

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE 2023

N° : 264

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. Médecine Générale

PAR

ABI-KHALIL Anastasie

Née le 16 octobre 1987 à Obernai

**La dépression post-natale en médecine générale : revue de la
littérature, état des lieux des pratiques et des connaissances en
Alsace**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Chérif AKLADIOS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benjamin DAHAN, médecin généraliste



FACULTÉ DE MÉDECINE
MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

CDROM - 1000 0000 2022
Anul universitar 2022-2023

- Institut de Obstetrică
- Departamentul de Obstetrică
- Facultatea de Obstetrică și Științe ale Sănătății
- Departamentele: (0883-0884) (0884-0885) (0885-0886) (0886-0887)
- Căminul de studii obstetricale
- Regimul de administrare

- Serviciul de Obstetrică



Prof. Univ. Dr. Ștefan Ștefan
DEPARTAMENT DE OBSTETRICĂ
E-mail: g@umfbcu.ro

A1 - PROFESOR TITULAR AL COLLEGE DE FRANCE

NUMERUL CATEDREI: (număr de angajare) (număr de locuri vacante)

A2 - MEMBRU SENIOR LA INSTITUT UNIVERSITARE DE FRANCE (I.U.F.)

NUMERUL CATEDREI: (număr de angajare)
NUMERUL LOCURILOR VACANTE:

A3 - PROFESOR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HÔPITALIERS (PU-PH)

NUMERUL CATEDREI	CD	NUMERUL DE ANGAJARE (NUMERUL DE LOCURI VACANTE)	NUMERUL DE ANGAJARE (NUMERUL DE LOCURI VACANTE)
0201010101	0101	1	0201010101
0201010102	0102	1	0201010102
0201010103	0103	1	0201010103
0201010104	0104	1	0201010104
0201010105	0105	1	0201010105
0201010106	0106	1	0201010106
0201010107	0107	1	0201010107
0201010108	0108	1	0201010108
0201010109	0109	1	0201010109
0201010110	0110	1	0201010110
0201010111	0111	1	0201010111
0201010112	0112	1	0201010112
0201010113	0113	1	0201010113
0201010114	0114	1	0201010114
0201010115	0115	1	0201010115
0201010116	0116	1	0201010116
0201010117	0117	1	0201010117
0201010118	0118	1	0201010118
0201010119	0119	1	0201010119
0201010120	0120	1	0201010120
0201010121	0121	1	0201010121
0201010122	0122	1	0201010122
0201010123	0123	1	0201010123
0201010124	0124	1	0201010124
0201010125	0125	1	0201010125
0201010126	0126	1	0201010126
0201010127	0127	1	0201010127
0201010128	0128	1	0201010128
0201010129	0129	1	0201010129
0201010130	0130	1	0201010130
0201010131	0131	1	0201010131
0201010132	0132	1	0201010132
0201010133	0133	1	0201010133
0201010134	0134	1	0201010134
0201010135	0135	1	0201010135
0201010136	0136	1	0201010136
0201010137	0137	1	0201010137
0201010138	0138	1	0201010138
0201010139	0139	1	0201010139
0201010140	0140	1	0201010140
0201010141	0141	1	0201010141
0201010142	0142	1	0201010142
0201010143	0143	1	0201010143
0201010144	0144	1	0201010144
0201010145	0145	1	0201010145
0201010146	0146	1	0201010146
0201010147	0147	1	0201010147
0201010148	0148	1	0201010148
0201010149	0149	1	0201010149
0201010150	0150	1	0201010150

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr Jp. LAURENT
 Dr J. GROSJEAN
 Dr M. BOUTIER
 Dr A. MAUJAN
 Dr M. BOUTIER
 Dr M. GROSJEAN

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr P. LEBLANC
 U. LORANTOUCHE

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr P. LAURENT
 Dr G. GROSJEAN
 Dr M. BOUTIER
 Dr M. GROSJEAN
 Dr J. GROSJEAN

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NOM UNIVERSITAIRES

Dr A. LAURENT	- Médecin-urgentiste (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr P. LEBLANC	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital)
Dr M. BOUTIER	- Médecin-urgentiste (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr G. GROSJEAN	- Médecin-urgentiste - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr J. GROSJEAN	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr M. GROSJEAN	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr M. BOUTIER	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr P. LAURENT	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr G. GROSJEAN	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr J. GROSJEAN	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr M. BOUTIER	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr M. GROSJEAN	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)
Dr P. LEBLANC	- Médecin-urgentiste (hôpital) (hôpital) - Chef de service (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital) (hôpital)

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

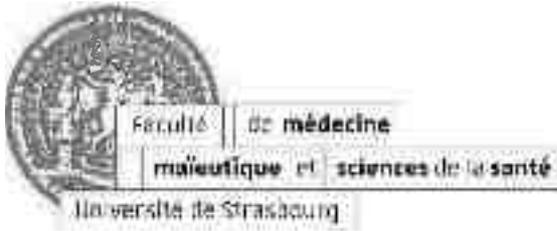
- i) **pour l'année académique 2019-2020**
OUMAROU Elme (Service de Technologie)
NEMER, Aoun (Service de Technologie Industrielle)
- ii) **pour l'année (Du septembre 2020 au 31 août 2021)**
SEGUIN, Jean-François (Service de Technologie)
DUBÉ, MATHIEU (Service de Technologie Industrielle)
DUBÉ, Jean-Marie (Service de Technologie Industrielle)
DUBÉ, Jean-François (Service de Technologie Industrielle)
- iii) **pour l'année (Du septembre 2021 au 31 août 2022)**
DUBÉ, Jean-François (Service de Technologie Industrielle)
DUBÉ, Jean-François (Service de Technologie Industrielle)
DUBÉ, Jean-François (Service de Technologie Industrielle)
DUBÉ, Jean-François (Service de Technologie Industrielle)
- iv) **pour l'année (Du septembre 2022 au 31 août 2023)**
DUBÉ, Jean-François (Service de Technologie Industrielle)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

POUR L'ANNEE 2022-2023

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. DUBÉ, Jean-François	(2019-2020)
M. DUBÉ, Jean-François	(2020-2021)
M. DUBÉ, Jean-François	(2021-2022)
M. DUBÉ, Jean-François	(2022-2023)
M. DUBÉ, Jean-François	(2023-2024)
M. DUBÉ, Jean-François	(2024-2025)
M. DUBÉ, Jean-François	(2025-2026)



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Merci aux membres du Jury pour leur disponibilité.

À mon directeur de thèse, le Dr Benjamin Dahan, pour ton accompagnement et ta patience.

Au Dr Sarah Sananès pour son aide.

Au Dr Marion Schaeffer pour ton immense implication. Sans toi je n'aurais jamais pu y arriver !

Au Dr Julien Feurer pour ton aide indispensable sur les statistiques.

À Mélissa pour tes talents de graphiste.

À Aline pour ton ultime contribution.

Merci à Caroline et Axel qui m'ont poussé à reprendre mes études. Je n'oublierais jamais la rédaction de cette fameuse lettre de motivation, première étape d'une nouvelle aventure.

À Hélène, toi qui as toujours été mon pilier.

À mes amis « passerelles ». Les uns sans les autres notre parcours n'aurait vraiment pas été le même. Finalement la maxime « les premiers seront derniers » s'est vérifiée aujourd'hui : première dans les listes mais dernière à devenir docteur !

À Jess & à Valentine, pour votre bonne humeur et votre énergie communicative.

À mes mentors, le trio de compères de mon SASPAS qui ont su me donner confiance et m'ont appris à être médecin.

À Jean-Louis & Hélène. Merci pour cette incroyable saison en haute montagne. À tous mes amis avalins & ces belles rencontres au plus proche du soleil.

À toutes mes belles amitiés créées tout au long de mon cursus, de mes stages et de mes remplacements. Et les sage-femmes, je ne vous oublie pas !

À ma famille de cœur et de sang, en France, au Liban et ailleurs.

À mes incroyables amis qui m'ont toujours soutenue et propulsée. A vous qui avez toujours été présents dans les bons comme dans les mauvais instants, vous qui m'avez portée à bout de bras dans mes moments de doutes. La liste serait bien trop longue pour tous vous nommer, mais je sais que vous vous reconnaîtrez. Je vous aime tant !

En l'honneur de toutes ces femmes dont j'ai croisé le chemin... !

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	19
I. La dépression post-natale maternelle	19
1. Définition	20
2. Épidémiologie et impact sociétal – À propos des Enquêtes Nationales Périnatales	21
3. Étiologies et facteurs de risque	24
3.1 Facteurs psychiatriques	25
3.2 Facteurs obstétricaux et pédiatriques	25
3.3 Facteurs socio-économiques	27
3.4 Facteurs endocriniens	27
4. Sémiologie	27
5. Diagnostics différentiels	30
5.1 Baby blues ou post-partum blues	30
5.2 Inquiétudes et épisodes anxieux	31
5.3 Psychose puerpérale	31
5.4 État de stress post-traumatique	32
6. Complications	32
7. Outils diagnostic	34
7.1 L'échelle de Hamilton	34
7.2 L'Edinburgh Postnatal Depression Scale	35
7.3 Autres échelles, à titre indicatif	36
8. Prise en charge thérapeutique	37
9. Et les pères	43
II. L'entretien prénatal précoce	44
III. Les structures de prise en charge en Alsace	46
1. Les réseaux périnataux	46
2. Les soins psychiatriques	47
IV. Médecine générale et santé de la femme	50
1. La formation médicale	50
1.1 La formation initiale	50
1.2 Les formations complémentaires	52
2. Les recommandations nationales	53
2.1 En prénatal	53
2.2 En postnatal	53

3.	La dépression en médecine générale	54
4.	Le travail en réseau.....	55
5.	Aides à la pratique professionnelle	56
6.	Ressources et associations parentales	57
V.	Objectifs.....	59
MATÉRIELS ET MÉTHODES		61
I.	Objectifs de l'étude.....	61
II.	Type d'étude	61
III.	Population ciblée	61
IV.	Méthodologie	62
V.	Questionnaire	62
VI.	Analyse statistique.....	63
RÉSULTATS		64
I.	Médecins répondants.....	64
II.	Médecins inclus	64
1.	Caractéristiques démographiques.....	64
2.	Mode d'exercice	65
3.	Participation à la formation médicale et adhésion aux réseaux de santé.....	66
III.	Dépistage de la dépression.....	67
IV.	Prise en charge des patientes	71
1.	Les professionnels complémentaires	71
2.	La prise en charge thérapeutique.....	73
DISCUSSION		77
I.	Interprétation des résultats	77
1.	Population étudiée	77
2.	Recherche d'antécédents psychiatriques et dépistage de la DPN.....	78
3.	Évaluation des connaissances sémiologiques	80
4.	Connaissance du CRAT et des thérapeutiques médicamenteuses	81
5.	Connaissance et utilisation du réseau de soin	83
II.	Points forts et limites de l'étude.....	85
III.	Réflexions personnelles	86
CONCLUSION et perspectives d'avenir		94

ANNEXES	97
Annexe I : L'échelle de Hamilton.....	97
Annexe II : L'EPDS	100
Annexe III : Le questionnaire diffusé	102
BIBLIOGRAPHIE.....	109
Attestation sur l'honneur	120

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un moment privilégié dans un couple. Il est l'accomplissement de la plus belle fonction de l'être humain : donner la vie. C'est un évènement bouleversant tant sur le plan physique que psychologique.

Certains qualifient ce moment « d'expérience extrême » [1] car elle n'a pas son pareil dans la vie d'une femme. Pour d'autres auteurs, la maternité est non seulement une réminiscence d'expériences et des pulsions structurées dans l'enfance [2], mais aussi un processus propre, une véritable crise d'identité.

Ainsi la grossesse est un long processus d'acceptation et de transformation psychologique nécessaire à l'enfantement et à la parentalité.

Cependant les femmes ont plus de risques de présenter une maladie mentale sévère dans la période autour de la naissance d'un enfant qu'à tout autre moment de leur vie [3]. Et la dépression du post-partum ou dépression post-natale (DPP ou DPN) en fait partie. Elle concerne environ 15% des parturientes [4], tous âges et toutes catégories socio-professionnelles confondues. Ce qui en fait donc un vrai problème de santé publique.

I. La dépression post-natale maternelle

Il convient de rappeler en préambule, que la grossesse est une période où l'état de transparence psychique se développe [5] et où se confrontent peur et appréhension avec bonheur et impatience quant à l'enfantement. C'est cet état de transparence psychique ainsi que la « préoccupation maternelle primaire » [6] qui permettront à la future mère de comprendre son enfant. Mais c'est aussi une période où la femme fait

face à des sentiments d'ambivalence extrêmes. Et le père serait garant de l'équilibre psychique puisqu'il vient se positionner en protecteur de la relation mère-enfant [7].

Nous ne traiterons ici que la dépression postnatale (DPN) maternelle, bien que la DPN paternelle concernerait 8 à 10% des pères. Très peu d'études traitent de la DPN paternelle, mais elle pourrait également entraîner des conséquences à court et à plus long terme sur le couple et sur l'enfant [8].

1. Définition

En 1838, Esquirol [9] parle pour la première fois des troubles mentaux entourant la période périnatale. Le sujet est ensuite approfondi par Marcé [10] en 1858, qui définit la dépression post-natale comme un trouble psychiatrique propre à la maternité et survenant dans la première année du post partum. Mais c'est surtout après la seconde guerre mondiale que les spécialistes de la périnatalité se penchent sur le sujet, notamment avec la question de l'hospitalisme [11] et de la théorie de l'attachement [12].

L'Association Américaine de Psychiatrie (APA) ne reconnaît pas la DPN en tant que telle, mais plus comme une spécificité de la dépression. Ainsi la dépression sera qualifiée de *postnatale* si elle survient dans les *4 semaines du post-partum* [13].

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression sera considérée comme postnatale uniquement si elle apparaît dans les *6 premières semaines* du post-partum [14].

Rappelons que selon Marcé le diagnostic de DPN peut être posé *jusqu'à un an après l'accouchement*.

Les symptômes dépressifs (voir I.4. Sémiologie) doivent être présents *tous les jours* pendant *au moins deux semaines* [13].

Sa survenue durant le post-partum ne répond pas à une évolution linéaire, mais présente des pics de fréquence dans les quatre premières semaines [15] et au neuvième mois [16]. Son incidence maximale se situerait néanmoins vers la 6^e semaine du post-partum [17].

La particularité de la DPN est qu'elle ne concerne pas seulement un individu, mais bien une *dyade mère-enfant*, avec les répercussions qui peuvent en résulter.

2. Épidémiologie et impact sociétal – À propos des Enquêtes Nationales Périnatales

Selon les études réalisées et les différents tests utilisés pour y répondre, les résultats sont relativement variables concernant la prévalence de la DPN. Ainsi les taux varient entre 12 et 18%. Afin de rester le plus cohérent possible, nous avons décidé de nous baser sur les chiffres de la dernière Enquête Nationale Périnatale parue en octobre 2022 [18].

Les Enquêtes Nationales Périnatales, ou ENP, sont menées sous la direction de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), en partenariat avec la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et Santé Publique France. Elles permettent de faire un état des lieux des pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que des caractéristiques socio-démographiques des familles. Ce sont donc « une source d'information essentielle en périnatalité. Les données participent à faire évoluer les politiques publiques et les pratiques cliniques ».

L'ENP de mars 2021, publiée en octobre 2022, fait un état des lieux complet en comparaison des données de l'ENP de 2016. Elle ne concerne que les naissances

vivantes, et a été conduite auprès de 13 000 femmes environ. Pour la première fois, l'enquête a porté un intérêt particulier à la santé mentale des femmes, en organisant un suivi à 2 mois après l'accouchement.

En voici les résultats qui nous intéressent particulièrement :

- Concernant l'état psychique pendant la grossesse : il semble s'être dégradé puisqu'une légère augmentation des syndromes dépressifs est constatée (23,6% en 2016 vs 25,6% en 2021). Cependant il pourrait y avoir un biais dû à la période du COVID-19 [18].

En parallèle, les femmes consultent plus les professionnels de santé concernant leur santé mentale : en 2016 l'ENP ne fait pas état de consultation de médecine générale, alors qu'en 2021 0,7% d'entre-elles consultaient leur médecin traitant. Les psychologues et les psychothérapeutes sont les plus consultés par ailleurs. Mais en totalité seule une faible part de femmes consulterait pour des difficultés psychologiques pendant la grossesse (environ 7%).

- Soutien et accompagnement pendant la grossesse : en 2021 seules 62,8% des femmes estiment être très bien entourées, et 8% pas ou peu entourées. Pourtant, et malgré l'augmentation des syndromes dépressifs, les visites à domicile par les sage-femmes restent stables à 18%.
- Concernant l'entretien prénatal précoce (ou EPP) : habituellement réalisé au 4^e mois de grossesse, seul 1/3 des femmes en a bénéficié en 2021 dans la Région Grand-Est (33%). Il est principalement réalisé par les sage-femmes (3% par des gynécologues-obstétriciens), et de plus en plus par des libérales. Il n'existe pas de données concernant les médecins généralistes.
- Les professionnels médicaux consultés pendant la grossesse : ce sont majoritairement les gynécologues-obstétriciens et les sage-femmes, quoiqu'on

note un engouement grandissant pour ces dernières (de 8,5% en 2016 à 22,9% en 2021). Ceci pourrait être expliqué par une meilleure visibilité de leurs compétences. Parallèlement les femmes consultent un peu moins les gynécologues (de 49,7% en 2016 à 39,4% en 2021). Environ 5% des femmes consultent leur médecin généraliste. Et presque 95% des femmes enceintes bénéficient d'au moins une consultation à la maternité.

- Les partenaires sont présents pour 94% des femmes, et 60,2% prennent un congé paternel.
- **Vécu de la grossesse et de l'accouchement** : 15% des femmes ont vécu cette période comme **difficile voire très difficile**. Les plaintes principales sont l'asthénie, le stress, les douleurs dorsales, les nausées et vomissements, mais aussi une sensation de solitude.
- Visites à domicile depuis la sortie de la maternité : 79% des femmes ont vu une sage-femme en postnatal, environ 2-3 fois et majoritairement dans le cadre du PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile) ; 19,5% ont vu une puéricultrice, environ 2 fois, souvent dans le cadre de la PMI (Protection Maternelle Infantile).
- **Ressenti au retour à domicile et santé mentale à 2 mois** : l'EPDS¹ (Cf. I.7. Outils diagnostic) a un score **entre 10 et 12 pour 12,6% des femmes**, et **≥ 13 pour 16,7%** des parturientes. Environ 16% des mères vivent la période postnatale comme difficile (13%) ou très difficile (3,7%), leurs plaintes principales étant la fatigue (92,4%), un allaitement compliqué (48,7%) et un sentiment de solitude (37,3%).

¹ EPDS pour Edinburgh Postnatal Depression Scale. Un score ≥ 13 correspond à risque de syndrome dépressif majeur.

Notons quand même que 56,5% des femmes vivent le postpartum comme agréable malgré quelques difficultés.

- Concernant la reprise du travail à 2 mois : 73,2% n'auront pas repris une activité professionnelle.
- Accompagnement à domicile après la sortie de la maternité : les femmes bénéficieraient de plus de visites par les sage-femmes libérales si elles ont accouché en maternité de niveau III. On pourrait donc y voir un lien avec l'état de l'enfant.

On note une amélioration de la communication ville-hôpital avec une augmentation des fiches de liaisons : 62% en 2016 vs 89% en 2021.

- Suivi pédiatrique : parmi les nouveau-nés rentrés à domicile, l'examen pédiatrique de la 2^e semaine a été réalisé par un médecin généraliste dans 34,9% des cas. À 2 mois, 42,2% des enfants sont suivis par un médecin généraliste.

3. Étiologies et facteurs de risque

Il convient de rappeler que chez toutes les femmes, peu importe leur vécu de la grossesse, l'accouchement se déroule sur un fond d'angoisse [19] : peur des douleurs, peur des dangers, angoisse de séparation, etc. Et le premier contact physique avec le nouveau-né est nécessaire pour que la femme puisse intégrer l'accouchement dans sa propre histoire [20].

La littérature est assez riche concernant les facteurs de risque de DPN. Il nous a semblé judicieux de les classer selon une synthèse publiée en 2007 [17].

3.1 Facteurs psychiatriques

Ils constituent les **principaux facteurs de risque** :

- Antécédent personnel ou familial de dépression [21], qu'elle soit liée ou non à une grossesse. Effectivement, certaines études ont démontré une part héréditaire à la dépression, avec probablement des phénomènes génétiques sous-jacents [22].
- Antécédent personnel de DPN donc, notamment si elle n'a pas été prise en charge.
- Dépression anténatale [21] (dont les facteurs de risques sont comparables à la DPN) : 20 à 40 % perdurent ou récidivent après l'accouchement [17]. Certains auteurs parlent d'un risque de récurrence dépressive de 25 % en cas de dépression anténatale (soit une femme sur 4) [23].
- Anxiété majeure de la grossesse [24].
- Evènements traumatiques refoulés (viols, incestes, avortements...). En effet, la grossesse étant une période de transparence psychique [5], la femme subit une reviviscence psychique d'évènements passés qu'ils soient traités ou non. Ceci peut être vécu comme un vrai tsunami et occasionner une anxiété majeure, donc une DPN.
- *Baby blues* marqué (voir I.5. Diagnostics différentiels).

3.2 Facteurs obstétricaux et pédiatriques

Dans ses travaux, M. Bydlowski, l'une des premières psychiatres à s'être penchée sur l'expérience psychique de la grossesse, décrit les antécédents périnataux comme des facteurs de risque de ce qu'elle nomme « la névrose traumatique post obstétricale » [25]. Cette dernière se caractérise par le développement d'un syndrome

post traumatique et dépressif après une 1^e grossesse qui se finit de façon dramatique. Il peut donc y avoir une difficulté voire un défaut d'établissement du lien mère-enfant.

Parmi les principaux facteurs nous retrouvons :

- La primiparité [26,27]. Des études ont pu montrer que le risque de détérioration de l'état psychique est plus élevé chez les primipares que chez les multipares [28].
- Les évènements anténataux ayant engendré un vécu stressant de la grossesse, voire une anxiété majeure [21], comme un doute échographique concernant le bébé, qu'il soit résolutif ou non [29].
- Les grossesses dites « précieuses » : tardives, PMA, ...
- Les facteurs de stress autour de l'accouchement : accouchement traumatique, césarienne en urgence [30], expérience extrême de *mort imminente* pouvant donner lieu à un état de stress-post traumatique (ESPT) [13,31]. Nous pouvons citer ici l'hémorragie du post-partum, qui est l'une des complications obstétricales les plus fréquentes [32].
- Le « séisme de la prématurité » [33] qui vient rompre le déroulement de la grossesse physiologique,
- La pathologie du nourrisson (deuil de l'enfant imaginaire),
- L'hospitalisation du nouveau-né : met potentiellement à défaut la création du lien mère-enfant [20].
- Une étude a démontré que l'anémie (Hb < 11g/dL) pourrait favoriser certaines complications obstétricales, et en particulier une DPN [18].

