

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

ANNÉE : 2023

N°208

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

Diplôme d'état
Mention Médecine Générale

PAR

HANOL Émilie
Née le 23 octobre 1992 à Dijon

ÉTAT DES LIEUX DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM AUPRÈS
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'ALSACE CHEZ LES PATIENTES LORS DE LA
PREMIÈRE ANNÉE SUIVANT L'ACCOUCHEMENT

Président de thèse : Professeur SANANES Nicolas

Directeur de thèse : Docteur GROS Marine

NOM et Prénoms	CS ¹	Services Hospitaliers attributés / localisation	Sources/Unité du Conseil National des Universités
MAZOUZIE Lucienne-FRÉDÉ	MSB CS	+ Pôle d'activité cœur-vasculaire Cardévasculaire - Service de Cardiologie Cardévasculaire / Hôpital Hôtel Dieu	31.04 - Cardiologie Théorique et Cardiovasculaire
MEUNIER Marie	MSB ACS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et de Parasitologie Médicale (MSB-HU)	31.03 - Immunologie et mycologie Epave (Biogéométrie)
MEYER Paul- Michel	MSB CS	+ Pôle d'Anatomologie / Anatomie des Organes / CHU St-Joseph - Service d'Anatomologie (Anatomie des Organes) / HEC	31.01 - Anatomie Anatomie - Anatomie Epave (Anatomie)
MAYER Anne	MSB ACS	+ Institut de Physiologie / Institut de Médecine - Pôle de Physiologie Théorique - Service de Physiologie et d'Exploration Fonctionnelle / HEC	31.02 - Physiologie Théorique (Biologie)
MAYER Vincent	MSB ACS	+ Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Département de Biostatistiques / Hôpital Civil - Statistiques et Informatique / Faculté de Médecine / Hôpital Civil	31.04 - Biostatistiques, épidémiologie, Médecine et Technologie de Communication Epave (Biogéométrie)
MELLIARD Frédéric	MSB CS	+ Pôle Urgences - Réanimations Médicales / Urgences-épave - Service de Réanimations Médicales / Hôpital Hôtel Dieu	31.03 - Réanimation
MERCIER Laurent	MSB CS	+ Pôle de Neurosciences - Neurologie - Pôle de Neurologie et d'Exploration Fonctionnelle (MSB-HU) / HEC	31.01 - Epave - Neurosciences fondamentales
MERCIER Olivier	MSB ACS	+ Pôle d'activité cœur-vasculaire Cardévasculaire - Service de Cardiologie / Hôpital Hôtel Dieu	31.03 - Cardiologie
MILLERON Sébastien	MSB CS	+ Pôle de Spécialités Médicales - Odonatologie (MSB) - Service de Néphrologie Dialyse et Transplantation / HEC	31.02 - Néphrologie
MUTCHER Walter	MSB ACS	+ Pôle Hépatogastro-entérologie / Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / HEC	31.01 - Chirurgie Digestive
NAZARIDZE Jacques	MSB CS	+ Pôle d'Imagerie - Service de Radiologie Nucléaire et Imagerie Médicale (MSB)	31.01 - Biophysique et radiodiagnostic
NOLLE Georges	MSB ACS	+ Pôle d'Imagerie - Service de Radiologie / CHU St-Joseph	31.01 - Cancérologie, Radiothérapie Epave - Radiodiagnostic théorique
NOLLE Eric	MSB ACS	+ Pôle d'Anatomologie / Anatomie des Organes / CHU St-Joseph - Service Anatomologie et de Réanimation Orthopédique / HEC	31.01 - Anatomologie - Anatomie
OLIVIER Vincent	MSB ACS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Imagerie nucléaire et santé vasculaire / HEC	31.01 - Radiologie Nucléaire théorique Epave (Biogéométrie)
OLIVIER Frédéric	MSB CS	+ Pôle d'activité cœur-vasculaire Cardévasculaire - Service de Cardiologie / Hôpital Hôtel Dieu	31.03 - Cardiologie
OLIVEIRA Gabriel Anne	MSB ACS	+ Pôle de Biologie Théorique - Service de Biologie Théorique / Hôpital Hôtel Dieu	31.01 - Biologie Théorique et Cardiovasculaire
OLIVEIRA Catherine	MSB CS	+ Pôle Médical - Anatomie des Organes - Service de Médecine II / Hôpital de Neurologie	31.01 - Médecine
OSCARO Thierry	MSB ACS	+ Pôle d'Anatomologie / Anatomie des Organes / CHU St-Joseph - Centre de Recherches en Neurologie et Pathologie des Systèmes de la Santé / Santé	31.01 - Anatomie - Médecine d'urgence Epave - Médecine d'urgence
OLIVEIRA Sílvia	MSB ACS	+ Pôle Hépatogastro-entérologie / Hôpital Civil - Service de Chirurgie Générale et Digestive / Hôpital Hôtel Dieu	31.02 - Chirurgie Digestive
OSSEAU Sylvain	MSB CS	+ Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Hôtel Dieu	31.01 - Chirurgie Digestive
OTTI Thierry	CS	+ CHU - Département de Médecine Oncologique	31.01 - Cancérologie, Radiothérapie Epave - Cancérologie / Epave
OUET Marie	MSB ACS	+ CHU - Département de Médecine Oncologique	31.01 - Cancérologie, Radiothérapie Epave - Cancérologie / Epave
OUILLARD Jean	MSB CS	+ Pôle d'Anatomologie / Anatomie des Organes / CHU St-Joseph - Service d'Anatomologie et de Réanimation Orthopédique / Hôpital Hôtel Dieu	31.01 - Anatomologie - Anatomie Médecine d'urgence (Anatomie / Epave)
OUASSAKI Marie	MSB ACS	+ Pôle de Médecine II - Médecine, Neurologie, Neurologie, Otorhinolaryngologie, Dermatologie (MSB-HU) - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie / Hôpital de Neurologie	31.04 - Radiologie
OUASSAKI François	MSB CS	+ Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	31.01 - Neurologie
OUASSAKI Elisabeth	MSB CS	+ Pôle de Biologie - Service de Médecine Epave, Oncologie et Urgences Médicales / Médecine et Laboratoire de Biologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Epave / Faculté de Médecine	31.01 - Médecine Epave et Santé de la Santé
OUASSAKI Jean-Marc	MSB ACS	+ Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service d'Immunologie, Hépatologie et de la Transplantation / HEC	31.01 - Epave - Immunologie
OUASSAKI Marie	MSB ACS	+ Pôle de Biologie - Département Biologie du Cycle de vie et de la Santé (MSB-HU)	31.01 - Biologie et Biologie Méthodique
OUASSAKI Serge	MSB CS	+ Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et Digestive / HEC	31.02 - Chirurgie Générale
OUASSAKI Sébastien	MSB ACS	+ Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et Digestive / HEC	31.02 - Chirurgie Générale
OUASSAKI Sébastien-Emmanuel	MSB ACS	+ Pôle Médical - Anatomie des Organes - Service de Médecine II / Hôpital de Neurologie	31.01 - Médecine
OUASSAKI Catherine	MSB CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Imagerie nucléaire et santé vasculaire / HEC	31.01 - Radiologie Nucléaire théorique (Epave - Epave)
OUASSAKI Sébastien	MSB ACS	+ Pôle de Gynécologie Obstétricale - Service de Gynécologie Obstétricale / HEC	31.01 - Gynécologie - Obstétricale ; gynécologie médicale Epave - Gynécologie - Obstétricale

NOM et Prénoms	CP	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Section du Conseil National des Universités
SAMRAI Hani	SRN SC	+ Pôle d'ophtalmologie - Ophtalmologie (OP) + Service d'ophtalmologie / Service d'ophtalmologie (OP)	11.12 Ophtalmologie
SAMWAG Erik André	SRN SC	+ Pôle de Santé publique et Santé au Travail + Service de Santé Publique / Santé (SC) + Service d'ophtalmologie et de soins de l'œil (OP)	46.04 Biochimie, Biochimie clinique et Toxicologie et Otorhinolaryngologie (Ophtalmologie)
DAUSSE Olivier	SC SC	+ Pôle d'ophtalmologie - Ophtalmologie et Dermato-Ophtalmologie + Service de Chirurgie Ophtalmologique (Service Ophtalmologie)	52.04 Ophtalmologie
Wittmann WITZIG Anne	SRN SC	+ Pôle de Spécialité Médicale - Dermatologie (DM) + Service d'Ophtalmologie / Service Ophtalmologie (OP)	11.12 Dermatologie
Wittmann WITZIG Anne Corinne	SRN SC	+ Pôle de Neurologie + Laboratoire de Diagnostic Génétique / Service d'Ophtalmologie (OP)	47.14 Génétique (Service Ophtalmologie)
SHREVEY FIONA	SRN SC	+ Pôle Ophtalmologie - Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique + Service de Médecine Ophtalmologique - Ophtalmologie (Ophtalmologie)	46.12 Ophtalmologie
Wittmann WITZIG Corinne	SRN SC	+ Pôle de Psychiatrie et de Soins Psychiatriques + Service de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents (PE)	47.04 Pédiopsychiatrie - Pédiopsychiatrie
CHATEL Frédéric	SRN SC	+ Pôle Tumeur - Oncologie + Service d'Ophtalmologie et de Neurologie (Service Ophtalmologie / OP)	52.02 Oncologie Neurologique
DEBRY Laurence	SRN SC	+ Pôle des Neurosciences Cognitives, Psychiques et de la Communication + Service de Neurologie - Ophtalmologie et Neurologie (Service Ophtalmologie / OP)	52.01 Neurosciences Cognitives, Psychiques et de la Communication Ophtalmologie Neurologique
WALLACE John	SRN SC	+ Pôle de Médecine Interne - Anatomie, Médecine, Neurologie, Néphrologie (Néphrologie) (Nephrologie) + Service de Néphrologie et Soins de Santé Néphrologique	51.01 Néphrologie
CHIFFOLEAU Dominique	SRN SC	+ Pôle d'ophtalmologie et de soins de l'œil + Pôle d'ophtalmologie - Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique + Service des Maladies oculaires et de Neurologie Ophtalmologique	11.14 Ophtalmologie (Service Ophtalmologie)
Wittmann WITZIG Anne Corinne	SRN SC	+ Pôle d'Ophtalmologie - Ophtalmologie + Service de Neurologie / Service de Neurologie	46.12 Neurologie
WILLM Frank	SRN SC	+ Pôle d'ophtalmologie - Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique + Service d'ophtalmologie - Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie / OP)	42.12 Radiothérapie et Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie)
WITZIG Anne	SRN SC	+ Pôle de Santé publique et Santé au Travail + Laboratoire de Santé Publique - Santé - Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie) + Laboratoire d'Ophtalmologie et de Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie)	46.12 Ophtalmologie, Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie)
WITTE Denis	SRN SC	+ Pôle de Médecine Interne - Anatomie, Médecine, Neurologie, Néphrologie (Néphrologie) (Nephrologie) + Service de Médecine Interne - Anatomie et Soins de Santé Ophtalmologique	51.01 Ophtalmologie (Néphrologie)
WITTE Denis	SRN SC	+ Pôle de Psychiatrie et de Soins Psychiatriques + Service de Psychiatrie - Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie)	46.12 Psychiatrie (Ophtalmologie)
WILLI Stéphane	SRN SC	+ Pôle de Biologie + Laboratoire de Biologie et de Pathologie (Service Ophtalmologie)	54.02 Biologie et Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie)
WITTE Denis	SRN SC	+ Pôle de Santé publique et Santé au Travail + Service de Santé Publique - Santé - Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie)	52.01 Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique
WITTE Jean - Christophe Hervé	SRN SC	+ Pôle de Spécialité Médicale - Dermatologie (DM) + Service de Médecine Interne - Service Ophtalmologie (OP)	51.01 Ophtalmologie (Dermatologie)
WITTE Frédéric	SRN SC	+ Pôle des Neurosciences Cognitives, Psychiques et de la Communication + Service de Neurologie Ophtalmologique et de Neurosciences Cognitives, Psychiques et de la Communication (Ophtalmologie) + Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique et Neurosciences Cognitives, Psychiques et de la Communication (Ophtalmologie)	52.02 Neurosciences Cognitives, Psychiques et de la Communication
Wittmann WITZIG Anne Corinne	SRN SC	+ Pôle d'Ophtalmologie - Ophtalmologie + Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique / Ophtalmologie (Ophtalmologie)	46.12 Neurologie

SC : Service de Santé Ophtalmologique - SC : Service Ophtalmologique - OP : Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique

SC (Ophtalmologie) : Service de Santé Ophtalmologique - SC (Ophtalmologie) : Service Ophtalmologique - OP (Ophtalmologie) : Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique

SC : Service de Santé Ophtalmologique

SC : Service de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie) (Ophtalmologie)

Ophtalmologie : Service de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie) (Ophtalmologie)

SC : Service Ophtalmologique

AA - PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CP	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Section du Conseil National des Universités
CAVEL Laurent	SRN SC	+ Pôle Spécialité Médicale - Ophtalmologie / OP + Service de Santé Ophtalmologique / NIE	46.05 Maladies oculaires
VANRISTEN Steven	SC	+ Pôle Ophtalmologie - Ophtalmologie + Service de Santé Ophtalmologique - NIE	52.07 Santé Ophtalmologique
WITTE Denis	SC	+ Pôle Ophtalmologie - Ophtalmologie + Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique / Ophtalmologie (Ophtalmologie)	46.14 Neurologie, Ophtalmologie et Soins de Santé Ophtalmologique (Ophtalmologie)

21 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers au Institut / Localisations	Disciplines de Cours / Institut des Universités
AGU Pierre		- Pôle d'ophtalmologie - Service de Médecine oculaire et ophtalmologie / EA5	43.01 Médecine oculaire et ophtalmologie
WILKINSON-BACH Michel		- Pôle de pharmacologie - Unité de pharmacologie clinique (Unité de Médecine)	44.01 Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, pharmacologie 44.02 Ophtalmologie fondamentale
BEDONVIERES		- Pôle de Spécialités Médicales Ophtalmologie / EA5 - Service de Neurologie et Neurophysiologie / EA5	33.01 Neurologie
MIRAVOLATA YVES		- Pôle de Diagnostic - Laboratoire de Diagnostic Biologique / EA5 et EA6	47.01 Biologie (général biologique)
BOUFFEYER		- Pôle d'ophtalmologie - Service de Médecine oculaire et ophtalmologie / EA5	43.01 Médecine oculaire et ophtalmologie
MIRAVES PIERRE		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Médecine et de Biologie en Biologie / EA	44.01 Médecine et Biologie moléculaire
BOYER Marie		- Pôle de Biologie - Institut de Biologie / EA5 et EA6	43.01 Biochimie, Biologie, Biologie moléculaire 43.02 Biologie et médecine
MIRAVES Pierre		- Pôle de Biologie - Laboratoire de neurobiologie et de neurologie moléculaire / EA - Institut de Biologie / EA5 et EA6	43.01 Parasitologie et médecine 43.02 Biologie (général biologique)
MIRAVES Christine		- Pôle d'ophtalmologie - Service de Médecine oculaire et ophtalmologie / EA5	43.01 Médecine oculaire et ophtalmologie
CASARD Vincent		- Pôle de Diagnostic - Laboratoire d'histochimie et de cytochimie / EA5 et EA6	47.01 Histochimie
COFFIN Gilbert		- Pôle d'ophtalmologie - Service de Médecine oculaire et ophtalmologie / EA5	43.01 Ophtalmologie et médecine oculaire
MIRAVES Yannick		- Pôle de Biologie - Service de Neurochirurgie / EA	43.01 Neurobiologie
COFFIN Jocelyne		- Pôle de Diagnostic - Département de Biologie structurale Hospitalière (DBSH)	47.01 Biochimie - Biochimie moléculaire 47.02 Biologie (général biologique)
COFFIN Thomas		- Pôle de Diagnostic - Laboratoire d'histochimie et de cytochimie / EA5 et EA6	47.01 Histochimie (général biologique)
LEJEUNE Philippe		- Pôle d'ophtalmologie - EA5 - Service de Biologie / EA	43.01 Médecine oculaire et ophtalmologie
COFFIN Pascal		- Pôle Ophtalmologie - Médecine oculaire et ophtalmologie / EA5 et EA6 - Service de Neurobiologie moléculaire / EA5 et EA6	43.01 Ophtalmologie
MIRAVES Denis Wilfrid		- Pôle de Biologie - Service des maladies infectieuses et tropicales / EA5 - Service des maladies infectieuses et tropicales / EA5	33.01 Ophtalmologie et médecine oculaire
DAUVOUST Yves Nassim		- Pôle de Diagnostic - Laboratoire de Biologie et Biologie moléculaire / EA5	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Nicolas		- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / EA5 - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / EA5	43.01 Ophtalmologie et médecine oculaire
BOYER Jean-Christophe		- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / EA5 - Service de Diagnostic général et de médecine / EA	43.01 Ophtalmologie
BOYER Jean		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie générale / EA5 et EA6	47.01 Biologie (général biologique)
MIRAVES Vincent		- Pôle de Diagnostic - OCT - Service de Neurologie / EA5 et EA6	43.01 Neurologie
BOYER Pascal		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et Biologie moléculaire / EA5	44.01 Médecine et biologie moléculaire
MIRAVES Jean		- Pôle de Neurologie et Neurophysiologie / EA5 - Service de Neurologie et Neurophysiologie / EA5	44.01 Neurologie
MIRAVES Jacques André		- Pôle de Biologie - Service de Médecine moléculaire et génétique moléculaire et - Laboratoire de Neurologie / EA5 et EA6 - Service de Neurologie / EA5 et EA6	44.01 Médecine moléculaire et génétique moléculaire
COFFIN Vincent		- Pôle de Diagnostic - OCT - Service d'investigation Oculaire (IO) - EA5 et EA6	43.01 Ophtalmologie, médecine oculaire et ophtalmologie
RUSCHI Denis	OC	- Pôle de Diagnostic - Laboratoire de diagnostic de maladies infectieuses / EA5 et EA6	43.01 Parasitologie et médecine (général biologique)
BOYER Jean-Christophe		- Pôle de Neurologie et Neurophysiologie / EA5 - Service de Neurologie / EA5 et EA6	44.01 Neurologie (général biologique)
MIRAVES Pierre		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'ophtalmologie / EA5 et EA6	43.01 Ophtalmologie - Biologie, ophtalmologie 43.02 Ophtalmologie et médecine oculaire
BOYER Vincent		- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / EA5 - Service de Médecine moléculaire et génétique moléculaire / EA5	44.01 Parasitologie (général biologique)
MIRAVES Jean		- Pôle de Diagnostic - Service d'ophtalmologie / EA5 et EA6	43.01 Ophtalmologie et médecine oculaire

NOM et Prénoms	CE ²	Services hospitaliers au sein des / Localisation	Service(s) du Centre National des Universités
Mme HAMA YOUSSEF		• Pôle de Biologie - Section Bactériologie et de microbiologie (IMM-HUS et vacuol)	45.03 Bactériologie - Microbiologie (Bactériologie)
Mme SOLEH HUSSEIN		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie / Institut de Biologie	45.03 Bactériologie - Microbiologie / Mycologie - Parasitologie Bactériologie - Parasitologie - Microbiologie
Mme GHARF CHAMEL		• Pôle de Médecine Interne, Immunologie, Néphrologie, Podologie, Gynécologie (MIMC) - Service de Parasitologie / Institut de Biologie	45.03 Parasitologie
Mme TALAB (ANDRE) BOUC SYDIA		• Pôle de Biologie - Section Bactériologie et de microbiologie (IMM-HUS et vacuol)	45.03 Bactériologie - Microbiologie - Parasitologie
Mlle TALAB Samy		• Pôle de Pathologie Parasitaire - Service de Parasitologie et maladies Parasitaires (MIMC)	45.03 Parasitologie (parasitologie)
Mme TALAB Zahra		• Pôle de Biologie - Parasitologie - Service de Parasitologie Parasitaire / Institut de Biologie	45.03 Parasitologie
Mlle THOU BOUC		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la reproduction / Centre de Recherche	45.03 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (Biologie - Microbiologie)
Mlle TALAB Samy		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Parasitaire - Institut de Biologie	45.03 Immunologie, Parasitologie Bactériologie - Parasitologie - Microbiologie
Mme TALAB HOUSSA AYOUB		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie / Institut de Biologie	45.03 Bactériologie - Microbiologie / Mycologie - Parasitologie Bactériologie - Microbiologie - Parasitologie
Mme TALAB HOUSSA		• Pôle de Biologie - Lab. de microbiologie et de Mycologie médicale (IMM-HUS et vacuol)	45.03 Microbiologie et mycologie (Bactériologie)
Mme TALAB HOUSSA AYOUB et MARCHAÏNE D. J. KERRY		• Pôle de Biologie - Parasitologie - Service de Parasitologie et d'Examens parasitologiques (MIMC)	45.03 Parasitologie
		• Service de Parasitologie et d'Examens parasitologiques (MIMC)	45.03 Parasitologie (parasitologie)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monopartenant)

