2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

L'abord de la santé mentale en post-partum par les médecins généralistes

Limites du dépistage et axes d'améliorations envisagés auprès des médecins généralistes du Maine-et-Loire

GILLARD Sophie

Née le 8 octobre 1995 à Niort (79)

Sous la direction de Mme la Pr. RIQUIN Élise
Et de Mme la Pr. TESSIER-CAZENEUVE Christine

Membres du jury

Mme la Professeure ANGOULVANT Cécile	Présidente
Mme la Professeure RIQUIN Élise	Directrice
Mme la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine	Codirectrice
Mme la Docteure MERCIER Marie-Bénédicte	Membre

Soutenue publiquement le :
19 février 2026

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée GILLARD Sophie
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 13/11/2025

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure
Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure ANGOULVANT Cécile,
Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse, et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Madame la Docteure MERCIER Marie-Bénédicte,
Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Madame la Professeure RIQUIN Élise,
Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour votre accompagnement et vos conseils tout au long de ce travail.

A Madame la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine,
Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de codiriger cette thèse, pour votre accompagnement et votre disponibilité tout au long de ce travail. Je vous remercie également pour ce stage effectué à vos côtés, qui a contribué à renforcer mon intérêt pour la médecine générale.

Aux participants de cette étude,
Je remercie chaleureusement les médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude, pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour la richesse de leurs contributions, qui ont permis la réalisation de ce travail.

Aux médecins et aux équipes que j'ai eu la chance de rencontrer tout au long de mes études, merci pour votre pédagogie et votre patience.

REMERCIEMENTS

A ma famille :

A mes parents,
Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel tout au long de ces études.
Je sais que cela n'a pas toujours été évident, alors je tiens à vous remercier sincèrement, et vous dire à quel point votre présence a été essentielle pour moi.
Je vous aime.

A ma sœur,
Anne, ma petite grande sœur, merci pour ton écoute constante et ton soutien sans faille. Je suis reconnaissante de t'avoir eu comme modèle. Merci d'avoir toujours eu les mots justes, et l'humour qui va avec.

A ma Grand-mère,
Je te remercie d'être là pour fêter ce moment spécial. J'aurais adoré que Grand-Père t'accompagne.

A Charles,
Je tiens à te remercier particulièrement pour m'avoir soutenu et encouragé tout au long de ce travail. Merci de me rendre la vie plus douce, plus drôle (et plus sportive) depuis maintenant trois ans. J'ai hâte des futurs projets à partager ensemble.

A mes amis :

Julia, Héloïse, que dire que vous ne savez déjà. De nos débuts de P2 jusqu'à aujourd'hui, notre amitié est restée essentielle. J'ai hâte des prochains souvenirs que l'on va se créer ensemble.

Pauline, on ne compte même plus les années, qui ont défilé à une vitesse. Merci de ta présence à mes côtés depuis si longtemps.

Hadjara, merci d'être ce petit soleil qui est arrivé dans ma vie. Ta présence a été un véritable soutien sur ces dernières années. Merci pour ta folie, ton écoute et tes vocaux qui me font terriblement rire, même s'ils sont très longs.

Mélanie, je suis si contente de t'avoir rencontré lors de ce fameux semestre au Mans. Merci d'être ce petit être plein de force et d'énergie que j'admire tant.

Maud, que de choses vécues dans ce 50m2. Merci d'avoir été un soutien essentiel tout au long de cet externat et bien après.

Tatiana, Rémi, une sacrée brochette s'est formée pour entamer ce redoublement en beauté. Merci d'avoir été un soutien si important pendant cette période.

Manon, des stages de l'externat jusqu'à aujourd'hui, merci d'avoir toujours été présente.
Malgré la distance, ton amitié est restée fidèle et j'en suis reconnaissante.

Laura, que de chemins parcourus depuis la 4ème. Merci pour ton sourire, ta joie de vivre et ta douceur qui me font si chaud au cœur.

Julien, une rencontre fortuite, mais si enrichissante. De la Croatie jusqu'au Mans, merci pour tous ces rires, pour ton soutien et ton amitié qui compte beaucoup pour moi.

Julia et Morgane, l'internat n'aurait pas été le même sans vous. Merci d'être de si bonnes amies, hâte de découvrir les médecins que nous allons devenir.

REMERCIEMENTS

Aux Zouz, Anna-Louise, Bertille, Alice et Julie, à ce groupe dont la rencontre reste un mystère, mais qui a été si précieux. J'ai hâte des prochains week-ends à prévoir ensemble.

Aux amis angevins,
Adèle, à ces nouveaux souvenirs ensemble avec cette petite bande,
Avec Jean, Zoé, Henri, Maxence, Eugénie, Charles, Léa, Hédi merci d'avoir rendu cet internat plus drôle et plus festif.