3.3 Facteurs socio-économiques

Ils sont similaires à ceux des autres dépressions [27] :

- Précarité,
- Faible niveau d'éducation,
- Absence d'emploi, ou emploi difficile [34],
- Isolement et manque de tissu social (famille, amis) [21] comme chez les migrants [35].
- Absence de conjoint [36] ou une conjugopathie,
- Manque de soutien de l'entourage et carences affectives [37],
- Antécédents de maltraitance ou de violence conjugale [38].

3.4 Facteurs endocriniens

Il y a beaucoup de recherches concernant ce sujet, mais aucune étude n'a pu mettre en avant la présence d'un trouble hormonal pouvant favoriser l'entrée dans une maladie mentale telle que la dépression postnatale [17], hormis peut-être une dysthyroïdie.

4. Sémiologie

La DPN n'a pas de sémiologie très spécifique. On y retrouve comme pour tout état dépressif une *tristesse*, une *apathie*, une *aboulie* (absence de volonté et paralysie psychique), une *anhédonie* (perte de la capacité à ressentir du plaisir) ainsi qu'un fort sentiment d'*incapacité* avec *mésestime de soi* et irritabilité [4]. La *culpabilité* est une émotion très présente, bien que rarement exprimée. La *fatigue extrême* que peuvent ressentir certaines mères est souvent banalisée et mise sur le compte du post-partum

immédiat : fatigue de la grossesse, fatigue de l'accouchement, rythme du bébé. Les troubles de la concentration qui en découlent passent fréquemment inaperçus.

Certains auteurs parlent de « dépression souriante » puisque la société a communément admis que la grossesse et l'accouchement doivent être « des évènements heureux » [33].

Ce silence peut aussi être expliqué par une crainte sous-jacente d'un signalement, voire d'un placement de l'enfant [34]. Beaucoup ressentent de la *honte* quant à leurs émotions. Ainsi les *pleurs* sont généralement cachés. Elles ont l'impression de ne pas être capables de s'occuper de leur enfant, en plus de n'y prendre aucun plaisir. Certaines présentent des *phobies d'impulsion*, c'est-à-dire qu'elles craignent de commettre un geste qui pourrait conduire à la mort du nourrisson.

Outre les symptômes dépressifs cités ci-dessus, on peut retrouver une *anxiété marquée* [24], ou un faible sentiment de cohérence par rapport à l'accouchement qui donne l'impression de *ne pas devenir mère* comme après une césarienne en urgence par exemple [39]. Un sentiment de perte de contrôle inhérent à la grossesse et à l'accouchement en somme [40], avec la culpabilité de ne pas avoir pu offrir un accouchement normal à son enfant. Il faut cependant souligner qu'un accouchement qui se passe « médicalement bien » n'est pas toujours synonyme d'un accouchement « psychologiquement serein », et inversement.

On peut également observer un ralentissement psychomoteur chez ces mères, elles s'occupent moins de leur enfant et laissent facilement le relais à l'entourage. Elles peuvent même être négligentes et avoir des soins inadaptés envers le bébé : réactions inappropriées, portage insécurisant, diminution des contacts physiques, évitement visuel [34].

Certaines éprouvent un sentiment de persécution : le bébé fait exprès de pleurer ou de ne pas dormir, il fait exprès de ne pas manger, le tout pour embêter sa propre mère.

Ces femmes se sentent incapables, mais elles savent qu'elles sont utiles. Elles continuent de prodiguer des soins à leur enfant, même si les échanges sont restreints au strict minimum. C'est pourquoi « la disparition du sentiment d'être utile à l'enfant doit immédiatement alerter le professionnel » [17] puisqu'il pourrait être annonciateur d'un risque suicidaire.

Rappelons que les symptômes apparaissent dans les 4 semaines du post-partum et *durent au moins 2 semaines* [13]. Avec deux pics de fréquence situés vers la 6^e semaine du postpartum, puis entre le 9^e et le 15^e mois [17].

Souvent, les femmes déprimées consultent de façon répétée pour des motifs qui peuvent paraître banals, et en général qui concernent leur bébé [17].

Lors de la consultation, un trouble du lien mère-enfant peut être observé : pauvreté des échanges, mère intrusive et enfant calme, ou à l'inverse mère détachée et enfant qui essaie d'attirer l'attention. Ceci est particulièrement vrai au début de la pathologie dépressive, car une fois installée l'enfant a tendance à se refermer et à rester silencieux. Et comme le souligne bien le Dr A. Raynaud, psychiatre à Bordeaux [33] : « attention aux enfants silencieux ! ». Dans tous les cas nous pouvons qualifier la relation de *dysharmonique*, avec un enrobage affectif défaillant tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Mais parfois ces troubles peuvent être avérés, et sont eux-mêmes révélateurs d'une DPN [17]. Parmi les symptômes les plus fréquemment retrouvés chez les bébés, nous pouvons citer [41,42] :

- *Troubles des interactions précoces* : vocalises moins importantes, moins de sourires, regard fuyant. Il peut y avoir un réel désintérêt pour l'environnement. Les symptômes sont d'autant plus marquants que la dépression est prolongée, et que la mère est isolée puisque l'enfant ne pourra pas interagir avec une autre figure adulte.
- *Troubles du sommeil* : difficulté d'endormissement, réveils multiples.
- Troubles de la régulation émotionnelle avec des *pleurs* envahissants et prolongés.
- Troubles moteurs : prise de poids insuffisante, *retard staturopondéral* voire psychomoteur, grand besoin de portage.
- Troubles digestifs : difficultés alimentaires (voire anorexie), régurgitations, *reflux gastrique* ou vomissements ;
- Signes cutanés avec des affections dermatologiques.

5. Diagnostics différentiels

5.1 Baby blues ou post-partum blues

Considéré comme physiologique, il concerne 60 à 80% des parturientes, voire 90% [33].

C'est un état *transitoire* [43] du post partum qui dure de quelques heures à quelques jours et qui persiste rarement au-delà du 10^e jours. Le pic se situe entre J2 et J3, et survient quasiment en même temps que « la java du 2^e soir » décrite par les sage-femmes en maternité. C'est un état rapidement résolutif qui dure généralement *moins de 24h*.

Les femmes présentent une labilité émotionnelle alternant rires et pleurs inexplicables, bonheur et tristesse, souvent une inquiétude quant à la capacité d'être mère. On peut

également retrouver des plaintes somatiques [34] comme des céphalées, une insomnie, une anorexie, une tendance à l'oubli. Mais il n'y a ni effondrement, ni état dépressif.

La prise en charge consiste en un accompagnement simple et empathique de la part des équipes de maternité (sage-femme voire psychologue).

Cependant, il faudra être attentif à l'apparition d'éventuels signes de gravité signant *l'entrée dans une maladie mentale* telle que la DPN [4,34].

5.2 Inquiétudes et épisodes anxieux

Fréquents, ils sont presque indissociables de la maternité et de la parentalité. La maternité est même décrite comme un facteur de risque d'anxiété [17]. On parle souvent de phobies d'impulsion [33] ou de rumination anxieuse [26]. Il peut y avoir des manifestations physiques à l'anxiété, mais de rares passages à l'acte. En revanche, une anxiété importante et durable peut mener à une DPN.

5.3 Psychose puerpérale

C'est la plus sévère des maladies psychiatriques du post-partum et elle constitue une urgence médicale du fait du risque majeur de suicide et d'infanticide [17].

Le tableau est très bruyant avec un début brutal dans le mois qui suit l'accouchement, mais l'incidence est faible : environ 1 à 2 naissances sur 1000 [38].

Les symptômes sont donc plus sévères que pour la DPN, ils sont de type maniaco-dépressif voire schizophrénique [4] : fluctuation de l'humeur, confusion, délire autour de la filiation, bizarrerie et préoccupations curieuses. Les troubles du sommeil sont constants.

Une fois de plus, l'un des principaux facteurs de risque est psychiatrique avec la présence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles bipolaires ou de psychose puerpérale [44].

5.4 État de stress post-traumatique

Il est défini par des reviviscences mnésiques d'un traumatisme via des *flash-back* et des cauchemars, une hypervigilance et une tendance à l'évitement [17].

Nous ne faisons mention ici que de l'ESPT obstétrical : il fait suite à une expérience extrême de type « mort imminente », qu'elle soit maternelle ou fœtale. Nous pouvons donc y inclure comme facteurs de risque les fausses couches spontanées, un antécédent de mort fœtale ou néonatale, une hémorragie du post-partum sévère, un accouchement traumatique...

Il apparaît que des facteurs de vulnérabilité peuvent faire état de groupes à risque concernant l'ESPT : immigrantes, femmes socialement défavorisées, peur intense de l'accouchement avec une anxiété prononcée [39].

6. Complications

La spécificité de la DPN est qu'elle concerne à la fois la mère, la dyade, et le développement du nourrisson.

La résolution de la DPN est spontanée dans la majorité des cas, certains auteurs parlent alors de « dépression mineure ». En revanche pour les dépressions dites majeures, il semblerait que sans thérapeutique adaptée, environ 50 % des femmes présentent encore des symptômes à un an [17].

Quoiqu'il en soit, le risque de récurrence dépressive est important. Le risque de récurrence d'une DPN lors d'une grossesse ultérieure est de 25 à 30% [45], surtout si la première DPN survient sans antécédent psychiatrique [4]. Et le risque de rechute est

deux fois plus élevé dans les 5 ans qui suivent l'épisode puerpéral [3]. Ainsi il est nécessaire d'organiser une prise en charge appropriée dès le primo diagnostic.

Il faut noter que le risque suicidaire est très faible, la mère ayant bien conscience de son rôle primordial. Le cas échéant, la dépression pourrait être bien plus grave et signer l'entrée dans un trouble bipolaire par exemple, dans lequel la sémiologie et les risques sont bien différents [17].

Comme expliqué précédemment, les échanges mère-enfant des premiers mois sont capitaux pour le bon développement du lien de la dyade, et donc de l'enfant [12]. C'est à travers ce que Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire » [6] que la mère sera dans un état psychique adéquat pour comprendre son enfant. Ainsi, tout état psychique maternel tronqué occasionnera une rupture de l'interaction mère-bébé, ce qui pourra donner lieu à une carence, et donc impactera l'épanouissement du nourrisson [46]. Les échanges ne seront plus synchrones ni cohérents. En effet, il est important qu'un enfant évolue dans un climat de stabilité émotionnelle pour avoir un environnement cohérent et se sentir en sécurité [47]. Le cas échéant, il peut avoir une réaction de retrait actif (détournement du regard, hypertonie) ou de retrait passif (fuite dans le sommeil, hypotonie) [17].

Plusieurs études ont démontré que les périodes les plus à risque se situent entre 2 et 4 mois de vie, âge auquel les conséquences pour le nourrisson seront les plus significatives [34]. Cependant, ce serait l'exposition durable et répétée à une DPN qui serait le plus délétère [48].

A long terme, la persistance de carences affectives peut entraîner des modifications comportementales et cognitives chez l'enfant [4,34,38,48,49] :

- Diminution des compétences sociales et des capacités d'adaptation, peur de l'étranger ;

- Troubles psychoaffectifs : anxiété, instabilité, difficultés dans l'organisation de la personnalité, difficultés d'attachement et de séparation ;
- Troubles moteurs avec un retard psychomoteur ;
- Troubles cognitifs : retard et diminution des performances intellectuelles, troubles du langage et de la communication, difficultés scolaires ;
- Troubles du comportement : seuil de tolérance à la frustration abaissé, *syndrome dépressif* à l'adolescence.

Comme le dit Schore AN. « Les premières relations que les nourrissons développent avec leurs partenaires privilégiés, et principalement leur mère, sont les bases du développement d'une personnalité unique, avec ses capacités adaptatives, comme ses vulnérabilités, et ses résistances contre les formes particulières de pathologies futures. » [50].

7. Outils diagnostic

Depuis de nombreuses années, diverses échelles de diagnostic ont été développées pour aider les professionnels de santé dans le dépistage de la dépression. Certains outils ont été créés pour des périodes bien définies de la vie [51]. Nous avons choisi de parler des échelles les plus utilisées par les médecins généralistes, ainsi que de l'EPDS qui est spécifique à la période périnatale.

7.1 L'échelle de Hamilton

Il s'agit de l'échelle diagnostic de la dépression la plus connue et la plus utilisée par les médecins généralistes [51]. Mais elle n'est pas forcément adaptée à la DPN puisque la DPN est un syndrome dépressif non classique [33]. En effet, les mères continuent de s'occuper de leur enfant car elles ont conscience de leur rôle essentiel.

L'Echelle de Dépression de Hamilton ou HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) [Annexe I] est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs datant de 1960 [51]. C'est un hétéro-questionnaire diagnostique, c'est-à-dire qu'il est réalisé par le professionnel de santé en présence du patient. Il permet de diagnostiquer la dépression et d'en assurer le suivi. Il est utilisable pour toutes les personnes, peu importe l'âge ou la période de la vie, et dure en moyenne 5 minutes.

La version à 17 questions est la plus connue et la plus utilisée. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

- De 10 à 13 les symptômes dépressifs sont légers ;
- De 14 à 17 les symptômes dépressifs sont légers à modérés ;
- Au-dessus de 18 les symptômes dépressifs sont modérés à sévères.

7.2 L'Edinburgh Postnatal Depression Scale

L'**EPDS** a été spécifiquement construit pour la période périnatale [52], traduit et validé en français [53]. C'est aujourd'hui un outil de référence pour déterminer si la patiente est à risque ou non de présenter une DPN. Il est rapide à réaliser (de 2 à 5 minutes).

C'est un auto-questionnaire de 10 items [Annexe II], avec pour chaque question une note allant de 0 à 3, et se basant sur les émotions des 7 derniers jours. Le score final est la somme des 10 cotations, et permet de calculer un score variant de 0 à 30 :

- Plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important ;
- Plus le score est élevé, plus la dépression est sévère ;
- La valeur seuil en France est de 10,5 pour le dépistage d'une DPN, avec une sensibilité de 0,80, une spécificité de 0,92.
- Le seuil établi pour le diagnostic d'une DPN majeure est de 14-15.

Une étude a montré que pour une valeur $> 12,5$ il y a 64% de risques d'avoir une dépression [16]. En dessous de 12,5, il n'y aurait que 1% de risque de DPN.

Dans son étude de 2007, Dayan J. [17] propose une aide à la pratique clinique en faisant une pré-orientation diagnostique qui peut être obtenue à l'aide des questions suivantes : « Avez-vous la sensation d'être parfois anormalement épuisée ou découragée ? ».

En cas de réponse hésitante, la question suivante peut être posée : « Éprouvez-vous parfois un sentiment de fatigue ou de lassitude qui vous conduit à pleurer ? ».

En cas de réponse positive à l'une des questions, l'EPDS peut être proposée à la parturiente afin d'assurer une meilleure qualité de dépistage.

7.3 Autres échelles, à titre indicatif

L'échelle MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) a été conçue en 1979 comme une amélioration de l'échelle de Hamilton. Il existe donc une forte corrélation entre ces deux échelles. C'est un questionnaire diagnostique à 10 éléments. Le score maximum est de 60 points, un score inférieur à 7 signifie l'absence de dépression.

Cette échelle est utilisée pour évaluer la sévérité de la dépression chez des patients souffrant de troubles de l'humeur, mais elle peut aussi être utilisée pour mesurer l'efficacité des traitements antidépresseurs instaurés.

L'échelle BDI (Beck Depression Inventory) est publiée pour la première fois en 1961 par A.T. Beck, pionnier dans l'étude de la dépression. Il s'agit d'un auto-questionnaire à 21 items qui dure environ 10 minutes, et est destiné à une population adulte. Cet inventaire permet de mesurer la sévérité de la dépression et de préciser la nature des troubles.

8. Prise en charge thérapeutique

La DPN atteint la mère et son bébé car la relation mère-enfant est altérée. Et cette altération peut impacter le développement de l'enfant. Mais l'impact de la DPN peut être réversible [26]. Il est donc indispensable d'être attentif aux premiers symptômes pour permettre une prise en charge précoce et améliorer le pronostic, ainsi que limiter la récurrence.

La circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité [54] met en avant la nécessité d'une collaboration multidisciplinaire pour une prise en charge optimale : médecins généralistes, sage-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, psychologues et psychiatres.

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle que l'intervention précoce est bénéfique, et que la prise en charge doit être globale [4].

DÉPISTAGE

C'est la première étape de la prise en charge. Il conviendrait de repérer les facteurs de risque et les symptômes cliniques le plus précocement possible. D'autant que seules 2% des femmes consultent spécifiquement pour leur santé mentale dans le postpartum, donc peu arrivent aux soins [33].

Rappelons que les antécédents personnels et familiaux psychiatriques constituent les facteurs de risques principaux des maladies mentales du péri partum [21,22].

Plusieurs études le décrivent bien, la dépression anténatale est un facteur de risque de DPN [21]. Ainsi, nous devrions déjà réaliser ce dépistage en anténatal. Et nous pourrions choisir de faire un dépistage large [55] ou ciblé [17].

Pour aider les professionnels de santé dans leur rôle de prévention, le gouvernement a créé l'**entretien prénatal précoce** (EPP) en 2007 (Cf. II. L'EPP) [56]. C'est une

intervention de prévention sous la forme d'un entretien psychosocial réalisé au cours du 4^e mois de grossesse, par un médecin ou une sage-femme. Il a pour but, entre autres, de dépister les facteurs de risque psychiatriques. Ainsi, demander à une patiente, ou à un couple, s'ils ont pu bénéficier d'un EPP durant la grossesse semble pertinent dans un objectif de dépistage.

Le dépistage peut également être favorisé par le biais des lettres de liaisons ville-hôpital, dans lesquelles il est possible de trouver des indicateurs précoces de DPN : mode d'accouchement, modalités du postpartum immédiat, déroulement de l'allaitement, suivi mis en place dès la sortie de la maternité, etc. Par ailleurs, 99,1% des maternités de France bénéficient d'un psychologue attaché, et 80% des établissements ont la possibilité de faire appel à un psychiatre [18]. Ainsi la lettre de sortie peut être une réelle source d'informations où nous pourrions déjà disposer d'une expertise spécialisée.

Enfin, les outils disponibles et en particulier l'EPDS doivent être exploités. L'EPDS peut être utilisée à n'importe quel moment de la grossesse ou du postpartum, puisqu'elle a été spécifiquement validée pour cette période de la vie.

Il est essentiel de mettre un mot sur ces maux et de nommer la maladie [26].

ÉQUIPES MOBILES D'INTERVENTION À DOMICILE

La Protection Maternelle et Infantile (*PMI*) est un service départemental chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant [57]. Elle organise des actions de prévention et de suivi des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans. Elle bénéficie d'équipes mobiles d'intervention composées de médecins, de sage-femmes et de puéricultrices.

Les échanges entre les maternités et la PMI sont formalisés par convention dans la moitié des établissements français [18]. En 2021, l'ENP a permis de révéler que 51,4%

des maternités informent systématiquement les patientes sur la PMI et les moyens de la contacter.

L'hospitalisation à domicile (*HAD*) permet de raccourcir le temps à l'hôpital en assurant les soins médicaux et paramédicaux au domicile des patients, en fonction du projet thérapeutique du patient et des préoccupations des soignants [58]. L'accord du médecin traitant est toujours sollicité. C'est un service remboursé par la sécurité sociale.

Dans le guide de recommandation de bonne pratique concernant la HAD et le péri partum [4], la HAS évoque l'importance d'intervenants formés à la psychiatrie. Elle préconise également de prolonger l'observation du couple mère-enfant, via la HAD, en cas de doute en postpartum immédiat sur la qualité de la relation de la dyade, ou en cas d'antécédent de DPN maternelle. Ceci afin de donner le temps aux équipes spécialisées d'organiser une prise en charge optimale. La HAD a ici un rôle de lien entre la maternité et la psychiatrie de ville, surtout s'il n'y a pas eu la possibilité d'une anticipation dans le pré partum.

Quelles qu'elles soient, les équipes mobiles d'intervention interviennent au domicile [4] et favorisent l'établissement d'une alliance thérapeutique avec le patient [42]. Elles permettent de voir évoluer la dyade mère-bébé et le couple dans leur environnement, d'évaluer les liens avec une éventuelle fratrie, de soutenir les femmes isolées ou dans une grande précarité. Le but étant « d'améliorer l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant », et de les accompagner [54].

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES NON PSYCHOTÉRAPEUTIQUES

Le but de ces interventions est d'assurer un accompagnement psychosocial des femmes et de leur famille [55], en complément d'une prise en charge psychothérapeutique ou médicamenteuse. Elles permettent d'assurer voire de créer

un *enrobement social*. Elles peuvent être de différents types et faire intervenir différents acteurs : préparation à l'accouchement et à la parentalité par les sage-femmes, visites à domicile par des sage-femmes ou des puéricultrices, évaluation des besoins et mise en place d'aides par les travailleurs sociaux, groupes de parole... Ainsi le réseau de soin va venir compenser le défaut d'étayage familial et social [59]. Différents psychiatres soulignent la nécessité de prendre en considération l'environnement et le besoin de sociabilité dans le cadre d'une DPN [26,33].

THÉRAPIES

La *psychothérapie* : que ce soit la thérapie interpersonnelle (TIP) ou la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) [38,60], elles sont particulièrement intéressantes du fait de l'état de transparence psychique [5] dont bénéficient les parturientes à ce moment précis de leur vie. C'est également une période sensible puisqu'elle implique une reviviscence d'évènements du passé. La psychothérapie a par conséquent une place centrale dans le traitement de la DPN [26], et doit être privilégiée si elle peut être mise en place de manière efficace et continue [61].

Les thérapies dites « complémentaires » telles que l'acupuncture, l'hypnose, la sophrologie et la kinésiologie pourraient aussi venir compléter les thérapeutiques traditionnelles [62].

PSYCHOTROPES

Le traitement médicamenteux de la DPN diffère un peu de celui des autres dépressions car il doit prendre en considération un éventuel allaitement ou une grossesse en cours. Nous avons démontré que la dépression anténatale était un des facteurs de risque de la DPN, et qu'il y avait un fort risque de récurrence dépressive

dans le postpartum ou lors d'une grossesse ultérieure [17,21,23]. Ainsi nous pourrions être amenés à traiter une femme enceinte.