M. BOUABDILOU ELBAZ	Laboratoire d'Épidémiologie des maladies infectieuses et de la santé publique / Anatomie pathologique	74	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	---	----	---

B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monopartenant)

Mme QUARANTA	UMC - IME 7157 - Ecole IME / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
M. BILLOREZ Jean-François	UMC - IME 7157 - Ecole IME / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
M. ARSAÏ M	Laboratoire d'Épidémiologie des maladies infectieuses et de la santé publique / Anatomie pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
M. LANDRE David	UMC - IME 7157 - Ecole IME / Faculté de Médecine	68	Neurosciences
Mme MAZOUZ Lilia	Laboratoire d'Épidémiologie des maladies infectieuses et de la santé publique / Anatomie pathologique	69	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme ECHBERE Halima	Laboratoire d'Épidémiologie des maladies infectieuses et de la santé publique / Anatomie pathologique	74	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme THOUAÏ Meryem	Laboratoire d'Épidémiologie des maladies infectieuses et de la santé publique / Anatomie pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
M. TALAB SAM YOUSSEF	Laboratoire d'Épidémiologie des maladies infectieuses et de la santé publique / Anatomie pathologique	74	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
M. ZEMME Aydi	Laboratoire d'Épidémiologie des maladies infectieuses et de la santé publique / Anatomie pathologique	74	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques

E - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

M. DESJARDINS
 M. DESJARDINS
 M. DESJARDINS
 M. DESJARDINS
 M. DESJARDINS
 M. DESJARDINS

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

Dr. CHENET
 Dr. CHENET

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

Dr. CHENET
 Dr. CHENET
 Dr. CHENET
 Dr. CHENET
 Dr. CHENET

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

M. DESJARDINS	• Pôle Urgences Pédiatriques • Service de Traumatologie et de Soins de Réanimation Cardiovasculaire / CHU
M. DESJARDINS	• Pôle Urgences Médicales, Chirurgicales et Obstétricales • Service de Diagnostic Médical / CHU
Mme Desjardins	• Pôle de Pharmacie - Pharmacie • Service de Pharmacie - Pharmacie / Centre Hospitalier
M. DESJARDINS	• Pôle de Soins de Santé de Longue Durée et d'Urgences Pédiatriques / CHU / Robertsau
M. DESJARDINS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / CHU • Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Centre Hospitalier
M. DESJARDINS	• Pôle de Soins Primaires et Santé au Travail • Service de Santé Publique - CHU / Centre Hospitalier
Mme Desjardins	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / CHU • CHU
M. DESJARDINS	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique • Service de Gynécologie Obstétrique / CHU
M. DESJARDINS	• Pôle Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie / CHU • Centre de Soins de Santé de Longue Durée / Centre Hospitalier
Mme Desjardins	• Pôle Urgences • Service de Soins de Santé de Longue Durée / Centre Hospitalier
Mme Desjardins	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / CHU • Centre de Soins de Santé de Longue Durée / Centre Hospitalier
M. DESJARDINS	• Pôle Urgences - Ophtalmologie • Service des Urgences Médicales et Pédiatriques / Centre Hospitalier
Mme Desjardins	• Pôle Urgences - Ophtalmologie - Médecine Intensive et Réanimation • CHU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

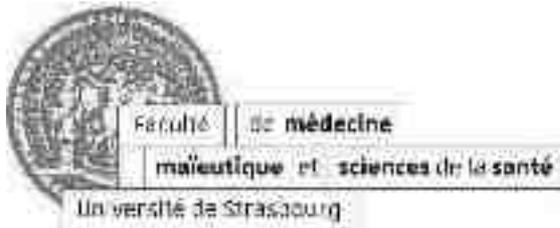
- de droit et de la Faculté de Théologie
 - CHANDLER Pierre (Histoire et théologie médiévale)
 - MARTEL Jean-Louis (Généralisme, histoire religieuse et ecclésiologie)
- pour trois ans (du septembre 2022 au 31 août 2024)
 - BÉGIN, Jean-François (Sciences de l'éducation)
 - CHAMPAGNE Geneviève (Médecine infectieuse et tropicales)
 - DAVID, Charles-Edouard (Psychologie)
 - FRANCOIS, Louis (Théologie) (2022-2024)
 - KOHL, Jean-François (Chimie organique et de la santé)
 - KOFFIC, Jean-François (Génétique humaine et chimie des protéines)
 - MILLER, André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Santé)
 - NOU, Gérard (Linguistique)
- pour trois ans (du septembre 2022 au 31 août 2024)
 - DAVID, André (Psychologie) (2022-2024)
 - FRANCOIS, Jean-François (Génétique humaine et chimie des protéines)
 - KOHL, Jean-François (Génétique humaine)
 - NOU, Gérard (Linguistique)
- pour trois ans (du septembre 2022 au 31 août 2025)
 - MIL, Oleg (Géologie) (2022-2025)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

N. MURPHY	EN-C	FLAD
-----------	------	------

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Dr CHARLES BERNIERE	0014-2000
Dr ANTOINETTE	0014-2000
Dr LYNN MORTIMER	0014-2000
Dr MARIE PERRELLÉ	0014-2000
Dr MARIE-JOËLLE PERRELLÉ	0014-2000
Dr MRS. JACQUES	0014-2000
Dr ROBERTO DE LA ROSA	0014-2000



SERMENT D'HIPPOCRATE

(Version historique)

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

Aux membres de mon jury,

À Monsieur le Professeur SANANES, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, votre réactivité à la suite de ma demande a été très appréciable.

Au Professeur BERTSCHY, merci d'avoir accepté de participer à mon jury malgré votre emploi du temps bien chargé et les rebondissements !

Au Docteur Marine GROS, merci d'avoir relevé ce challenge que de m'accompagner dans mon travail de façon aussi spontanée que pertinente !

Merci à M. SCHAEFFER de m'avoir aidée et guidée pour la partie statistique de mon travail !

Aux professionnels de santé que j'ai croisés pendant mon cursus,

Dr PERROT Amélie, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance dans ton accompagnement en tant que tutrice puis en tant que consœur, merci de m'avoir fait confiance en me confiant ta patientèle !

Dr GUILLOSSON Pascale, d'un stage à tes côtés est née une amitié précieuse que j'espère nous garderons. Tu as toujours été à l'écoute pour moi dans les moments difficiles de mon internat et je m'en souviendrai toujours ! Merci pour tout !

Dr FROIDEVAUX Jean-Claude, merci m'avoir fait part de ta vision de la médecine ! merci aussi pour ta bonne humeur et les déjeuners sur le pouce au Chupito !!

Dr MAUCHAMP Agathe, merci pour ton calme et ta douceur, Dr HENRIOT Laure, merci pour les rigolades en salle de pause, les conseils avisés et de m'avoir fait confiance pendant ton congé mat, Dr WIESER Audrey, merci pour tes connaissances, ta gentillesse et tes patients « compliqués » 😊, Dr SCHALCK Frédérique, merci de t'être toujours rendue disponible.

A Claire, à ton optimisme et à ton sourire à toute épreuve, nos déjeuners en salle de pause me manquent déjà...

A Caroline, la meilleure secrétaire de toute la terre ! Ta bonne humeur et ton rire m'ont motivée à venir au cabinet même avec 1h de retard de train, heureusement que tu étais là pour me sauver à chaque fois !

Aux médecins du service de médecine interne de Colmar, notamment Bastien et Hanta, merci pour votre patience et tout ce que vous m'avez appris !

Aux médecins des urgences à Saverne notamment Amish, Marie, Caroline et Paul, merci pour tout !

A tout le personnel soignant IDE, AS et ASH que j'ai pu croiser (la liste est longue), les études m'ont appris que chaque acteur de santé est essentiel à la bonne prise en charge des patients.

À ma famille à MOI,

Victor, mon amour, mon ami, toi qui partages ma vie en la rendant plus belle chaque jour, toi qui me donnes la force de me battre, toi qui me rends meilleure, toi qui me fais avoir les meilleurs fous rires et les meilleurs délires, notre amour est plus fort que tout. Merci d'être là, que j'ai hâte de vieillir à tes côtés, T'aime !

Olympe, ma fille, ma vie, si petite au moment où j'écris ces lignes ! Merci d'avoir été sage dans mon ventre et pendant tes 3 premiers mois de ta vie pour que je finisse ce travail, l'aventure ne fait que commencer !

Tapioca, mon premier bébé, ma chienne d'amour, oui même toi tu as ta place dans les remerciements car c'est toi qui me permets d'avoir un équilibre dans ma vie !

À ma famille,

Maman, à toi qui m'as toujours épaulée, qui m'a toujours fait croire en moi et en ce que je pouvais faire. Merci pour ta folie mais aussi ton sérieux, merci d'être toujours là pour moi quoi qu'il advienne. Tu as toujours fait en sorte que tout se passe dans les meilleures conditions pour nous ! Quelle Mère tu es, quel honneur d'être ta fille ! Je t'aime.

Papa, je me souviens encore de notre discussion dans la cuisine rue Félix Trutat, je n'écrirais pas ces mots si tu n'avais pas été là. Merci de m'avoir inculqué tes valeurs, ton humilité et ton goût pour le travail mais aussi le sens du sacrifice pour les choses qu'on aime. Je t'aime Poupette.

Charlotte, ma sœur d'amour (et de la discorde), merci d'avoir été là pendant mes études aussi bien pour faire les « saucisses » que pour me faire réviser. J'ai encore les larmes aux yeux quand je repense au jour où j'ai quitté la chambre d'enfant... J'aime tout avec toi, quand on rit, quand on s'engueule, quand on pleure, quand on écoute de la musique et quand on « scut-

di » ! Je suis fière de toi et je t'aime de tout mon cœur. Merci de nous avoir amené Arthur pour toujours plus de folie et rigolade !

Julien, mon tout petit frère plus grand que moi, merci pour les fous rires qu'on a pu avoir avec Charlotte ! Merci d'avoir le même caractère (en pire) que moi, ça anime nos retrouvailles ! Je suis fière de l'homme (musclé) que tu es devenu, je t'aime mon Juju.

Mamie, toi qui es mon exemple par ton intelligence, ton âme pure, et ton amour inépuisable pour chacun d'entre nous ! À notre relation si privilégiée que je chéris chaque jour ! Sans les devoirs faits sur la table de la cuisine à Messigny, je n'en serais pas là c'est sûr ! Je t'aime infiniment ma petite Mamie.

Papi, à toi qui as toujours été bienveillant avec moi, à toutes nos conversations pendant les trajets vers Bonvaux. Merci de m'avoir inculqué ton amour pour la nature et l'histoire, et les conseils de bien manger des fruits secs pendant les révisions, ça a payé ! Merci pour l'amour et la fierté que tu me portes, je t'embrasse très fort.

Nicolas, mon parrain et oncle adoré ! Merci d'avoir toujours veillé à me garder cultivée même si parfois ça va un peu trop loin !! C'est grâce à toi si j'ai pu lever le nez de mes livres de médecine... ! Ton parcours et ton esprit m'inspireront toujours, quel honneur d'être ta filleule. Emmanuelle, merci pour ta douceur et de d'être toujours intéressée à mon parcours, tes conseils avisés ont toujours porté leurs fruits !

À mes cousins, Céleste, mon thème astral avait-il vu juste ? « viens on se fait une P2 » ;), Léonard, merci de toujours me faire rire quand on se voit, Angèle, la belle gosse charismatique de la famille ! À toi Eva, la jeune fille intelligente, incroyablement mature et sensible que tu es devenue, tu le sais déjà mais je serai toujours là pour toi.

À mes grands oncles et tantes, Tata Nanie, merci pour tes pensées pendant mes études et merci pour tous les bleus que tu m'as montrés, avec toi, on ne s'ennuie jamais ! Tonton Jacques, le puits de science de la famille, j'espère que j'aurais un jour ton niveau en anglais et espagnol, merci d'avoir suivi tout mon cursus avec beaucoup d'intérêt, je t'embrasse !

À ma belle-famille,

Catherine et Olivier, merci de m'avoir accueillie dans votre foyer, de m'avoir soutenue dans la fin de mes études et d'être toujours là pour nous aider avec Victor. Je vous embrasse affectueusement !

À Marine, Camille et Gustave (et Chachou), merci pour tous les bons moments déjà passés avec vous et tous ceux qui restent à venir !! Bisous les renp' ;)

À toutes celles et ceux qui ne sont plus là pour vivre ce moment, ce travail vous est dédié...

À Estelle, ma bonne étoile, pas un jour ne passe sans que je pense à toi, toi qui es là avec moi à chaque instant de ma vie, j'aurai tellement aimé que tu sois là. Atome.

À ma Nonna, je sais l'intérêt que tu portais au corps médical, même si les souvenirs sont loin, ils restent et j'espère que tu m'as surveillée de là où tu es.

À ma Tatanette, à ta douceur et ton franc parler, à toi qui m'as appris la tolérance et l'empathie essentielles à mon métier, je sais que tu penses à moi, ta toubinette.

À mon Papi Michel, voilà ça y est je suis toubi ! Tu aurais été heureux de sabrer le champagne, en cette occasion ! J'espère te rendre fier !

À mes amis,

Mes p'tites bombes,

Chloé, toi qui as toujours été là, quel mérite alors que nos parcours ont été si différents ! Merci pour ta bonne humeur à toutes épreuves ! Toi qui as su manager ta vie seule pour arriver avec brio là où tu es, le meilleur reste à venir, je suis si contente de notre amitié si précieuse qui, je suis sûre, traversera encore les décennies ! Léchouille dans l'œil ma caille ;))

Jeanne, Janoux, mon amie depuis la seconde ! C'est avec toi que j'ai fait les 400 coups, entre les soirées bien arrosées et les trophées volés dans Dijon ;) C'est toi qui m'as remise maintes fois dans le droit chemin avec tes mots si justes et si bien trouvés ! Merci de me permettre de te compter parmi tes amis même si plusieurs fois je ne l'ai pas mérité... Pour toujours tu es ma Dancing Queen <3

Charlotte, mon chat, que d'aventures depuis la 6^{ème} ! A toutes les fois où on a été séparées en cours, à nos fous rires mémorables quand on révisait chez tes parents ou encore nos nuits blanches à parler et j'en passe et des meilleures ! Nous voilà maintenant maman toutes les 2 !! Vivement nos prochaines années ensemble, love youuuu

À mes amies de fac,

Valentine, ma valoche, ma prez', mon amie depuis le lycée. Merci pour ta douceur, d'avoir toujours été à l'écoute et de m'avoir fait grandir grâce à tes paroles, ton tempérament et ta personnalité sont une source d'inspiration pour moi. Tu as une place si importante dans mon cœur, une nouvelle page de notre amitié va s'écrire avec nos bébés, j'ai si hâte, je t'aime ma biche !

Camille, ma Joum, ma Giacominossetta. Je te revois encore fumer une clope avec ton trench que j'avais taché de café, qui l'eut cru qu'il en serait né une si belle amitié ? Je ne me lasse pas

de prendre exemple sur cette si belle personne que tu es devenue. Tu as su réaliser tes rêves et tu poursuis à les accomplir haut la main, je suis si fière de toi ! Comme je te le dis toujours, merci d'être toi, pronto aqui, love forever !

Mathilde, Mathou, mon chouchou, mon petit TDB. A notre amitié qui est passée par : la cafet, le pilate, le bike and run (lol), les soirées, les vendanges et bien d'autres ! Que de souvenirs ensemble depuis 10 ans, même si ce n'était pas drôle, je suis nostalgique des WE de révisions à BLC avec la soupe au cresson du Francis et les gaufres avec 8 œufs de Josi. J'ai tellement hâte de te rejoindre dans le sud, je t'aime fort mon petit TDB

Florane, ma Flo d'amour. Malgré nos chemins qui ont été différents, tu as toujours mis un point d'honneur à notre amitié ! À toutes nos soirées improvisées et aux lendemains devant Pingoo, à tous les pots d'Ovomaltine ravagés ahah. Nous voilà mamans maintenant, merci d'être toujours là, tu peux être fière de ta petite famille, je t'aime ma poule !

Toulla, ma toullita. Qu'aurait été l'externat sans toi ? Toi qui es toujours partante pour tout, qui fait passer tous les maux en un éclat de rire, qui toujours est à l'écoute et la tête sur les épaules. Je n'ai qu'une dernière chose à dire : druuuunk in looooooove (de toi) !

Margot, ma Gogo (danseuse). À toi qui es toujours si soucieuse de notre bien être quitte à t'oublier (pas bien !), que j'aurai aimé que nos discussions en terrasse avec un spritz durent une éternité, tu es une si belle personne, je t'embrasse fort.

Morgane, Momo nationale. Ton calme et ton altruisme m'impressionneront toujours ! Je suis contente que la médecine nous ai fait croiser nos chemins ! One life One thèse One baltouz forever !

Arthur, Arfergress. Je n'oublierai jamais notre année de colloc si mythique, qu'elle est loin cette époque ! Même si la distance est là, ton amitié compte toujours autant pour moi ! Allooo

Emiloche ??? Des bisous depuis l'aspirateur (toi seul comprendras)

Emmanuel, mon Bouhey, mon faux frère depuis le lycée. Je pense toujours autant à toi et à nos années de rigolades, en cours, en amphi et en soirée, merci d'exister !

Thibaud, mon vieux colloc, même si le temps nous a séparé mais je ne t'oublie pas toi et ton amour pour les toupies !

À mes amis et voisins strasbourgeois,

Cyril & Clothilde, Dorine & Antoine, Jérémie & Cécile, David, merci pour tous les bons moments passés ensemble, les apéros traquenards, les dépannages alors que j'étais à la porte mais surtout la bonne ambiance qui régnait au sein de cette méga colloc de rêve, vous allez me manquer ...

À mes co-internes,

Marine, toi qui m'as suivie dans beaucoup de mes stages et qui m'a toujours épaulée dans la joie et la bonne humeur, quelle association improbable mais qui m'a tellement fait chaud au cœur pour cette thèse ! Je te souhaite le meilleur avec Thomas.

Baptise, mon bon vieux Jacob, même si on n'a jamais été co-interne, on a toujours passé de bons moments ensemble à Strasbourg, une bise à toi et à Clem !

À mes co-internes de médecine interne à Colmar : Arnaud, Noémie, Anne, Marine, Edwin, Matthieu, Emma, toutes ses heures interminables de boulot, les samedis matin horribles, heureusement qu'on était là les uns pour les autres !

À mes co-internes de Saverne qui ont su faire passer la pilule des urgences : Marie, Emma, Pauline, Edwin, Laura, Matthias, Cyril, je vous embrasse !

À mes co-internes de gyneco : Elise, Sébastien et Marion, c'était pas facile tous les jours mais on s'est bien marrés ! Je n'oublie pas les sage-femme Priscilla, Juste et Cécile qui m'ont tellement appris tant sur le plan théorique que humain, Luisa, psychologue, merci de m'avoir transmis une partie de ton savoir et changer la manière de voir certaines situations, tu as été si inspirante !