Tony, à cette rencontre inopinée, merci pour ton énergie et ta drôlerie.

Bérénice, à toutes ces années d'études passées ensemble. Merci pour tes conseils avisés depuis le début de l'externat et ton franc parler.

Aux mutins de l'externat,

Valentin, merci pour tes débats animés et ton humour que j'aime tant.

Morgane, merci pour ta douceur et ta bienveillance inégalée.

Quentin, merci pour ta gentillesse qui te caractérise tant.

Julie, merci pour ton grain de folie qui m'apporte tellement.

Marianne, Océane, Evan, Maxime, Sixte, Jules, Moncef, Ludo, Emma, Marie,
Merci de former une si belle équipe, pour ces week-ends qui perdurent et pour ces soirées à prolongation.

Liste des abréviations

CMP	Centre Médico Psychologique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DPP	Dépression du postpartum
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
EPNP	Entretien Post Natal Précoce
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
USBB	Unité de Soins pour et autour du BéBé

PLAN

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MATERIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude
2. Population
3. Recueil des données
3.1 Positionnement du chercheur
3.2 Guide d'entretien
3.3 Déroulement des entretiens
4. Analyse des données
5. Aspects éthiques et réglementaires

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants
2. Invisibilisation du suivi maternel
2.1. Changement du suivi de la femme en médecine générale
2.2. Le suivi maternel conditionné par le suivi pédiatrique
2.3. Dépriorisation de la santé maternelle : phénomène conjoint entre la mère et le médecin généraliste
3. Les limites actuelles du dépistage en consultation
3.1. Centralité du médecin généraliste : une approche non codifiée et dépendante du praticien
3.2. La relation de soin et le suivi comme conditions du dépistage
3.3. Obstacles à l'expression des difficultés maternelles
3.4. Limites organisationnelles
4. Les obstacles à la prise en charge maternelle
4.1. Difficultés ressenties par le médecin généraliste
4.2. Une prise en charge freinée par l'accès aux soins et l'adhésion maternelle
4.3. Une coordination interprofessionnelle défaillante
5. Besoins identifiés et pistes d'amélioration du dépistage et de la prise en charge
5.1. Information et sensibilisation des patientes et leur entourage
5.2. Information des médecins généralistes
5.3. La formation comme levier d'amélioration
5.4. Renforcer la coordination et faciliter l'accès aux soins
5.5. Pistes concrètes de réorganisation du dépistage et de la prise en charge

DISCUSSION

1. Forces de l'étude
2. Limites et biais
3. Place fragilisée du médecin généraliste
4. Le suivi pédiatrique comme point d'accroche

5. Lien de confiance et continuité du suivi
6. Un dépistage non systématisé
7. Les représentations sociales comme obstacles au dépistage
8. Manque d'information et défaut de coordination comme freins au dépistage
9. Pistes d'amélioration

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Suite à une naissance, les mères font face à de profonds bouleversements physiques et psychiques, qui modifient leur équilibre émotionnel et leur quotidien. Elles doivent s'approprier leur nouveau rôle de mère, ce qui contribue à faire de cette période une source de vulnérabilité sur le plan de la santé mentale.

Dans les jours suivant la naissance, 50 à 80% d'entre elles vont présenter un baby blues (1), caractérisé par l'apparition de pleurs, d'une labilité émotionnelle, d'anxiété ou de troubles du sommeil (2). Cet état transitoire, considéré comme non pathologique, survient classiquement avec un pic autour du 3ème jour et se résout spontanément dans les quinze premiers jours suivant l'accouchement. Si les symptômes persistent au-delà, ils peuvent constituer un facteur de risque de dépression du postpartum (3).

La dépression du postpartum (DPP) est définie par le DSM-5 comme un épisode dépressif caractérisé, survenant durant la période du péripartum. Elle n'est pas reconnue comme une entité clinique distincte (4). Les critères diagnostiques sont identiques à ceux de l'épisode dépressif caractérisé, à savoir des symptômes persistant plus de deux semaines, un changement net par rapport au fonctionnement antérieur et la présence obligatoire d'une humeur dépressive ou d'une perte de plaisir (5).

Certains travaux ont mis en évidence des manifestations spécifiques à cette période, tels que le désintérêt pour le nourrisson, la dévalorisation du rôle maternel, la culpabilité de ne pas aimer suffisamment son enfant ou encore une anxiété excessive centrée sur l'enfant (6).

Par ailleurs, la définition du DSM-5 se limite au péripartum, période regroupant la grossesse et les quatre semaines suivant l'accouchement, cependant il est admis que la dépression du postpartum peut survenir jusqu'à un an après la naissance, avec une période de fréquence observée autour du 3ème mois (7).