Il faut toujours utiliser la balance bénéfice-risque pour décider de traiter ou non : entre risque du traitement, et risque d'une abstention thérapeutique [42]. Dans tous les cas l'usage du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) [63] peut s'avérer indispensable. Il s'agit d'un site développé par l'hôpital Armand Trousseau à Paris (AP-HP), et destiné à l'usage des sage-femmes, des médecins et des pharmaciens. Il renseigne sur la tératogénicité des molécules, des vaccins et des imageries, en se basant sur une analyse rigoureuse des données expérimentales et cliniques de la littérature.

Dans une étude de l'Inserm, la problématique du traitement de la DPN se situe autour du coût pour les patientes (psychothérapies), de l'allaitement et de la stigmatisation des femmes traitées [38]. Une fois le diagnostic établi, la HAS recommande « en fonction du contexte, la prescription *d'antidépresseurs, d'anxiolytiques*, et surtout un accompagnement psychologique. Le risque suicidaire voire d'infanticide doit être régulièrement évalué » [4].

Les *anxiolytiques* utilisés sont essentiellement les benzodiazépines. Le CRAT rappelle que la prescription d'un anxiolytique ne doit jamais être banalisée [63]. La molécule à privilégier au cours de l'allaitement est *l'oxazépam* (Seresta®), si possible dans la limite de 30mg/jour en 3 prises, et pour la durée la plus courte possible. Evidemment, il faudra toujours rechercher des effets secondaires notamment chez l'enfant, tels qu'une somnolence ou des troubles de la succion, et réévaluer régulièrement la balance bénéfice-risque. Les autres anxiolytiques sont soit contre-indiqués, soit n'ont pas fait l'objet d'études.

Les *antidépresseurs* sont les médicaments de choix pour traiter la dépression, qu'elle soit liée à la grossesse ou non. Parmi les molécules disponibles on distingue notamment les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ou ISRS), les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (ou IRSN) et les Antidépresseurs Tricycliques (ou ADTC).

Selon une étude publiée en 2002 [23], le choix initial doit se porter sur un ISRS car son utilisation est simple, la toxicité moindre et il y a un faible risque de surdosage. De plus, les femmes atteintes de DPN pourraient avoir une meilleure réponse au traitement sérotoninergique qu'au traitement par ADTC. Toujours selon cette étude, les femmes sont plus sujettes aux effets secondaires et indésirables dans le postpartum, ainsi le traitement doit être initié à la moitié de la dose recommandée habituellement, et augmentée par palier très progressif jusqu'à la dose minimale efficace. Ensuite ce traitement est à poursuivre au moins 6 mois après la rémission complète de la DPN dans le but de prévenir les récives. Il peut être de plus longue durée pour les femmes ayant eu 3 épisodes dépressifs ou plus dans leur vie, et bien sûr en cas de symptômes très sévères.

La HAS recommande, en cas de réponse efficace à un antidépresseur antérieurement à la grossesse, de poursuivre avec ce même traitement. Le choix de l'antidépresseur doit évidemment prendre en compte le souhait d'allaitement ou non de la patiente [61]. En cas d'allaitement, les antidépresseurs associés à un passage faible dans le lait maternel, avec des concentrations sanguines faibles ou indétectables chez les nourrissons allaités sont la paroxétine et la sertraline pour les ISRS, la clomipramine, l'amitriptyline et l'imipramine pour les ADTC [61].

Le CRAT quant à lui conseille l'utilisation de la *sertraline* en priorité, mais propose aussi la *paroxétine* [63].

Concernant le déroulement du traitement : il est prolongé jusqu'à la rémission totale de la DPN minimum, c'est-à-dire la normalisation complète de l'humeur, des symptômes physiques et du fonctionnement social [23]. Il faudra être attentif aux effets secondaires et indésirables notamment chez l'enfant allaité : concernant les ISRS il s'agit essentiellement de troubles digestifs avec des coliques, et de troubles neuropsychiques avec une somnolence [23,61].

A l'arrêt du traitement, il faudra prêter attention aux signes et aux symptômes précoces de récurrence pour prévenir les rechutes [61].

HOSPITALISATION

En cas de DPN d'intensité sévère l'hospitalisation est indiquée, et se fera en milieu psychiatrique spécialisé. En général c'est la dyade qui est hospitalisée de façon conjointe afin de surveiller et surtout de renforcer le lien mère-enfant. (Cf. III. Les structures de prise en charge en Alsace) [61].

9. Et les pères

L'attention portée à leurs troubles est récente, avant 1990 ils n'avaient qu'un rôle de soutien [42]. Pourtant il est important de prendre en considération le couple, et le père. Surtout car les femmes ont besoin de se reposer sur leur conjoint, mais aussi parce qu'ils peuvent souffrir d'un syndrome dépressif [26]. La DPN paternelle concernerait 8 à 10% des pères [8], mais elle est difficile à diagnostiquer car ils doivent soutenir la mère et ne peuvent pas s'effondrer [33]. Elle est donc peu connue, sous diagnostiquée, et sous traitée.

Les symptômes dépressifs rejoignent ceux des autres dépressions avec une anxiété marquée, une faible estime de soi, parfois de la colère. Certains décrivent même des phobies d'impulsion [8].

Les facteurs de risque sont également ceux des autres dépressions, en plus d'une DPN maternelle et l'impression d'être contrôlé par ses propres parents [42].

Les conséquences sur l'enfant peuvent être sévères : dépression à l'adolescence, troubles du comportement, conduites suicidaires [42].

À titre indicatif : depuis 1946 les pères bénéficient de 3 jours de congés de naissance directement après la naissance de l'enfant et à la charge de l'employeur. Le congé paternité quant à lui ne date que de l'année 2002, les pères pouvaient alors prendre 11 jours de congés consécutifs dans le mois qui suit la naissance, pris en charge à 100% par la sécurité sociale (en plus des 3 jours de congés de naissance) [64]. Le 1^{er} juillet 2021 le congé paternité est passé à 4 jours de congés obligatoires dans le postpartum immédiat (en plus des 3 jours de congés de naissance), sont ensuite ajoutés 21 jours de congés non obligatoires et fractionnables qui doivent être pris dans les 6 mois qui suivent la naissance afin d'avoir une prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) [65].

II. L'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce (EPP) a été créé en 2007 par le ministère de la Santé et de la Prévention, dans le but de repérer précocement les problématiques médico-psychosociales, et de permettre aux patients d'exprimer leurs attentes et leurs besoins concernant la grossesse et l'accouchement [56]. C'est un entretien individuel ou en couple qui est proposé après la déclaration de grossesse, et qui est traditionnellement réalisé autour du 4^e mois de gestation. Mais selon l'ENP de 2021 près de la moitié des entretiens ont été effectués plus tard dans la grossesse [18]. L'EPP est essentiellement réalisé par les sage-femmes libérales [18] et est remboursé à 100% par la sécurité sociale.

Début mai 2020 l'EPP devient obligatoire [66], pourtant il est toujours insuffisamment pratiqué : en 2021 seules 36,5% des femmes déclarent en avoir bénéficié [18]. Même si le public en est de plus en plus informé, c'est au professionnel de santé de le proposer car « les femmes ne vont pas venir le chercher » [33].

L'EPP est une étape primordiale de *prévention* et de *dépistage*. Il est destiné aux futures mères, mais aussi aux pères afin de repérer précocement les facteurs de vulnérabilité [26], et d'orienter les patientes et le couple vers un professionnel pour des raisons particulières telles que des difficultés sociales, des difficultés psychologiques, des problèmes de dépendance comme le tabac, etc. [18]. Ainsi l'entretien est l'occasion de prendre le temps, de connaître les besoins des futurs parents, d'ouvrir le dialogue sans jugement, de répondre aux éventuelles questions, d'ajuster le suivi en fonction des besoins et des problématiques [67]. C'est une étape qui permet d'anticiper la continuité ante-post-natale et de consolider la confiance des patients en eux-mêmes et dans le système médico-socio-psychologique [67].

Plus spécifiquement, c'est un temps de prévention en santé mentale périnatale où il convient de questionner sur les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, *car la prévention secondaire des mères est la prévention primaire des bébés* [42].

Le gouvernement prévoit également des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (ou PNP). Elles sont très suivies par les primipares et sont essentiellement réalisées par des sage-femmes libérales [18].

L'EPP et la PNP font partie des mesures de prévention et de promotion pour la santé de la mère et de l'enfant [38]. Le contenu de ces entretiens a fait l'objet de recommandations de la HAS en 2005 [68] et en 2007 [69].

La place est enfin donnée aux pères puisque l'EPP et le PNP leurs sont également destinés.

III. Les structures de prise en charge en Alsace

1. Les réseaux périnataux

Depuis quelques décennies, le gouvernement met l'accent sur le développement des réseaux de périnatalité pour moderniser et sécuriser l'environnement de la grossesse et de la naissance [42]. Il prévoit entre autres, une meilleure prise en compte du contexte psychologique attendant à la maternité, dans un but de prévention précoce des troubles du développement psycho-affectif des enfants. C'est ainsi que sont nés les entretiens particuliers que sont l'EPP et la PNP. Le gouvernement vise également à améliorer et à pérenniser la formation des professionnels, la collaboration interprofessionnelle et notamment médicosociale et médicopsychologique [42].

C'est dans ce cadre-là que naît par exemple le réseau de périnatalité Thur Doller dans le Haut-Rhin. Il rassemble plus d'une centaine de professionnels de santé, dont 35 médecins généralistes. Leur objectif général est d'améliorer et de coordonner des actions de prise en charge visant les femmes enceintes et leur famille, de la période pré-conceptionnelle jusqu'au premier anniversaire de l'enfant [70]. C'est un réseau de soin qui permet donc d'assurer la prise en charge globale des femmes enceintes en faisant appel à divers professionnels, mais aussi en organisant des EPP ou des temps de parole pour les pères. Le but étant d'assurer un lien continu entre tous les acteurs de la périnatalité tout en laissant le rôle central de coordinateur au médecin généraliste.

Nous pourrions citer comme autre réseau de soin la PMI, qui permet de faire le lien entre la ville et les institutions spécialisées en petite enfance ou en psychiatrie par exemple.

2. Les soins psychiatriques

L'Alsace dispose de plusieurs *unités de soins psychiatriques spécialisées en santé mentale périnatale*. L'organisation des soins psychiatriques périnataux se fait sur plusieurs niveaux : le niveau 1 correspond aux maternités en lien avec les équipes mobiles de psychiatrie et la PMI, le niveau 2 se compose des hôpitaux de jour ainsi que des CMP, enfin le niveau 3 correspond aux unités d'hospitalisation complète. Le but de cette organisation est de permettre des soins conjoints en psychiatrie périnatale avec une approche relationnelle afin de protéger et de préserver le lien mère-enfant.

L'Établissement Public de Santé Alsace Nord (ou EPSAN) bénéficie d'un Centre de Ressources et de Soins en Psychiatrie Périnatale (ou CRSPP) qui a été créé au sein du pôle de pédopsychiatrie pour proposer aux nourrissons et à leur famille un parcours de soins très précoce et adapté à leurs besoins [71]. Le centre prend en charge les mères et leurs enfants jusqu'à 3 ans, ainsi que les familles [42]. C'est « un établissement préservé du chaos, une bulle, comme une parenthèse, qui aide les mères à devenir mère [...] et à apprivoiser leur enfant » (C. Poure) [71].

L'unité de psychiatrie périnatale se compose de la façon suivante [42] :

Une unité ambulatoire :

- Le centre médicopsychologique (ou CMP) : il propose des consultations spécialisées en psychiatrie périnatale, des visites à domicile, des suivis psychothérapeutiques des pères et des fratries, et des soins psychomoteurs.
- Un hôpital de jour mère-bébé baptisé « La frimousse » (depuis 1986) : il assure des soins aux mères et aux enfants jusqu'à 3 ans. La capacité d'accueil est de 6 dyades par jour, 5jours/7. Les entretiens psychiatriques sont hebdomadaires pour les mères, la dyade et les familles. Les enfants bénéficient de soins

psychomoteurs spécialisés. Les pères et les fratries ont la possibilité d'y avoir un suivi psychothérapeutique.

Une unité d'hospitalisation : à temps plein. Baptisée « UMB » pour Unité Mère-Bébé, elle a été créée en 2007 et est réservée au cas les plus sévères. La capacité d'accueil est de 4 dyades accompagnées 24h/24 par environ 12 soignants. Les dyades bénéficient d'entretiens médicaux et psychiatriques réguliers, d'entretiens psychologiques, de soins psychomoteurs spécialisés et d'un accompagnement soignant quotidien et personnalisé. Un suivi psychothérapeutique est assuré pour les pères et les fratries. La durée d'hospitalisation moyenne est de 6 à 8 semaines. Tout est organisé pour la mère, l'enfant, le lien mère-bébé, et les papas « comme à la maison » avec une cuisine, un salon, un jardin, des pièces de rencontres, etc. [71].

Un travail en réseau avec :

- Les professionnels hospitaliers du secteur (psychiatrie adulte, pédiatrie, gynécologie-obstétrique) ;
- Les libéraux de secteur (psychiatres, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sage-femmes) ;
- La PMI de secteur ;
- Le Service de Protection de l'Enfance ;
- Le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Strasbourg, les centres hospitaliers d'Erstein, de Rouffach et de Mulhouse.

Des temps d'échanges sont organisés au sein de l'unité de psychiatrie même, mais aussi avec les différents professionnels du réseau, notamment les PMI, les unités de psychiatrie adulte et enfant, et les maternités [42].

Depuis 2019, l'unité de psychiatrie périnatale est dotée d'une **équipe mobile pluridisciplinaire**. Elle est composée de 7 personnes et le financement est assuré par l'État. Son objectif est d'aller dans les maternités pour informer, et à domicile pour encadrer [71]. Le but de son intervention se situe plutôt dans le champ de la prévention en permettant une évaluation sur le terrain et en proposant des soins adaptés. Le suivi des familles peut aller jusqu'à un an après la naissance.

Enfin depuis 2021 l'unité organise l'accueil des papas, dont l'intention est de construire un « triangle parental », et non plus une dyade seule [71].

Outre l'EPSAN, l'Alsace compte d'autres centres de soins psychiatriques périnataux construits sur le même modèle [72] :

- L'unité de soins psychiatriques au centre-ville de Strasbourg : elle propose des consultations spécialisées en psychiatrie périnatale, et bénéficie depuis novembre 2022 d'une équipe mobile ainsi que d'une équipe de liaison qui intervient en maternité. L'hôpital de jour peut accueillir 4 dyades, et l'unité d'hospitalisation de longue durée, baptisé ici « UMN » pour Unité Mère-Nourrisson, peut accueillir 6 dyades à temps plein.
- Le centre hospitalier d'Erstein : propose des consultations spécialisées en périnatalité, et possède également une équipe mobile de psychiatrie périnatale.
- Le centre hospitalier de Mulhouse : compte une équipe mobile de soins psychiatriques périnataux et une « UME », pour Unité Mère-Enfant, au sein même de la maternité et qui dispose de 5 lits d'hospitalisation. L'hôpital propose également des consultations spécialisées et une prise en charge en ambulatoire.

Malgré la richesse des moyens mis en place sur le territoire alsacien, nous comptons moins d'une vingtaine de lits d'hospitalisation complète pour toutes les pathologies psychiatriques périnatales confondues.

Notons que l'Alsace se découpe en différents secteurs de soins. Généralement, en ce qui concerne les consultations spécialisées, les interventions à domicile et le suivi en hôpital de jour, la répartition des patients se fait selon le secteur dont ils dépendent. En revanche, l'hospitalisation complète n'obéit pas à cette loi. De même, pour demander un avis concernant une situation particulière, n'importe quel centre de soins peut être contacté, d'autant qu'ils sont tous en lien les uns avec les autres. Tout est organisé pour permettre des *soins coordonnés gradués*. Le Docteur Sananès, psychiatre au CHU de Strasbourg, propose un numéro unique et une adresse électronique afin de pouvoir demander un avis en cas de situation préoccupante : **03.88.11.62.83, psyperinat@chru-strasbourg.fr**.

IV. Médecine générale et santé de la femme

1. La formation médicale

1.1 La formation initiale

La première partie de la formation des médecins généralistes commence, comme pour toutes les autres spécialités, par l'externat. Le programme théorique légiféré au niveau national comprend 367 items répartis en 11 parties et est régulièrement mis à jour avec les nouvelles publications de la HAS [73]. Le tronc commun se sanctionne par les Examens Classants Nationaux (ECNi).

La dépression du postpartum est abordée dans l'item n°67 du nouveau programme des ECNi, datant de 2017, « troubles psychiques de la grossesse et du postpartum »

[74]. Dans le nouveau programme comme dans l'ancien programme [75] la DPN est finalement peu abordée. Elle est qualifiée de « dépression simple » en opposition à la dépression dite « mélancolique » ou à la psychose puerpérale pour lesquelles les risques suicidaire et d'infanticide sont présents.

Le programme de la maquette de l'internat de médecine générale est également codifié au niveau national [76]. Mais les textes de loi sont larges : ils imposent un nombre d'heures de cours à effectuer ainsi que les semestres de stage obligatoires, mais il n'y a pas de programme théorique officiel. C'est le Département de Médecine Générale (DMG) attaché à chaque faculté qui en définit les modalités réelles. Ainsi le programme peut varier d'une faculté à l'autre.

Le référentiel du DES de Médecine Générale de Strasbourg [77] détaille le programme de la formation théorique et pratique nécessaire à l'obtention du diplôme de médecin généraliste. En voici les éléments qui nous intéressent spécifiquement :

- Les stages : un semestre en santé de la femme est obligatoire. Il est généralement « mixte » et se découpe en un trimestre dans un service hospitalier de gynécologie (obligatoire), couplé à un trimestre en ambulatoire chez un médecin généraliste ayant une forte activité orientée vers la santé de la femme (non obligatoire et pouvant être remplacé par un trimestre dans un service hospitalier d'une autre spécialité).
- Validation de stage : chaque stage nécessite une évaluation des compétences pour être validé. Une grille spécifique pour le semestre en santé de la femme est disponible dans le référentiel. Bien que plusieurs compétences y soient détaillées, il n'y a pas mention de l'état psychologique attendant à la grossesse et au postpartum, ni de son évaluation. L'EPDS n'est pas évoquée. En revanche la consultation postnatale y est abordée.

- Le tutorat : des rencontres collectives sous la forme d'enseignements thématiques sont organisées et obligatoires plusieurs fois par an. Il n'y a pas de programme prédéfini, mais différentes situations cliniques peuvent être abordées. Ainsi la dépression pourrait en être un thème mais ce n'est pas une obligation.
- Les formations obligatoires : lors du semestre obligatoire en santé de la femme, une formation en contraception est dispensée.
- Les formations optionnelles : parmi les formations proposées, nous retrouvons par exemple la « psychiatrie » et le « suivi de grossesse », mais nous ne disposons pas du programme effectif.

1.2 Les formations complémentaires

La faculté de Strasbourg propose des Diplômes Universitaires (DU) et des Diplômes Inter Universitaire (DIU) [78]. Parmi ce qui est proposé par la faculté nous pouvons citer le DU en gynécologie médicale et le DU en santé de l'enfant. Les thèmes abordés n'évoquent pas particulièrement la santé mentale du péri partum.

En revanche différents organismes, comme les réseaux de périnatalité par exemple, proposent des formations spécifiques sur la DPN [79].

Finalement le socle de base de la formation en médecine générale est relativement pauvre concernant l'état psychique relatif à la grossesse, l'accès à la parentalité, et plus spécifiquement la DPN. Le Dr A. Raynaud [33] souligne d'ailleurs bien que ce sont essentiellement les sage-femmes qui y sont formées.

2. Les recommandations nationales

2.1 En prénatal

Comme évoqué précédemment, *l'entretien prénatal précoce* (EPP) et *la préparation à la naissance et à la parentalité* (PNP) font partie des mesures de prévention en santé de la femme et de l'enfant [38]. Ces deux dispositifs sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale [80]. Ils permettent, entre autres, de repérer les situations les plus vulnérables. Pourtant, une étude menée en 2016 [81] montre que les femmes qui en bénéficient le plus sont celles avec un bon niveau socio-économique et ayant d'elles-mêmes formulé une difficulté psychologique.

Un des objectifs des séances de PNP est de préparer les futurs parents à la parentalité. Sept séances sont prises en charge par l'assurance maladie et peuvent être réalisées par une sage-femme ou un médecin. Elles sont soit individuelles, soit collectives pour favoriser les échanges entre les futurs parents [80].

Quoiqu'il en soit, pour pouvoir réaliser un EPP ou dispenser des séances de PNP, il est nécessaire d'y être bien formé [67].

2.2 En postnatal

Après le retour à domicile et selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2021 [18], 79,1% des femmes ont bénéficié de la visite d'une sage-femme, et 19,5% des femmes ont bénéficié de la visite d'une puéricultrice. Les visites par les puéricultrices étaient majoritairement organisées par la PMI (71%).

Les *visites à domicile* par les sage-femmes sont prises en charge à 100% par la sécurité sociale jusqu'au 12^e jour du postpartum. À la demande des patientes, un suivi postnatal peut être proposé entre 8 jours et 14 semaines post-accouchement, mais la

prise en charge ne sera que de 70% au-delà du 12^e jour postnatal (90% pour le régime local d'Alsace-Lorraine) [82].

La *consultation postnatale* est à réaliser entre les 4^e et 8^e semaines du postpartum. Elle est effectuée par un médecin ou une sage-femme, et est remboursée à 70% par l'assurance maladie [82]. Les objectifs de cette consultation sont de discuter du vécu de l'accouchement, de parler des relations avec l'enfant et des éventuelles préoccupations le concernant (alimentation, sommeil...), d'évaluer les potentiels besoins de la patiente, d'aborder la question de la sexualité et de la contraception, de repérer les premiers signes d'une DPN et d'effectuer un examen médical pour vérifier l'évolution physiologique du postpartum [83]. Un deuxième entretien peut être proposé entre les 10^e et 14^e semaines à la demande la patiente ou si des signes de DPN sont constatés.

Il semblerait que beaucoup de femmes ne réalisent pas l'importance de cette consultation, voire la jugent inutile. Après l'accouchement les regards sont vraisemblablement plus portés sur le nouveau-né que sur la mère [84]. Mais depuis le 1^{er} juillet 2022 l'entretien postnatal précoce maternel est rendu *obligatoire*. [85].

Malgré une évolution notable concernant les soins en périnatalité, nous remarquons qu'après un accouchement, et particulièrement s'il est eutocique, il existe un intervalle plutôt long entre le retour à domicile et la première consultation postnatale maternelle. Les patientes restent aussi libres dans leur décision de participer aux différents entretiens proposés et encadrés par la loi.

3. La dépression en médecine générale

Le médecin généraliste a une place centrale dans la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé [51]. C'est le professionnel de premier recours devant les

psychiatres et les psychologues. D'autant que l'accès aux professionnels en santé mentale est difficile avec des délais relativement longs [26].