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DPP : Dépression Post Partum

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDC : État Dépressif Caractérisé

EDEN : Étude de cohorte généraliste menée en France sur les Déterminants pré- et postnataux précoces du développement psychomoteur et de la santé de l'Enfant.

ELFE : Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance

ENCMM : Enquête Nationale Confidentielles sur les Morts Maternelles

EPDS : Endinburgh Post-natal Depression Scale

FDA: Food and Drug Administration

HAS : Haute Autorité de Santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Materno-Infantile

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

TSPT : Troubles du Stress Post Traumatique

UME : Unité Mère Enfant

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures :

Figure 1 : Place accordée au dépistage de la dépression post-partum.

Figure 2 : Nombre de consultations post-natales effectuées chez les médecins qui dépistent la DPP.

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Effectifs et proportions du nombre de consultations post natales par an.

Tableau 2 : Effectifs et proportions des médecins qui interrogent sur l'état de santé des patientes pendant une consultation de leur nourrisson.

Tableau 3 : Effectifs et proportions des médecins qui se font solliciter par les patientes au cours d'une consultation pour leur nourrisson.

Tableau 4 : Motifs les plus courants demandés par les patientes.

Tableau 5 : Thèmes abordés et dépistés par les médecins au cours d'une consultation avec une patiente ayant accouché dans l'année.

Tableau 5A : Raisons pour lesquelles les médecins ne dépistent pas la DPP.

Tableau 5B : Facteurs de risques qui inciteraient les médecins à rechercher une DPP.

Tableau 5C : Signes les plus caractéristiques de la DPP pour les médecins qui n'effectuent pas le dépistage de la DPP.

Tableau 5D : Connaissance de la consultation post-natale chez les médecins qui n'effectuent pas le dépistage de la DPP.

Tableau 5E : Effectifs et proportions des médecins n'effectuant pas le dépistage de la DPP qui ont été confrontés à une DPP.

Tableau 6A : Manière de réaliser le dépistage de la DPP.

Tableau 6B : Supports conseillés aux patientes par les médecins qui réalisent la DPP.

Tableau 6C : Effectifs et proportions des médecins effectuant le dépistage de la DPP qui ont été confrontés à une DPP.

Tableau 6D : Connaissance consultation post-natale chez les médecins qui effectuent le dépistage de la DPP.

Tableau 6E : Signes les plus caractéristiques de la DPP pour les médecins qui effectuent le dépistage.

Tableau 6F : Outils diagnostiques utilisés.

Tableau 7 : Moyens à mettre en place pour améliorer le dépistage de la DPP.

Tableau 8 : Professionnel de santé le plus à même de dépister la DPP.

Tableau 9 : Sexe des participants.

Tableau 11 : Proportions des participants ayant des enfants.

Tableau 12 : Nature de l'activité des médecins participants.

Tableau 13 : Type d'exercice des médecins participants.

Tableau 14 : Sexe des participants qui effectuent le dépistage de la DPP.

Tableau 15 : Proportion des participants effectuant le dépistage de la DPP qui ont des enfants.

Tableau 16 : Nature de l'activité des participants qui effectuent le dépistage de la DPP.

Tableau 17 : Type d'exercice des médecins qui effectuent le dépistage de la DPP.

Tableau 18 : Nombre de consultations post-natales chez les médecins qui effectuent le dépistage de la DPP.

Tableau 19 : Effectifs et proportions des médecins effectuant le dépistage de la DPP qui interrogent l'état de santé des patientes.

Tableau 20 : Effectifs et proportions des médecins n'effectuant pas le dépistage de la DPP qui interrogent l'état de santé des patientes.

Tableau 21 : Effectifs et proportions des médecins effectuant le dépistage de la DPP qui interrogent l'état de santé des patientes.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	14
Liste des abréviations.....	23
Liste des figures et tableaux.....	24
I. Introduction.....	29
I.1 Historique	29
I.2 Définitions et spécificités	31
a) Classifications internationales.....	31
b) Spécificités.....	34
c) La dépression post partum en quelques chiffres.....	35
I.3 Facteurs de risque	36
a) Avant la grossesse	37
b) Pendant la grossesse et l'accouchement	38
c) Après l'accouchement.....	38
I.4 Diagnostic et dépistage	39
I.5 Évolution et complications.....	42
a) Concernant la mère.....	42
b) Concernant l'interaction mère-enfant	43
c) Concernant l'enfant.....	45
d) Concernant le couple	46
I.6 Diagnostics différentiels.....	47
a) Le baby blues.....	47
b) La psychose puerpérale.....	48
c) Le stress post traumatique.....	49
I.7 Traitements	50
II. Objectifs de l'étude	51
II.1 Objectif principal	52
II.2 Objectifs secondaires	52
III. Matériel et méthode	53
IV. Résultats.....	56
IV.1 Résultats détaillés par questions	56
IV.2 Résultats de l'étude en fonction des objectifs.....	71
a) Objectif principal	71
b) Objectifs secondaires	76
V. Discussion.....	78

VI. Conclusion	91
Annexes.....	94
Bibliographie.....	106
Résumé.....	111
Déclaration sur l'honneur.....	112

I. Introduction

I.1 Historique

La notion de troubles de la santé mentale a été évoquée dès le Vème siècle avant J.C. par Hippocrate et ensuite diffusée par Galien.

La théorie des humeurs était la plus répandue pendant l'Antiquité. Elle stipulait que le corps était composé de 4 humeurs (le sang, la lymphe, la bile jaune et la bile noire) et qu'elles devaient rester en équilibre pour que le sujet soit en bonne santé. Un déséquilibre mineur pouvait entraîner « un saute d'humeur » et un déséquilibre majeur pouvait menacer la santé du sujet.

Selon cette théorie, Hippocrate décrit « la folie puerpérale » et l'associe à la congestion du sang dans les mamelles et à un mauvais écoulement du sang dans les suites de couche. Cette théorie restera ainsi jusqu'au XVIIIème siècle puis sera petit à petit remise en cause.

Le premier médecin psychiatre qui s'intéresse aux dépressions périnatales et particulièrement à celles qui ne nécessitent pas d'hospitalisation est le français Louis-Victor Marcé. En 1958, il publie le *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales*.

Il étudie les différents symptômes cliniques des patientes, et les influences des maladies mentales lors de la période puerpérale. Il évoque que la dépression post-partum est une maladie plurifactorielle (notamment avec une part de l'environnement social). Il est également le premier à se poser la question du devenir des enfants des mères atteintes de maladies mentales.

Au cours du XXème siècle, va également émerger une nouvelle vague de psychiatres anglosaxons qui vont permettre l'avancée des connaissances sur la DPP.

On peut citer Brice Pitt qui caractérise et distingue les épisodes dépressifs non psychotiques périnataux. Il établit un premier questionnaire pour estimer la prévalence de ces épisodes et conclue qu'ils concernent 10% des femmes. Il est également un des premiers à s'intéresser à l'impact des épisodes sur l'environnement des mères.

Michael O'Hara développe un modèle de vulnérabilité et de stress de la dépression post-partum. L'hypothèse serait qu'au moment du post-partum, les femmes seraient plus sujettes à développer une dépression (à cause du facteur de stress psychosocial qu'engendre la venue du nourrisson). (1)

Channi Kumar a démontré que la dépression post-partum a des effets sur la dyade mère enfant. C'est lui qui prône l'hospitalisation de l'enfant avec la mère pour ne pas rompre le lien et crée la première Unité Mère-Enfant en 1959 au Royaume-Uni. En France, la première UME a été ouverte en 1979 à Créteil.

En 1987 est publié l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) créé par John Cox et son équipe (nous y reviendrons plus tard). Cet outil de dépistage a été traduit en 60 langues et est le plus utilisé de nos jours. Il a été traduit et validé en France en 1998.

Lynne Murray a, quant à elle, mené des études épidémiologiques qui visent à évaluer l'impact de la DPP sur la relation mère-enfant. Elle a montré qu'il y avait moins de communication entre les mères et les enfants et en résultaient des conséquences négatives sur le développement de ces derniers.

I.2 Définitions et spécificités

a) Classifications internationales

Les deux classifications les plus utilisées sont d'une part celui du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie publié en 2013 (2) et d'autre part celle de la Classification Internationale des Maladies CIM-10. (3)

Selon le DSM, les critères diagnostiques sont les mêmes que ceux d'un Épisode Dépressif Caractérisé (EDC) avec la notion de « début périnatal » c'est-à-dire pour le DSM, du début de la grossesse jusqu'à quatre semaines après l'accouchement.

Les critères sont les suivants :

A. Les symptômes 1 et/ou 2 sont obligatoires et il faut réunir 7 critères ou plus pendant une durée \geq deux semaines. Un symptôme ne peut être retenu que s'il représente un changement par rapport à l'état antérieur et s'il ne peut être imputé à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, rapportée de façon subjective (sentiment de tristesse, de vide ...), ou par les observations de l'entourage.

2. Une réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes, ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.

3. Une perte de poids significative en l'absence de régime, ou gain de poids significatif (comme une variation supérieure ou égale à 5% de la masse corporelle en 1 mois ou moins), ou la réduction ou l'augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4. Une insomnie ou une hypersomnie présente presque tous les jours.

5. Une agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (objectivable par l'entourage, pas simple ressenti subjectif d'impatience ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Un sentiment d'indignité, ou de culpabilité excessive ou inappropriée, presque tous les jours.

8. Une réduction des capacités de réflexion, de concentration, ou indécision quasi quotidienne.

9. Des pensées récurrentes autour de la mort, idéations suicidaires récurrentes avec ou sans élaboration d'un plan, ou tentative de suicide.

B. La symptomatologie est responsable d'une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères d'un trouble schizo-affectif, et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomane. NB : ce critère d'exclusion n'est pas valable si tous les épisodes maniaques ou hypomanes sont induits par une substance ou attribuables aux effets physiologiques d'une autre affection médicale.

Selon la classification CIM-10, qui a surtout pour but d'être statistique d'un point de vue de la morbi-mortalité, la DPP rentre dans la catégorie F53-0 « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité non classé ailleurs » si les dits troubles apparaissent dans les 6 semaines post partum.

Ces classifications internationales ont plusieurs limites.

La première est d'un point de vue de la temporalité des symptômes. En effet, il a été démontré que les symptômes de la DPP débutaient dans la majorité des cas entre 4 et 6 semaines après l'accouchement mais beaucoup d'auteurs considèrent que les DPP peuvent survenir jusqu'à un an après l'accouchement. (4)(5)

Une autre limite est que les critères notamment du DSM V concernent les EDC et les symptomatologies intenses des DPP, or beaucoup d'entre elles n'ont que des symptômes d'intensité légère à modérée. Ceci pourrait mener à les sous diagnostiquer.

Par ailleurs, parmi les critères, il y en a qui sont d'ordre somatique et très courants dans le post-partum comme la fatigue, la perte de poids ou encore le manque de sommeil et insomnies. Ceci aurait tendance, au contraire, à sur diagnostiquer les cas de DPP.

Ces limites conduisent à nuancer la définition de la DPP avec les spécificités qui lui sont propres.

b) Spécificités

Ce sont les psychiatres anglosaxons qui ont les premiers décrit les différences entre la DPP et l'EDC.

Tout d'abord, l'intensité des symptômes, est, dans la plupart des cas, légère ou modérée. En effet, les idéations suicidaires sont relativement rares.

Les symptômes spécifiques sont les suivants :

- L'anxiété est souvent au premier plan, elle est centrée sur le bébé et peut se manifester avec des phobies d'impulsion (peur de lui faire mal) et peut aller jusqu'à son évitement. (6)
- Une humeur triste avec sentiment d'incapacité envers le rôle maternel et un sentiment de découragement important sont très fréquents (7).
- La culpabilité est un symptôme bien représentatif et central du tableau clinique. Les mères considèrent « avoir tout pour être heureuse », elles minimisent donc leur mal-être, d'autant plus que la société peut exercer sur elles une pression négative. On peut parler de censure maternelle ou dissimulation volontaire des symptômes (qui diffère du déni qui lui, est inconscient). D'ailleurs elle conditionne également l'acceptation ultérieure d'une orientation vers un psychiatre ou psychologue. (4)
- Les patientes ont tendance à s'isoler plutôt que de demander de l'aide.

- On peut retrouver des plaintes somatiques (différentes que celles décrites dans le DSM-V) comme des céphalées persistantes, des troubles digestifs. Ces plaintes peuvent d'ailleurs être le seul motif de consultation.
- Une labilité émotionnelle peut être constatée (irritabilité, passage rapide du rire aux pleurs).
- Il peut y avoir des troubles de l'appétit, notamment une anorexie qui mène à une perte de poids plus importante que prévue.

Ces différents symptômes se présentent de façon hétérogène et sont plus fréquents le soir.

(6)

D'un point de vue temporalité, N. Guedeney distingue les DPP précoces qui surviennent entre 6 et 12 semaines post-partum et un deuxième pic apparaissant lors du 2^e semestre post-partum.

Les troubles de l'interaction mère enfant sont une entité clinique à part entière que nous développerons ultérieurement.

c) La dépression post partum en quelques chiffres

La prévalence de la DPP est estimée entre 10 et 30% (8)(9). Une méta-analyse réalisée en 2018 par Hahn-Holbrook et son équipe ont estimé la prévalence en France à 18%. (10)

Au sein de cette méta-analyse, 291 études ont été incluses qui a permis de mesurer une prévalence moyenne de 17,7%. Puis une autre méta-analyse a été effectuée pour chacun des 40 pays inclus.

A noter que la prévalence la plus faible a été mesurée à Singapour (3,1%) et la plus élevée au Chili (37,7%).

Étant donné qu'en 2022, il a été recensé 753 000 naissances en France (selon l'Insee), la dépression post partum concernerait donc entre 75 200 et 150 400 femmes qui ont donné naissance à des enfants vivants.

La forme sévère de la DPP est estimée entre 2 et 6% des femmes ayant accouché. (11) (12)

Elle est la 2^e cause de mortalité de la période post-partum (derrière les maladies cardiovasculaires) d'après le 6^{ème} rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) entre 2013 et 2015.(11)(13)(14)

Certaines études relatent qu'il y aurait la moitié des dépressions post-partum qui ne seraient pas reconnues par les professionnels de santé intervenant au cours de cette période.(15)(16)

I.3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque de la DPP sont assez nombreux et même si la plupart d'entre eux sont discutés (17)(risque de stigmatisation dans certaines situations), il est essentiel de les citer.

Ils peuvent être d'ordre biologiques et génétiques, psychologique, sociaux, périnataux. Nous les traiterons ici selon leur temporalité.

Globalement, O'Hara décrit en 1995 que la dépression post-partum se développe dans un contexte de vulnérabilité et d'adversité selon le modèle « Vulnérabilité/Stress ».(18)

a) Avant la grossesse

Les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux : dépression hors puerpéralité, dépression post-partum lors d'une grossesse antérieure (récurrence dans 30 à 50% des cas) (19), bipolarité. Au sein de la cohorte ELFE (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance), 12,5% des 15 143 mères incluses déclaraient une souffrance psychologie avant leur grossesse.(20)

Les antécédents addictologiques comme l'usage de substances.

La présence d'une personnalité avec faible estime de soi.(19)

Les antécédents médicaux : maladies héréditaires, diabète (21), hypertension artérielle.

Les antécédents obstétricaux : mort in utero, fausses couches à répétition, enfants handicapés ou hospitalisés, décès enfant avant la grossesse (22).

Les antécédents sociaux : milieu socio-économique bas (1) (40% des femmes qui se sont suicidées dans le post partum avait au moins un critère de vulnérabilité socio-économique d'après l'ENCMM), précarité, violences conjugales, célibat.(19) (23)

L'absence de facteurs protecteurs : support familial, conjoint (1) ou personnages significatifs féminins (par exemple mère ou grand-mère)(4), absence d'aide pratique.

L'âge maternel : les jeunes mères seraient plus sujettes aux dépressions post-partum.

L'étude de Munk-Olsen et al. menée sur des femmes de 1996 à 2010 a conclu que les femmes avec un épisode psychiatrique dans le post-partum avaient plus consulté leur médecin généraliste dans les années précédant leur accouchement.(24)

b) Pendant la grossesse et l'accouchement

Dépression per-partum : 20 à 40% des dépressions post-partum auraient en fait commencé pendant la grossesse. L'anxiété serait également un facteur favorisant, les pics d'anxiété sont surtout présents au 1^{er} et 3^{ème} trimestre de la grossesse.(19)(20)

Évènements pendant la grossesse : deuils (22), séparation, absence de soutien du partenaire (1), complications médicales (malformations...), grossesse non désirée (19), déni de grossesse.

Les patientes qui consultent souvent à la maternité pendant leur grossesse notamment à cause de grossesses compliquées. (25)

Évènements pendant l'accouchement : séparation mère-enfant, césarienne en urgence, prématurité. (26)

c) Après l'accouchement

Allaitement : L'échec de l'allaitement serait un facteur favorisant la DPP (échec et culpabilisation de ne pas faire ce qu'il y a « de mieux » pour son bébé).(27)

Facteurs propres au nourrisson : immaturité motrice et le tempérament de l'enfant (19) notamment son irritabilité sont des facteurs dépressogènes.

Les situations à risque sont donc nombreuses et l'origine de la dépression post partum est souvent multi factorielle.(26)

La connaissance des antécédents et de l'histoire de la patiente et de son enfant est essentielle pour dépister et diagnostiquer la DPP.

I.4 Diagnostic et dépistage

Il a été relaté que presque 1 DPP sur 2 ne serait pas diagnostiquée. (16)(15)

La raison de ce sous diagnostic peut être expliquée par l'hétérogénéité des symptômes. Il s'explique également par le fait que certains symptômes comme l'anxiété, l'asthénie, la labilité émotionnelle peuvent être présents après l'accouchement sans forcément s'inscrire dans un tableau de dépression post-partum.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, il existe un sentiment de culpabilité exprimé par la mère ce qui ne favorise pas la libération de la parole à ce sujet.

Tout l'enjeu du dépistage pour les différents professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes acteurs des soins primaires, est de faire la différence entre des symptômes non pathologiques en lien avec les suites de couche et des signaux d'alerte qui doivent conduire à un suivi rapproché de la patiente. Certains de ces symptômes sont si peu intenses qu'ils peuvent ne pas alerter.

Le dépistage est donc essentiel pour toutes les patientes.

C'est, entre autres, un des buts de la consultation post natale qui doit être effectuée entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine suivant l'accouchement.

Depuis le 1^{er} juillet 2022, elle est remboursée à 100% et est obligatoire (28). Elle peut être effectuée par une sage-femme, par un gynécologue obstétricien et par un médecin généraliste. Dans les suites, s'il est jugé nécessaire, deux autres consultations post natales peuvent être proposées (remboursées à 70%).

Il existe plusieurs moyens de dépister et de diagnostiquer la DPP. L'examen clinique reste bien sur la référence au moyen d'un entretien dirigé.

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) est un questionnaire créé par Cox, Holden et Sagovsky en 1987 (29). Il a été créé en premier lieu pour le dépistage de la DPP mais il est maintenant largement utilisé pour le diagnostic.

C'est un auto-questionnaire qui est composé de 10 questions ou situations. Les réponses sont à chaque fois au nombre de 4, classées par ordre croissant d'intensité ou de fréquence où elles sont cotées de 0 à 3.

Si on compare l'EPDS à l'échelle de Hamilton (annexe 1 et annexe 3), les thèmes des questions n'incluent pas les symptômes somatiques de la dépression qui peuvent être courants lors de la période suivant l'accouchement comme la perte de poids, les troubles gastro intestinaux. Les questions sont donc plus discriminantes car elles ciblent les signes psychiques.

