améliorations dans le repérage de la dépression du post-partum :

⇒ ***Formation des médecins généralistes à améliorer :***

- « A aucun moment dans notre cursus nous n'en parlons » (MG20)
- « Merci pour ce sujet de thèse, la dépression du post-partum est très fréquente et mal prise en charge. » (MG74)

- ⇒ **Information des médecins généralistes à améliorer :**
 - « Je ne suis pas au courant ni des structures d'aide permettant d'accompagner les femmes atteintes de dépression du post partum, je ne suis pas non plus au courant du caractère obligatoire de l'entretien post natal, est-il réalisé par la sage-femme ? par le pédiatre ? la gynécologue ? à l'hôpital ? en ambulatoire ? » (MG120)
 - « Aucun changement dans ma pratique car aucune info ni sur les outils ni sur l'entretien obligatoire. C'est une bonne chose, à mettre en place, je suis prête à changer ma pratique grâce à ce retour d'informations, merci. » (MG104)
 - « Obligatoire pour qui ? Les soignants ou la patiente ?? Ou pour que nos politiques aient l'impression de faire quelque chose alors que les solutions n'existent pas sur le terrain ? » (MG106)
 - « Je ne comprends pas ce que le mot "obligatoire" recouvre !!! » (MG84)
- ⇒ **Avis sur le certificat de santé :**
 - « La consultation obligatoire débouchant sur un certificat me semble un super levier pour améliorer le dépistage ! » (MG18)
- ⇒ **Séances de psychothérapie :**
 - « Peut-être prendre une charge 1 ou 2 séances de psychologie en post partum. » (MG71)
- ⇒ **Sensibilisation des professionnels de santé en priorité :**
 - « Le caractère obligatoire peut paraître étonnant ! Je pense qu'une sensibilisation des professionnels de santé est nécessaire (comme elle a été faite pour le dépistage des violences conjugales) avec des questions simples à poser en consultation, sans forcément faire remplir des questionnaires à la patiente. » (MG68)
- ⇒ **Anticipation et repérage précoce :**
 - « La dépression du post-partum a une fréquence d'environ 15% ce qui n'est pas négligeable et engendre des conséquences psycho-sociales importantes. Le dépistage précoce (comme tout autre pathologie d'ailleurs) permettrait une meilleure approche et l'évitement de difficultés personnelles. » (MG116)
 - « Informer les femmes sur cette possibilité, avant l'accouchement, laisser une information aux femmes à la sortie de la maternité. » (MG60)
- ⇒ **Améliorer la communication entre les différents professionnels de santé prenant en charge la mère :**
 - Nécessité d'être informé si le dépistage est fait par un autre acteur et de partager les résultats avec lui. (MG31)
 - Courrier entre sage-femme et médecin si repérage dépression (MG59)
- ⇒ **Proposer une revalorisation financière :**
 - « Malheureusement l'entretien est obligatoire mais rémunéré uniquement pour les sage-femme et plus qu'une consultation chez le médecin. Nous sommes donc sortis de l'équation par nos organismes de tutelle. » (MG87)
- ⇒ **Approfondir le sujet :**
 - Merci pour cette thèse, ce questionnaire me permet de me pencher de façon plus approfondie sur le sujet ! (MG69)
 - Merci pour ce sujet, intéressant d'en reparler, je vais me documenter à propos de la DPP bon courage ! (MG67)

4. ANNEXE 4 : plaquette de l'unité père-mère-bébé de La Chartreuse

Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Les professionnels interviennent sur des temps pleins ou des temps partiels.