Dans une politique visant à renforcer l'offre de soins en santé mentale et à réduire les inégalités en santé, le gouvernement a mis en place un dispositif de remboursement des séances chez un psychologue conventionné avec l'assurance maladie [86]. La mesure est effective depuis avril 2022 et est possible sur prescription médicale. Le nombre de séances prises en charge se limite à 8 séances par an, renouvelables annuellement [87].

4. Le travail en réseau

Le médecin généraliste est au cœur des soins primaires et possède une place fondamentale dans la coordination des soins. Il est le premier contact dans le système de santé et permet « un accès ouvert et non limité aux usagers [...] indépendamment des caractéristiques » du patient [77]. Il a la responsabilité d'intervenir à un stade précoce des maladies et d'en assurer les soins continus. En outre, il a une responsabilité particulière en matière de santé publique dans notre société.

Au vu des délais de consultation chez les professionnels en santé mentale et du manque de formation initiale concernant spécifiquement la grossesse, il paraît particulièrement important de travailler en réseau concernant la périnatalité. Ceci a d'ailleurs été mis en avant par le « plan périnatalité » de 2005-2007 [88] qui insiste sur l'importance d'une prise en charge décloisonnée, et sur le développement d'un partenariat médico-psychologique. La prise en charge doit être sociétale et individuelle. La collaboration multidisciplinaire est essentielle pour être efficace en santé mentale périnatale [54] et fait intervenir des acteurs sanitaires, sociaux et médicaux.

En 2006, le ministère de la Santé et des Solidarités publie une circulaire définissant le cahier de charge des réseaux de santé en périnatalité [89]. L'objectif est de développer des réseaux de soins périnataux sur l'ensemble du territoire français afin de proposer une prise en charge globale aux mères et à leurs enfants. Parmi les acteurs de ce réseau on retrouve les médecins généralistes, les sage-femmes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les psychologues et les psychiatres, les services de PMI, les établissements et les acteurs sociaux...

La dernière enquête nationale périnatale [18] a d'ailleurs révélé une augmentation des transmissions ville-maternité via les fiches de liaison (89,2% en 2021) mais la remise des coordonnées d'un professionnel de la maternité qui peut être contacté par la ville en cas de besoin n'est pas systématique. L'information concernant les modalités de contact de la PMI par les patientes est donnée dans la majorité des cas (81,9%).

L'organisation des soins évolue [70], le réseau de soin va venir compenser le défaut d'étayage familial et social [59]. Il permet de prendre en considération le couple et son environnement [26]. De nombreux travaux viennent conforter cette nécessité de travail coordonné pour être performant, notamment pour la prévention et le traitement en santé mentale périnatale [90]. Le travail en réseau est d'une importance capitale : « c'est l'un des fondements de la psychiatrie périnatale » (Dr Barth M.) [42].

5. Aides à la pratique professionnelle

Bien que le médecin généraliste soit le professionnel de santé de premier recours, tous ne possèdent pas les clés pour intervenir dans ce moment spécifique qu'est la périnatalité. C'est pourquoi plusieurs outils ont été mis en place pour les aider dans leur pratique professionnelle.

Le site du DMG de Strasbourg propose plusieurs liens utiles tels que AMELI et GESTACLIC [91].

Le site GESTACLIC [92] est un site dédié au suivi des grossesses à bas risque. Il a été créé par des médecins généralistes de l'université de Paris Diderot-Paris 7 dans le cadre d'une thèse de médecine générale en 2014. Il propose l'EPDS et les grandes lignes de traitement de la DPN.

Nous avons visité le site de l'Assurance Maladie En Ligne (AMELI) en janvier 2021 concernant spécifiquement la DPN, et les données étaient plutôt pauvres. En revanche en août 2023, après la publication de l'ENP de 2021 en octobre 2022, nous avons pu remarquer une évolution du site [93] : il propose une aide au diagnostic avec des outils tels que l'EPDS, une liste des facteurs de risque de DPN clairement identifiés, un tableau synthétique de l'approche thérapeutique en santé mentale. En outre, il met à disposition la liste des psychologues conventionnés [86], un annuaire des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et des PMI, ainsi qu'un lien vers un site permettant de rechercher les psychiatres près du lieu de domicile de la patiente [94].

Le réseau périnatal *Naître en Alsace* [79] est un réseau des professionnels de santé en périnatalité en Alsace. Son objectif est de faciliter le lien entre les différents praticiens, d'informer et de former les acteurs en santé. Ainsi le réseau propose des formations spécifiques et un annuaire des différents centres périnataux d'Alsace et des hôpitaux.

6. Ressources et associations parentales

Les sites internet sur la santé mentale florissent les dernières années, et il est facile de s'y perdre, aussi bien pour les parents que pour les professionnels de santé. Toujours dans cette volonté d'améliorer la santé mentale de la population, une commission d'experts s'est réunie à l'initiative du Président de la République à

l'automne 2019, et a établi un rapport sur les 1000 premiers jours de l'enfant [95]. Les 1000 premiers jours s'étalent de la naissance aux 2 ans de l'enfant, période clé pour son développement physique et mental. À l'issue de cette commission différents projets ont vu le jour comme la création d'un site internet spécifique dédié aux 1000 premiers jours de l'enfant [96] et qui constitue une source d'information complète pour les parents : alimentation, hygiène, aménagement de l'environnement, soutiens et aides disponibles, etc. Une application mobile « *les 1000 premiers jours* » a également été développée, et permet à la fois l'accès aux différentes informations, mais propose aussi un suivi quotidien de l'humeur des parents. En fonction de l'état psychique, l'application va pouvoir proposer aux patients l'accès à d'autres ressources comme la réalisation d'un EPDS, l'invitation à consulter son médecin et l'adhésion à l'association « *maman blues* ».

L'association *maman blues* est une association nationale de mères ayant vécu une difficulté maternelle, et a été créée en 2006. Elle a réalisé un site internet [97] proposant soutien et écoute pour les mamans en difficulté. L'association est en lien avec les différentes unités de périnatalité (maternités et unités de psychiatrie) et permet ainsi d'accompagner les patientes. Il est possible de se mettre en relation directe avec des correspondants locaux : dans le Bas-Rhin via l'adresse électronique *mamanblues67@gmail.com*.

Ainsi, ces deux sites internet méritent d'être connus des médecins généralistes. Ils doivent largement être relayés auprès des mères et des parents, qu'ils soient en situation de difficulté ou non.

Au niveau européen d'autres sites ont vu le jour comme *PATH* pour PerinAtal menTAl Health : « c'est un projet financé par des fonds européens visant à prévenir, diagnostiquer et traiter efficacement les problèmes de santé mentale périnatale légers à modérés » [98]. C'est une source d'information que nous pourrions qualifier

d'essentielle puisqu'elle propose des formations et des informations destinées aux professionnels de santé et aux familles. Le site met en ligne des *podcasts* et des *bandes dessinées* pour les parents comme « devenir papa ». Les professionnels quant à eux ont accès à des formations en ligne nommées *MOOC* pour Massive Open Online Course, pour apprendre à repérer les troubles psychiques périnataux, soutenir les interactions parents-bébé, aider au travail en réseau, etc. En outre, il est possible de commander gratuitement des *brochures* explicatives pour les cabinets médicaux et à destination des patients comme « santé mentale, grossesse et parentalité » [99].

V. Objectifs

Le médecin généraliste est au cœur du système de santé et des problématiques en santé publique. Il intervient à tous les moments de la vie en étant le professionnel de santé de premier recours pour la population générale [77].

La dépression postnatale peut être considérée comme un problème de santé publique puisqu'elle concerne 16,7% des femmes en France, tous âges et toutes catégories socio-professionnelles confondues [18]. Elle est largement sous-estimée et donc sous-traitée [100].

L'évolution de la DPN se fait de façon non linéaire avec des pics à 1 mois, et entre 9 mois et 15 mois [15,16,17], son incidence maximale est estimée aux alentours de la 6^e semaine du postpartum.

Nous notons une volonté nationale d'amélioration en santé mentale, mais la formation initiale des médecins généralistes ne traite pas spécifiquement de la DPN [77]. Et pourtant les conséquences peuvent être majeures pour la femme, l'enfant et le couple. Le traitement de la DPN est particulier du fait de l'intrication d'une dyade au sein de la problématique.

La période du postpartum est rythmée par une seule consultation postnatale maternelle entre les 4^e et 8^e semaines, rendue récemment obligatoire [85] mais insuffisamment pratiquée [84]. Il existe donc un réel interstice où la patiente se retrouve finalement livrée à elle-même. Et devant un enjeu sociétal de performance, la plupart des femmes en détresse se terrent dans le silence par honte ou culpabilité [33].

En revanche le suivi d'un nourrisson se fait de façon plus rapprochée [101]. Selon l'ENP de 2021 [18] presque 35% des examens de la 2^e semaine sont réalisés par le médecin généraliste et le suivi ultérieur de l'enfant est assuré en médecine générale dans 42,2% des cas.

Ainsi le médecin généraliste se retrouve en première ligne devant une détresse maternelle, encore faut-il avoir les clés pour la déceler et le réseau pour la prendre en charge. D'autant qu'il « est difficile de rendre les médecins attentifs à des signes en dehors de leur champ clinique habituel [...] notamment en raison de la surcharge de travail » (Dr Barth) [42].

Nous sommes partis du postulat que les médecins généralistes étaient peu formés et informés au sujet de la DPN. Ceci pourrait être une explication au défaut de diagnostic et de traitement de la dépression du post-partum. Par conséquent, l'objectif de notre travail était d'une part de faire une revue de la littérature concernant les modalités de diagnostic et de traitement de la DPN en soins primaires, et d'autre part de mener une étude afin d'évaluer l'état des connaissances et des pratiques réelles des médecins généralistes en Alsace sur le sujet. C'était également l'occasion de sensibiliser les médecins généralistes à la DPN en leur amenant un regard et une réflexion sur cette pathologie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'effectuer un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes alsaciens concernant la dépression postnatale.

L'objectif secondaire était de sensibiliser les médecins généralistes à la DPN en leur apportant une réflexion sur le sujet à travers le questionnaire.

II. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique déclarative descriptive transversale portant sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes en Alsace, concernant la dépression postnatale.

III. Population ciblée

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- Avoir une activité de médecine générale libérale totale ou partielle,
- Être installé ou remplaçant,
- Exercer en Alsace : dans le Bas-Rhin (67) et/ou dans le Haut-Rhin (68),
- Répondre au questionnaire durant la période d'inclusion à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les internes en médecine générale ne disposant pas de licence de remplacement,
- Exercer en dehors de la région Alsace.

IV. Méthodologie

Un questionnaire informatique réalisé sur les plateformes « *Google Forms* » et « *Limesurvey* » a été diffusé via différents réseaux tels que le Département de Médecine Générale (DMG) de Strasbourg et des pages dédiées aux remplacements de médecine générale en Alsace sur *Facebook*®.

Le questionnaire a été validé par le groupe de recherche du DMG et a été diffusé du 16 août 2023 au 8 octobre 2023. Deux relances ont été effectuées sur chacun des réseaux pour obtenir un maximum de réponses au questionnaire.

Une courte présentation de l'étude, de ses objectifs et des critères d'inclusion précédait le questionnaire. Les réponses au questionnaire ont été collectées et traitées de manière anonyme [Annexe III].

V. Questionnaire

Notre questionnaire comportait deux parties : une partie pour récolter les données démographiques des médecins répondants, l'autre pour évaluer l'état des connaissances sur le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la DPN. Il comprenait 22 questions.

Nous avons opté pour un questionnaire informatique car la diffusion est plus aisée et le temps nécessaire pour y répondre est court. Notre choix s'est porté sur un questionnaire « *Google Forms* » puisque son utilisation est intuitive tant pour la création du questionnaire que pour le répondeur. Nous avons également opté pour un questionnaire « *Limesurvey* » afin qu'il puisse être diffusé par la faculté de médecine de Strasbourg via le DMG. Les deux supports permettent d'imposer des réponses obligatoires, de limiter le risque d'erreur de réponse et de supprimer les doublons. En

outre l'extraction des données sous forme *Excel*® est aisée, et permet un travail statistique sur les données recueillies.

VI. Analyse statistique

Les données ont été recueillies sur « *Google Forms* » et sur « *Limesurvey* ».

Chaque questionnaire a été intégré dans un tableur *Excel*®, et les réponses ont été reportées dans les colonnes des questions correspondantes. Les données ont été analysées grâce au logiciel *Excel*® : chaque question a d'abord été examinée de façon indépendante, puis elles ont été comparées les unes aux autres en croisant les données grâce à la fonction « *tableau croisé dynamique* ». Par soucis de clarté, les commentaires et les réponses libres ont été catégorisés.

Le test du χ^2 et le test de Fisher ont été utilisés pour comparer les variables catégorielles. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative. Les analyses statistiques ont été faites en utilisant le logiciel *BiostaTGV* [102].

Enfin les figures et tableaux ont été construits à partir du logiciel *Excel*®.

RÉSULTATS

I. Médecins répondeurs

Notre étude a permis de recueillir 117 réponses au questionnaire. Le nombre exact de questionnaires envoyés n'est pas quantifiable du fait de la méthode de diffusion choisie : plateforme internet et courrier électronique.

Il n'y a pas eu d'exclusion puisque le tri se faisait avant la réalisation de l'étude via le paragraphe d'introduction au questionnaire.

Trois répondants n'ont pas finalisé leur questionnaire, ainsi nous avons des données manquantes à partir de la *partie VI - question n° 19*. Ceci concerne 3 questions relatives à l'évaluation des pratiques concernant la prise en charge des patientes et une question sur l'intérêt porté à l'envoi d'une fiche récapitulative sur la DPN et ses thérapeutiques.

II. Médecins inclus

1. Caractéristiques démographiques

Sur les 117 médecins répondeurs, 59% étaient des femmes (n=69) et 41% étaient des hommes (n=48). La tranche d'âge la plus représentée était la tranche entre 30 et 44 ans soit 63% des répondants (*Figure 1*).

Soixante-quatorze pourcents des médecins (n=86) étaient parents au moment de leur réponse au questionnaire, soit 41,9% des femmes (n=49) et 31,6% des hommes (n=37).

Les 3 médecins n'ayant pas terminé le questionnaire étaient une femme et un homme entre 30 et 44 ans, et une femme entre 45 et 59 ans, deux étaient parents et deux étaient MSU (Maître de Stage des Universités).

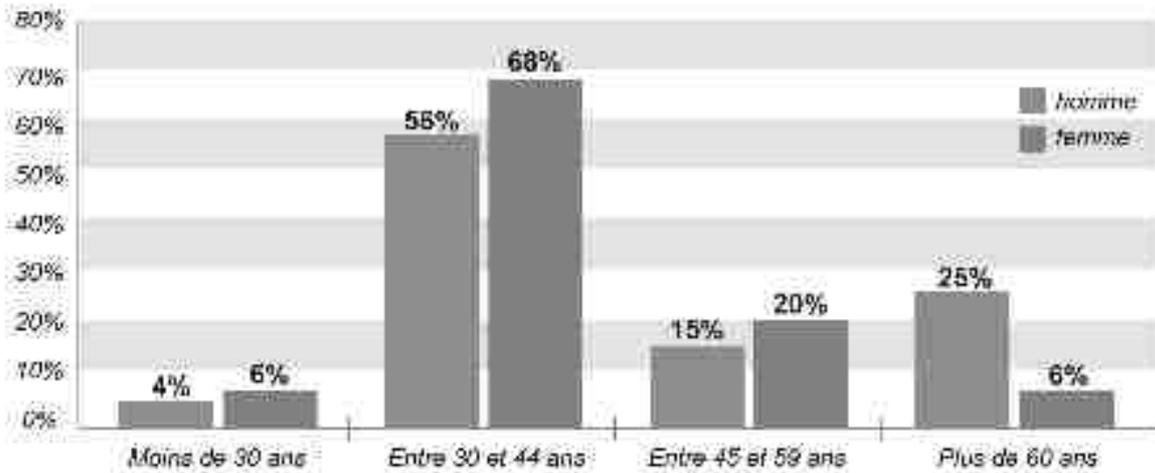


Figure 1 : sexe-ratio selon la tranche d'âge.

2. Mode d'exercice

Dans notre étude, 21% des médecins (n=24) ont déclaré être remplaçants. Concernant les médecins installés : 21% (n=25) étaient en zone rurale, 30% (n=35) en zone semi-urbaine et 28% (n=33) en zone urbaine (Figure 2).

À propos du nombre d'années d'exercice déclaré, 27% des médecins (n=32) exerçaient depuis moins de 5 ans, 41% (n=48) entre 5 et 15 ans, et enfin 32% (n=37) des médecins travaillaient depuis plus de 15 ans (Figure 3).

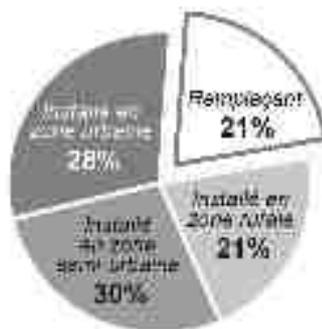


Figure 2 : mode d'exercice.

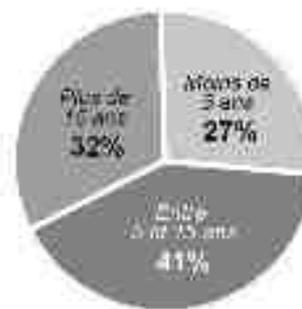


Figure 3 : répartition selon le nombre d'années d'exercice.

Nous avons également interrogé les médecins sur la proportion de consultations de gynécologie-obstétrique dans leur pratique quotidienne (*Figure 4*). Ainsi 79,5% des médecins (n=93) ont estimé faire moins de 10% de consultations dans ce domaine et 7,7% des médecins (n=9) entre 10% et 30%. Une seule médecin a déclaré pratiquer plus de 30% de gynécologie-obstétrique dans son cabinet, elle était installée en zone rurale. Douze pourcents des médecins (n=14) ne pratiquaient pas cette spécialité.

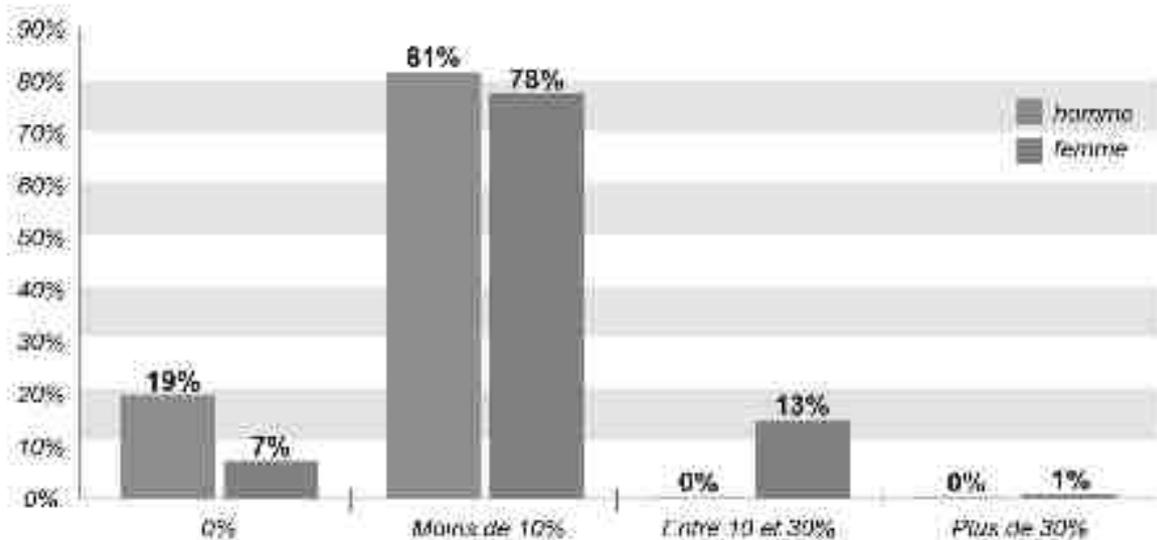


Figure 4 : proportion de gynécologie-obstétrique dans la pratique quotidienne selon le sexe.

3. Participation à la formation médicale et adhésion aux réseaux de santé

Parmi les médecins répondants, 44% étaient des MSU (n=51). Un seul médecin, installé en zone semi-urbaine, était à la fois MSU en premier niveau, en santé de la femme, en santé de l'enfant et en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). Par ailleurs, la majorité des MSU était maître de stage en premier niveau (57%) et en SASPAS (64,7%).

Treize pourcents des médecins (n=15) ont déclaré faire partie d'un réseau de santé tel que la PMI ou un réseau périnatal. Parmi eux, 11 étaient des femmes (73,3%) et 4 étaient des hommes (26,7%). Nous avons croisé cette donnée selon la tranche d'âge

(Figure 5a), selon le nombre d'années d'exercice (Figure 5b) et selon la pratique déclarée en gynécologie-obstétrique (Figure 5c). Il apparaît que les médecins plus expérimentés et plus âgés ont tendance à plus participer à un réseau de santé. Tous les médecins faisant partie d'un réseau de santé pratiquaient de la gynécologie-obstétrique au sein de leur cabinet. Les *moins de 30 ans* ne participaient pas à un réseau de santé.

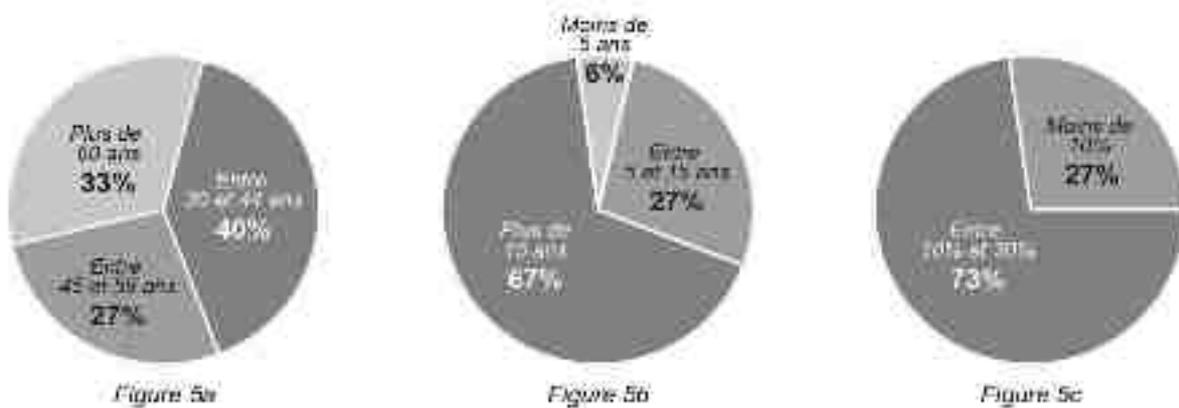


Figure 5 : a. Membre d'un réseau selon la tranche d'âge.
 b. Membre d'un réseau selon le nombre d'années d'exercice.
 c. Membre d'un réseau selon la pratique déclarée en gynécologie-obstétrique.