Il est recommandé qu'il soit réalisé par la patiente elle-même en moins de 5 minutes en moyenne mais il peut également être conduit par le professionnel de santé.

Le seuil recommandé par les créateurs du score est de 13 sur 30, valeur pour laquelle la sensibilité est de 86% et la spécificité de 78%. (30)

Cet outil a été validé pour son utilisation en France en 1998 par N. Guedeney et J. Fermanian lors d'une étude qui incluait 87 femmes à qui on soumettait l'EPDS pendant 4 mois suivant l'accouchement. Il a été trouvé un score cut-off de 10,5 pour avoir une sensibilité de 80% et une spécificité de 92%. (31)

Plus le score de l'EPDS est élevé, plus l'intensité de la dépression post natale est élevée.(12) Même si évidemment, la présence d'idées suicidaires associée à un score EPDS<10 est à considérer comme une DPP sévère.

Ces valeurs montrent que cette échelle est un très bon outil à la fois de dépistage et de diagnostic même si la clinique prime toujours.

D'autres questionnaires de dépistage sont utilisés mais leur utilisation n'est pas validée en France. C'est le cas du questionnaire de Whooley, ou 2 Question-Screen (annexe 4). Il s'agit de deux questions utilisées pour le dépistage de la dépression en soins primaires dans les pays anglosaxons, son efficacité a été évaluée en 1997, l'étude montrant que deux questions étaient aussi efficaces que plusieurs. (32)

En 2009, aux États-Unis, il a été testé pour dépister les dépressions post-partum au cours de la consultation du 1^{er} mois du nourrisson, les résultats ont montré une sensibilité de 100% et une spécificité de 62%. (33)

I.5 Évolution et complications

a) Concernant la mère

L'évolution de la dépression post partum est le plus souvent favorable. La durée des épisodes peut varier de 3 à 15 mois, la grande majorité des DPP est résolutive au bout de 3 à 6 mois. Les DPP les plus sévères étant généralement les plus longues.

Les conduites suicidaires sont les principales complications à craindre et à rechercher. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les parturientes derrière les maladies cardiovasculaires (respectivement 13,4 et 13,7% des décès entre 2013 et 2015).(13)

Gressier et coll. ont observé parmi des patientes hospitalisées en Unité Mère-Enfant que celles qui tentent de se suicider pendant la grossesse ont des profils psychopathologiques différents que celles qui tentent de suicider pendant la période post-natale. (34)

Une récente revue de la littérature a montré que le taux de suicide maternel était compris entre 0,5 et 0,6 pour 100 000 naissances pendant la période de la grossesse et dans les 42 jours suivant l'accouchement (dans les pays suivants : Canada, Australie, Etats-Unis et Royaume-Uni). (35)

Appleby et al. montraient dans leur étude que les suicides maternels pendant la première année après l'accouchement étaient jusqu'à six fois moins nombreux que chez les femmes du même âge, ne venant pas d'accoucher. (36)

Ces chiffres montrent donc que ces événements sont rares mais restent essentiels à rechercher. Cela prouve aussi l'ambivalence de cette période du post partum avec l'arrivée d'un enfant qui, dans un sens semble être facteur protecteur pour le suicide mais qui, dans un même temps rend les patientes vulnérables psychologiquement.

La survenue d'une DPP est également un facteur de risque de récurrence de symptômes dépressifs dans les 4 ans suivant l'accouchement.(26)

Toutes les patientes ne nécessitent pas une prise en charge psychiatrique. Bien souvent, la disponibilité du professionnel, son rôle de soutien émotionnel et son attention à proposer des solutions d'aide suffisent.

Certaines situations peuvent amener à une hospitalisation dans des structures adaptées telles que les Unités Mère-Enfant (UME).

En effet la deuxième complication à éviter est en rapport avec les troubles de la relation mère-enfant.

b) Concernant l'interaction mère-enfant

Les mères qui souffrent de DPP sont moins sensibles aux besoins de leur enfant. Il y a moins de comportements intuitifs, elles sont moins à même de répondre à leur enfant, s'en occupent moins et peuvent même craindre de mal faire avec des phobies d'impulsion. La façon de parler à leur enfant est différente(37). Les mères déprimées ignorent davantage les pleurs de leur bébé et vocalisent moins quand celui-ci les regarde, les interactions sont asynchrones.(38) En résultent des diminutions d'interactions qui sont essentielles dès les premières semaines de vie du nourrisson.

Il a été décrit deux modes de comportements interactifs entre la mère et l'enfant. (39)

Le mode « intrusif » où les mères seraient sur-stimulantes surtout au toucher avec une voix rude exprimant la colère. La réponse des nourrissons serait qu'ils sont plus méfiants, le regard évitant avec plus de concentration sur les objets.

Le mode « en retrait » caractérise plutôt des mères désengagées de la relation, vite ennuyées avec le regard évasif. Les nourrissons, en réponse, seraient plus plaintifs avec des expressions de détresse.

Des comportements ambivalents peuvent s'observer avec possiblement une sollicitation anxiogène en alternance avec une indisponibilité envers l'enfant (intolérance aux pleurs) pouvant mener jusqu'à de la négligence ou de la maltraitance (syndrome du bébé secoué).

Les troubles de la relation mère enfant sont impactants également plus tard dans la vie de l'enfant. Il a été prouvé que la relation mère-enfant à long terme était corrélée à la qualité de ce lien à l'âge de 18 mois et influence le « paramétrage » psychologique de l'enfant.

D'une manière générale, il a aussi été prouvé que les garçons étaient plus sensibles à la DPP de leur mère que les filles. (40)

Il faut également prévoir « l'effet après coup » où, la mère sortie de la dépression peut avoir un fort sentiment de culpabilité d'être responsable des difficultés de l'enfant. (4)

c) Concernant l'enfant

Ces complications résultent des troubles de l'interaction mère-enfant. Les effets à court moyen et long terme sont compliqués à évaluer mais plusieurs études et méta-analyses ont montré des associations entre DPP et maux de l'enfant.

Les enjeux de ces complications sont majeurs.

A court terme,

L'enfant peut être sujet à des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, des difficultés lors de la séparation. (41)

La littérature évoque également des infections ORL à répétition, de l'eczéma, des régurgitations, des coliques. On peut aussi retrouver des troubles du comportement allant de l'apathie à l'agitation, les enfants peuvent parfois être inconsolables. (42)

A plus long terme,

Une étude publiée en 2014 par Stein et al a montré que la DPP avait pour effet d'augmenter les risques de mauvaise régulation émotionnelle et de perturber les conduites sociales. Il a été prouvé une association entre la DPP et les problèmes émotionnels, le mauvais niveau scolaire et des taux de dépression plus importants chez les adolescents(43). Une étude suédoise a elle montré que c'était la persistance et récurrence des symptômes de dépression qui causaient des troubles du comportement à l'âge de 12 ans.(44)

Les nourrissons qui ont été admis dans les UME ont plus de risque de développer des troubles psychiatriques à l'âge adulte.(45)

La DPP serait également associée à un risque plus élevé de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) jusqu'à l'âge de 16 ans. (41)

Enfin, la DPP aurait un lien avec des problèmes cognitifs, des troubles de l'apprentissage, du langage et du développement cognitif en général, cela a été confirmé par l'étude de Van Der Waerden et al. Grace à la cohorte EDEN qui montrée que le QI des enfants (en particulier les garçons) dont la mère avait une DPP était plus bas que chez les enfants non exposés. (46)

d) Concernant le couple

Une étude faite en 1996 au Portugal a montré que les pères étaient plus à risque de développer une DPP si leur conjointe était elle aussi concernée. (47)

Les symptômes sont sensiblement les mêmes que ceux des mères, avec beaucoup d'anxiété, de l'inquiétude par rapport au déroulement de la grossesse, confusion quant au rôle de père. Ils présentent aussi plus de symptômes externes comme la colère l'irritabilité, et l'autocritique. (48)

Une méta-analyse réalisée avec 74 études soit 41 180 participants a montré que la prévalence des DPP paternelles était de 8%. (49)

Les conséquences sur l'enfant sont plus importantes si les deux parents présentent des symptômes dépressifs. (48)

Les complications, aussi nombreuses qu'elles soient, constituent un véritable enjeu de santé publique mais les complications les plus impactantes sont celles qui concernent les enfants car ce sont celles qui ont le plus d'effet sur le long terme et se retrouvent dans les générations futures.

I.6 Diagnostics différentiels

a) **Le baby blues**

Aussi appelé post partum blues.

Il est le principal diagnostic différentiel mais surtout le plus fréquent. Il est retrouvé chez les patientes à partir du 3^e jour suivant l'accouchement de façon concomitante à la montée de lait.

Il s'agit d'un épisode dépressif de faible intensité dont les signes caractéristiques sont une humeur labile, une anxiété et une irritabilité. Les interactions mère-enfant sont préservées (communication, soins...).

L'évolution est favorable en une quinzaine de jours.

La prévalence de ce phénomène est comprise entre 50 et 80% des patientes.

Il diffère de la DPP non seulement par sa temporalité mais aussi de son intensité et de sa résolution spontanée rapide.

Certains auteurs citent le baby blues prolongé ou plus intense comme étant un facteur de risque d'apparition de DPP. (26) (50)

b) La psychose puerpérale

La psychose puerpérale est définie comme un épisode psychotique aigu avec un tableau confuso-délirant.

Le tableau clinique est souvent polymorphe et labile avec des phases d'apparente normalité. On retrouve une vigilance et une conscience de soi altérées, des fluctuations thymiques d'allure maniaque ou dépressive. Il existe un délire centré sur le nouveau-né avec des thématiques de filiation, des hallucinations auditives et visuelles. L'adhésion au délire est majeure.

Il s'agit d'une entité beaucoup plus rare puisqu'elle ne concerne que 0,2% des femmes.

L'apparition des symptômes se fait en général entre le 5^{ème} et le 30^{ème} jour suivant l'accouchement mais des formes tardives jusqu'à 2 mois post-partum ont également été décrites.

Le risque suicidaire ou d'infanticide est majeur et ces états nécessitent toujours une hospitalisation.

Le facteur de risque principal est l'existence de troubles thymiques avant la grossesse.

L'évolution est favorable dans 50 à 80% des cas avec un risque de récurrence de 20%. L'entrée dans la bipolarité est multipliée par 9 et le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure est multiplié par 3. (51)

c) Le stress post traumatique

Le stress post traumatique (TSPT) directement en lien avec l'accouchement ne constitue pas une entité clinique distincte. Il peut être observé dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Il présente les mêmes caractéristiques que TSPT classique c'est-à-dire qu'il doit réunir 4 ensembles de symptômes qui doivent persister au moins 1 mois après l'accouchement. (52)

Il s'agit :

- des symptômes envahissants liés à l'accouchement ;
- de l'évitement persistant des stimuli de tout ce qui est lié à l'accouchement ;
- des altérations négatives des cognitions et de l'humeur ;
- des altérations de l'éveil et de la réactivité.

Il concerne 3 à 6% de la population générale et peut atteindre 19% chez les mères qui ont vécu un accouchement à haut risque (prééclampsie, césarienne code rouge...) (53). Il peut arriver chez les patientes dont l'accouchement a nécessité l'utilisation d'un instrument, ou celles qui souffrent de tocophobie mais le vécu de l'expérience était subjectif, il peut subvenir aussi après un accouchement normal.

Il peut en résulter un détachement émotionnel vis-à-vis de l'enfant qui aura des conséquences sur la relation mère-enfant. Les femmes ayant vécu un TSPT sont plus sujettes à développer dans les suites une dépression post-partum.

Ces deux entités pouvant être liées, doivent être considérées de façon conjointes.

I.7 Traitements

Le traitement dépend évidemment de la sévérité et de l'impact de la DPP sur la vie de la patiente mais aussi sur le désir ou non de poursuivre l'allaitement.

Le traitement s'accompagne dans tous les cas d'un suivi psychologique ou psychiatrique qu'il soit réalisé lors d'une hospitalisation en unité mère-enfant, en accueil de jour ou en ambulatoire.

Il existe plusieurs types de thérapies comme les thérapies interpersonnelles (54), les thérapies cognitivo-comportementales ou encore les thérapies psychodynamiques(15)(55).

Les groupes d'intervention mère-enfant ont également montré des bénéfices significatifs pour la relation mère-enfant (56).

Pour les DPP sévères avec risque suicidaire élevé, un traitement médicamenteux sera adjoint. On privilégiera les molécules de la classe des Inhibiteurs Selectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) comme la Paroxétine (ex : DEROXAT®) ou la Sertraline (ex : ZOLOFT®). Ces deux molécules ont de très faibles quantités excrétées dans le lait maternel et le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) n'a relevé aucun évènement indésirable chez les 230 et 260 nourrissons allaités surveillés de mères respectivement sous PAROXETINE et SERTRALINE.

Concernant les anxiolytiques, les traitements de choix sont la classe des benzodiazépines, l'Oxazepam (SERESTA®) étant la molécule privilégiée. Il doit être prescrit à dose minimale efficace (maximum 30mg/jour) pendant moins de 6 semaines. Le CRAT informe que le passage

dans le lait maternel est de l'ordre de 1% et qu'aucun évènement indésirable n'a été signalé chez les nourrissons de mères traitées.

Dans tous les cas, les professionnels doivent rester vigilants et à l'écoute des patientes et leur proposer la meilleure des prises en charge suivant leurs besoins.

II. Objectifs de l'étude

L'idée de cette étude est partie d'une constatation : une fois que les femmes avaient donné naissance, elles ne consultaient plus pour elle, et cela contrastait avec le suivi très rapproché et assez intense lors des 9 mois de grossesse.

En effet, il m'est arrivé à plusieurs reprises, lors de consultations de suivi de nourrissons, de devoir en fin de consultation, alors que ce n'était pas prévu, recevoir également la mère. Les demandes étaient assez diverses. Certaines demandaient une prescription initiale ou de renouvellement de contraception, d'autres des prescriptions pour un tire-lait ou encore certaines avaient des questions concernant le post-partum en général.

Il s'avérait que beaucoup d'entre elles n'avaient pas effectué de consultation post natale.

Or cette consultation a pour principal but de dépister une dépression post partum.

Partant de cette constatation et voyant qu'en France, une dépression post partum sur 2 n'est pas diagnostiquée, nous avons décidé de réaliser l'étude comme suit.

II.1 Objectif principal

L'objectif principal était de connaître la place accordée au dépistage de la dépression post-partum par les médecins généralistes alsaciens chez les mères durant la première année suivant l'accouchement.

Les médecins généralistes alsaciens réalisent-ils dans leur pratique courante des consultations post-natales ? Prévoient-ils un dépistage ou abordent-ils la dépression post partum lorsqu'ils reçoivent en consultation une patiente dans l'année suivant son accouchement ?

II.2 Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire consistait à analyser les raisons pour lesquelles les médecins généralistes alsaciens ne réalisaient pas ce dépistage.

Le deuxième objectif secondaire était de connaître quelle était la manière dont les médecins généralistes alsaciens réalisaient le dépistage de la DPP.

Le troisième objectif secondaire était de connaître quels seraient selon les médecins généralistes alsaciens les moyens d'améliorer ce dépistage.

III. Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec, comme outil principal un questionnaire. La population cible était les médecins généralistes alsaciens (du Bas-Rhin et du Haut-Rhin). Ils pouvaient être installés ou non, remplaçants thésés ou non. Les médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier étaient exclus. La population cible comptait 2064 personnes.

Le questionnaire a été réalisé et diffusé de manière exclusivement numérique. Il était strictement anonyme.

Il a été diffusé de mars à juin 2023 via les groupes de médecins généralistes sur les réseaux sociaux, via la mailing liste de l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS-ML), par courriel directement aux médecins généralistes de la région ainsi qu'aux médecins de la Protection Materno-Infantile (PMI).

La participation au questionnaire était anonyme, les participants y répondaient sur la base du volontariat et de façon déclarative.

Le questionnaire est disponible dans l'annexe 2.

Il était divisé en 3 parties.

La première partie comportait 5 questions et s'adressait à tous les répondants. Ces questions traitaient les généralités de la dépression post partum.

La question 5 consistait à connaître les thèmes abordés et/ou dépistés (spontanément par le médecin généraliste) au cours des consultations avec les patientes ayant accouché dans

l'année. Selon si les participants avaient coché la proposition « dépression post-partum », la suite du questionnaire était ensuite divisée en 2 parties. Une qui s'adressait aux médecins qui n'abordaient et/ou ne dépistaient pas spontanément la dépression post partum au cours de la consultation, et l'autre au contraire, qui s'adressait aux médecins qui abordaient ce thème. La troisième et dernière partie du questionnaire s'intéressait au profil général des répondants (sexe, type d'activité...) et aux moyens de d'améliorer le dépistage de la DPP.

Certaines questions étaient à choix multiples et d'autres à choix uniques.

Avec l'aide d'un biostatisticien, nous avons pu traiter les données de la façon suivante.

L'objectif principal de l'analyse étant de réaliser un état des lieux des connaissances, et un descriptif des taux du dépistage de la dépression post-partum, le nombre de sujets nécessaire est calculé sur la base d'une précision souhaitée dans la présentation des effectifs et taux de réponses.

En particulier, un objectif de précision dans les intervalles de confiance, c'est-à-dire une demi-largeur d'intervalle de confiance de nos proportions de 10% est fixé.

En utilisant la formule de Wald sans correction de continuité, et l'approximation de la loi normale pour cet intervalle, la demi-largeur de l'intervalle de confiance de 10% est atteinte pour les proportions de 5 à 95% pour un nombre de questionnaires de 100 minimum.

Ainsi, le nombre de questionnaires nécessaire de notre étude sera porté à 100, afin d'obtenir des taux présentés dans leurs intervalles de confiance à +/-10%, pour l'ensemble des statistiques descriptives.

L'analyse statistique étant purement descriptive, aucune analyse inférentielle n'est présentée et les outils descriptifs numériques et graphiques sont utilisés pour décrire chacune des variables du questionnaire.

Les variables qualitatives sont décrites en donnant les effectifs et fréquences de chaque modalité. Pour les variables à choix multiples, une matrice de réponses, modalité par modalité est recrée afin d'obtenir le pourcentage de chacune des modalités cochées par le médecin. On présente ainsi les effectifs pour chacune des sous-modalités de la variable. Les variables quantitatives sont décrites à l'aide des paramètres de position habituels (moyenne, médiane, minimum, maximum, percentiles 1, 2,5, 5, 10, 25 (Q1), 75 (Q3), 90, 95, 97,5 et 99) ainsi qu'avec les paramètres de dispersion usuels (écart-type, variance, étendue, écart interquartiles).

L'ensemble des proportions sont présentées dans leurs intervalles de confiance à 95%. Un descriptif de certaines variables en fonction de la réponse du clinicien à la question sur le dépistage de la dépression pourra être réalisé et les taux et intervalles de confiance seront alors présentés dans chaque sous-groupe.

L'ensemble des analyses sera réalisé à l'aide du logiciel R dans sa version 3.1.0, muni de toutes les bibliothèques additionnelles nécessaires pour l'analyse des données.

IV. Résultats

Durant les 4 mois de diffusion du questionnaire, nous avons obtenu 115 réponses.

Le profil des 115 participants était le suivant :

- 53% des répondants étaient des médecins généralistes installés, 45,2% étaient des remplaçants et 1,7 % exerçaient une activité mixte.
- 31,3% exerçaient dans une zone majoritairement urbaine, 28,7% dans une zone rurale et 40 % qualifiaient leur secteur d'activité de mixte.
- La moyenne d'âge des participants était de 35,7 ans.
- 85,2% d'entre eux étaient des femmes et 14,8% étaient des hommes
- 58,3% avaient des enfants.