En France, la dépression du postpartum concerne 16,7% des femmes deux mois après leur accouchement (8). Son diagnostic et sa prise en charge constituent des enjeux de santé publique car elle représente une complication fréquente de la grossesse (9) et peut entrainer des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant. Le suicide est la première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après l'accouchement et est considéré comme évitable (10), la dépression du postpartum étant un des principaux facteurs de risque (11).
La présence d'une dépression du postpartum chez la mère peut impacter le développement de l'enfant. L'altération de la sensibilité maternelle et des interactions précoces pourrait engendrer des perturbations du développement cognitif, social et émotionnel, ainsi qu'un risque accru d'attachement « insécure » chez les enfants exposés (12).

La dépression du postpartum demeure sous diagnostiquée avec 50% des femmes concernées qui ne sont pas identifiées. Ce sous-diagnostic est principalement expliqué par la normalisation des symptômes post accouchements, par la réticence des femmes à exprimer leur détresse, liée à la peur du jugement et à la stigmatisation mais aussi par le manque de dépistage systématique (13).

Pourtant, le suivi postnatal en France prévoit plusieurs visites à domicile par une sage-femme, ainsi que, depuis le 1er juillet 2022, un entretien postnatal précoce.

Celui-ci peut être réalisé entre la 4e et la 8e semaine après l'accouchement, par une sage-femme ou un médecin généraliste et a été instauré pour repérer les premiers signes de dépression du postpartum. La femme est en outre revue par son médecin généraliste lors de la consultation postnatale, programmée entre la 6e et la 8e semaine post-accouchement (14), mais également lors de son propre suivi et du suivi pédiatrique, ce qui fait du médecin généraliste un acteur central du dépistage.

Malgré ces différents temps de suivi et la place centrale du médecin généraliste, le dépistage de la dépression du postpartum reste insuffisant en pratique. Ce qui amène à la question : quelles sont les limites rencontrées par les professionnels, pour effectuer ce dépistage ?

L'objectif principal de cette thèse était d'explorer les limites rencontrées par les médecins généralistes du Maine-et-Loire, dans le dépistage de la dépression du postpartum au cours des consultations de médecine générale.

L'objectif secondaire était d'identifier les axes d'amélioration possibles pour renforcer le dépistage de la dépression du postpartum en médecine générale.

MATERIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée, menée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Ce choix méthodologique apparaissait le plus pertinent pour explorer en profondeur les représentations, les expériences et les pratiques des professionnels et appréhender les facteurs complexes qui influencent le dépistage de la dépression du postpartum.

2. Population

L'étude a été réalisée auprès de médecins généralistes du département du Maine-et-Loire, exerçant en cabinet libéral, individuel ou de groupe ou dans une maison de santé pluri-professionnelle.

Les médecins généralistes inclus étaient installés depuis au moins deux ans, exerçant en milieu urbain ou rural. Il s'agissait d'hommes et de femmes, sans restriction d'âge. La possession d'un diplôme universitaire supplémentaire orienté vers la gynécologie ou la santé de la femme n'était pas requise.

Les critères d'exclusions étaient de ne pas être francophone et d'être installé depuis moins de deux ans.

Ce choix visait à obtenir un échantillon raisonné théorique incluant une variabilité selon le contexte d'exercice et le parcours professionnel des médecins, afin de recueillir des expériences variées du dépistage de la dépression du postpartum.

Le recrutement a été initié à partir de praticiens issus d'un réseau professionnel puis s'est étendu de proche en proche par recommandation entre médecins généralistes, selon une approche de type « boule de neige ».

3. Recueil des données

3.1 Positionnement du chercheur

L'investigatrice exerçait en tant que médecin généraliste. Ce positionnement professionnel a fourni des représentations initiales concernant la place du médecin généraliste dans le dépistage de la dépression du postpartum.

Elle supposait que les médecins généralistes rencontraient des difficultés à dépister la dépression du postpartum en consultation, en raison de contraintes de temps, d'une faible fréquence des consultations centrées sur la mère en postpartum, d'un manque de formation spécifique et d'un déficit de connaissances sur les outils de dépistage.

Elle pensait également que l'organisation actuelle du suivi postnatal, souvent fragmentée entre plusieurs professionnels de santé, pouvait contribuer à une dilution du rôle du médecin généraliste dans le repérage des troubles psychiques en postpartum.

3.2 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré selon un schéma semi-directif, afin de structurer les échanges, tout en laissant au participant la liberté de développer ses expériences et ses perceptions.