Enfin, 14,5% des médecins (n=17) ont rapporté avoir participé à des formations médicales qui ont abordé le thème de la dépression postnatale, telles que des DESC, DU, DIU ou congrès. Le thème de la DPN semble être évoqué dans les formations en pédiatrie, en gynécologie-obstétrique et en médecine préventive.

III. Dépistage de la dépression

A l'accueil d'un nouveau patient, 53% des médecins (n=62) ont déclaré rechercher les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux de façon systématique. Trente-quatre étaient des femmes (55%), 28 étaient des hommes (45%).

Un peu plus d'un quart des médecins (n=30) n'utilisaient pas d'outils de dépistage pour la dépression, qu'elle soit postnatale ou non. Dans le cas spécifique de la DPN, l'EPDS

comme outil diagnostique était peu mentionné (11%). C'est essentiellement l'échelle de Hamilton qui serait utilisée (59%). Un médecin a mentionné utiliser l'échelle ADBB pour Alarme Détresse Bébé, un autre a dit utiliser la séméiologie chinoise. La *Figure 6* reprend les réponses à la question sur les différentes échelles diagnostic utilisées en pratique par les médecins interrogés.

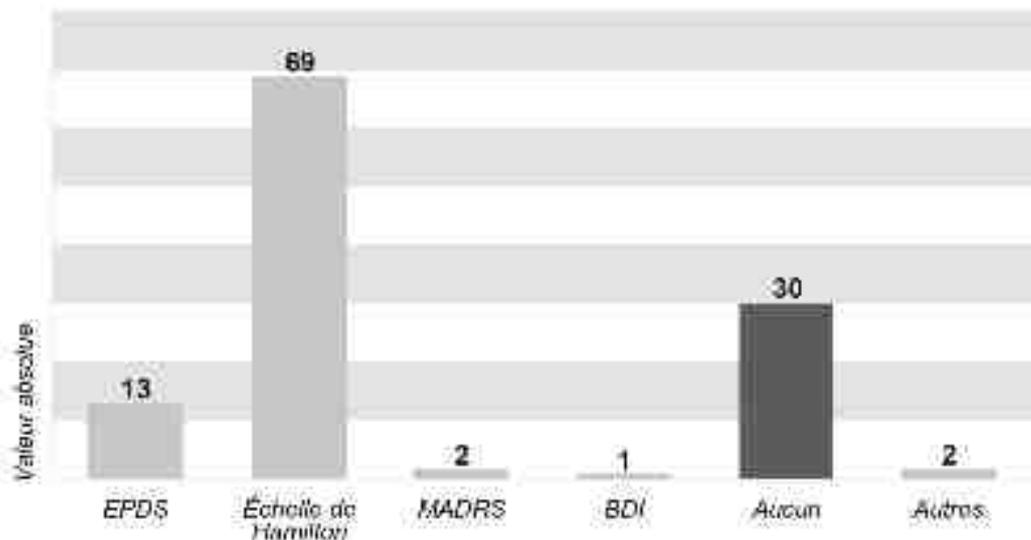


Figure 6 : outils diagnostique utilisés, en valeur absolue.

Le dépistage de la DPN était réalisé de façon ciblée pour 41% des médecins (n=48), c'est-à-dire qu'il ne concernera que les patientes considérées comme à risque : jeune âge, grossesse tardive, antécédent de DPN ou d'une autre pathologie psychiatrique, symptômes évocateurs. Les femmes et les parents réaliseraient plus souvent un dépistage ciblé (*Figure 7*).

Un peu plus de 34% des médecins (n=40) ont déclaré rechercher une DPN de manière systématique, et 24,8% des médecins (n=29) ne la dépistaient pas. Les raisons évoquées sont répertoriées dans la *Figure 8*, la plus fréquente étant de « ne pas y penser » (34,2%).

Une personne a déclaré dépister la DPN régulièrement, mais a estimé que c'était un sujet difficile à aborder en tant que remplaçante, et qu'elle préférerait laisser la tâche au

médecin traitant si possible. Ainsi nous l'avons mise dans une catégorie supplémentaire nommée « autre ».

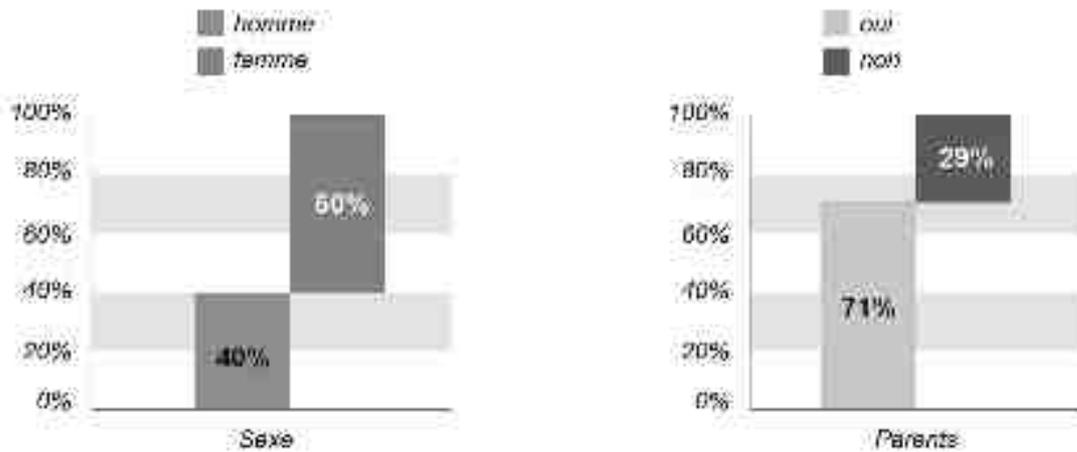


Figure 7 : dépistage ciblé

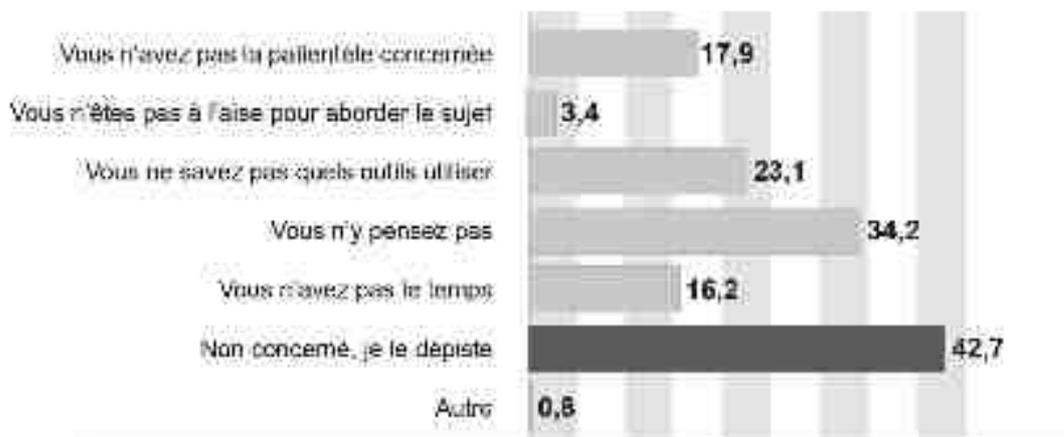


Figure 8 : motifs de non-dépistage (en %).

Enfin, 64% des médecins (n=75) attestaient penser à rechercher des signes de DPN maternelle en cas de consultation pour un enfant de moins de 12 mois (Figure 9). Parmi eux, 69,3% (n=52) étaient des femmes, 30,6% (n=23) étaient des hommes, et 81,3% (n=61) étaient des parents. D'après les résultats de notre étude, les femmes seraient plus attentives aux signes de DPN lors d'une consultation pédiatrique ($p=0,002$), il en est de même pour les parents ($p=0,01$).

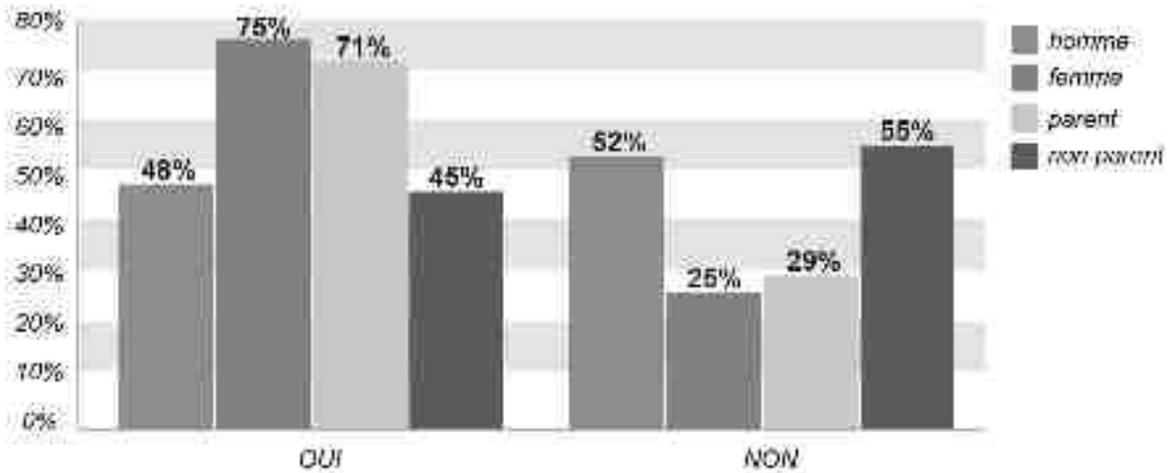


Figure 9 : recherche des signes de DPN maternelle en consultation pédiatrique < 12 mois

Pour évaluer les connaissances des médecins concernant les symptômes pédiatriques en cas de DPN maternelle, une question à choix multiples avec différents symptômes possibles a été posée : troubles du sommeil, reflux gastro-œsophagien, prise de poids insuffisante, coliques, enfant « trop » calme, signes de maltraitance [Annexe III]. Afin de pouvoir simplifier l'interprétation des résultats, nous avons attribué des notes allant de -1 à 4 : 1 point était donné en cas de bonne réponse, -1 en cas de mauvaise réponse. Ainsi la note maximum possible était de 4. Puis nous les avons comparées selon différents critères résumés dans le *Tableau 1*. Notons que les signes de maltraitance étaient cités dans 90% des cas, et les coliques dans 45% des cas. Aucun répondant n'a eu la note maximale de 4. Nous n'avons pas observé de différence notable au sein des différentes catégories, hormis une tendance à être plus performant avec l'âge.

		Note attribuée				
		-1	0	1	2	3
Sexe	Homme	2,1%	10,4%	27,1%	52,1%	8,3%
	Femme	5,8%	4,3%	37,7%	43,5%	8,7%
Parent	Oui	3,6%	7,0%	31,4%	48,8%	9,3%
	Non	6,5%	6,5%	38,7%	41,9%	6,5%
Tranche d'âge	Moins de 30 ans	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
	Entre 30 et 44 ans	6,8%	8,1%	32,4%	43,2%	9,5%
	Entre 45 et 59 ans	0,0%	4,8%	33,3%	47,6%	14,3%
	Plus de 60 ans	0,0%	6,3%	31,3%	62,5%	0,0%
Nombre d'années d'exercice	Moins de 5 ans	6,0%	9,4%	31,3%	43,6%	9,4%
	Entre 5 et 15 ans	6,3%	6,3%	35,4%	43,6%	8,2%
	Plus de 15 ans	0,0%	5,4%	32,4%	54,1%	8,1%
MSU	Oui	3,9%	7,8%	31,4%	49,0%	7,8%
	Non	4,6%	6,1%	34,8%	45,5%	9,1%
Membre d'un réseau de santé	Oui	0,0%	6,7%	26,7%	66,7%	0,0%
	Non	4,9%	6,9%	34,3%	44,1%	9,0%
Formation ayant abordé la DPN	Oui	0,0%	0,0%	47,1%	47,1%	5,9%
	Non	6,0%	6,0%	31,0%	47,0%	9,0%
Pratique de la gynécologie-obstétrique déclarée	0%	7,1%	0,0%	0,0%	71,4%	21,4%
	Moins de 10%	3,2%	6,6%	38,7%	44,1%	5,4%
	Entre 10% et 30%	0,0%	0,0%	33,3%	44,4%	22,2%
	Plus de 30%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tableau 1 : Évaluation des connaissances concernant les symptômes pédiatriques en cas de DPN maternelle.

IV. Prise en charge des patientes

1. Les professionnels complémentaires

Une des questions concernait les autres professionnels qu'il serait pertinent de contacter face à une situation évoquant une DPN maternelle. Les réponses sont regroupées dans la *Figure 10*. Ce sont majoritairement le psychiatre et le psychologue qui sont évoqués, la PMI est mentionnée dans 61,4% des cas.

Nous avons laissé la possibilité de mentionner d'autres professionnels que ceux proposés dans notre enquête, ils sont regroupés dans la catégorie *autre*. Dans cette catégorie ont été cités : le gynécologue, la maternité, le pôle psychiatrique périnatal, un médiateur en santé, les groupes de parole, le sport et la kinésithérapie.

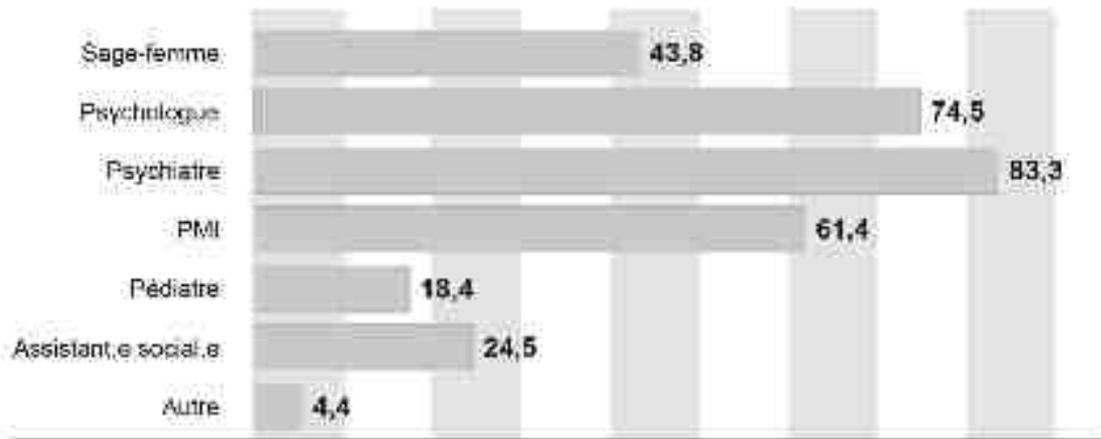


Figure 10 : professionnels complémentaires évoqués (en %).

Nous avons ensuite voulu comparer ces données en fonction de plusieurs paramètres comme l'âge, le nombre d'année d'exercice, le mode d'exercice, la participation à un réseau de santé et la parentalité. Les données ont été synthétisées dans la *Figure 11*. Les *moins de 30 ans avec moins de 5 années d'exercice* adresseraient plus leurs patientes au psychologue, à la PMI et à la sage-femme que les autres catégories, mais moins à l'assistant social. A noter que 100% des *moins de 30 ans* ont déclaré adresser les patientes au psychologue.

La tranche d'âge *entre 45 et 59 ans* avec une ancienneté *entre 5 et 15 ans d'exercice* s'aiderait plus du psychiatre. De même, les médecins installés en zone rurale s'adresseraient plus au psychiatre.

Les remplaçants évoquent plus la sage-femme et la PMI que les médecins installés.

Les médecins membres d'un réseau de santé s'aideraient plus volontiers de l'assistant social et de la PMI, en revanche ils solliciteraient moins le psychiatre que les non-membres.

Enfin les parents adresseraient moins au pédiatre que les non-parents, mais également moins au psychiatre, au psychologue et à la PMI.

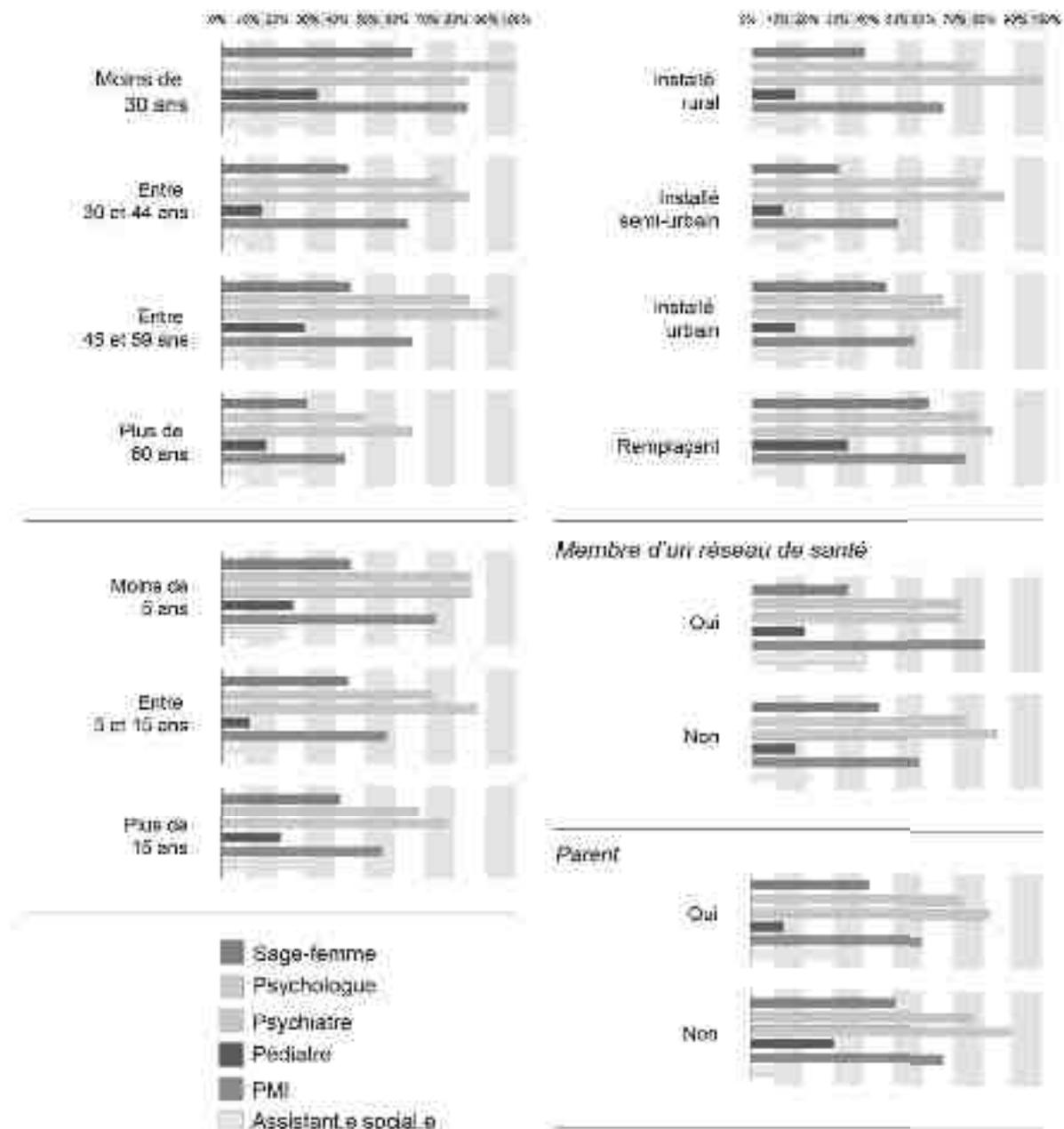


Figure 11 : professionnels évoqués selon les caractéristiques démographiques, la participation à un réseau de santé et la parentalité.

2. La prise en charge thérapeutique

Nous avons également interrogé les médecins généralistes sur la façon dont ils prendraient en charge une patiente présentant une DPN. Pour ce faire, nous avons réalisé une question à choix multiples comportant les items suivants : psychotropes seuls, psychothérapie seule, psychothérapie associée à un traitement antidépresseur,

rien on attend que ça passe. Basé sur le même modèle que précédemment, nous avons utilisé un système de notation pour simplifier l'interprétation des résultats. Nous avons considéré que *psychotropes seuls* et *rien on attend que ça passe* étaient des mauvaises réponses, la note attribuée était donc de -1. De plus, nous avons laissé la possibilité d'une réponse ouverte, et avons décidé de leur ajouter un point en fonction de la pertinence de ces réponses. Les réponses ouvertes récoltées étaient : aides, unité psychiatrique mère-enfant, homéopathie, suivi médical régulier.

La note maximale possible était de 3. Aucune note n'était négative.

Nous avons ensuite comparé les notes selon différents critères résumés dans le *Tableau 2*.

Notons que 8,8% des médecins (n=10) proposeraient un traitement uniquement par des psychotropes, et 0,9% ne ferait rien (n=1).

		Note attribuée			
		0	1	2	3
Sexe	Homme	0,0%	71,5%	25,9%	0,0%
	Femme	0,0%	52,2%	46,8%	1,5%
Parent	Oui	0,0%	64,3%	34,5%	1,2%
	Non	0,0%	55,7%	43,3%	0,0%
Tranche d'âge	Moins de 30 ans	0,0%	35,3%	65,7%	0,0%
	Entre 30 et 44 ans	0,0%	65,3%	35,3%	1,4%
	Entre 45 et 59 ans	0,0%	65,0%	35,0%	0,0%
	Plus de 60 ans	0,0%	58,25%	41,75%	0,0%
Nombre d'années d'exercice	Moins de 5 ans	0,0%	48,4%	48,4%	3,2%
	Entre 5 et 15 ans	0,0%	72,3%	27,7%	0,0%
	Plus de 15 ans	0,0%	61,1%	36,9%	0,0%
MSU	Oui	0,0%	65,3%	38,7%	0,0%
	Non	0,0%	61,5%	36,9%	1,5%
Membre d'un réseau de santé	Oui	0,0%	46,7%	55,8%	0,0%
	Non	0,0%	84,8%	34,3%	1,0%
Formation ayant abordé la DPN	Oui	0,0%	41,2%	58,8%	0,0%
	Non	0,0%	66,0%	33,0%	1,0%
Pratique de la gynécologie/obstétrique déclarée	0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
	Moins de 10%	0,0%	60,9%	36,0%	1,1%
	Entre 10% et 30%	0,0%	66,9%	11,1%	0,0%
	Plus de 30%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%

Tableau 2. Évaluation des connaissances concernant la prise en charge des déficientes.