IV.1 Résultats détaillés par questions

Question 1 : *Au cours de l'année passée, à combien estimez-vous le nombre de consultations post natales que vous avez effectuées ? (Consultation effectuée entre la 4e et la 8e semaine post partum)*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Moins de 5	63	54,8	[45,3 ; 64,3]
Entre 5 et 10	29	25,2	[16,8 ; 33,6]
Supérieur ou égal à 10	23	20	[12,3 ; 27,7]

Tableau 1 : Effectifs et proportions du nombre de consultations post natales par an.

Plus de la moitié des répondants (54,8%) effectuaient en moyenne moins de 5 consultations post natales par an. 25,2% d'entre eux en effectuaient entre 5 et 10 et le reste (20%) plus de 10 par an.

Question 2 : *Au cours des consultations de la première année de vie du nourrisson, à quelle fréquence interrogez-vous également la mère sur son état de santé mental ou physique ? (Sans qu'elle vous sollicite et sans qu'il y ait de rendez-vous prévu pour elle)*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Systematiquement	80	69,6	[60,7 ; 78,4]
Parfois	31	27	[18,4 ; 35,5]
Jamais	4	3,5	[0 ; 7,3]

Tableau 2 : Effectifs et proportions des médecins qui interrogent sur l'état de santé des patientes pendant la consultation de leur nourrisson.

Près de 7 participants sur 10 (69,6%) interrogent systématiquement la mère sur son état de santé lors d'une consultation d'un nourrisson. 27% le font occasionnellement et 3,5% jamais.

Question 3 : *Vous êtes dans la situation où, à la fin d'une consultation pour un nourrisson, la mère, alors qu'elle n'a pas de rendez-vous, vous sollicite car elle a des questions en lien avec son post partum. Vivez-vous cette situation de façon ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Très fréquente	12	10,4	[4,4 ; 16,5]
Fréquente	43	37,4	[28,1 ; 46,7]
Occasionnelle	47	40,9	[31,5 ; 50,3]
Exceptionnelle	13	11,3	[5,1 ; 17,5]

Tableau 3 : Effectifs et proportions des médecins qui se font solliciter par les patientes au cours d'une consultation pour leur nourrisson.

Cette situation était vécue de façon occasionnelle par 40,9% des médecins interrogés, de façon fréquente par 37,4% d'entre eux. Cette situation était exceptionnelle pour 11,3% des praticiens et 10,4% au contraire la vivait de façon très fréquente.

Question 4 : Quels sont les motifs les plus courants ?

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Fatigue	87	76,3	[67,4 ; 83,9]
Troubles du sommeil	33	28,9	[20 ; 37,4]
Difficulté à perdre du poids	13	11,4	[5,1 ; 17,5]
Demande ordonnance (tire-lait, contraception)	86	75,4	[66,4 ; 83,2]
Troubles de l'humeur, anxiété	23	20,2	[12,3 ; 27,7]
Allaitement	82	71,9	[62,6 ; 80]

Tableau 4 : Motifs les plus courants demandés par les patientes

Le motif le plus courant abordé par les femmes en consultation était la fatigue à 76,3%, puis 75,4% demandaient une ordonnance pour un tire-lait ou leur contraception. L'allaitement représentait 71,9% des motifs, puis les troubles du sommeil (28,9%), les troubles de l'humeur (20,2%) et enfin la difficulté à perdre du poids (11,4%).

La dernière proposition qui était libre a permis aux répondants de citer d'autres motifs comme : la perte de cheveux, suite et retour de couches, problèmes au sein du couple, douleurs pendant les rapports sexuels, reprise du travail, rééducation périnéale.

Question 5 : *Au cours de la consultation post natale ou au cours d'une consultation avec une patiente ayant accouché au cours de l'année, en l'absence de facteurs de risque, et sans*

demande de la patiente, quels sont les thèmes que vous abordez et/ou dépistez ? (ne pas cocher si le thème n'est jamais abordé)

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n= 115	%	
Vécu de l'accouchement	84	73	[64,5 ; 81,6]
Vécu du retour à domicile	67	58,3	[48,8 ; 67,7]
Contraception	77	67	[57,9 ; 76]
Allaitement	102	88,7	[82,5 ; 94,9]
Rééducation périnéale	69	60	[50,6 ; 69,4]
Isolement maternel	49	42,6	[33,1 ; 52,1]
Dépression post-partum	63	54,8	[45,3 ; 64,3]
Dysthyroïdie	8	7	[1,9 ; 12]
Relation mère-enfant	76	66,1	[57 ; 75]
Syndrome du bébé secoué	30	26,1	[17,6 ; 34,5]

Tableau 5 : Thèmes abordés et dépistés par les médecins au cours d'une consultation avec une patiente ayant accouché dans l'année.

Les réponses montrent que les thèmes les plus abordés de façon spontanée sont le vécu de l'allaitement, le vécu de l'accouchement, la contraception et la relation mère enfant pour plus de 60% des médecins interrogés.

La rééducation périnéale est abordée par 60% des médecins, le vécu du retour à domicile par 58,3%.

La dépression post-partum est abordée par 54,8% des répondants soit en 7^e position par rapport sur les 10 propositions de cette question.

Enfin, l'isolement maternel était abordé à proportion de 42,6%, le syndrome du bébé secoué à 26,1% et enfin les dysthyroïdies à hauteur de 7%.

A la suite de la question 5, le questionnaire était divisé en deux parties. Les questions 5A, 5B, 5C, 5D et 5E étaient destinées aux médecins qui n'abordaient pas spontanément la dépression

post partum au cours d'une consultation post-natale et/ou au cours d'une consultation avec une patiente ayant accouché dans l'année.

Parmi les 115 répondants, 52 n'abordaient pas spontanément la dépression post partum au cours de ces consultations, soit 45,2% des répondants.

Question 5A : Pourquoi n'évoquez-vous, ne dépistez-vous pas la dépression post partum ?

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n= 52	%	
Manque de formation sur le sujet	27	51,9	[37,4 ; 66,5]
Manque de temps	25	48,1	[33,5 ; 62,6]
Prévalence trop faible pour en parler	0	0	[0 ; 1]
Sujet tabou dans la société	4	7,7	[0 ; 15,9]
Déjà effectué à la maternité ou par la sage-femme	3	5,8	[0 ; 13,1]
Vous estimez que ce n'est pas à vous d'aborder le sujet	0	0	[0 ; 1]
L'état psychologique instable est courant chez la parturiente	0	0	[0 ; 1]

Tableau 5A : Raisons pour lesquelles les médecins ne dépistent pas la DPP.

Ainsi, les deux raisons les plus fréquentes pour lesquelles les participants n'évoquaient pas spontanément la dépression post partum étaient le manque de formation pour 51,9% d'entre eux et le manque de temps pour 48,1%.

Une minorité d'entre eux considérait le sujet encore tabou dans la société ou que ce sujet était déjà abordé à la maternité ou par le sage-femme de la patiente (respectivement 7,7% et 5,8%).

Aucun des participants n'avait comme raison de ne pas aborder le sujet : la prévalence trop faible pour en parler, la pensée que l'état psychologique instable est normal chez la parturiente et de considérer que ce n'est pas aux médecins généralistes d'aborder le sujet.

La réponse libre a permis de prendre connaissance d'autres raisons comme : ne pas y penser de façon systématique, certains participants évoquent « le moral » de la patiente mais sans parler de la dépression post-partum, d'autres l'évoquent seulement si signes évocateurs ou encore certains disent poser la question indirectement (via la relation mère-enfant, la présence de l'entourage...).

L'intégralité des réponses libres est disponible dans l'annexe 5.

Question 5B : *Quels sont les facteurs de risque qui vous inciteraient à rechercher une dépression post partum ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=52	%	
Antécédents psychiatriques	49	94,6	[86,9 ; 101,5]
Accouchement difficile	38	73,2	[60,1 ; 86,1]
Séparation mère-enfant à la naissance	37	71,4	[57,0 ; 84,4]
Mère de jeune âge	30	57,1	[43,3 ; 72,1]
Grossesse non désirée ou déni de grossesse	47	91,1	[81,4 ; 99,4]
Précarité	25	48,2	[33,5 ; 62,5]
Patiente primipare	16	30,4	[17,3 ; 44,3]
Patiente multipare	4	7,7	[0 ; 15,9]
Grossesse résultant d'un parcours PMA	13	25	[12,3 ; 37,7]
Difficulté ou échec allaitement	31	58,9	[45,3 ; 73,9]

Tableau 5B : *Facteurs de risque qui inciteraient les médecins à rechercher une DPP.*

Les antécédents psychiatriques et la grossesse non désirée sont les facteurs de risque les plus significatifs pour les médecins interrogés avec une proportion respectivement de 94,6% et 91,1%. L'accouchement difficile représente 73,2%, la séparation mère-enfant 71,4%. La difficulté ou l'échec de l'allaitement est significatif pour 58,9% des participants, une mère de jeune âge pour 57,1%, la précarité 48,2%, la primiparité 30,4%, un parcours de PMA pour 25% et enfin la multiparité pour 7,7%.

Question 5C : *Quels sont, pour vous, les 3 signes les plus caractéristiques de la dépression post partum ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=52	%	
Sentiment incapacité physique	40	77,2	[64,5 ; 89,3]
Perte de la libido	1	1,8	[0 ; 6,6]
Plaintes somatiques multiples	26	50,9	[35,4 ; 64,6]
Asthénie	27	52,6	[37,4 ; 66,5]
Troubles du sommeil en particulier de l'endormissement	29	56,1	[41,3 ; 70,2]
Irritabilité	39	75,4	[62,3 ; 87,7]

Tableau 5C : *Signes les plus caractéristiques de la DPP pour les médecins qui n'effectuent pas le dépistage de la DPP.*

D'après les médecins qui n'évoquent pas la dépression post partum spontanément, les trois signes les plus caractéristiques de la pathologie étaient : le sentiment d'incapacité physique (77,2%), l'irritabilité (75,4%) et les troubles du sommeil en particulier de l'endormissement (56,1%).

Question 5D : *Avez-vous eu connaissance de la mise en place de l'entretien post natal obligatoire entre la 4e et 8e semaine post partum depuis le 01/07/2022 pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie? (recommandations HAS)*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=52	%	
Oui	6	11,5	[1,9 ; 21,2]
Non	46	88,5	[78,8 ; 98,1]

Tableau 5D : *Connaissance de la consultation post-natale chez les médecins qui n'effectuent pas le dépistage de la DPP.*

Parmi les 52 répondants, 46 soit 88,5% d'entre eux n'ont pas eu connaissance de l'obligation de l'entretien post natal, 6 soit 11,5% étaient au courant de cette recommandation.

Question 5E : *Au cours de votre cursus, avez-vous déjà été confronté à une patiente présentant une dépression post partum ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=52	%	
Oui	27	51,9	[37,4 ; 66,5]
Non	25	48,1	[33,5 ; 62,6]

Tableau 5E : *Effectifs et proportions des médecins n'effectuant pas le dépistage de la DPP qui ont été confrontés à une DPP.*

La majorité des 52 répondants, 27 soit 51,9 % ont été confrontés à une patiente présentant une dépression post partum, 25 soit 48,1% d'entre eux n'en n'ont jamais eu l'expérience au cours de leurs cursus.

La deuxième partie du questionnaire (questions 6A, 6B, 6C, 6D, 6 E et 6F) était destinée aux personnes qui évoquaient spontanément le sujet de la dépression post partum lors d'une consultation post natale ou lors d'une consultation avec une patiente ayant accouché dans l'année. Cette partie concernait 63 participants sur 115 soit 54,8% d'entre eux.

Question 6A : Dans quel contexte abordez-vous la dépression post partum ?

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Systématiquement	33	52,3	[39,3 ; 65,5]
Seulement en présence de FDR	26	41,5	[28,3 ; 54,2]
Lorsque les autres sujets ont été abordés	4	6,2	[0 ; 13,2]

Tableau 6A : Manière de réaliser le dépistage de la DPP.

La majorité des médecins, 33 répondants, soit 52,3% d'entre eux abordaient le thème de façon systématique, 26 répondants soit 41,5% n'en parlait qu'en présence de facteurs de risque et enfin, 4 soit 6,2% n'abordaient ce sujet que lorsque tous les autres sujets avaient été traités.

Question 6B : Quels sont les supports que vous conseillez à la patiente pour s'informer sur la dépression post partum (en plus des informations que vous lui communiquez) ?

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Site internet 1000-premiers-jours.fr	29	46	[32,9 ; 59,1]
Coordonnées de l'UME la plus proche	19	30	[18 ; 42,3]
Site internet maman-blues.fr	2	3,2	[0 ; 8,3]
Références dans des livres	8	12,7	[3,7 ; 21,7]
Écoute de podcasts	10	15,9	[6,1 ; 25,7]
Aucun	11	17,5	[7,3 ; 27,6]

Tableau 6B : Supports conseillés aux patientes par les médecins qui réalisent la DPP.

Comme on peut le voir, le site internet 1000 premiers jours est le support le plus conseillé par 29 des répondants (46%) et ce, devant la communication de l'UME la plus proche de la résidence de la patiente (19 répondants soit 30%). Aucun support n'était conseillé pour 17,5% des participants (11 personnes). Les références libraires et l'écoute de podcasts étaient

conseillés respectivement par 12,7% et 15,9% d'entre eux. Le site internet maman-blues.fr, site pourtant spécialement dédié au soutien écoute et conseils lors de difficultés maternelles n'était conseillé que par 2 participants (3,2%).

Les réponses libres des participants étaient : la PMI, et le psychologue. (annexe 5)

Question 6C : *Avez-vous déjà été confronté lors de votre cursus à une patiente présentant une dépression post partum ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Oui	47	75	[63,1 ; 86,1]
Non	16	25	[13,9 ; 36,9]

Tableau 6C : *Effectifs et proportions des médecins effectuant le dépistage de la DPP qui ont été confrontés à une DPP.*

Chez les participants qui évoquent spontanément la dépression post partum lors d'une consultation post natale ou dans l'année suivant l'accouchement, 47 soit 75% d'entre eux avaient déjà été confrontés à une patiente avec cette symptomatologie, au contraire, 16 (25%) n'en n'avait jamais rencontrée.

Question 6D : *Avez-vous eu connaissance de la mise en place de l'entretien post natal obligatoire entre la 4e et 8e semaine post partum depuis le 01/07/2022 pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie ? (Recommandations HAS)*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Oui	25	39,7	[26,8 ; 52,6]
Non	38	60,3	[47,4 ; 73,2]

Tableau 6D : *Connaissance consultation post-natale chez les médecins qui effectuent le dépistage de la DPP.*

Parmi ces participants, 38 d'entre eux soit 60,3% n'avaient pas connaissance de l'entretien post natal obligatoire. 25 soit 39,7% d'entre eux étaient au courant de cette recommandation.

Question 6 E : *Quels sont, pour vous, les 3 signes les plus caractéristiques de la dépression post partum ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Sentiment incapacité physique	58	92,1	[84,6 ; 99,5]
Perte de la libido	1	1,6	[0 ; 5,5]
Plaintes somatiques multiples	27	42,9	[29,8 ; 55,9]
Asthénie	35	55,6	[42,5 ; 68,6]
Troubles du sommeil en particulier de l'endormissement	36	57,1	[44,1 ; 70,2]
Irritabilité	40	63,5	[50,8 ; 76,2]

Tableau 6E : *Signes les plus caractéristiques de la DPP pour les médecins qui effectuent le dépistage.*

Selon les médecins qui abordent et dépistent la dépression post partum, les 3 signes les plus caractéristiques sont le sentiment d'incapacité physique (92,1%), l'irritabilité (63,5%) et les troubles du sommeil en particulier de l'endormissement (57,1%).

Question 6F : *Lorsque vous suspectez une dépression post partum, de quels outils diagnostiques vous aidez-vous ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Test d'Hamilton	27	42,9	[29,8 ; 55,9]
Questionnaire EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)	9	14,3	[4,9 ; 23,7]
Critères selon le DSM V	13	20,6	[9,8 ; 31,4]
Entretien dirigé	41	65,1	[52,5 ; 77,6]
Questionnaire de Whooley	0	0	[0 ; 1]

Tableau 6F : Outils diagnostiques utilisés.

L'outil diagnostique le plus utilisé par les médecins est l'entretien dirigé (65,1%), vient ensuite le test d'Hamilton qu'on utilise pour le diagnostic d'un état dépressif caractérisé (42,9%), puis les médecins utilisent pour 20,6% d'entre eux les critères du DSM V. Enfin, le questionnaire EPDS, outil de dépistage et diagnostic de référence est utilisé par 14,3% des participants. Aucun des participants n'utilisait le questionnaire de Whooley.

A partir de la question 7, la suite et fin du questionnaire s'adressait à nouveau à l'ensemble des participants.

Question 7 : *Quel(s) serait(ent), selon vous, le(s) meilleur(s) moyen(s) à mettre en place pour améliorer le dépistage de la dépression post partum ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Meilleure coordination entre la sage-femme, le gynécologue et le médecin généraliste	65	56,5	[47 ; 66]
Prévoir systématiquement une consultation pour la mère lors de la consultation du 1 ^{er} mois du nourrisson	106	92,2	[86,8 ; 97,5]
Informar la patiente pendant la grossesse	81	70,4	[61,7 ; 79,2]
Création de fiches de prévention (sous forme d'affiches ou de flyers)	55	47,8	[38,3 ; 57,4]
Campagnes de prévention à grande échelle (TV, radio, réseaux sociaux)	70	60,9	[51,5 ; 70,2]

Tableau 7 : Moyens à mettre en place pour améliorer le dépistage de la DPP.

Selon les participants, le meilleur moyen d'améliorer le dépistage de la dépression post partum serait de prévoir une consultation systématiquement pour la mère lors de la consultation du 1^{er} mois du nourrisson (92,2%). L'information de cette pathologie pendant la grossesse est une proposition retenue pour 70,4% des participants suivi par l'élaboration de campagnes de prévention à grande échelle (60,9%), la création de fiches de prévention à installer dans la salle d'attente par exemple (47,8%). Enfin la meilleure coordination entre les professionnels de santé serait une solution pour 56,5% des répondants.

Les réponses libres étaient les suivantes : « allongement du congé maternité et/ou paternité », « questionnaire dépression à remplir au cours du 1^{er} mois de l'enfant », « consultation 100% remboursée avec un psychologue qui fasse une évaluation et un compte

rendu au médecin », « donner des omega 3 dès le début de grossesse et 9 mois après l'accouchement ». (annexe 5)

Question 8 : *Qui est selon vous le professionnel de santé le plus à même d'effectuer le dépistage de la dépression post partum ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Le médecin généraliste	63	54,8	[45,3 ; 64,3]
La sage-femme de la patiente	39	33,9	[24,8 ; 43]
Le pédiatre	8	7	[1,9 ; 12]
Gynécologue de la patiente	3	2,6	[0 ; 6]
Professionnel PMI	2	1,7	[0 ; 4,6]

Tableau 8 : Professionnel de santé le plus à même de dépister la DPP.

La majorité des répondants estimait qu'il s'agit du médecin généraliste qui est le plus à même de dépister le dépistage de la DPP (54,8%).

33,9% d'entre eux estimaient que c'était à la sage-femme de le faire, 7% au pédiatre, 2,6% au gynécologue et 1,7% au professionnel de la PMI.

La fin du questionnaire était destinée à connaître le profil des répondants.

Question 9 : *Êtes-vous ?*

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Homme	17	14,8	[7,9 ; 21,7]
Femme	98	85,2	[78,3 ; 92,1]

Tableau 9 : Sexe des participants.

Parmi les répondants, on comptait 98 femmes (85,2%) et 17 hommes (14,8%).

Question 10 : *Quel âge avez-vous ?*

La moyenne d'âge des participants était de 35,7 ans. L'âge minimum étant de 27 ans et l'âge maximum de 66 ans.

Question 11 : Avez-vous des enfants ?

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n =115	%	
Oui	67	58,3	[48,8 ; 67,7]
Non	48	41,7	[32,3 ; 51,2]

Tableau 11 : Proportions des participants ayant des enfants.