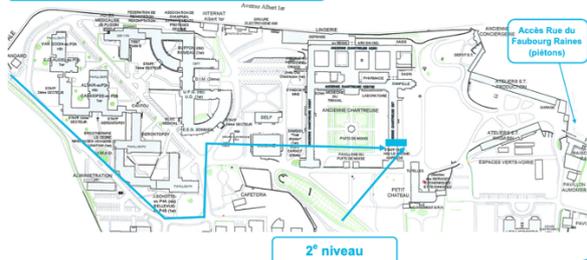
Deux pédopsychiatres et un psychiatre	Une enseignante en activité physique adaptée
Deux psychologues	Une éducatrice spécialisée
Une sage-femme	Un éducateur spécialisé musicothérapeute
Un cadre de santé	Un musicothérapeute
Une infirmière puéricultrice	Une assistante médico-administrative
Deux infirmières	Une assistante sociale
Une psychomotricienne	Un agent des services hospitaliers

LE PLAN D'ACCÈS

En bus : Prendre la ligne 3, 12 ou 13 - arrêt « CHS La Chartreuse »

En tramway : Prendre le tram T1 - arrêt « Dijon Gare » ou T2 - arrêt « Foch Gare ». En empruntant le passage Henri Vincenot, côté avenue Albert 1er, il vous faudra une quinzaine de minutes pour arriver au CH La Chartreuse en passant par l'entrée située Rue du Faubourg Raines.

Entrée principale - 1 Bd Chanoine Kir, Dijon



CH La Chartreuse / Service Communication - Sept 2023

Unité Père-Mère-Bébé

CMP - CATT - HDJ - Équipe mobile

1 Boulevard Chanoine Kir - 21000 DIJON

U.P.M.B



Unité Père-Mère-Bébé

L'unité Père-Mère-Bébé est une unité de psychopathologie périnatale.

Elle est proposée aux futurs parents et aux parents d'un enfant de moins de trois ans.

La période périnatale est une période sensible durant laquelle la souffrance psychique peut être révélée, réactivée et la dynamique familiale perturbée.

L'unité Père-Mère-Bébé est rattachée au pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre Hospitalier La Chartreuse.

Ce pôle met tout en œuvre pour offrir une organisation des soins cohérente, adaptée aux besoins et à la répartition géographique de la population. Il est composé de structures de soins, réparties sur Dijon et le sud de la Côte-d'Or.

Contacts
 Permanence Secrétariat de 9h à 12h - 03 80 42 52 83
 Sage-femme de coordination : 03 80 42 48 32
 Cadre de santé : 03 80 68 08 71
 E-mail : secretariat.upmb@chcdidjon.fr

Pour toute prise de rendez-vous, ou demande de renseignement, une permanence téléphonique est assurée de 9h à 12h du lundi au vendredi.

Fermeture partielle durant les vacances scolaires. La couverture sociale doit être à jour.



CH La Chartreuse - 1 Bd Chanoine Kir BP 23314 - 21033 DIJON Cedex
 www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr

LES MISSIONS

Les soins proposés à l'unité Père-Mère-Bébé s'adressent autant aux parents qu'aux bébés. Les prises en charge concernent les pathologies des interactions et des troubles de la parentalité susceptibles d'entraver la qualité de la relation parents-bébé et d'altérer la construction psychique de l'enfant.

- ⇒ Soutenir, dans la période pré et post natale immédiate, les parents confrontés à une anxiété, une dépression, une grossesse pathologique associée à des signes de souffrance psychique, une période de deuil, un accouchement traumatique, une mise en place difficile des interactions avec leur enfant, une gestion spécifique des traitements psychotropes...
- ⇒ Accueillir les parents avec leur bébé souffrant de troubles du sommeil, de l'oralité, d'anorexie, de l'accordage, de dépression du nourrisson, de pleurs incessants...

Les dispositifs de soins permettent de donner une réponse de soins gradués aux troubles psychoaffectifs tant des parents que des bébés.

Cette expérience dans la prévention et l'accompagnement de la parentalité amène certains professionnels à conduire des activités d'enseignement et de recherche.