Une question sur le traitement médicamenteux qu'ils mettraient en place en cas de nécessité chez une patiente allaitante a aussi été posée, et laissait le choix entre un ISRS, un IRSN ou de la miansérine. Le même système de notation que précédemment a été repris. Nous avons considéré que *ISRS* était une réponse plus adaptée que *IRSN* [63], et nous avons donc attribué respectivement 2 points et 1 point pour ces réponses. Moins un point était attribué pour la *miansérine* puisqu'elle n'est pas indiquée en traitement de première intention [63]. Nous avons aussi laissé la possibilité d'une réponse libre, et avons attribué un point supplémentaire en fonction de sa pertinence : 6% des médecins (n=7) ont déclaré qu'ils demanderaient un avis psychiatrique en amont voire confieraient le traitement au spécialiste. Six pourcents des médecins (n=7) ont annoncé s'aider du CRAT. Un point était attribué pour chacun de ces motifs.

La note la plus basse était de -1, la note la plus haute était de 2.

Le *Tableau 3* regroupe les notes attribuées en fonction de différents critères.

La majorité des répondants proposait un ISRS en première intention (73,7%), en accord avec les données de la littérature [63].

		Note attribuée			
		-1	0	1	2
Sexe	Homme	2,1%	2,1%	19,1%	76,6%
	Femme	1,5%	4,5%	22,4%	71,6%
Parent	Oui	2,4%	2,4%	21,4%	73,8%
	Non	0,0%	6,7%	20,0%	73,3%
Tranche d'âge	Moins de 30 ans	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Entre 30 et 44 ans	1,4%	2,5%	22,2%	73,6%
	Entre 45 et 59 ans	3,0%	5,0%	20,0%	72,0%
	Plus de 60 ans	0,0%	8,3%	25,0%	66,6%
Nombre d'années d'exercice	Moins de 5 ans	0,0%	8,5%	18,1%	77,4%
	Entre 5 et 15 ans	2,1%	0,0%	23,4%	74,5%
	Plus de 15 ans	0,8%	5,6%	22,2%	69,4%
MSU	Oui	2,0%	0,0%	20,4%	77,6%
	Non	1,5%	8,2%	21,5%	70,6%
Membre d'un réseau de santé	Oui	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%
	Non	2,0%	4,0%	21,2%	72,7%
Formation ayant abordé la DPN	Oui	0,0%	5,9%	5,9%	88,2%
	Non	2,1%	3,1%	25,7%	71,1%
Pratique de la gynéco/obstétrique déclarée	Où	0,0%	8,3%	16,7%	75,0%
	Moins de 10%	2,2%	3,3%	20,7%	73,9%
	Entre 10% et 30%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%
	Plus de 30%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Tableau 3 : Évaluation des connaissances concernant le traitement médical de la DPN.

Nous avons voulu identifier les médecins ayant mentionné le CRAT comme source d'information (6%, n=7). Parmi eux, un médecin ne pratiquait pas de gynécologie-obstétrique au sein de son cabinet, les autres (n=6) ont déclaré en pratiquer moins de 10% au quotidien. Ils appartenaient tous à la tranche d'âge 30-44 ans. Il y avait 2 hommes pour 5 femmes, 6 parents, 2 remplaçants, 1 MSU et 1 médecin membre d'un réseau de santé.

Pour finir, 94% des médecins généralistes interrogés (n=107) seraient intéressés par l'envoi d'une fiche récapitulative sur la DPN, les risques à court et moyen terme, ainsi que sur les modalités de dépistage et de traitement.

DISCUSSION

I. Interprétation des résultats

1. Population étudiée

Nous avons recueilli 117 réponses au questionnaire. Parmi les répondants, 59% étaient des femmes et 41% étaient des hommes. Nous pouvons ainsi considérer qu'il y a 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes qui ont participé à l'étude. Ceci pourrait correspondre aux données de la littérature qui font état d'une féminisation de la profession médicale [103].

La tranche d'âge la plus représentée est celle entre 30 et 44 ans, considérons donc qu'il y a une sur-représentation des « jeunes » médecins. Ceci est régulièrement retrouvé dans les thèses de médecine générale, et pourrait être expliqué par une sensibilité accrue des jeunes médecins envers la réalisation d'une thèse, puisqu'ils viennent eux-mêmes de passer la leur. Nous pouvons également supposer qu'ils sont plus à l'aise avec l'interface de diffusion utilisée, à savoir internet.

Concernant le nombre d'années d'exercice, il était majoritairement inférieur à 15 ans. Cette donnée peut se superposer avec la tranche d'âge, probablement pour les mêmes raisons.

Un participant sur cinq était remplaçant, mais nous ne les avons pas questionnés sur leur lieu d'exercice majoritaire (rural/urbain). A priori les remplaçants étaient également les médecins avec le moins d'années d'expérience puisque nous retrouvons 21% de remplaçants, et 25% de médecins ayant déclaré exercer depuis moins de 5 ans.

Nous avons interrogé les médecins installés sur leur milieu d'exercice : rural, urbain et semi-urbain. La population était homogène. Notons cependant une modification des

définitions du zonage selon l'INSEE en 2020 [104] : les territoires ruraux désignent dès lors l'ensemble des communes peu denses ou très peu denses, associé au degré d'influence d'un pôle emploi. Ainsi la population rurale française passe de 25 à 33% en 2021 et l'espace rural concerne désormais 88% des communes en France.

Il nous a semblé intéressant de savoir si les médecins étaient MSU, partant du postulat qu'ils devaient être plus formés et informés que les non-MSU. Ainsi 44% de MSU ont répondu à notre étude, avec une majorité d'entre eux en premier niveau et en SASPAS.

À propos de la participation à un réseau de santé tel que la PMI ou un réseau périnatal, ils n'étaient que 13% (n=15) avec 11 femmes et 4 hommes. Au sein même de ce groupe nous observons que les femmes ont tendance à être plus représentées (15,9% des femmes vs 8,3% des hommes). Selon d'autres critères nous notons également une certaine disparité, qui d'ailleurs était attendue : il n'y a pas de représentant de la tranche d'âge inférieure à 30 ans probablement car ils sont majoritairement remplaçants, les autres catégories d'âge étaient homogènes. De même plus le nombre d'années d'exercice était élevé, plus la participation à un réseau de santé était grande (27% pour la tranche *entre 5 et 15 ans*, 67% pour la tranche *plus de 15 ans*).

Enfin, concernant la proportion de gynécologie-obstétrique dans la pratique quotidienne, la majorité a estimé en pratiquer moins de 10%. Mais 100% des médecins membres d'un réseau de santé a déclaré pratiquer cette spécialité au sein de son cabinet : 27% *moins de 10%* et 73% *entre 10 et 30%*.

2. Recherche d'antécédents psychiatriques et dépistage de la DPN

La moitié des médecins interrogés a déclaré demander les antécédents psychiatriques d'un nouveau patient, outre ses autres antécédents. Pour ceux qui ne questionnaient pas les patients à ce sujet, nous pouvons supposer que c'est par

manque d'aisance ou par manque de temps puisque ce sont des raisons qui ont été évoquées à notre question sur le dépistage de la DPN. Pourtant les antécédents psychiatriques sont une donnée fondamentale dans un but de prévention et de dépistage. En effet, la littérature positionne les antécédents psychiatriques personnels et familiaux en tête de liste des facteurs de risque de vulnérabilité psychologique dans le péri partum et plus spécifiquement concernant la DPN [17,21,42].

Au sujet du dépistage de la DPN, il était réalisé de façon ciblée pour 41% des répondants, c'est-à-dire qu'il est effectué en cas de facteur de risque évident ou en cas de symptomatologie évocatrice. Presque un quart des médecins ne dépistait pas la DPN (24,8%) par manque de temps, par oubli, ou par manque de connaissance sur les outils disponibles. Le manque d'aisance pour aborder le sujet était évoqué pour 3,4% des médecins. Une personne évoquait une difficulté du fait d'être remplaçante. Nous observons un écart entre le nombre de médecins ayant répondu « ciblé » à la question sur le dépistage, et le nombre de médecin ayant répondu « non concerné, je le dépiste » à la question sur les motifs de non-dépistage. Ceci s'explique par le fait que certains médecins affirment qu'ils réalisent le dépistage de façon ciblée alors qu'en fait ils n'ont pas la patientèle concernée. Nous pouvons ainsi supposer que s'ils voyaient une patiente symptomatique ils la dépisteraient.

Un peu plus de 74% des médecins déclaraient utiliser des outils de dépistage pour la DPN, mais c'est majoritairement l'échelle de Hamilton qui était citée, ce qui était attendu puisque c'est l'échelle de diagnostic de la dépression la plus utilisée par les médecins généralistes [51]. A contrario, peu semblaient connaître l'EPDS, celle-ci n'ayant été citée que 13 fois. C'est pourtant une échelle spécifiquement validée pour la période périnatale [52].

Un médecin a mentionné utiliser l'échelle ADBB pour le dépistage de la DPN. L'échelle ADBB, pour Alarme Détresse Bébé, est une échelle d'évaluation du retrait relationnel

de l'enfant avant 3 ans [105]. Le répondant était MSU en santé de l'enfant. Même si l'échelle ADBB ne nous semble pas forcément pertinente dans le dépistage de la DPN, nous pouvons tout de même observer que ce médecin avait notion des impacts de la DPN sur l'enfant.

Lors d'une consultation pour un enfant de moins de 12 mois, 64% des interrogés déclaraient penser à rechercher des signes de DPN chez la mère. Ils étaient majoritairement parents ($p=0,01$). Nous pouvons peut-être en déduire une sensibilité plus prononcée chez les parents que chez les non-parents au sujet du postpartum et de ses difficultés. Concernant la répartition selon le sexe, il semblerait que les femmes recherchent deux fois plus les signes de DPN que les hommes ($p=0,002$).

3. Évaluation des connaissances sémiologiques

Pour évaluer l'état des connaissances des médecins généralistes, il nous a semblé primordial de proposer une question de sémiologie tournée vers les signes pédiatriques d'une DPN maternelle. En effet, devant le recul démographique de la pédiatrie libérale, de plus en plus de consultations pédiatriques de ville sont assurées par les médecins généralistes [106], propos également confirmés par la dernière Enquête Nationale Périnatale de 2021 [18]. Pourtant nous remarquons que les symptômes ne sont pas si évidents puisque 90% des médecins y avaient inclus les signes de maltraitance, et 45% les coliques. Les données de la littérature ne révèlent cependant pas de surrisque pour l'intégrité physique du nouveau-né, sauf en cas de maladie psychiatrique plus grave comme une psychose puerpérale [17]. Et les coliques ne sont pas spécifiques d'une DPN [41]. Néanmoins nous avons estimé qu'évoquer ce type de symptomatologie à tort était moins problématique que de méconnaître des signes caractéristiques tels qu'une prise de poids insuffisante.

Avec notre système de notation, nous avons voulu estimer une moyenne des notes ramenée à 20 afin d'être plus éloquent, il s'avère qu'elle est inférieure à 8/20. Notons également qu'aucun médecin n'a eu la note maximale possible.

En comparant les données selon les différents critères évoqués dans le *Tableau 1*, nous n'avons pas observé de différence notable en fonction du sexe et de la parentalité. Nous avons cependant distingué une hétérogénéité au sein des tranches d'âges et du nombre d'années d'exercice : les plus âgés seraient plus expérimentés. De même, les médecins ayant déclaré adhérer à un réseau de santé avaient les meilleures notes. Ce résultat était attendu car les réseaux de santé organisent des réunions multidisciplinaires et proposent des formations spécifiques [78].

Les MSU ne semblent pas plus performants que les non-MSU concernant la sémiologie.

De plus, il n'y avait pas de différence selon la participation ou non à des formations. Nous n'avons pas analysé les données en fonction du type de formation effectuée (pédiatrie, gynécologie, médecine préventive, etc.) car l'échantillon était trop faible, et nous ne connaissons pas le programme effectif dispensé.

Contre toute attente, les meilleures notes ont été attribuées aux médecins ayant déclaré ne pas faire de gynécologie-obstétrique dans leur pratique quotidienne. Mais nous ne les avons pas questionnés sur leur proportion de consultation en pédiatrie, or les consultations du nourrisson sont le moment idéal pour réaliser le dépistage de la DPN puisqu'elles sont nombreuses et rapprochées [101].

4. Connaissance du CRAT et des thérapeutiques médicamenteuses

Nous avons voulu connaître les pratiques des médecins généralistes concernant la dépression. Notre question sur la prise en charge en cas de DPN n'était pas très spécifique, elle était plutôt globale et concernait la dépression en général. Nous avons

proposé plusieurs réponses dont *psychotropes seuls* qui était considéré comme une mauvaise réponse. En effet, la prise en charge d'une dépression, qu'elle soit périnatale ou non, passe inévitablement par la correction des facteurs de risque [26,33] et la prise en charge psychologique [61]. À noter que les répondants qui avaient mentionné *psychotropes seuls* faisaient partie du même groupe qui ne demandait pas les antécédents psychiatriques à l'accueil d'un nouveau patient (47%). Le reste des critères les concernant étaient homogènes.

À propos des réponses données, nous n'avons pas observé de différence notable selon le sexe, la parentalité et la proportion de gynécologie-obstétrique. En revanche les jeunes médecins semblent plus sensibles à la dépression et proposeraient plus facilement une prise en charge psychologique et des aides. En effet, les meilleures notes étaient dans les catégories *moins de 30 ans* et *moins de 5 ans d'exercice*. Nous pouvons supposer que l'augmentation des difficultés psychologiques chez les populations jeunes [107] les rend plus sensibles à cette problématique.

De même, les médecins membres d'un réseau de santé ou ayant participé à une formation semblaient plus performants.

Dans notre enquête, et concernant le traitement médicamenteux de la DPN, nous n'avons pas mentionné le CRAT comme ressource. Ce site est essentiellement utilisé par les sage-femmes puisqu'elles œuvrent au plus près des femmes, particulièrement en ce qui concerne l'allaitement. Ainsi suggérer le CRAT comme aide à la prescription était extrêmement pertinent. C'est pourquoi nous avons décidé d'attribuer un point supplémentaire s'il était cité, même si les médecins ne savaient pas quelle molécule utiliser pour le traitement médicamenteux d'une DPN chez une femme allaitante. Notons que la majorité des médecins l'ayant évoqué étaient parents.

Nous avons attribué 2 points pour *ISRS* car c'est le traitement recommandé en première intention chez une femme allaitante [63]. Les IRSN peuvent être utilisés si

les ISRS ne conviennent pas, c'est pourquoi nous avons attribué 1 point à cette réponse.

La majorité des médecins avaient envisagé la mise en place d'un ISRS. Nous n'avons pas trouvé de différence notable selon le sexe, la parentalité, la pratique de la gynécologie-obstétrique ou le fait d'être MSU. Les *moins de 30 ans* avaient de meilleures notes, nous pouvons imaginer que c'est parce qu'ils sont plus proches de leur apprentissage théorique, ou qu'ils ont été plus sensibilisés durant leurs études que les médecins plus âgés ne l'ont été. Nous n'avons pas de note inférieure à zéro dans le groupe des médecins ayant moins de 5 années d'exercice.

Enfin, les médecins membres d'un réseau de santé et ayant participé à une formation étaient également plus performants sur cette dernière question.

5. Connaissance et utilisation du réseau de soin

Le but de la question sur les professionnels complémentaires envisageables était d'évaluer les connaissances des médecins concernant le réseau de soin possible pour mieux prendre en charge les patientes en détresse. Parmi les professionnels proposés nous avons volontairement mentionné le pédiatre étant donné l'atteinte possible du nourrisson. Or nous pensons qu'il n'est pas le professionnel le plus pertinent puisque les symptômes de l'enfant sont directement liés à ceux de la mère. Ainsi prendre en charge la mère de façon adéquate soignerait de facto son bébé.

La majorité des professionnels nommés étaient le psychiatre (83,3%), le psychologue (74,5%) et la PMI (61,4%). L'assistant social était peu évoqué (24,5%) pourtant son soutien peut s'avérer indispensable, un milieu socio-environnemental carencé étant un facteur de risque de DPN démontré [55]. La sage-femme n'était mentionnée que par 43,8% des médecins, c'est néanmoins elle qui entoure et accompagne les femmes et les couples durant tout le processus d'accès à la parentalité.

Nous avons comparé les différents groupes de répondants, partant du postulat que les jeunes devaient avoir moins de connaissances à ce sujet, et que les médecins exerçants en zone rurale devaient avoir plus recours à d'autres professionnels puisque ces territoires sont éloignés des hôpitaux. Les *moins de 30 ans* adresseraient deux fois plus les patientes à la sage-femme, au psychologue et à la PMI que les *plus de 60 ans*. Mais ils adresseraient également plus au pédiatre. Les *plus de 60 ans* s'aideraient moins du psychiatre et de la PMI que les autres tranches d'âges, mais ils recourraient plus à l'assistant social.

A propos des différences selon le mode d'exercice, il semblerait qu'en zone rurale les médecins aient plus recours au psychiatre et à la PMI qu'en milieu urbain.

Les remplaçants et les médecins exerçants en zone urbaine adresseraient plus leurs patientes à une sage-femme. Ceci pourrait s'expliquer à la fois par une meilleure visibilité de leur profession récemment [18] mais aussi par une densité plus importante des sage-femmes en milieu urbain [108].

Les remplaçants s'aideraient plus de la PMI et moins de l'assistant social que les médecins installés.

Enfin les médecins membres d'un réseau de santé adresseraient davantage leurs patientes à la PMI et à un assistant social que les non-membres, ce qui semble cohérent avec leur pratique médicale. Et les parents adressent deux fois moins au pédiatre, mais deux fois plus à l'assistant social que les non-parents, probablement par expérience.

L'engouement des médecins généralistes alsaciens pour l'envoi d'une fiche récapitulative montre un certain intérêt pour le sujet, et met peut-être en avant la nécessité d'une aide à la pratique clinique, outre la volonté d'être formé.

II. Points forts et limites de l'étude

La dépression postnatale est une pathologie fréquente puisqu'elle concerne une femme sur cinq en France. Nombreux sont les livres, les sites internet et autres revues qui florissent dernièrement à ce sujet, et à juste titre. Mais le médecin généraliste, outre son implication dans le quotidien de ses patients, doit répondre à un certain rendement pour palier à la dégradation de notre système de santé [109]. Ainsi il manque de temps, et se perdre dans les méandres du flot d'information est aisé. À travers notre revue de la littérature nous avons voulu centraliser les données disponibles pour fournir un écrit simple et complet aux médecins généralistes dans un but de participer à l'amélioration de la prise en charge de ces femmes. D'autant qu'il est primordial de les accompagner durant cette période charnière de leur vie.

Le point faible principal de notre étude est son manque de puissance. Il peut être attribué à la fois au design même de l'étude puisqu'elle est déclarative anonyme, mais aussi à l'échantillon faible de répondants.

Notre enquête présente également des biais. Le premier est celui de recrutement car nous avons envoyé notre questionnaire via internet. Une certaine tranche d'âge a de ce fait été sous représentée. En outre, notre questionnaire était diffusé sur une durée courte.

En amont, nous avons aussi identifié un biais de sélection (sujets non-répondants) inhérent à toute étude de ce type. Afin de le limiter au maximum, nous avons décidé d'établir un questionnaire court et simple, et nous avons effectué deux relances.

Cependant le nombre de réponses reste inférieur à 10% de la totalité des médecins généralistes installés en Alsace [110].

Ce faible échantillon ne nous permet pas non plus de généraliser nos résultats, nous ne pouvons conclure qu'à des tendances.

Nous ne pouvons pas certifier que les médecins aient tous répondu en fonction de leur pratique réelle, certains ont pu répondre selon les recommandations. Afin de limiter ce biais nous avons rendu le questionnaire anonyme.

Outre la revue de la littérature, notre objectif principal était d'établir un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes alsaciens au sujet de la DPN. Nous sommes partis de l'hypothèse que la DPN était sous-estimée en raison d'un défaut de connaissance et d'un manque de dépistage de la part des professionnels de santé. Nos résultats confortent notre postulat, et semblent superposables aux données de la littérature. Le défaut de dépistage entraîne inévitablement un défaut de diagnostic et donc de traitement, et ce même si l'offre de soin concernant la DPN est efficace.

Notre objectif final était de sensibiliser les médecins sur le sujet, et nous avons une majorité de médecins favorables à l'envoi d'une fiche récapitulative sur la DPN.

III. Réflexions personnelles

Bien qu'inhabituel dans un travail de thèse, j'ai souhaité rattacher mon travail de recherche à mon expérience professionnelle et personnelle d'exercice en tant que sage-femme et médecin. Cette partie apporte un éclairage différent sur ce travail et il m'a semblé pertinent de partager ces éléments de réflexion.

Les sage-femmes

La grossesse et la période périnatale sont des étapes de transformation et de vulnérabilité durant lesquelles l'humeur et la psyché peuvent se voir déstabilisées. Ce lien mystérieux profond qui unit une mère à son enfant le rend lui aussi vulnérable. De ce fait, il est particulièrement important d'investir le champ de la prévention durant cette

phase de la vie. D'autant que la dépression postnatale est la première complication obstétricale devant l'hémorragie du postpartum [32].

Le médecin généraliste se retrouve régulièrement en première ligne dans les soins, mais sa formation initiale ne lui permet peut-être pas d'avoir les clés pour dépister les pathologies du post-partum, en particulier la dépression postnatale. Il doit faire appel à son expérience propre, personnelle ou professionnelle, selon son âge et son mode d'exercice. Une fois le diagnostic de DPN posé, que faire pour aider et traiter une patiente ? Quels conseils apporter en cas d'allaitement maternel ?

La question du professionnel de santé de premier recours pour la femme est régulièrement discutée entre sage-femme et médecin traitant. Dans sa thèse et plus particulièrement concernant le travail en réseau et la sensibilité des équipes soignantes vis-à-vis des relations mère-bébé, le Docteur Barth [42] décrit bien une sensibilité accrue des sage-femmes. C'est « principalement grâce à [elles] qu'un travail de prévention s'opère, [elles] repèrent les femmes en souffrance ou en difficulté avec leur bébé, les prennent en charge avec une écoute ajustée et les adressent en consultation ». « Les sage-femmes sont sensibilisées au dépistage des femmes vulnérables durant leur hospitalisation en maternité et en service de grossesses pathologiques ». Il est difficile de rendre les médecins « attentifs à des signes en dehors de leur champ clinique habituel [...] notamment en raison de la surcharge de travail ».