La majorité des répondants, 67 d'entre eux avaient des enfants.

Question 12 : Êtes-vous ?

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Médecin généraliste installé	61	53	[43,5 ; 62,6]
Médecin généraliste remplaçant	52	45,2	[35,7 ; 54,7]
Médecin à activité mixte	2	1,7	[0 ; 4,6]
Médecin exerçant au sein d'une PMI	0	0	[0 ; 1]

Tableau 12 : Nature de l'activité des médecins participants.

On comptait 61 médecins généralistes installés, ce qui représentait 53% de l'effectif, 52 médecins généralistes remplaçants soit 45,2%, 2 médecins qui avaient une activité mixte (1,7%) et aucun médecin exerçant au sein d'un PMI.

Question 13 : Votre activité est-elle ?

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=115	%	
Rurale	33	28,7	[20 ; 37,4]
Urbaine	36	31,3	[22,4 ; 40,2]
Mixte	46	40	[30,6 ; 49,4]

Tableau 13 : Type d'exercice des médecins participants.

L'activité des médecins interrogés était rurale pour 33 d'entre eux (28,7%), urbaine pour 36 soit 31,3% d'entre eux et mixte pour 46 soit 40% d'entre eux.

IV.2 Résultats de l'étude en fonction des objectifs

a) **Objectif principal**

L'objectif principal était de connaître la place accordée au dépistage de la dépression post partum par les médecins généralistes alsaciens chez les mères pendant la première année suivant l'accouchement.

Cet objectif était traité principalement avec la question 5. Elle interrogeait les participants sur les thèmes qu'ils abordaient et/ou dépistaient de façon spontanée lors d'une consultation avec une patiente ayant accouché dans l'année.

Ainsi, 63 participants soit 54,8% interrogeaient de façon spontanée le thème de la dépression post-partum. Ce thème figurait en 7^e position parmi les 10 propositions pouvant être sélectionnées.

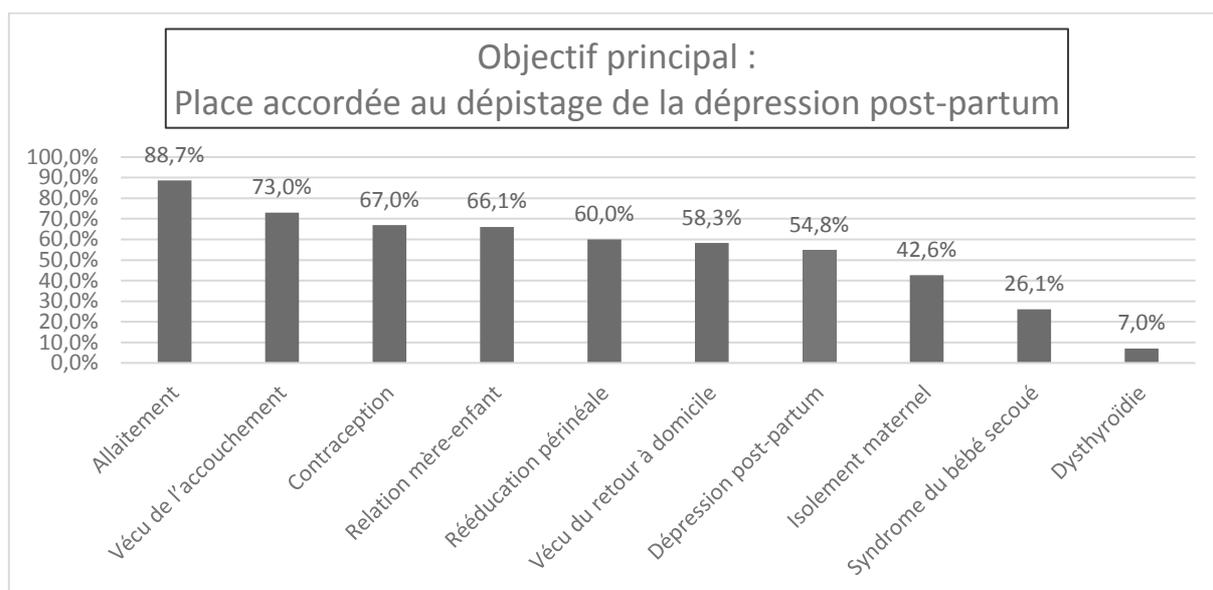


Figure 1 : Place accordée au dépistage de la dépression post-partum.

- Au sein des 63 participants, on comptait :
58 femmes soit 92,07% pour 5 hommes soit 7,93%

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Homme	5	7,9	[0,5 ; 15,4]
Femme	58	92,1	[84,6 ; 99,5]

Tableau 14 : Sexe des participants qui effectuent le dépistage de la DPP.

- L'âge moyen était de 37,1 ans.
- 42 participants soit 66,7% avaient des enfants, 21 soit 33,3% n'en n'avaient pas.

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n =63	%	
Oui	42	66,7	[54,2 ; 79,1]
Non	21	33,3	[20,9 ; 45,8]

Tableau 15 : Proportion des participants effectuant le dépistage de la DPP qui ont des enfants.

- Ils étaient 40 à être installés dans leur cabinet soit 63,5%, et 23 médecins remplaçants soit 36,5%. Aucun n'exerçait une activité mixte ou au sein d'une PMI.

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Médecin généraliste installé	40	63,5	[50,8 ; 76,2]
Médecin généraliste remplaçant	23	36,5	[23,8 ; 49,2]
Médecin à activité mixte	0	0	[0 ; 1]
Médecin exerçant au sein d'une PMI	0	0	[0 ; 1]

Tableau 16 : Nature de l'activité des participants qui effectuent le dépistage de la DPP.

- 19 participants soit 30,1% avaient une activité majoritairement rurale, 24 soit 38,1% avaient une activité majoritairement urbaine et 20 soit 31,8% avaient une activité qu'ils qualifiaient de mixte.

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Activité rurale	19	30,1	[18 ; 42,3]
Activité urbaine	24	38,1	[25,3 ; 50,9]
Activité mixte	20	31,8	[19,5 ; 44]

Tableau 17 : Type d'exercice des médecins qui effectuent le dépistage de la DPP.

Si l'on s'intéresse à leur pratique,

- 31 soit 49,2% effectuaient moins de 5 consultations post natales par an.
- 20 soit 31,8% estimaient en réaliser entre 5 et 10 par an.
- 12 soit 19% en effectuaient plus de 10 par an.

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Moins de 5	31	49,2	[36,1 ; 62,3]
Entre 5 et 10	20	31,8	[19,5 ; 44]
Supérieur ou égal à 10	12	19	[8,6 ; 29,5]

Tableau 18 : Nombre de consultations post-natales chez les médecins qui effectuent le dépistage de la DPP.

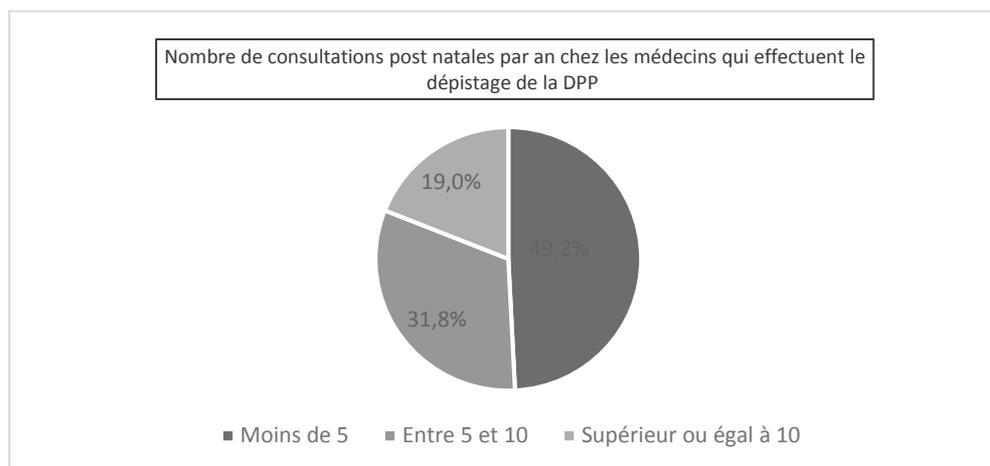


Figure 2 : Nombre de consultations post-natales effectuées chez les médecins qui dépistent la DPP.

Enfin, ils étaient :

- 54 soit 85,7% à interroger systématiquement la mère sur son état de santé mental ou physique au cours d'une consultation d'un nourrisson.
- 9 soit 14,3% les interrogeait parfois
- Aucun participant ne le faisait jamais.

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Systématiquement	54	85,7	[76,3 ; 95,1]
Parfois	9	14,3	[4,9 ; 23,7]
Jamais	0	0%	[0 ; 1]

Tableau 19 : Effectifs et proportions des médecins effectuant le dépistage de la DPP qui interrogent l'état de santé des patientes.

Comme nous l'avons vu précédemment, au sein de ce groupe, 47 soit 75% d'entre eux avaient déjà été confrontés au sein de leur cursus à une patiente présentant une dépression post partum (16 soit 25% d'entre eux n'en n'avaient jamais connu).

Parmi les participants qui n'abordaient pas spontanément la dépression post partum au cours d'une consultation post-natale ou au cours d'une consultation durant la première année suivant l'accouchement, ils étaient :

- 40 femmes soit 76,9% pour 12 hommes soit 23,1%
- L'âge moyen était de 34,5 ans.
- 25 soit 48,1% avaient des enfants, 27 soit 51,9% n'en n'avaient pas.
- Ils étaient 22 à être installés dans leur cabinet soit 42,3% et 28 médecins remplaçants soit 53,8 %. 2 médecins soit 3,9% exerçaient une activité mixte et aucun dans une structure telle que la PMI.
- 14 soit 26,9% avaient une activité majoritairement rurale, 13 soit 25% avaient une activité majoritairement urbaine et 25 soit 48,1 % avaient une activité qu'ils qualifiaient de mixte.

En ce qui concerne leur pratique :

- 32 soit 61,5% effectuaient moins de 5 consultations post natales par an.
- 9 soit 17,3% estimaient en réaliser entre 5 et 10 par an.
- 11 soit 21,2% en effectuaient plus de 10 par an.
- 26 soit 50% d'entre eux interrogeaient systématiquement la mère sur son état de santé.
- 22 soit 42,3% les interrogeaient parfois
- Et enfin 4 d'entre eux soit 7% ne le faisaient jamais.

Enfin, ils étaient 27 soit 52,5% à avoir été confrontés à une dépression post-partum, 25 soit 47,5% d'entre eux n'en n'avaient jamais rencontrée.

b) Objectifs secondaires

Premier objectif secondaire

Il s'agissait d'analyser les raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne réalisaient pas de dépistage de la dépression post partum.

Cet objectif était traité avec la question 5A. (tableau 5A)

Ainsi, le premier obstacle relaté par 27 répondants soit 51,9% d'entre eux était le manque de formation sur le sujet. Le deuxième frein était le manque de temps pour 25 participants soit 48,1% d'entre eux. Quatre personnes (7,7%) ne l'évoquaient pas car ils pensaient que le sujet était encore tabou dans la société, 3 (5,8%) estimaient que ce sujet avait déjà été abordé à la maternité. Aucun n'estimait que la prévalence était trop faible pour l'évoquer, ou que ce n'était pas à eux de l'effectuer ou enfin que l'état psychologique instable était courant dans le post-partum.

Cette question comportait des réponses libres qui sont détaillées dans l'annexe 5. Certains ne pensaient pas à l'aborder, d'autres disaient le faire de manière détournée ou indirecte.

Ils étaient pourtant 26 soit 50% à interroger systématiquement la mère sur son état de santé lors d'une consultation au cours de la première année de vie du nourrisson. 22 soit 42,3% le faisaient parfois et 4 soit 7,7% ne le faisaient jamais.

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=52	%	
Systématiquement	26	50	[35,4 ; 64,6]
Parfois	22	42,3	[27,9 ; 56,7]
Jamais	4	7,7	[0 ; 15,9]

Tableau 20 : Effectifs et proportions des médecins n'effectuant pas le dépistage de la DPP qui interrogent l'état de santé des patientes.

Deuxième objectif secondaire

Il s'agissait d'évaluer de quelle manière les médecins abordaient et/ou dépistaient la dépression post-partum. On s'intéressait donc aux médecins qui avaient coché « dépression post-partum » à la question 5.

Ainsi, parmi les 63 médecins qui abordaient et/ou dépistaient la dépression post-partum, 33 soit 52,3% d'entre eux le faisaient de manière systématique, 26 soit 41,5% d'entre eux ne le faisaient qu'en présence de facteurs de risque et 4 soit 6,2% ne le faisaient que lorsque tous les autres sujets avaient été abordés. (tableau 6A)

Par ailleurs, au cours d'une consultation lors de la première année de vie d'un nourrisson, ils étaient 54 soit 85,7% à interroger de façon systématique la mère sur son état de santé physique ou mental, 9 soit 14,3% le faisaient parfois, et aucun ne le faisait jamais.

	Effectif	Proportion	Intervalle de confiance
	n=63	%	
Systématiquement	54	85,7	[76,3 ; 95,1]
Parfois	9	14,3	[4,9 ; 23,7]
Jamais	0	0%	[0 ; 1]

Tableau 21 : Effectifs et proportions des médecins effectuant le dépistage de la DPP qui interrogent l'état de santé des patientes.

Troisième objectif secondaire

Il consistait à connaître, selon les médecins interrogés, quels seraient les moyens pour améliorer le dépistage de la dépression post-partum.

Pour 106 participants soit 92,2%, un des moyens d'améliorer le dépistage serait de prévoir de façon systématique une consultation pour la mère lors de la consultation du premier mois du nourrisson, donc à prévoir d'emblée une consultation post-natale. Une meilleure information sur la dépression post partum au moment de la grossesse aiderait selon 81 participants (70,4%) à améliorer le dépistage. Soixante-dix répondants soit 60,9% pensaient que des campagnes de prévention à grande échelle amélioreraient le dépistage, 65 soit 56,5% pensaient qu'une meilleure coordination entre les professionnels de santé serait la solution et enfin 55 (47,8%) pensaient que la création de fiches de prévention (à placer en salle d'attente par exemple) aiderait à améliorer le dépistage. (tableau 7)

V. Discussion

Nous avons répondu aux différents objectifs grâce aux résultats de notre questionnaire.

L'objectif principal était de connaître la place accordée au dépistage de la dépression post partum par les médecins généralistes alsaciens chez les mères pendant la première année suivant l'accouchement.

Ainsi nous avons pu observer au sein de notre échantillon que plus de la moitié (54,8%) des médecins interrogés abordaient et/ou dépistaient la dépression post-partum. En termes de proportion, parmi les thèmes que nous proposons aux participants, la dépression post-partum était le 7^e thème le plus abordé sur les 10 proposés.

Ce chiffre est à nuancer avec le fait que 54,8% des 115 médecins interrogés réalisaient moins de 5 consultations post natales (61,5% chez les médecins qui ne faisaient pas de dépistage

dans leur pratique courant et 49,2% chez ceux qui le réalisait). En effet, si les médecins interrogés effectuaient plus de consultations post natale dans leur pratique quotidienne, peut être dépisteraient-ils plus fréquemment la dépression post-partum.

De même, 69,6% d'entre eux interrogeaient systématiquement la mère sur son état de santé physique ou mental lors de la consultation du nourrisson (tableau 2) ce qui peut constituer une forme d'évaluation implicite (57). Ainsi, ont-ils, via ces questions implicites, vraiment l'intention de mettre en évidence une dépression post partum ? On pourrait penser que cette forme de dépistage est d'autant plus efficace lorsque le médecin connaît la patiente et donc est capable de remarquer si elle est en souffrance et inversement, la patiente pourrait être plus à même de se confier à son médecin « simplement » avec une question posée de façon indirecte. La relation médecin-malade joue dans ces situations complexes, un rôle primordial. En d'autres termes, les médecins généralistes que nous avons interrogés réalisent très peu de consultations post-natale comme elles le sont définies par l'Assurance Maladie mais ils sont la majorité à s'intéresser à l'état de santé des femmes qui viennent en consultation avec leur nourrisson, bien qu'ils n'abordent moins la dépression post partum de façon explicite que les autres thèmes.

Si on souhaite extrapoler les données de notre échantillon, la puissance de notre étude nous permet d'affirmer qu'au niveau national, la dépression post-partum est évoquée dans moins 65% des cas par les médecins généralistes mais nous pouvons observer que plus de la moitié des médecins s'intéressent à l'état de santé des mères alors qu'elles viennent consulter avec leur nourrisson.

La place accordée au dépistage de la dépression post-partum n'est pas encore suffisamment présente dans la pratique courante des médecins généralistes qui sont pourtant les premiers à effectuer les soins de santé primaires et donc le dépistage.

Ces constatations sont en adéquation avec les chiffres récents qui relatent qu'une dépression post-partum sur deux n'est pas diagnostiquée (16), ce qui peut être expliqué par le fait que moins d'un médecin sur deux aborde et/ou dépiste cette pathologie de façon spontanée avec une patiente ayant accouché dans l'année.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux médecins qui n'abordaient pas et/ou ne dépistaient pas la dépression post-partum et aux raisons pour lesquelles ces derniers n'effectuaient pas ce dépistage. Ceci était notre premier objectif secondaire.

La première raison qui était évoquée était le manque de formation pour 51,9% d'entre eux.

Tout d'abord, si l'on s'en réfère au Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, il n'y a pas d'item qui traite de la dépression post-partum seul mais il s'agit de l'item « Troubles psychiques de la grossesse et du post partum » qui regroupe le baby blues, la dépression post partum, la psychose puerpérale et les états de stress post traumatiques.

Il en est de même dans le Collège de Psychiatrie d'autant plus que selon les critères du DSM, comme on l'a vu précédemment, la définition de la dépression post partum n'est autre que la définition de l'état dépressif caractérisé mais avec la temporalité du post-partum. Or nous avons vu que beaucoup de symptômes de l'état dépressif caractérisé ne s'appliquaient pas à la dépression post-partum et inversement.

De plus, en interrogeant les médecins sur leurs connaissances quant aux dernières recommandations concernant l'obligation des consultations post-natales, ils étaient 88,5% à ne pas en avoir été informés.

En revanche, lorsqu'il leur a été demandé les trois signes les plus caractéristiques de la dépression post-partum, les réponses les plus cochées sont bien celles qui ont été le plus

décrites dans la littérature à savoir, l'irritabilité, les troubles de sommeil à type d'endormissement et enfin le sentiment d'incapacité physique.

La seconde raison pour 48,1% d'entre eux était le manque de temps.

Le manque de temps est un problème récurrent en médecine générale car bien souvent, le temps de consultation imparti est court par rapport aux motifs de consultations et aux différents problèmes à résoudre. Les consultations post natales ou durant l'année suivant l'accouchement n'échappent pas à cette règle car les sujets à aborder sont nombreux et chronophages quels qu'ils soient. D'autant plus si les médecins dépistent la dépression post-partum, en effet, on imagine mal aborder le sujet de prime abord dans les premières minutes de la consultation mais plutôt une fois qu'elle est avancée et que la patiente se sent prête à partager sur son état psychologique.

Trois répondants n'abordaient pas le thème car ils pensaient que le sujet était encore tabou dans la société. Cette faible proportion est plutôt rassurante car la moyenne d'âge des répondants étant de 34,5 ans, cela nous montre que les mentalités ont évolué et que la dépression post-partum n'est pas, pour les jeunes médecins de notre échantillon, un sujet tabou.

Aucun ne pensait que ce n'était pas à eux d'aborder le sujet, ou que la prévalence était trop faible pour en parler ou encore que l'état psychologique instable était courant chez la parturiente. Ces données sont elles aussi encourageantes car cela montre que même si cette proportion de médecin n'évoquait pas la dépression post-partum, ils se sentaient tout de même concernés par le sujet.

Quatre répondants n'abordaient pas le thème car, pour eux, le dépistage avait déjà été fait par la sage-femme de la patiente.