LES PARTENAIRES

Intégrée dans le réseau de périnatalité de Bourgogne, l'équipe travaille en partenariat et en coordination avec de nombreux professionnels de la périnatalité :

- Les maternités et les services de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, du Centre Hospitalier de Beaune et de l'Hôpital privé Dijon-Bourgogne, Valmy
- Le réseau de psychologues des maternités
- Les gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes libérales
- Les services de psychiatrie adulte et enfant de la région
- Les services du Conseil Départemental : PMI, ASE, structures de la petite enfance
- L'Amarine et les Maisons Vertes
- Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

- **Des consultations** médicales de psychiatrie périnatale
- **Des entretiens** psychologue, sage-femme et infirmier

Des activités de groupe :

- Activité physique et grossesse
- Groupe parole et Groupe des pères
- Musicothérapie et psychomotricité

Des séances individuelles :

- Soins psychocorporels : marche, yoga, relaxation, gymnastique douce, toucher massage
- Médiations parents-bébé : musicothérapie, psychomotricité, massage bébé et soins de puériculture

Un temps d'accueil Père-Mère-Bébé

Lieu d'échange et de partage centré sur le quotidien avec le bébé et les ressentis parentaux

Hôpital de Jour Mère-Bébé

Pour des prises en charge spécifiques avec un temps de repas thérapeutique

Antenne à Beaune, unité Arlequin

- Consultations médicales
- Médiations parents-bébé : musicothérapie, psychomotricité et soins de puériculture

L'équipe mobile se distingue par sa réactivité pour faciliter l'accès aux soins et prévenir des troubles précoces des liens parents-bébé :

- Déploiement d'une activité de liaison, de consultation et de coordination principalement avec les services de maternité, de pédiatrie, de Protection Maternelle et Infantile, de psychiatrie adulte, du secteur libéral
- Développement d'interventions à domicile et sur différents services d'hospitalisation dans des situations complexes
- Travail sur l'isolement des dyades et triades

U.P.M.B



Unité Père-Mère-Bébé

TITRE DE LA THESE : EVALUATION DE L'EVOLUTION DU ROLE ET DE L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE DANS LE REPERAGE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM DEPUIS LA CREATION DU CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE EN JUILLET 2022.

AUTEUR : CHLOE COMPARET

RESUME :

CONTEXTE : LA DEPRESSION DU POST-PARTUM PEUT AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEVELOPPEMENT GLOBAL DE L'ENFANT. L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE EST DEvenu OBLIGATOIRE EN JUILLET 2022.

OBJECTIF : EVALUER L'EVOLUTION DU ROLE ET DE L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE REPERAGE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM DEPUIS LA CREATION DU CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE.

METHODE : ETUDE OBSERVATIONNELLE TRANSVERSALE A PARTIR D'UN QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUX MEDECINS GENERALISTES DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE DE SEPTEMBRE A OCTOBRE 2023.

RESULTATS : LES PRINCIPAUX FREINS A LA REALISATION D'UNE CONSULTATION DEDIEE ETAIENT LE MANQUE DE TEMPS (76%, N=96) ET L'ABSENCE DE REMUNERATION SPECIFIQUE (30%, N=38). LE CARACTERE OBLIGATOIRE ETAIT MECONNU POUR 76% DES MEDECINS GENERALISTES (N= 97). 13% (N=4) DES MEDECINS GENERALISTES ONT CHERCHE A AMELIORER LEURS PRATIQUES ET 77% (N=21) S'INTERESSAIENT DEJA A LA PROBLEMATIQUE. 84% (N=107) MECONNAISSAIENT L'EPDS. 70% (N=90) DES MEDECINS GENERALISTES ETAIENT FAVORABLES A LA CREATION D'UN CERTIFICAT DE SANTE DEDIE.

CONCLUSION : LE CARACTERE OBLIGATOIRE RESTE MECONNU POUR LA GRANDE MAJORITE DES MEDECINS GENERALISTES. LA CREATION D'UN CERTIFICAT DE SANTE SEMBLE ETRE UNE PISTE D'AMELIORATION.

MOTS-CLES : DEPRESSION DU POST-PARTUM ; ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE ; EPDS ; CERTIFICAT DE SANTE ; MEDECIN GENERALISTE