Ainsi dans un devoir de prévention et de coordination des soins, je pense qu'il est plus qu'essentiel de *replacer la sage-femme au cœur de la problématique* en travaillant de façon conjointe avec elle. Les liens entre le médecin traitant et la sage-femme qui intervient à domicile doivent être renforcés.

Des variations culturelles

Selon les pays 10 à 20% des femmes présentent un épisode dépressif dans le post-partum [26]. Ceci peut faire supposer une variabilité en fonction des coutumes, des croyances et des traditions. En effet certaines cultures proposent encore la quarantaine post accouchement par exemple, où la communauté s'occupe de l'enfant pour que la mère puisse se reposer. L'éducation n'est alors pas de la seule responsabilité des parents mais celle d'une famille. Mais ceci implique de vivre là où l'on a grandi.

Dans le cadre de ma pratique comme sage-femme puis comme médecin, j'ai eu l'occasion d'exercer mon art dans différentes régions et pays. Au risque d'être un peu réductrice, en voici quelques lignes sur mon expérience personnelle.

Au Sénégal, il est interdit aux femmes de se plaindre. Même à dilatation complète elles restent silencieuses sous peine de se voir facilement malmener par le personnel soignant. Si elles perdaient un enfant, elles cachaient leurs larmes car la mort fait partie intégrante de la vie. La notion de dépression n'était pas un sujet que nous pouvions aborder, de toute façon ces femmes accouchaient « en famille ». C'est-à-dire qu'elles n'étaient jamais seules, le maillage social étant tellement serré.

En Suisse j'ai pu observer une différence entre les cantons : les francophones avaient un comportement similaire à ceux observés en France, alors que les germanophones étaient moins loquaces et moins expressives, pourtant la famille semblait être plus présente. Je ne peux évidemment pas conclure à une différence concernant le bien-être mental de ces femmes, mais je peux peut-être avancer le fait que la parole soit plus libérée en fonction du canton, et que les mentalités diffèrent selon l'ascendance. Je compare assez facilement le Liban à « la France d'avant ». Les adultes ne quittent la maison de leurs parents qu'une fois mariés, rarement avant (indépendamment des problèmes socio-économiques récents). Une fois qu'ils quittent le domicile, ils

s'installent autant que possible proche de leurs parents. Ceci permet d'éviter l'isolement socio-familial, et contribue à perpétuer la transmission mère-fille. Mais pour assurer leur réussite sociale, les femmes doivent devenir mère, c'est donc une obligation presque « culturelle ». Cependant la future mère est aidée durant le péri partum, et un certain soutien est assuré dans le postpartum. Les enfants s'élèvent alors en famille et tout le monde prend part à l'éducation.

En France, les femmes s'affranchissent de plus en plus de cette obligation sociale d'accéder à la maternité. Cependant, du fait de l'évolution de la société, les couples et les femmes se retrouvent assez facilement esseulés [111]. C'est ce que j'ai pu observer en haute montagne par exemple, où les femmes sont isolées géographiquement, à la fois de leur famille, mais aussi de l'accès aux soins. J'y ai rencontré bien plus de femmes vulnérables sur le plan psychique que partout ailleurs. Le centre hospitalier et les spécialistes les plus proches étaient à plus de 45 minutes de route. Les seuls professionnels de proximité étaient une sage-femme et quelques médecins généralistes plus orientés sur la traumatologie de haute montagne que sur la santé mentale des femmes.

Peu importe mon lieu d'exercice, dans quasiment tous les cas de détresse maternelle observés j'ai pu remarquer une *incompréhension* de la part du conjoint voire de la famille. La *vulnérabilité des femmes est souvent banalisée*. Ceci rejoint les propos du Docteur Tebeka [26] et du Docteur Raynaud [33] qui expriment cette nécessité de « performance » sociale. Beaucoup de conjoints ne réalisent pas la gravité de la situation et minimisent la détresse de leur conjointe. J'ai pu observer que cette notion de performance dans la maternité n'a ni frontière ni culture. Il y a une certaine ambivalence entre la liberté d'expression et l'enrobage familial.

Réaliser une étude sur les variations ethniques concernant la DPN semble complexe, mais nous pouvons émettre l'hypothèse qu'outre le tissu social, c'est le tissu culturel qui protège.

Un changement sociétal les dernières décennies

La DPN est un problème de santé publique puisqu'elle concerne environ une femme sur cinq en France, et selon la dernière ENP la tendance est à l'augmentation de son incidence [18]. De façon conjointe, de nombreuses études révèlent une dégradation de la santé mentale de la population française, c'est pourquoi le gouvernement tente de mettre en place des outils de prévention et de prise en charge plus accessibles.

En parallèle nous assistons à des *changements majeurs dans notre société*. Une fois adulte nous évoluons majoritairement proche de notre lieu d'étude ou de travail, et donc régulièrement loin de notre famille : nous nous installons là où nous trouvons du travail, et non là où nous avons grandi. L'enrobage familial peut se voir lésé. De plus ce sont fréquemment les deux membres du couple qui travaillent et les grossesses sont plus tardives.

Aussi, la *transmission mère-fille* ne se fait plus de la même manière. A l'ère d'internet où tout va plus vite, beaucoup de femmes préfèrent se renseigner par elles-mêmes plutôt que de demander conseil à une mère, une grand-mère, une tante, une sœur ou une cousine. Ont-elles peur d'être jugées ? Il y a là une grande différence avec la société orientale par exemple, où finalement entre femmes, il n'y a pas de tabou ! Nous pouvons donner l'exemple du début de grossesse : là où en France nous attendons la fin du 1^{er} trimestre pour l'annoncer, au Liban dès le premier test urinaire toute la communauté est au courant. Ceci permet entre autres d'entourer une femme qui fait

une fausse couche, elle sait que toute femme peut vivre une perte de grossesse et vit ce malheureux évènement en se sentant probablement moins seule.

Par ailleurs nous assistons de plus en plus à une *pression sociale de performance*, et ce à plusieurs niveaux. Nombreux sont les articles et les reportages dans les médias concernant la pression exercée sur les femmes : exigence quant à la réussite professionnelle tout en maintenant l'impératif d'être une bonne mère et une bonne épouse. Nous entendons aussi régulièrement cette notion de *charge mentale féminine*. Elles doivent, plus que jamais, réussir à jongler entre carrière professionnelle et vie de famille.

Il apparait également qu'un certain enjeu sociétal de performance concerne les enfants [33] : l'enfant doit aller bien, il ne peut plus pleurer sans que les parents soient jugés. Nous observons *un changement de la fonction parentale* avec des parents qui doivent être accomplis et présents à chaque instant. Pourtant c'est bien la qualité de la disponibilité psychique qui prime, et non la quantité.

« On doit être heureux » (S. Tebeka) [26] ce qui paradoxalement est associé à beaucoup de souffrance. Particulièrement lors de l'accès à la maternité puisque le mode de vie change, le corps change, à cela s'ajoute la fatigue de la fin de grossesse et de l'accouchement ainsi que l'épreuve des premières nuits.

De ce fait cette nécessité de performance sociale et familiale peut devenir un facteur de vulnérabilité [26], en induisant des sentiments de honte et de culpabilité.

En outre *la vie est plus planifiée* [33]. Les couples ne laissent que très peu de surprise quant à la maternité. La grossesse est programmée, le corps est contrôlé, l'accouchement est organisé. *Tout est sujet à une maîtrise totale*, ce qui est en opposition complète avec la découverte de la maternité et de la parentalité où rien ne peut être maîtrisable finalement.

Ainsi ce problème de santé publique que représente la DPN pourrait trouver un de ses fondements dans un problème environnemental voire sociétal : distance avec la famille, perte de la transmission mère-fille, charge mentale maternelle, exigence de performance et de planification de la vie, maîtrise du corps. Autant de problématiques qui peuvent conférer un sentiment d'impuissance et une perte de l'estime de soi.

Des femmes qui s'oublient

Une fois qu'elles ont accouché, tous les regards sont portés sur le nouveau-né [33]. Que ce soit de la part de l'entourage socio-familial ou des soignants. Effectivement, hormis le séjour à la maternité, tout est organisé pour veiller au confort et au bon développement de l'enfant : les cadeaux de naissance sont pour bébé, les visites médicales et paramédicales les plus rapprochées concernent l'enfant, etc. Régulièrement j'ai pu observer de l'étonnement quand lors de la première consultation postnatale du nourrisson je m'intéresse principalement à la femme et au couple. En effet un enfant n'est pas « livré avec un mode d'emploi », c'est une découverte quotidienne de l'un et de l'autre. Et si la mère va bien, l'enfant va bien. Winnicott parle du « visage en miroir de la mère » [6].

Les mères consultent peu pour elles, elles en oublient même la consultation postnatale qui leur est dédiée [84]. En revanche elles s'interrogent pour leur enfant. C'est ainsi que les médecins généralistes peuvent être amenés fréquemment à voir des bébés dans leurs consultations. C'est un moment dont il faudrait savoir profiter pour observer et évoquer le bien-être de la mère et du couple. Un moment hors du temps et exempt de jugement où nous pourrions laisser la possibilité à nos patientes d'être tristes et de ne pas ressentir le bonheur que la société leur impose. C'est aussi permettre l'instauration d'un climat de confiance où l'on casse les codes et où l'on déculpabilise, en laissant la porte ouverte au dialogue.

« La phase la plus compliquée est d'accepter sa maladie. S'occuper de son enfant est une charge au lieu d'être un plaisir, ce qui confère une forte culpabilité. Il faut un gros effort pour passer le pas d'aller voir le psychiatre, mais c'est 50% du travail » (Dr Tebeka) [26].

CONCLUSION et perspectives d'avenir

Par ce travail de thèse nous avons réalisé une revue de la littérature qui permet de résumer les points importants et nécessaires à la prise en charge d'une dépression postnatale. Notre questionnaire a confirmé notre postulat initial, à savoir que le manque de formation et d'information des médecins généralistes les met en difficulté dans cette tâche, faisant de la DPN une pathologie sous diagnostiquée et sous traitée.

Il y a une volonté sociétale de promouvoir la santé mentale en France. Mais la formation des médecins généralistes est faculté dépendante. Ainsi il serait intéressant de faire une enquête à plus grande échelle puis de comparer le niveau de connaissance par région. Selon les résultats, proposer une formation initiale peut être plus orientée sur la santé mentale du péri partum nous semble pertinent. D'autant qu'avec l'évolution de notre société, les médecins généralistes voient inévitablement plus de femmes et d'enfants au sein de leur cabinet médical [18,105]. Rappelons également que la première cause de mortalité des femmes entre le 43^e jour du postpartum et la première année de vie de l'enfant est le suicide [112].

Dans ce travail de thèse nous nous sommes penchés exclusivement sur la DPN maternelle, mais la dépression dans sa globalité, qu'elle soit paternelle ou parentale, peut impacter le développement de l'enfant. Celui-ci devra alors trouver d'autres figures d'attachement dans son environnement pour pouvoir évoluer [12]. La DPN paternelle est une réalité [8], et la DPN maternelle est une dépression anténatale dans 1/3 des cas [21]. L'intrication de cette dernière avec des pathologies puerpérales, obstétricales et fœtales a largement été démontrée [42]. Indépendamment du type de patientèle reçue au cabinet il sera donc toujours important de rester attentif à des signes précurseurs de vulnérabilité mentale, en s'interrogeant sur les antécédents

psychiatriques personnels et familiaux des patients. Mais pour permettre cette attention, il est également important de fournir des outils et des formations aux médecins généralistes. Et notamment parce qu'ils sont régulièrement propulsés au premier plan d'une détresse psychique.

Traiter une femme enceinte ou allaitante n'est jamais aisé, particulièrement lorsqu'il s'agit de traitements aussi lourds que les traitements psychiatriques. Ils doivent constamment être adaptés selon la tolérance de chaque patiente, mais également selon la période de la vie dans laquelle elle se trouve. C'est pourquoi beaucoup de chercheurs se penchent sur le sujet. En août 2023, un guide de prescription de psychopharmacologie périnatale à destination des professionnels de santé a d'ailleurs été publié [113].

La plupart des études s'accordent à dire que la dépression périnatale concerne presque 20% des femmes, toutes ethnies confondues. Il a également été démontré qu'un environnement socio-familial pauvre était un facteur de risque. Le corollaire serait donc qu'un environnement riche est protecteur. Ceci laisse plusieurs pistes pour des études ultérieures, voire des propositions plus concrètes lors de la période périnatale, comme favoriser et encourager la « réunion » familiale.

Notre expérience personnelle tend à nous faire conclure à une variabilité de la santé mentale du péri partum selon les cultures. Porter un intérêt au monde et réaliser une comparaison réelle entre les différents pays voire continents pourrait être judicieux afin d'optimiser, éventuellement, les soins périnataux au niveau national.

La psychopérinatalité est une spécialité en mutation constante. Perpétuer la recherche sur la prévention, le diagnostic et les traitements nous semble d'une importance

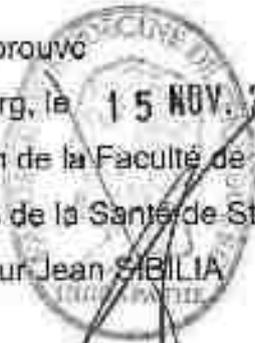
capitale pour participer à améliorer la santé mentale des femmes, des enfants, et des couples.

Vu et approuvé

Strasbourg, le 15 NOV. 2023

Le Doyan de la Faculté de Médecine, Maïeutique,
Sciences de la Santé de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



VU

Strasbourg, le 13. 11. 2023

Le président du jury de thèse

Professeur Cherif AKLADIOS

Professeur Cherif AKLADIOS

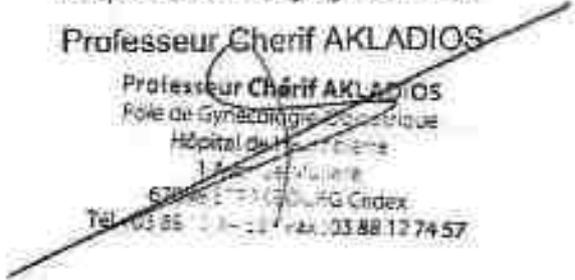
Unité de Gynécologie Obstétrique

Hôpital du Haut-Saône

1, rue de l'Université

67000 Strasbourg Cedex

Tel : 03 88 11 11 11 Fax : 03 88 12 74 57



ANNEXES

Annexe I : L'échelle de Hamilton

Échelle de dépression de Hamilton

- L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour traiter les personnes, y compris les personnes âgées (même si certaines questions concernent les activités professionnelles).
- Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi.
- Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :
 - de 10 à 13 : les symptômes dépressifs sont légers
 - de 14 à 17 : les symptômes dépressifs sont légers à modérés
 - au-dessus de 18 : les symptômes dépressifs sont modérés à sévères
- Cet examen donne lieu à une notation CCAM applicable une fois par an (ALQP003).

Le test

1. Humeur dépressive : la personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'autodépréciation ?

- 0 - Non
- 1 - Oui. États affectifs signalés uniquement si on l'interroge (ex. pessimisme, sentiment d'être sans espoir).
- 2 - Oui. États signalés spontanément et de manière verbale ou sonore (ex. par des sanglots occasionnels).
- 3 - Oui. États communiqués de manière non verbale (ex. expression faciale, attitude, voix, tendance à sangloter).
- 4 - Oui. La personne ne communique pratiquement que ces états affectifs verbalement et non verbalement.

2. Sentiments de culpabilité de la personne :

- 0 - N'a pas de sentiments de culpabilité.
- 1 - S'adresse des reproches, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens.
- 2 - Idées de culpabilité et remontrance sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 - La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 - Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3. Suicide :

- 0 - N'a pas l'idée suicidaire.
- 1 - A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 - Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 - Idées en geste de suicide.
- 4 - Tentatives de suicide (coter toute tentative de suicide sérieuse).

4. Insomnie de début de nuit :

- 0 - Pas de difficulté à s'endormir.
- 1 - Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 - Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5. Insomnie en milieu de nuit :

- 0 - Pas de difficulté.
- 1 - Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 - Se réveille pendant la nuit (coter toutes les fois où le patient se lève la nuit sauf si c'est pour aller aux toilettes).

6. Insomnie du matin :

- 0 - Pas de difficulté.
- 1 - Se réveille de très bonne heure mais se rendort.
- 2 - Incapable de se rendormir s'il se lève.

7. Travail et activités :

- 0 - Pas de difficulté.
- 1 - Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 - Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, soit décrite directement par le malade soit indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (à l'impression de devoir se forcer).
- 3 - Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 - A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration et de l'activité motrice) :

- 0 - Pensée et langage normaux.
- 1 - Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 - Ralentissement manifeste lors de l'entretien.
- 3 - Entretien difficile.
- 4 - Entretien impossible (état de stupeur).

9. Agitation :

- 0 - Aucune.
- 1 - Crispations, secousses musculaires.
- 2 - Joue avec ses mains, ses cheveux...
- 3 - Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 - Se tortille les mains, se ronge les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres.

10. Anxiété psychique :

- 0 - Aucune.
- 1 - Symptômes légers - Tension subjective et irritabilité.
- 2 - Symptômes modérés - Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 - Symptômes sévères - Attitude inquiète, apparaît dans l'expression faciale et le langage.
- 4 - Symptômes très invalidants - Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11. Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, polyurie, hyperventilation, transpiration...) :

- 0 - Aucun de ces symptômes.
- 1 - Symptômes légers.
- 2 - Symptômes modérés.
- 3 - Symptômes sévères.
- 4 - Symptômes très invalidants frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

- 0 - Aucun symptôme.
- 1 - Manque d'appétit, mais mange sans y être poussé.
- 2 - A des difficultés à manger en l'absence d'indications. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13. Symptômes somatiques généraux :

- 0 - Aucun.
- 1 - Lourdeur dans les membres, le dos et la tête. Muxes de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité.
- 2 - Un des symptômes apparaît clairement.

14. Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels) :

- 0 - Absents.
- 1 - Légers.
- 2 - Sévères.

15. Hypochondrie :

- 0 - Absente.
- 1 - Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 - Préoccupations sur sa santé.
- 3 - Conviction d'être malade. Plaintes fréquentes et demandes d'aide.
- 4 - Idées délirantes hypochondriaques.

16. Perte de poids (coter soit A, soit B) :

- A : D'après les renseignements apportés par le malade :
 - o 0 - Pas de perte de poids
 - o 1 - Perte de poids probable
 - o 2 - Perte de poids certain.
- B : Si le poids est mesuré quotidiennement par le personnel soignant :
 - o 0 - Perte inférieure à 500g par semaine
 - o 1 - Perte supérieure à 500g par semaine
 - o 2 - Perte supérieure à 1 kg par semaine.

17. Prise de conscience :

- 0 - Reconnaît être déprimé et malade.
- 1 - Reconnaît être malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos.
- 2 - Nie être malade.

Annexe II : L'EPDS

Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS

- L'EPDS est un outil pour aider les professionnels de santé à identifier les mères souffrant de dépression dans le *péri-partum*.
- C'est un auto-test qui se base sur les émotions des 7 derniers jours. Il est conseillé aux patientes de souligner leurs réponses.
- Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2, 3 selon la sévérité des symptômes. Les items ayant un astérisque sont notés inversement (3, 2, 1, 0).
- Le total est calculé en additionnant les résultats des 10 items :
 - Au-dessus de 10 la patiente doit être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale pour une évaluation plus poussée, et confirmer le diagnostic.
 - Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure.
 - En-dessous de 10, le risque de dépression est de 1%.
- La question 10 réfère à des idées suicidaires. Si la personne cote la question au-delà de 0, une référence immédiate doit être faite aux professionnels spécialisés en santé mentale.
- En cas de doute, l'échelle peut être re-administrée 2 semaines suivant la première passation.

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

- Aussi souvent que d'habitude
- Par tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

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

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Presque jamais

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

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

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

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

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

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

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

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face qu'à l'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace qu'à l'habitude

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

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

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

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

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

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

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

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Annexe III : Le questionnaire diffusé

Dépression postnatale et médecine générale en Alsace.

Cher(è)re docteur,

Dans le cadre de ma thèse de médecine je souhaite faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en Alsace, concernant la dépression postnatale.

La dépression du post partum ou dépression postnatale (DPN) affecte environ 15% des femmes, tous âges et toutes catégories socio-professionnelles confondues. Elle peut débuter dès l'accouchement et jusqu'à un an post-partum, et est largement sous-estimée du fait de sa symptomatologie trompeuse. Seules les naissances vivantes sont concernées.

Ce questionnaire est destiné UNIQUEMENT aux médecins généralistes installés ou remplaçants en ALSACE.

Merci de ne pas répondre au questionnaire si vous ne rentrez pas dans les critères d'inclusion.

Si vous acceptez de participer, vos réponses seront traitées de façon anonyme. Le but des réponses est de refléter votre pratique quotidienne et vos connaissances sur le sujet.

Le temps de réponse au questionnaire est de 5 minutes environ.

Je vous remercie d'avance pour votre participation et pour le temps que vous m'aurez consacré.

Respectueusement,

Anastassie Abi Khalil

Partie I

* Indique une question obligatoire

1. Quelle est votre tranche d'âge ? *

Plusieurs réponses possibles:

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 44 ans
- Entre 45 et 59 ans
- Plus de 60 ans

2. Vous êtes : *

Plusieurs réponses possibles:

- Une femme
- Un homme

3. Êtes-vous parent ? *

Plusieurs réponses possibles:

- oui
- non

4. Votre nombre d'années d'exercice en médecine générale ? *

Plusieurs réponses possibles:

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 15 ans
- Plus de 15 ans

5. Quel est votre mode exercice ? *

Plusieurs réponses possibles:

- Remplaçant
- Installé rural
- Installé semi-urbain
- Installé urbain

Partie II

6. Êtes-vous MSU (Maître de Stage des Universités) ? *

Plusieurs réponses possibles :

- Oui
 Non

7. Si vous êtes MSU, est-ce en :

Plusieurs réponses possibles :

- Premier niveau
 Santé de la femme
 Santé de l'enfant
 SASPAS

8. Faites-vous partie d'un réseau de santé ? (PMI, réseau périnatal, ...) ? *

Plusieurs réponses possibles :

- oui
 non

9. Avez-vous déjà participé à des formations médicales qui ont abordé le thème de la dépression postnatale (type DESC, DU, DIU, FMC, congrès ...) ? *

Plusieurs réponses possibles :

- oui
 non

10. Si oui, la/les formation(s) étaient-elles :

Plusieurs réponses possibles :

- A orientation gynéco-obstétricale
 A orientation pédiatrique
 En médecine préventive
 En psychiatrie
 Autre : _____

11. Quelle est la proportion de gynécologie/obstétrique dans votre pratique quotidienne ? *

Plusieurs réponses possibles.