Ces résultats rejoignent ceux observés lorsque nous avons demandé aux participants quel était pour eux le professionnel de santé le plus à même de réaliser le dépistage de la dépression post partum. Parmi les 52 répondants qui n'effectuaient pas ce dépistage, 50% pensaient que c'était au médecin généraliste de le réaliser, 42,3% à la sage-femme et 7,7% au pédiatre.

Les réponses libres ont également permis aux participants d'évoquer d'autres raisons, parmi elles, les plus courantes étaient qu'ils ne pensaient pas systématiquement à aborder le sujet, ou qu'ils ne le faisaient qu'en présence de signes évocateurs. D'autres médecins disaient aborder le sujet de façon indirect ce qui rejoint ici aussi la notion d'évaluation implicite, qui peut se rapprocher des questions de Whooley. Un des médecin a dit ne pas évoquer le sujet car il n'y avait « pas beaucoup de solutions à proposer ». A-t-il/elle écrit cela car il/elle sait que beaucoup de dépressions post-partum évoluent favorablement ? Ou est-ce parce que, déjà confronté(e) à un cas, il/elle n'a pas trouvé d'aide pour facilement orienter et prendre en charge la patiente ? Une étude française rejoint cette idée en stipulant que seulement 25% des femmes rapportant une détresse psychologique déclaraient avoir bénéficié d'une consultation avec un professionnel de santé en psychiatrie. (20)

Après avoir étudié les raisons pour lesquelles les médecins ne réalisaient pas le dépistage de la dépression post-partum, nous avons voulu savoir de quelle manière était fait le dépistage pour les 63 participants concernés. Ceci constituait notre deuxième objectif secondaire.

Nous avons donc pu constater que la majorité d'entre eux (52,4%) le faisaient de façon systématique, de même qu'au sein de cette population, ils étaient une grande majorité

(85,7%) à interroger systématiquement les mères sur leur état de santé quand elles venaient consulter pour le nourrisson.

Ces résultats nous montrent donc que, au sein de notre échantillon, lorsque les médecins réalisent le dépistage, plus de la moitié le font de manière systématique comme il est préconisé de le faire.

En revanche, ils n'étaient que 14,3% à utiliser le questionnaire EPDS, outil de référence pour réaliser ce dépistage et ce diagnostic. Cela pourrait témoigner également du manque de formation sur la dépression post-partum de ce groupe de médecins. C'est également ce qui avait été mis en avant par une étude faite dans le Finistère qui invitait 52 médecins à utiliser l'EPDS dans leur pratique courante, cette étude avait révélé que le temps nécessaire à soumettre ce questionnaire était un frein à son utilisation. (58)

L'entretien dirigé était la méthode la plus utilisée pour le diagnostic de la dépression post partum (65,1%).

Aucun des médecins n'utilisait les questions de Whooley. Est-ce car ils ne connaissaient pas ce mode de dépistage ou car ils savaient que cette méthode n'est pas validée en France ?(59)

Nous avons également demandé à ces médecins quels supports ils conseillaient aux patientes pour s'informer sur la dépression post-partum. La référence la plus conseillée était le site 1000 premiers jours (45%), ce site élaboré par le Ministère de la Santé et de la Prévention ainsi que Santé Publique France, est un outil très utilisé et très complet ayant pour sujet la parentalité avant, pendant et après l'accouchement. Les informations concernant l'entretien prénatal précoce et l'entretien post-natal sont disponibles. Un lien direct expliquant ce qu'est le baby blues et la dépression post-partum avec une vidéo illustrant les propos d'un article très complet son également consultables (60). Trente pour cent des médecins communiquaient à leurs patientes les coordonnées de l'UME la plus proche. Dix-sept virgule cinq pourcent des

médecins ne conseillaient pas de support. Ne le jugeaient-ils pas nécessaire ? Ou n'en n'avaient-ils pas connaissance ? Le site *maman-blues* (61) a été conseillé par 3,2% des médecins. Ce site internet se définit comme un site non-médical de soutien d'écoute et de conseil pour les mères qui éprouvent des difficultés. On y trouve des groupes d'écoute, les coordonnées de référentes pour du soutien ainsi que les coordonnées et centre Unité mère-enfant. Peut-être ce site devrait-il plus être mis en avant car il permet aux patientes de se mettre en relation rapidement et sans consulter leur médecin au préalable, avec des intervenants pour les aider.

Enfin, nous avons interrogé la totalité des participants sur les moyens qui, pour eux permettraient d'améliorer le dépistage et donc la prise en charge des patientes présentant une dépression post-partum.

Ainsi, plus de 9 répondants sur 10 jugeaient pertinent d'inclure systématiquement une consultation pour la mère lors de la consultation du 1^{er} mois du nourrisson, donc réaliser une consultation post-natale lors de chaque consultation du 1^{er} mois du nourrisson. Cela sous-entend évidemment pour les praticiens d'avoir une pratique courante de la pédiatrie au sein de leur patientèle, mais aussi d'informer les patientes de cette consultation au préalable, de former en amont les secrétaires médicales (s'il y en a) lors de la prise de rendez-vous. Une étude menée par J. Sheeder et al. en 2009 a montré qu'intégrer dans son logiciel de consultation l'EPDS lors de chaque consultation des nourrissons jusqu'à 6 mois détectait la plupart des dépressions post partum 2 mois après l'accouchement.(62)

Soixante-dix virgule quatre pour cent estimaient qu'il fallait informer la patiente durant la grossesse. De même cela implique que le médecin suive ou reçoive en consultation les

patientes pendant leur grossesse alors qu'elles ont généralement un suivi chez un gynécologue et/ou une sage-femme.

Les campagnes de prévention à grande échelle seraient une solution pour 60,9% des répondants. En 2021, lors de la Journée Mondiale de la Santé Mentale (qui a lieu chaque année le 10 octobre), des supports afin de sensibiliser la population sur la dépression et le suicide ont été diffusés par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'un d'entre eux traitait de la dépression post-partum dans un contexte bien particulier c'est-à-dire un an après le début de la pandémie par le Covid-19. Il est difficile de savoir à quelle échelle et de quelle manière ce support a été diffusé, et bien qu'il ait le mérite d'exister, il a été assimilé à la dépression hors période péri natale. Étant donné que la dépression post-partum concerne entre 10 et 20% des patientes et que cette maladie est la 2^e cause de décès des femmes pendant la période post-natale, réaliser des campagnes de prévention plus accessible par le grand public comme à la radio ou à la télévision serait à envisager par les pouvoirs publics.

À noter que de plus en plus de témoignages ou reportages émergent au sein des réseaux sociaux ou sur les plateformes de vidéos et podcasts sur ce thème, notamment par exemple, avec la sage-femme Anna ROY qui fait régulièrement des interventions dans l'émission télévision La Maison des Maternelles, et qui anime un podcast notamment sur ce thème.

Une meilleure coordination entre les professionnels de santé aiderait à améliorer le dépistage pour 56,5% des répondants. N. Guédeney évoque en effet « la coupure quasi systématique entre professionnels de la période prénatale et ceux du postnatal ». La grossesse est plus que suivie médicalement parlant, et une fois terminée, toute l'attention et les soins se tournent vers le nourrisson. Comme solution on pourrait, par exemple, imaginer que si une patiente ne réalise pas sa consultation post-natale auprès de la sage-femme ou du gynécologue, ces derniers se mettent en contact avec le médecin généraliste pour l'en informer et inversement.

Il faudrait également améliorer la communication en émettant des comptes rendus de consultation ou d'hospitalisation par messagerie sécurisée plus rapidement afin d'optimiser les prises en charge et avoir une connaissance en temps réel de l'état de santé de la patiente. Enfin, moins de la moitié des participants (47,8%) souhaiterait la création et mise à disposition d'affiches ou de flyers pour les patients en salle d'attente ou au sein du bureau de consultation. Pourtant, on peut remarquer lors de notre pratique quotidienne que cette méthode permet aux patients de s'intéresser et de nous solliciter à propos des sujets traités. On pourrait également imaginer disposer une fiche informative dans les carnets de santé des nourrissons avec un questionnaire EPDS afin que les patientes qui ne consultent pas par manque de temps par exemple ou qui sont isolées puissent s'auto-évaluer et, dans un second temps si nécessaire, de consulter un professionnel de santé.

Notre étude comporte plusieurs forces. Tout d'abord, à ce jour, d'après nos recherches, aucune étude ne s'intéresse à la pratique des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale lors du post partum en Alsace. Au niveau national, il n'en existe que très peu qui s'intéressent à la pratique des médecins généralistes concernant la dépression post-partum que ce soit pour le dépistage, le diagnostic ou le suivi des patientes.

Nous avons pu grâce à notre étude mettre en avant les dysfonctionnements de la prise en charge globale de cette pathologie.

La santé mentale est le premier poste de dépense de l'Assurance Maladie, en 2020, cela représentait 14% du budget global annuel de la santé soit 23,3 milliards d'euros (63). Ceci devrait motiver les autorités publiques et les acteurs des soins primaires (comme les médecins

généralistes) à effectuer plus de prévention et de dépistage notamment de la dépression post-partum.

Nous avons recueilli suffisamment de réponses à notre questionnaire afin de jouir d'une puissance de 10%.

Ceci nous a permis d'extrapoler les résultats de notre objectif principal à savoir que moins de 65% des médecins réalisaient dans leur pratique courante le dépistage de la dépression post-partum. Plus les pathologies sont détectées à temps, moins elles engendrent de soins coûteux. Le fait que le sujet soit d'actualité est également une force de l'étude, en effet, on assiste de plus en plus à la libération de la parole autour de l'état de santé mental des femmes dans le post partum par exemple sous forme de témoignages (podcasts, émissions TV).

Parmi les médecins généralistes qui ont répondu, la majorité d'entre eux soit 53% étaient des médecins installés. Ceci constitue une force car les réponses de ces médecins sont plus précises et pertinentes car ils connaissent mieux leur patientèle, ils ont une vision plus globale de celle-ci et connaissent mieux les antécédents et les modes de vie de leurs patientes. Ils ont aussi en général plus d'expérience et leur relation médecin-malade est plus forte.

Enfin, il nous a semblé pertinent de réaliser ce travail d'état des lieux du dépistage de la dépression post-partum un an après la diffusion des nouvelles recommandations qui stipulent que la consultation post-natale est maintenant obligatoire et remboursée à 100%.

Notre étude comporte également des faiblesses.

Tout d'abord, il existe un biais d'auto-sélection, en effet, la participation du questionnaire étant volontaire, seuls les médecins intéressés par le sujet ont répondu à notre étude.

D'ailleurs, on remarque qu'au sein de notre échantillon, on comptait 85,2% de femmes et 58,3% des participants avaient des enfants. On peut alors s'interroger sur le fait que les femmes médecin avec des enfants se sont senties plus concernées par le sujet car elles ont eu ou auront pour la plupart un vécu personnel de la période post-partum et donc ont été plus nombreuses à répondre à notre questionnaire.

Les médecins interrogés n'effectuaient que très peu de consultations post natales ce qui constitue une faiblesse car c'est cette consultation qui vise à dépister les dépressions post-partum. Peut-être aurions-nous dû connaître la proportion de médecins qui pratiquaient la gynécologie en général et pas seulement les consultations post natales.

Il semblerait que certains énoncés des questions de notre enquête portaient à confusion.

Par exemple à la question 7 « *Quel(s) serait(ent), selon vous, le(s) meilleur(s) moyen(s) à mettre en place pour améliorer le dépistage de la dépression post partum ?* », les réponses libres des participants nous font penser qu'ils proposaient des moyens pour améliorer la prévention et non le dépistage de la dépression post-partum. De plus, nous n'avons pas demandé aux participants s'ils pensaient qu'une meilleure formation permettrait d'améliorer leur pratique.

Nous aurions pu également demander à tous les participants (et pas seulement à ceux qui réalisaient le dépistage dans leur pratique courante) quel étaient les outils diagnostiques utilisés (cf question 6F).

Malgré nos sollicitations aucun médecin de la PMI n'a souhaité répondre à notre étude. Est-ce dû au fait qu'en Alsace, plus de pédiatres que de médecins généralistes sont présents dans les centres ? Leurs réponses auraient été pertinentes car ils peuvent avoir une vision de la dépression post-partum via l'état de santé et les problématiques des nourrissons. En effet, ils peuvent avoir la démarche inverse comme suspecter une dépression post-partum (parmi

d'autres problématiques) lorsque l'allaitement s'avère difficile ou un échec, si le nourrisson a des troubles du sommeil ou encore des pleurs anormaux.

Cela rejoint également l'interrogation que nous nous étions posés au début de notre travail qui était celle d'inclure les pédiatres, les gynécologues et les sage-femmes afin d'évaluer leur pratique vis-à-vis de ce dépistage.

Nous avons choisi de nous concentrer non pas seulement sur les premières semaines du post partum mais sur les 12 mois suivants ayant constaté dans nos recherches que nombreux auteurs considèrent que la dépression post-partum peut subvenir jusqu'à un an après l'accouchement. Ce choix peut porter à discussion car la majorité des événements dépressifs ont, généralement, lieu pendant les 6 premières semaines mais il peut s'avérer pertinent car depuis 2018 les vaccins sont obligatoires pour les enfants jusqu'à l'âge de leur 11 mois. Ainsi les médecins généralistes, s'ils assurent le suivi de l'enfant, sont potentiellement amenés à le voir si c'est la mère qui l'accompagne pendant 1 an.

Le fait que nous nous soyons concentrés sur l'état des lieux du dépistage seul est également discutable car la prévention fait elle aussi partie intégrante de la détection et de la prise en charge de la dépression post-partum. En effet, expliquer pendant la grossesse la pathologie les signes, la chronologie, la différence avec le baby blues pourrait aider les patientes à partager leurs maux avec leur praticien si cela leur arrive.

Il serait important également de leur parler du sentiment de culpabilité, les informer que ce sentiment est très souvent présent au cours d'une dépression post-partum et peut être un des signes avant-coureurs et donc qu'il n'y a pas de honte d'en faire part à leur entourage et à leur praticien.

Comme l'a dit N. Guedeney : « *il existe un paradoxe dans la situation de mère déprimée qui pourrait se résumer ainsi: elle n'a pas le droit d'être déprimée puisqu'elle est la mère d'un bébé; mais si elle reconnaît sa dépression, alors elle ne peut être qu'une mauvaise mère pour ce bébé.* »

Beaucoup d'interrogations subsistent après notre étude même si, au sein de notre échantillon, nous avons pu explorer les pratiques des médecins généralistes alsaciens.

Étant les acteurs principaux des soins primaires, le dépistage de la dépression post-partum doit rester une priorité lorsqu'ils reçoivent en consultation une mère qu'elle soit seule ou avec son enfant.

Une étude menée par Georgiopoulos et al. a montré qu'effectuer le dépistage de façon systématique a permis d'augmenter le nombre de diagnostics, et dans une autre étude du même auteur, l'utilisation du score EPDS par les praticiens, bien que nécessitant plus de temps était acceptable dans leur pratique courante.(64)

Aborder le thème de façon systématique permettrait de parer la notion de censure maternelle que l'on retrouve dans le tableau clinique de la dépression post-partum. Les médecins interrogés ont relaté que les thèmes les plus abordés par les patientes lorsqu'elles se rajoutaient en consultation sont notamment la fatigue et l'allaitement or, ces deux thèmes doivent être approfondis. En effet, la fatigue bien que presque tout le temps présente dans le post-partum, peut-être, si elle très intense un symptôme de la dépression post-partum. De même pour l'allaitement, si la patiente souhaite aborder ce sujet car elle rencontre des difficultés, prendre le temps de comprendre et de la conseiller est primordial car l'échec de l'allaitement est un facteur de risque de dépression post-partum.

Avec les constatations faites grâce à notre étude, il semble que la place accordée au dépistage de la dépression post-partum chez les médecins généralistes n'est pas en adéquation avec la gravité des conséquences de la pathologie, malgré les dernières recommandations. Pour la mère, il s'agit de la 2^e cause de mortalité dans cette période et pour les enfants, la relation mère enfant étant très affectée, le développement de l'enfant peut l'être aussi.

En août 2023, la Food & Drug Administration (FDA) a annoncé la prochaine commercialisation du ZURZUVAE (zuranolone), premier traitement de la dépression post-partum. Deux études multicentriques ont été réalisées : elles ont montré une amélioration significative de l'état des patientes sous ZURZUVAE vs celles qui se sont vues administrer un placebo. (65). La commercialisation en France de ce médicament n'est pas encore d'actualité ce jour.

VI. Conclusion

La dépression post-partum concerne près d'une femme sur 5 et est la deuxième cause de mortalité dans les semaines qui suivent l'accouchement après les maladies cardio-vasculaires. Les conséquences ne concernent pas seulement la mère mais également l'entourage (co-parent) et surtout l'enfant avec potentiellement de lourdes conséquences sur son développement somatique ou psycho-affectif. Ainsi, un tel enjeu de santé publique nous a motivé à étudier la place accordée au dépistage de la dépression post-partum chez les médecins généralistes alsaciens au cours de la première année suivant l'accouchement. Ceci constituait notre objectif principal.

Nos résultats ont montré que proportionnellement aux 10 sujets couramment abordés avec les patientes vues dans l'année après l'accouchement, la dépression post-partum n'était abordée et/ou dépistée qu'en 7^e position par les médecins généralistes alsaciens. Ils étaient 54,8% à réaliser ce dépistage et lorsqu'ils le réalisaient, cela était fait de façon systématique. Ces résultats montrent donc que le dépistage et la prise en charge de la dépression post-partum n'étaient pas optimaux et ce, pour deux principales raisons.

Premièrement, le manque de formation relaté par 51,9% des médecins qui ne dépistaient pas dans leur pratique courante le sujet, deuxièmement par manque de temps, mis en avant par 48,1% d'entre eux. Ceci a été mis en avant avec notre premier objectif secondaire.

Notre deuxième objectif secondaire a ensuite étudié de quelle façon le dépistage était réalisé par les participants qui abordaient la dépression post-partum.

La plupart d'entre eux (52,4%) le faisaient de façon systématique mais peu (14,3%) utilisaient l'outil de référence à savoir l'EPDS.

Enfin, nous avons cherché, avec le troisième objectif secondaire, à savoir les moyens qui pourraient améliorer les pratiques. La majorité des médecins jugeaient pertinent d'inclure systématiquement une consultation pour la mère lors de la consultation du 1^{er} mois du nourrisson d'une part, et d'autre part, de renforcer la prévention pendant la grossesse.

Si de telles mesures étaient mises en place associées à une meilleure formation des médecins généralistes, le dépistage et donc le diagnostic de la dépression post-partum pourraient être optimaux.

VU

Strasbourg, le 15 septembre 2023. Le président du jury de thèse

Professeur Nicolas Sananès



Vu et approuvé
Strasbourg, le 15 SEP. 2023
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean Sibilla



Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire EPDS

Vous venez d'avoir un bébé, nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en choisissant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant les 7 jours qui viennent de s'écouler et pas seulement aujourd'hui.

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

-Aussi souvent que d'habitude

-Pas 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

-Pratiquement pas

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

-Non, pas du tout

-Presque jamais

-Oui, parfois

-Oui, très souvent

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, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

-Oui, parfois, je me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

-Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

-Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

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

- 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 mal

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

Annexe 2 : Questionnaire diffusé aux médecins généralistes alsaciens

Bonjour à tous,

Je réalise ma thèse de fin d'étude de médecine générale qui a pour intitulé : "État des lieux du dépistage de la dépression du post partum auprès des médecins généralistes d'Alsace chez les patientes lors de la première année suivant l'accouchement."

Je vous invite donc à répondre à ce questionnaire de 12 questions, ce qui vous prendra moins de 3 minutes. Les résultats sont anonymes.

Je vous remercie pour votre aide.

Si vous souhaitez des précisions, vous pouvez me contacter par mail : emi2123@hotmail.fr.

Merci encore!

Emilie HANOL

Question 1 : Au cours de l'année passée, à combien estimez-vous le nombre de consultation post natales que vous avez effectuées ? (Consultation effectuée entre le 4^e et la 8^e semaine post partum)

- Supérieur ou égale à 10
- Entre 5 et 10
- Moins de 5

Question 2 : Au cours des consultations de la première année de vie du nourrisson, à quelle fréquence interrogez-vous également la mère sur son état de santé mental ou physique ? (Sans qu'elle vous sollicite et sans qu'il y ait de RDV prévu pour elle) ?

- Systématiquement
- Parfois
- Jamais

Question 3 : Vous êtes dans la situation où, à la fin d'une consultation pour un nourrisson, la mère, alors qu'elle n'a pas de rendez-vous, vous sollicite car elle a des questions en lien avec son post partum. Vivez-vous cette situation de façon ?

- Très fréquente
- Fréquente
- Occasionnelle
- Exceptionnelle

Question 4 : Quels sont les motifs les plus courants ?

- Fatigue
- Troubles du sommeil
- Difficulté à perdre du poids
- Demande d'une ordonnance (tire lait, contraception...)
- Troubles de l'humeur, anxiété
- Allaitement
- Autre

Question 5 : Au cours de la consultation post natale ou au cours d'une consultation avec une patiente ayant accouché au cours de l'année, en l'absence de facteurs de risque, et sans demande de la patiente, quels sont les thèmes que vous abordez et/ou dépistez ? (ne pas cocher si le thème n'est jamais abordé)

- Vécu de l'accouchement
- Vécu du retour à domicile
- Contraception
- Allaitement
- Rééducation périnéale
- Isolement maternel
- Dépression post partum
- Dysthyroïdie
- Relation mère- enfant
- Syndrome du bébé secoué

Les questions 5A, 5B, 5C, 5D et 5E sont destinées à ceux qui n'ont **pas** coché « dépression post partum » dans la question précédente, les autres peuvent se rendre directement à la question 6.

Question 5A : Pourquoi n'évoquez-vous pas la dépression post partum ?

- Manque de formation sur le sujet
- Prévalence trop faible pour être évoquée (pas de place pour le dépistage)
- Manque de temps
- Sujet encore tabou dans la société
- Déjà effectué à la maternité ou par la SF
- L'état psychologique instable est courant chez la parturiente
- Vous estimez que ce n'est pas à vous d'aborder ce sujet
- Autre

Question 5B : Quels sont les facteurs de risque qui vous inciteraient à rechercher une dépression post partum ?

- Antécédents psychiatriques de la patiente
- Accouchement difficile
- Séparation mère enfant à la naissance
- Mère de jeune âge
- Grossesse non désirée/ déni de grossesse
- Précarité
- Patiente primipare
- Patiente multipare
- Grossesse résultant d'un parcours PMA

Question 5C : Quels sont, pour vous, les 3 signes les plus caractéristiques de la dépression post partum ?

- Sentiment d'incapacité physique
- Perte de la libido

- Plaintes somatiques multiples
- Asthénie
- Troubles du sommeil, particulièrement de l'endormissement
- Irritabilité

Question 5D : Avez-vous eu connaissance de la mise en place de l'entretien post natal obligatoire entre la 4e et 8e semaine post partum depuis le 01/07/2022 pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie? (recommandations HAS)

- Oui
- Non

Les questions 6A, 6B, 6C, 6D, 6E, 6F sont destinées aux personnes qui ont coché dépression post partum à la question 5. Les autres peuvent se rendre directement à la question 7.

Question 6A : Dans quel contexte abordez-vous la dépression post partum ?

- Systématiquement
- Seulement en présence de facteurs de risques
- Lorsque tous les autres sujets ont été abordés

Question 6B : Quels sont les supports que vous conseillez à la patiente pour s'informer sur la dépression post partum (en plus des informations que vous lui communiquez) ?

- Site 1000-premiers-jours.fr
- Les coordonnées de l'Unité Mère Enfant la plus proche
- Site maman-blues.fr
- Références livres
- Écoute de podcasts
- Autre

Question 6C : Avez-vous déjà été confronté lors de votre cursus à une patiente présentant une dépression post partum ?

- Oui
- Non

Question 6D : Avez-vous eu connaissance de la mise en place de l'entretien post natal obligatoire entre la 4e et 8e semaine post partum depuis le 01/07/2022 pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie? (recommandations HAS)

- Oui
- Non

Question 6E : Quels sont, pour vous, les 3 signes les plus caractéristiques de la dépression post partum ?

- Sentiment d'incapacité physique
- Perte de la libido
- Plaintes somatiques multiples

- Asthénie
- Troubles du sommeil, particulièrement de l'endormissement
- Irritabilité

Question 6F : Lorsque vous suspectez une dépression post partum, de quels outils diagnostiques vous aidez vous ?

- Test HAMILTON
- Questionnaire EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
- Critères selon le DSM V
- Entretien dirigé
- Questionnaire de Whooley

La suite et fin du questionnaire s'adresse à tous les répondants.

Question 7 : Quel(s) serait(ent), selon vous, le(s) meilleur(s) moyen(s) à mettre en place pour améliorer le dépistage de la dépression post partum ?

- Meilleure coordination entre la sage-femme, le gynécologue et médecin généraliste
- Prévoir systématiquement une consultation pour la mère lors de la consultation du 1^{er} mois du nourrisson
- Informer la patiente au cours de la grossesse
- La création de fiches de prévention (sous forme d'affiche ou de flyers)
- Des campagnes de prévention à grande échelle (TV, radio, réseaux sociaux...)
- Autre :

Question 8 : Qui est selon vous le professionnel de santé le plus à même d'effectuer le dépistage de la dépression post partum ?

- La sage-femme de la patiente
- Le médecin généraliste
- Le gynécologue de la patiente
- Le pédiatre
- Les professionnels au sein d'un centre de PMI

Question 9 : Questions générales concernant le profil des répondants. Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

Question 10 : Quel âge avez-vous ?

Question 11 : Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

Question 12 : Êtes-vous ?

- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste remplaçant
- Médecin exerçant dans une structure type PMI
- Mixte

Question 13 : Votre activité est-elle ?

- Majoritairement rurale
- Majoritairement urbaine
- Mixte

Annexe 3 : Test de Hamilton

1. Humeur dépressive

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

2. Sentiment de culpabilité de la personne

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

3. Suicide

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

4. Insomnie de début de nuit

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

5. Insomnies de milieu de nuit

- Pas de difficulté
- Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit
- 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

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

7. Travail et activités

- Pas de difficulté
- Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
- 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. (a l'impression de devoir se forcer)
- Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité
- 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)

- Pensée et langage normaux
- Léger ralentissement à l'entretien
- Ralentissement manifeste lors de l'entretien
- Entretien difficile
- Entretien impossible (état de stupeur)

9. Agitation

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

10. Anxiété psychique

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

11. Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation)

- Aucun de ces symptômes
- Symptômes légers
- Symptômes modérés
- Symptômes sévères
- Symptômes très invalidants frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

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

13. Symptômes somatiques généraux

- Aucun
- Lourdeur dans les membres, le dos et la tête. (Maux de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité)
- Un des symptômes apparaît clairement

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

- Absents
- Légers
- Sévères

15. Hypochondrie

- Absente
- Attention concentrée sur son propre corps
- Préoccupations sur sa santé
- Convaincu d'être malade. Plaintes fréquentes et demandes d'aide...
- Idées délirantes hypochondriaques

16. Perte de poids

- D'après les renseignements apportés par le malade
- Pas de perte de poids
- Perte de poids probable
- Perte de poids certaine

17. Prise de conscience :

- Reconnaît être déprimée et malade
- Reconnaît être malade (mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos...)
- Nie être malade

Annexe 4 : Questionnaire de Whooley :

Au cours du dernier mois :

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

Annexe 5 : Réponses libres questionnaire.

Réponses à la question 4 : « perte de cheveux », « info contraception », « déséquilibre dans le couple », « douleurs pendant les rapports sexuels », « périnée, reprise du travail », « suite de couche, retour ou non des menstruations, contraception, rééducation », « relation dans le couple ».

Réponses à la question 5A : « je n'y pense pas », « poser des questions indirectes pour laisser la patiente venir vers vous », « je demande d'abord si elle va bien, si je sens que non je pousse plus loin seulement si je le sens », « pas beaucoup de solutions à proposer », « je ne parle pas de la pathologie directement mais je la recherche dans mon interrogatoire quand je m'intéresse à son état psychique et émotionnel », « pas forcément le réflexe si sujet non abordé par la patiente », « je n'évoque pas spécifiquement la DPP mais je demande toujours aux mères comment elles se sentent sur le plan moral quitte à ensuite aller plus loin notamment en cas de dépression. », « je ne pense pas à l'aborder », « seulement si signe évocateur », « je n'y pense pas systématiquement », « j'évoque le moral plutôt que le terme dépression post-partum », « peu de temps pour des consultations souvent très chargées et rarement évoqué par la patiente », « je ne pose pas directement la question mais pose la question sommeil, relation à l'enfant, alimentation, aide extérieure », « non abordé dans ces termes mais exploration de la santé mentale de la patiente », « pas évident de distinguer un baby blues d'une dépression post-partum, c'est surtout l'évolution qui va nous guider », « on parle de la relation mère-enfant et des difficultés qu'elle pourrait éprouver avec son bébé, je

considère souvent qu'elle l'évoquerait à ce moment-là (peut-être à tort) », « évoqué de manière détournée, pas directement sous la forme de dépression post-partum », « j'interroge sur le moral de façon générale sans forcément évoquer la dépression post-partum elle-même », « je n'y pense pas systématiquement ».

Réponses à la question 6B : « aucun » (10 réponses), « psychologue », « PMI », « psychologue de la maternité ».

Réponses à la question 7 : « congé paternité plus long », « plutôt une consultation pour la maman au 2^e mois », « questionnaire à remplir au cours du premier mois de l'enfant », « allongement du congé maternité et paternité », « consultation 100% remboursée avec un psychologue qui fasse une évaluation et un compte rendu au médecin », « donner des oméga 3 dès le début de la grossesse et 9 mois après l'accouchement ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Nakamura A. Le rôle du soutien social pendant la grossesse dans les inégalités sociales vis-à-vis de la dépression postpartum parentale [Internet] [phdthesis]. Sorbonne Université; 2020 [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: <https://hal.sorbonne-universite.fr/tel-02966927>
2. DSM [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>
3. ICD-10 Version:2008 [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
4. Guédeney N, Jeammet P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*. 2001;13(3):51- 64.
5. Pop VJM, Essed GGM, de Geus CA, van Son MM, Komproe IH. Prevalence of post partum depression: or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993;72(5):354- 8.
6. Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. *Presse Médicale Form*. nov 2021;2(5):439- 41.
7. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry*. 1 janv 2015;2(1):59- 67.
8. Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord*. déc 2011;135(1- 3):128- 38.
9. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. nov 2005;106(5 Pt 1):1071- 83.
10. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 1 févr 2018;8:248.
11. Doncarli A. SUICIDE EN PÉRIODE PÉRINATALE : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉCENTES ET STRATÉGIES DE PRÉVENTION / PERINATAL SUICIDE: RECENT EPIDEMIOLOGICAL DATA AND PREVENTION STRATEGIES.
12. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstet Gynecol*. avr 2015;125(4):885- 93.

13. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
14. Vacheron MN, Dugravier R, Tessier V, Deneux-Tharoux C. [Perinatal maternal suicide: How to prevent?]. *L'Encephale*. oct 2022;48(5):590- 2.
15. Chabrol H, Teissède F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. *Devenir*. 2003;15(1):5- 25.
16. Boath E, Bradley E, Henshaw C. The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1 sept 2005;26(3):185-92.
17. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatry*. oct 2020;53:102353.
18. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. *J Nerv Ment Dis*. juin 1983;171(6):336-41.
19. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275-85.
20. Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NMC, Charles MA, Verdoux H, et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. févr 2015;30(2):322-8.
21. Sharma P, Kalra S, Singh Balhara YP. Postpartum Depression and Diabetes. *JPMAJ Pak Med Assoc*. janv 2022;72(1):177-80.
22. Hays MA. Le temps du bébé: soutien de l'accordage primaire et prévention de la dépression maternelle précoce du post-partum. *Devenir*. 2004;16(1):17-44.
23. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. mai 2022;44(5):452-7.
24. Munk-Olsen T, Pedersen HS, Laursen TM, Fenger-Grøn M, Vedsted P, Vestergaard M. Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode. *Scand J Prim Health Care*. 3 avr 2015;33(2):127-33.
25. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. mars 2001;80(3):251-5.
26. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. févr 2002;99(2):223-8.
27. Stephanie Watkins 1, Samantha Meltzer-Brody, Denniz Zolnoun, Alison Stuebe. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. Disponible sur: 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21734617/> lien

28. Après l'accouchement : le retour à la maison [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>
29. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 1987;150:782-6.
30. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 11 nov 2020;371:m4022.
31. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 1998;13(2):83-9.
32. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* juill 1997;12(7):439-45.
33. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med.* 2009;7(1):63-70.
34. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NMC, Sutter-Dallay AL. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res.* janv 2017;84:284-91.
35. Moreau E. Suicide et périnatalité. [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020 [cité 19 avr 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971142>
36. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *Br Med J.* 19 janv 1991;302(6769):137-40.
37. Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R. Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *J Child Psychol Psychiatry.* oct 1993;34(7):1083-101.
38. Gandillot S, Wendland J, Wolff M, Moisselin P. Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir.* 2012;24(2):141-69.
39. Tissot H, Frascarolo-Moutinot F, Despland JN, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr Enfant.* 2011;54(2):611-37.
40. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(2):147-56.

41. 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(1):47-63.
42. Armstrong KL, O'Donnell H, McCallum R, Dadds M. Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/depression. *J Paediatr Child Health*. juin 1998;34(3):263-6.
43. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 15 nov 2014;384(9956):1800-19.
44. Agnafors S, Sydsjö G, Dekeyser L, Svedin CG. Symptoms of depression postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. *Matern Child Health J*. avr 2013;17(3):405-14.
45. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, IJzerman MJ, Haasnoot-Smallegange RME, Reijneveld SA. Screening for Postpartum Depression in Well-Baby Care Settings: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. janv 2017;21(1):9-20.
46. van der Waerden J, Bernard JY, De Agostini M, Saurel-Cubizolles MJ, Peyre H, Heude B, et al. Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN mother-child cohort. *Depress Anxiety*. 2017;34(2):105-17.
47. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 1996;169(1):36-41.
48. Bruno A, Celebre L, Mento C, Rizzo A, Silvestri MC, De Stefano R, et al. When Fathers Begin to Falter: A Comprehensive Review on Paternal Perinatal Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 11 févr 2020;17(4):1139.
49. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*. déc 2016;206:189-203.
50. Yamashita H, Yoshida K. [Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003;105(9):1129-35.
51. Gorwood P, Kessler V. La psychose puerpérale: un modèle du concept de vulnérabilité génétique? *Devenir*. 2002;14(1):17-26.
52. Deforges C, Sandoz V, Horsch A. Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Périnatalité*. 2020;12(4):192-200.
53. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 15 janv 2017;208:634-45.
54. O'Hara MW. La dépression du post-partum: Les études de l'Iowa. *Devenir*. 2001;13(3):7-20.

55. Claridge AM. Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 1 févr 2014;17(1):3-15.
56. Shieh PL, Cheng LY, Hsu WS, Li RH. Mother-Infant Group Intervention on Maternal Depression and Bonding: A Quasi-Experimental Study. *Matern Child Health J*. 8 avr 2023;
57. Alföldi F. Trois niveaux d'évaluation : implicite, spontanée, instituée. In: *Évaluer en protection de l'enfance* [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 20 août 2023]. p. 81-112. (Enfances). Disponible sur: <https://www.cairn.info/evaluer-en-protection-de-l-enfance--9782100721382-p-81.htm>
58. MEUNIER S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [Internet]. Rouen; 2012. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765420/document>
59. VERGNAUD M. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde [Internet]. [Bordeaux]; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970259/document>
60. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Comment différencier baby blues et dépression post-partum ? Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/comment-differencier-baby-blues-et-depression-post-partum>
61. <https://www.maman-blues.fr/> [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Que faire en cas d'angoisses pendant la grossesse ou après l'accouchement ? Disponible sur: <https://www.maman-blues.fr/que-faire/>
62. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life? *Pediatrics*. juin 2009;123(6):e982-988.
63. Pathologie - Data pathologies — Data ameli [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Maladies%20psychiatriques
64. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract*. févr 2001;50(2):117-22.
65. Commissioner O of the. FDA. FDA; 2023 [cité 29 août 2023]. FDA Approves First Oral Treatment for Postpartum Depression. Disponible sur: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-oral-treatment-postpartum-depression>

RÉSUMÉ

Introduction : La dépression post-partum concerne près d'une femme sur 5 et est la deuxième cause de mortalité pendant le post-partum. La détection des signes de cette pathologie sont complexes car il existe une culpabilité et une minimisation de l'état de santé des patientes. Les enjeux et les conséquences concernent également l'enfant, les répercussions sur son développement psychosomatique étant importantes. Le dépistage par les acteurs de soins primaires tels que les médecins généralistes est essentiel dans la prise en charge de la dépression post-partum. L'objectif principal de notre travail était de connaître la place accordée au dépistage de la dépression post-partum par les médecins généralistes alsaciens chez les mères durant la première année suivant l'accouchement. Les objectifs secondaires étaient : premièrement, analyser les raisons pour lesquelles les participants ne réalisaient pas ce dépistage ; deuxièmement, quelle était la manière dont les participants le réalisaient et enfin de connaître les moyens qui amélioreraient ce dépistage.

Méthode : Nous avons soumis aux médecins généralistes alsaciens un questionnaire afin d'évaluer leur pratique concernant le dépistage de la dépression post-partum. Ce questionnaire a été divulgué par voie numérique, sa participation était anonyme, sur la base du volontariat et déclarative.

Résultats : Après avoir recueilli 115 réponses, notre étude a montré que 54,8% des médecins généralistes alsaciens interrogés réalisaient le dépistage de la dépression post-partum dans leur pratique courante. La majorité d'entre eux (52,4%) le faisait de façon systématique mais seulement 14,3% utilisaient l'outil de référence, l'EPDS. Les principales raisons relatées par les participants qui ne réalisaient pas ce dépistage étaient le manque de formation et le manque de temps. Enfin, pour les participants, les meilleurs moyens d'améliorer le dépistage seraient d'inclure systématiquement une consultation pour la mère au cours de la consultation du 1^{er} mois du nourrisson et de renforcer la prévention pendant la grossesse.

Conclusion : Notre étude a permis mettre en avant les difficultés du dépistage de la dépression post-partum qui impactent son diagnostic et donc sa prise en charge. Les résultats que nous avons obtenu sont en adéquation avec les données actuelles qui stipulent qu'une dépression post-partum sur deux n'est pas diagnostiquée. Si la formation des médecins était améliorée et que la prévention pendant la grossesse était renforcée, la prise en charge de cette pathologie complexe pourrait être optimale.

Rubrique de classement : Médecine Générale

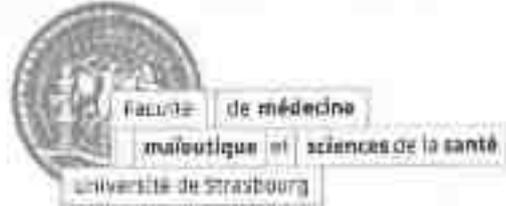
Mots-clés : dépression post-partum, dépistage, grossesse.

Président : Pr SANANES Nicolas

Assesseurs : Pr BERTSCHY Gilles, Dr GROS Marine

Adresse de l'auteur : 8, rue du vieux marché aux grains 67000 Strasbourg

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 : HANOL Prénom : Emilie

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 existant(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 15/09/23

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