- 0%
 Moins de 10%
 Entre 10% et 30%
 Plus de 30%

Partie III

12. A l'accueil d'un nouveau patient, la recherche d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux est-elle systématique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- oui
 non

13. Utilisez-vous des outils de dépistage pour la dépression (qu'elle soit postnatale ou non) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- oui
 non

14. Dans le cas d'une patiente présentant des signes de dépression après un accouchement, quel outil de diagnostic spécifique utiliseriez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- EPDS
 Echelle de Hamilton
 MADRS
 BDI
 Aucun
 Autre : _____

Partie IV

15. Lors d'une consultation pour un enfant de moins de 12 mois, pensez-vous à rechercher des signes de DPN chez la mère ? *

Plusieurs réponses possibles.

- oui
 non

16. Parmi les signes suivants chez le nourrisson, lesquels vous feraient évoquer une DPN maternelle ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Troubles du sommeil
 Reflux gastro-œsophagien
 Prise de poids insuffisante
 Coliques
 Enfant « trop » calme
 Signes de maltraitance

Partie V

17. Dans votre activité de médecine générale, diriez-vous que le dépistage de la DPN est : *

Plusieurs réponses possibles.

- Ciblé (jeune âge, grossesse tardive, ATCD de DPN ou autre pathologie psychiatrique, symptômes évocateurs...)
 Systématique
 Non proposé

18. Si le dépistage de la DPN n'est pas quelque chose que vous proposez à vos patientes, quelle en est la raison ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous n'avez pas la patientèle concernée
- Vous n'en voyez pas l'utilité
- Vous n'êtes pas à l'aise pour aborder le sujet
- Vous ne savez pas quels outils utiliser
- Vous n'y pensez pas
- Vous n'avez pas le temps
- Non concerné, je le dépiste
- Autre : _____

Partie VI

19. Face à une situation évoquant une DPN, à quel autre professionnel pensez-vous pouvoir faire appel ? *

Plusieurs réponses possibles.

- sage-femme
- psychologue
- psychiatre
- pédiatre
- La Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- assistant.e social.e
- Autre : _____

20. Face à une DPN avérée, quels sont les éléments pouvant faire partie de la prise en charge ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Psychotropes seuls
- Psychothérapie seule
- Psychothérapie associée à un traitement antidépresseur
- Rien, on attend que ça passe
- Autre : _____

21. Chez une femme allaitante, si l'instauration d'un traitement médicamenteux s'avère nécessaire, lequel débutez-vous en première intention ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) comme la paroxétine ou la sertraline.
- Un Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSN) comme la venlafaxine et la duloxétine.
- De la miansérine.
- Autre : _____

22. Seriez-vous intéressés par l'envoi d'une fiche récapitulative sur la DPN, les risques à court et moyen terme, ainsi que les modalités de dépistage et de traitement ? *

Plusieurs réponses possibles.

- oui
- non

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bettelheim B. *Survivre*. 2nd éd. Paris : Robert Laffont ; 1979.
- (2) Racamier PC. A propos des psychoses de la maternité. In : Soulé M. *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris : ESF ; 1978. p. 41-50.
- (3) Cooper PJ., Murray L. Course and recurrence of post natal depression. Evidence for de specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*. 1995 ; 166(2):191-5.
- (4) Haute Autorité de Santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Recommandation de bonne pratique. Argumentaire scientifique. Paris : HAS ; Avril 2011.
- (5) Bydlowski M. Devenir mère pour la première fois. *Gynécologie psychosomatique*. 1992 ; 1:23-8.
- (6) Winnicott D.W. La préoccupation maternelle primaire. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1992. p. 285-91.
- (7) Lazarus S. *La fonction paternelle*. Ecole de sage-femme. Strasbourg ; 2008.
- (8) Nakamura A. Le rôle du soutien social pendant la grossesse dans les inégalités sociales vis-à-vis de la dépression postpartum parentale. *Médecine humaine et pathologie*. Sorbonne Université ; 2020.
- (9) Esquirol E. De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. In : *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médicolégal*. Paris : Baillière ; 1838. p. 230–73.
- (10) Marcé LV. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris : JB Baillière et Fils ; 1858.
- (11) Spitz R. *De la naissance à la parole – La première année de la vie*. Presses universitaires de France ; 1965.
- (12) Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*. 26 juin 2015 ; 66(2):14-22.
- (13) American Psychiatric Association. *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduit par Crocq MA. et Guelfi JD. EM ; 2015. p. 200-230.

- (14) World Health Organization. CIM-10/ICD-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : 10e révision. Chapitre V(F). Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs. ATIH. Bulletin Officiel N°2015/9bis fascicule spécial. F53, p216.
- (15) Cox JL., Murray D., Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1993 ; 163:27-31.
- (16) Holt WJ. The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *N Z Med J*. 1995 ; 108(994):57-59.
- (17) Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2007 ; 36(6):549-61.
- (18) Enquête Nationale Périnatale (ENP) : les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. INSERM. Rapport 2021. Publié en octobre 2022. [Disponible en ligne]. Consulté le 16/06/2023. <<https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>>.
- (19) Deutsch H. La psychologie des femmes. Paris : Presse Universitaire de France ; 1949. Tome II.
- (20) Revault-d'Allones C. Être, faire, avoir un enfant. Paris : Payot ; 1992.
- (21) Robertson E, Grace C, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 ; 26:289–95.
- (22) Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. Family and partner psychopathology and the risk of postpartum mental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2007 ; 68(12):1947-1953.
- (23) Wisner KL., Parry B., Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002 ; 347:194-9.
- (24) Heron J., et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorder*. 2004 ; 80:65-73.
- (25) Bydlowski M., Raoul-Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité : la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspect Psychiatr*. 1978 ; 4:321-328.

- (26) Dr Tebeka S., psychiatre chercheuse à Colombes AP-HP. Podcast « Tout savoir sur la dépression du post-partum », Les Maternelles, 25 mars 2023. [Écoulé le 25/05/2023].
- (27) Goyal D., Gay C., Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues*. 2010 ; 20(2):96-104.
- (28) Fisher J., Astbury J., Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions : a prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand J Psy*. 1997 ; 31:728-38.
- (29) Viaux Savelon S., Decherf M., Bodeau N. Le dépistage anténatal sur puces ADN (ACPA) lors des anomalies mineures de l'échographie fœtale affecte les représentations et l'état émotionnel maternel : une étude exploratoire. *Devenir* 2020/2 (Vol.32), p105-177.
- (30) Ryding EL., Wijma K., Wijma B. Experiences of emergency caesarean section : a phenomenological study of 53 women. *Birth*. 1998 ; 25(4):246-5.
- (31) Futura M., Sandall J., Bick D. A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012 ; 12:125.
- (32) Société Française d'Anesthésie et de Réanimation : le Congrès Conférence d'essentiel. 2018. [Disponible en ligne]. Consulté le 2/07/2023. <<https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/10/23-Hemorrhagie-du-post-partum.pdf>>.
- (33) Dr Raynaud A., psychiatre à Bordeaux. Podcast « Lien d'attachement et impact sur le post partum », La Matrescence, 28 janvier 2022. [Écoulé le 25/05/2023].
- (34) Poinso F, Samuelli JC, Delzenne V, Huiart L, Sparrow J, Rufo M. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*. 2001 ; 44:379-413.
- (35) Eastwood JG.,Jalaludin BB., Kemp LA. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors : findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012 ; 12:148.

- (36) Bales M. Difficultés psychologiques périnatales : facteurs de risque et développement d'un modèle multifactoriel en population générale. Résultats de l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE). Psychologie. Université de Bordeaux ; 2015.
- (37) Logsdon MC, Cross R, Williams B, Simpson T. Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents : a pilot study. *J Sch Nurs.* 2004; 20(1):36-42.
- (38) Etude de l'Inserm sur les maladies mentales pendant la grossesse et le post-partum. [Disponible en ligne]. Consulté le 29/06/2021. <<https://fr.scribd.com/document/512243813/Etude-de-l-Inserm-sur-les-maladies-mentales-pendant-la-grossesse-et-le-post-partum>>.
- (39) Tham V., Christensson K., Ryding EL. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007 ; 86:1090-6.
- (40) Ryding EL., Wijma K., Wijma B. Psychological impact of emergency ceasarean section in comparison with elective ceasarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1998 ; 19:135-44.
- (41) Righetti-Veltema M., et al. Effets observés chez l'enfant de la dépression maternelle du post-partum à 3 mois et à 18 mois – Résultats d'une recherche épidémiologique sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. In : J. Manzano (Ed.), *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles.* Genève : Ed. Médecine et Hygiène ; 1996.
- (42) Barth M. La Prévention Précoce en Santé Mentale Périnatale : Un projet local pour des enjeux nationaux. *Psychiatrie.* Université de Strasbourg ; 2019.
- (43) Stein G. The maternity blues. In : Brockington I, Kumar R, editors. *Motherhood and mental illness.* London : Academic Press ; 1982. p. 119–54.
- (44) Brockington IF. In : *Puerperal psychosis, Motherhood and Mental Health.* Oxford University Press ; 1996. p. 200–84.
- (45) Blackmore ER. et al. Reprouctive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with post-partum psychosis. *Bipolar Disord.* 2013.
- (46) Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1992 ; 33:543-562.

- (47) Dr Raynaud A. Sécurité émotionnelle de l'enfant. Ed Marabout ; 2019.
- (48) Sutter-Dallay AL, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans. *Devenir*. 2008 ; 20:47-63.
- (49) Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 ; 40(12):1367–74.
- (50) Schore AN. *Affect regulation and the origin of the self : the neurobiology of emotional development*. Hillsdale NJ, Erlbaum ; 1994.
- (51) Leroux A. L'échelle de dépression de Hamilton : état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie. *Médecine humaine et pathologie*. Université de Rouen ; 2017.
- (52) Cox JL, Holden JM, Sagowsky R. Detection of postnatal depression. Development of the ten item Edinburgh post-natal depression scale. *Brit J Psychiatry*. 1987 ; 150:782-786.
- (53) Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*. 1998 ; 13:83-89.
- (54) Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. [Disponible en ligne]. Consulté le 27/06/2023. <<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgso26-c-n-2005-300-du-4-juillet-2005-relative-a-la-promotion-de-la-collaboration-medico-psychologique-en-perinatalite/?pdf=603948>>.
- (55) Nanzer N, Righetti-Veltima M, Conne-Perréard E, Manzano J, Palacio-Espasa F. Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ? *Rev Med Suisse*. 2007 ; 3:1200-5.
- (56) Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. *JORF* n°55 du 6 mars 2007. [Disponible en ligne]. Consulté le 6/07/2023. <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100/#:~:text=%C2%AB%20Les%20services%20publics%2C%20ainsi%20que,la%20protection%20de%20l'enfance>>.

- (57) Protection Maternelle et Infantile. [Disponible en ligne]. Consulté le 6/07/2023. <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile>>.
- (58) Hospitalisation à domicile. [Disponible en ligne]. Consulté le 6/07/2023. <<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>>.
- (59) Vennat D. Devenir mère et défaut d'étayage familial dans le post-partum immédiat : une étude clinique, longitudinale et comparative à domicile des 2 semaines aux 18 mois du bébé. Psychologie. Besançon ; 2018.
- (60) Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). Une approche cognitiviste et comportementale. Devenir. 2001 ; 13:27-50.
- (61) Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; Octobre 2017.
- (62) Ravindran AV, Balneaves LG. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder : Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016 ; 61(9):576-587.
- (63) Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). [Disponible en ligne]. <<http://www.le-crat.fr/>>.
- (64) Le congé paternité en France, la lente évolution des mentalités. INA éclaire l'actu, le 29/06/2021. [Disponible en ligne]. Consulté le 9/07/2023. <<https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/le-conge-paternite-en-france-la-lente-evolution-des-mentalites>>.
- (65) Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du secteur privé. [Disponible en ligne]. Consulté le 9/07/2023. <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156#:~:text=peut%20en%20b%C3%A9n%C3%A9fici er%20%3F-,Le%20cong%C3%A9%20de%20paternit%C3%A9%20et%20d>>.
- (66) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. JORF n° 0300 du 27 décembre 2019. [Disponible en ligne]. Consulté le 10/07/2023. <Article 62 - LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)>.

- (67) Formation à l'Entretien Prénatal Précoce – Lignes directrices. Ministère de la santé et de la prévention. [Disponible en ligne]. Consulté le 9/07/2023. <formation_a_l_epp_lignes_directrices.pdf (sante.gouv.fr)>.
- (68) Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles. Paris : HAS ; Novembre 2005. [Disponible en ligne]. Consulté le 30/06/2023. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf>.
- (69) Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles. Paris : HAS ; Décembre 2007.
- (70) Kubler-Levêque MJ. La place du médecin généraliste dans le réseau. Spirale. 2012 ; 61(1):55-60.
- (71) France 3 Grand Est. Dépression du post-partum : « On ne naît pas mère, on le devient », immersion dans une unité de psychiatrie périnatale. Reportage du 3/06/2021.
- (72) Dispositifs de soins conjoints parents-bébé ambulatoires et hospitaliers de l'aire francophone en Europe - Répertoire aléatoire des ressources augmenté. [Disponible en ligne]. Consulté le 11/10/2023. <Soigner-Ensemble-en-Psypérinatalité-numérique-Répertoire-2.pdf (alliancefrancophonepourlasantementaleperinatale.com)>.
- (73) Haute Autorité de Santé. Epreuves Classantes Nationales. [Disponible en ligne]. Consulté le 20/07/2023. <https://www.has-sante.fr/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-sommaire-et-mode-d-emploi>.
- (74) Item 67 ECNi. [Disponible en ligne]. Consulté le 20/07/2023. <https://www.medg.fr/items-r2c/ecni-67-troubles-psychiques-de-la-grossesse-et-du-post-partum/>.
- (75) Courbière B., Carcopino X. Gynécologie Obstétrique. KB Médecine, ECN. Paris : éd. Vernazobres-Gregg ; 2012. p131.
- (76) Légifrance – Publications officielles. JORF n°0057 du 9 mars 2022. [Disponible en ligne]. Consulté le 2/07/2023. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/p9LonM5DIm7LKdOr2fdP2_J8xhDOEE2jCGK4ZGJwFps=/JOE_TEXTE>.

- (77) Référentiel du DES de médecine générale 2022-2023. [Disponible en Ligne]. Consulté le 2/07/2023. <<http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2022/10/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-du-DES-de-MG-2022-2023-1.pdf>>.
- (78) Liste des DU et DIU à la faculté de médecine de Strasbourg. [Disponible en ligne]. Consultée le 21/07/2023. <<https://med.unistra.fr/formations/formation-permanente/du-diu>> et des masters [<https://med.unistra.fr/formations/masters>>.
- (79) Réseau périnatal Naître en Alsace. [Disponible en Ligne]. Consulté le 16/08/2023. <https://www.naitreenalsace.fr/accueil_professionnels/>.
- (80) Assurance Maladie En Ligne (AMELI) - Devenir parents. Consulté le 16/08/2023. <<https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>>.
- (81) Barandon S., et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016 ; 45(6):599-607.
- (82) Assurance Maladie En Ligne (AMELI) – après l'accouchement : le retour à la maison. Consulté le 17/08/2023. <<https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>>.
- (83) Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations professionnelles. Paris : HAS ; Avril 2005. [Disponible en ligne]. Consulté le 1/07/2023. <https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf>.
- (84) Depaux B. Dépression post-natale : évaluation d'un outil de dépistage, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. Mémoire sage-femme. Université de Rouen ; 2016.
- (85) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. JORF n° 0299 du 24 décembre 2021. [Disponible en ligne]. Consulté le 11/08/2023. <LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)>.
- (86) Liste des psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie. [Disponible en ligne]. Consulté le 18/08/2023. <<https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/>>.

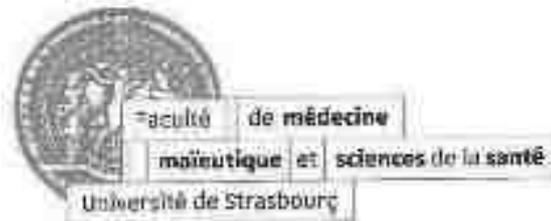
- (87) Ministère de la Santé et de la Prévention. Le remboursement des séances de psychologues. [Disponible en ligne]. Consulté le 18/08/2023. <<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/le-remboursement-des-seances-de-psychologues-mon-soutien-psy>>.
- (88) Ministère de la Santé et de la Prévention. Plan Périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. [Disponible en ligne]. Consulté le 29/06/23. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf>.
- (89) Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006, relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. [Disponible en ligne]. Consulté le 30/06/23. <<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39846>>.
- (90) Teissède F. Les dépressions du post-partum : étude comparative de deux programmes de dépistage, de prévention et de traitement chez 450 femmes. Psychologie. Toulouse 2 ; 2003.
- (91) Département de Médecine Générale de Strasbourg. [Disponible en ligne]. Consulté le 1/02/2021. <<http://mediamed.unistra.fr/dmg/liens/>>.
- (92) GESTACLIC. [Disponible en ligne]. Consulté le 1/02/2021. <<http://gestaclic.fr/>>.
- (93) Assurance Maladie en Ligne (AMELI) – Dépression postpartum. Mis à jour en août 2023. Consulté le 15/08/2023. <<https://www.ameli.fr/bas-rhin/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-maternite-perinatalite/depression-post-partum>>.
- (94) Annuaire des psychiatres en France. [Disponible en ligne]. Consulté le 15/08/2023. <<https://www.sante.fr/recherche/trouver/psychiatre>>.
- (95) Ministère de la Santé et des Solidarité. Les 1000 premiers jours - Là où tout commence. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. Paris ; Septembre 2020.
- (96) 1000 premiers jours. [Disponible en ligne]. Consulté le 18/07/2023. <<https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>>.
- (97) Maman blues. [Disponible en ligne]. Consulté le 18/07/2023. <<https://www.maman-blues.fr/>>.

- (98) PATH - France. [Disponible en ligne]. Consulté le 11/10/2023. <<https://path-perinatal.eu/fr/>>.
- (99) PSYCOM – Santé mentale info. [Disponible en ligne]. Consulté le 11/10/2023. <<https://www.psycom.org/agir/linformation/les-brochures/#brochure-sante-mentale-et>>.
- (100) Lochard G. Santé mentale des femmes enceintes et développement de l'enfant. *Epidémiologie*. Paris 6 ; 2014.
- (101) Assurance Maladie En Ligne (AMELI) – les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent. Consulté le 20/08/2023. <<https://www.ameli.fr/bas-rhin/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>>.
- (102) Logiciel *BiostatTGV*. [Disponible en ligne]. <<https://biostatgv.sentiweb.fr>>.
- (103) Benhamou S. Féminisation de la médecine. *Dialogue Santé* janvier. 2019 ; 30:1-4.
- (104) INSEE. La France et ses territoires. Ed 2021. [Disponible en ligne]. Consulté le 29/09/2023. <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>>.
- (105) Echelle ADBB - Alarme Détresse BéBé. [Disponible en ligne]. Consulté le 22/10/23. <<https://echelle-adbb.fr/>>.
- (106) Pédiatrie et soins de santé des enfants : une situation préoccupante. [Disponible en ligne]. Consulté le 19/10/2023. <<https://www.vie-publique.fr/en-bref/280485-pediatrie-et-soins-de-sante-des-enfants-une-situation-preoccupante>>.
- (107) PSYCOM - Davantage d'arrêts de travail chez les jeunes. Publié en ligne le 14/09/2022. Consulté le 19/10/2023. <<https://www.psycom.org/actualites/vu-sur-le-web/davantage-arret-travail-jeunes/>>.
- (108) Sage-femmes libérale Alsace. [Disponible en ligne]. Consulté le 21/10/2023. <<https://www.asfla.fr/trouver-une-sage-femme/>>.
- (109) Prudhomme C. Le système de santé se dégrade, et avec lui l'accès aux soins. *Actualité santé*. *Hommes & Libertés* septembre. 2019 ; 187:13-15.

- (110) Walter S. et Deruette M. – responsables CPAM des installations des professionnels de santé. Chiffres CPAM au 15/09/2023, obtenus via échanges numériques. 1214 médecins généralistes dans le Bas-Rhin (67) - 594 médecins généraliste dans le Haut-Rhin (68).
- (111) The Jo Cox Loneliness Commission. UK. Décembre 2017.
- (112) Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelle (ENCMM) - 6^e rapport. INSERM. Période 2013-2015. [Disponible en ligne]. Consulté le 12/10/2023. <<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>>.
- (113) Bottemanne H., Joly L., Javelot H. Guide de prescription psychiatrique pendant la grossesse, le postpartum et l'allaitement. L'encéphale. 2023 ; 49(4):408-421.

Attestation sur l'honneur

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Abi-KHALIL Prénom : Abdour

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était 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,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg, le 21 janvier 2011

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

La dépression postnatale maternelle (DPN) concerne 16,7% des parturientes, tous âges et toutes catégories socio-professionnelles confondues. Elle se définit par des symptômes dépressifs quotidiens se manifestant entre un mois et un an après un accouchement. Elle est largement sous-estimée et sous-traitée, la symptomatologie étant souvent mise sur le compte d'une labilité émotionnelle et d'une fatigue « physiologiques ». Elle peut aussi se manifester par une sémiologie particulière chez le nourrisson. Une DPN non traitée peut être lourde de conséquences sur le développement de l'enfant, mais aussi sur la femme et son couple. Il y a une volonté nationale de promouvoir la santé mentale en France, mais les visites postnatales maternelles prévues par la loi laissent pourtant un interstice où la patiente se retrouve livrée à elle-même. Le médecin généraliste se retrouve en première ligne devant une détresse maternelle, encore faut-il avoir les clés pour la déceler. Nous avons réalisé une revue de la littérature, et nous avons mené une étude épidémiologique déclarative descriptive transversale portant sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes en Alsace, concernant la DPN.

Nos résultats mettent en évidence que l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, comme outil de dépistage de la DPN, semble peu connue des médecins généralistes. L'instauration d'un traitement médicamenteux n'est jamais aisée, notamment en cas d'allaitement maternel. Le système de soins en psychiatrie périnatale semble performant en Alsace, mais il est probablement insuffisamment sollicité par les médecins de famille. Les résultats de notre travail confortent notre hypothèse initiale et vont dans le sens des données de la littérature : il existe un défaut de dépistage ce qui entraîne inévitablement un défaut de diagnostic et donc de traitement.

Rubrique de classement : médecine générale

Mots-clés : dépression postnatale, dépression du post-partum, médecine générale, EPDS, formation, prévention, dépistage, réseau psycho-périnatal, thérapeutique, aide à la pratique professionnelle.

Président : Monsieur le Professeur Chérif AKLADIOS

Assesseurs : Dr Benjamin DAHAN

Dr Florent HERZOG

Dr Sarah SANANÈS

Adresse de l'auteur : 1 avenue des Consulats, 67210 Obernai