La construction du guide d'entretien reposait sur une recherche bibliographique et l'analyse d'un guide d'entretien utilisé dans un mémoire de sage-femme, portant sur la même thématique : « L'abord de la santé mentale en postpartum par les sages-femmes hospitalières et de PMI » de Mme Lisa Pelé. Le guide d'entretien a été adapté au champ de la médecine générale afin de refléter les spécificités du suivi postnatal par le médecin généraliste et de favoriser l'émergence de données propres à ce contexte. Ce guide a évolué au fil des entretiens (annexe 1).

3.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été conduits de manière individuelle. Ils ont été réalisés en présentiel, au cabinet du médecin généraliste, sur la période d'avril 2025 à août 2025. Ils ont été enregistrés par une application de dictaphone sur smartphone, après recueil du consentement écrit des participants (annexe 2).

La réalisation des entretiens s'est poursuivie jusqu'à atteindre une suffisance des données, définie comme l'absence d'éléments nouveaux dans les entretiens successifs. Celle-ci a été constatée à partir du dixième entretien.

4. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrit intégralement mot par mot et anonymisés, à l'aide des logiciels VookAI et Microsoft Word. Les participants ont été identifiés par le code « P », allant de P1 à P10, tandis que le code P0 correspondait à l'investigatrice de l'entretien.

L'analyse des données a été conduite selon une démarche inductive basée sur l'analyse thématique. Les entretiens ont été analysés de manière séquentielle, au fur et à mesure de leur réalisation.

Après la lecture de chaque entretien, un codage initial a été réalisé à partir des verbatims, en identifiant des unités de sens issues des propos des médecins. Ces unités ont été regroupées en thèmes, puis en catégories, selon un processus itératif permettant d'ajuster et de préciser les regroupements au fur et à mesure de l'avancée de l'analyse. Cette démarche itérative a permis de faire émerger les principaux thèmes de l'étude.

L'étiquetage et l'organisation des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Avant chaque entretien, un formulaire de consentement a été présenté aux participants (annexe 2). Celui-ci rappelait les objectifs de l'étude, la possibilité de se retirer à tout moment, ainsi que les modalités d'anonymisation des données. Le consentement écrit a été signé par chaque participant avant le début de l'entretien.

Le caractère anonyme des données a été respecté durant la retranscription, en supprimant ou modifiant tous les éléments permettant d'identifier les participants.

Le comité d'éthique n'a pas été sollicité, cette étude reposant sur une exploration des pratiques professionnelles des médecins.

Cette recherche a fait l'objet d'une déclaration de conformité auprès de la CNIL (n° 2235848).

Aucun conflit, ni lien d'intérêt n'est à signaler.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Tableau I - Caractéristiques de la population étudiée

Participant	Genre	Age	Type d'exercice	DU gynécologie ou pédiatrie	Connaissance de l'EPNP	Estimation personnelle DPP (%)	Durée entretien
P1	F	34 ans	MSP	Non	Oui	30	30 min
P2	F	37 ans	Cabinet de groupe	Non	Non	15	20 min
P3	H	55 ans	Cabinet individuel	Non	Non	5	23 min
P4	F	36 ans	MSP	Oui	Non	15	24 min
P5	H	48 ans	Cabinet de groupe	Non	Non	10	21 min
P6	H	39 ans	MSP	Non	Non	30	29 min
P7	F	43 ans	Cabinet de groupe	Non	Oui	20	16 min
P8	H	48 ans	Cabinet de groupe	Non	Non	20	22 min
P9	F	39 ans	Cabinet de groupe	Non	Oui	35	20 min
P10	F	42 ans	Cabinet de groupe	Oui	Non	10	18 min

L'estimation du taux de DPP correspond à une estimation subjective déclarée spontanément par le participant.

Les entretiens se sont déroulés du 15 avril 2025 au 6 août 2025. La durée moyenne des entretiens était de 22,3 minutes [18 – 30].

La moyenne d'âge des participants était de 42,1 ans [34 – 55]. L'échantillon comprenait 4 hommes et 6 femmes.

Parmi les dix médecins interrogés, trois connaissaient l'Entretien Post Natal Précoce (EPNP).

2. Invisibilisation du suivi maternel

2.1. Changement du suivi de la femme en médecine générale

La plupart des médecins interrogés ont indiqué que le suivi de la femme en médecine générale avait évolué au fil des années. Ils indiquaient réaliser moins de suivis gynécologiques et obstétricaux, ceux-ci étant effectués par d'autres professionnels de santé, notamment les sages-femmes.

« Je trouve que, petit à petit, finalement, le suivi de grossesse et même le suivi gynéco, en général, est de plus en plus réalisé par les sages-femmes » (P5)

Un médecin rapportait que certaines patientes ne l'identifiaient plus comme un interlocuteur pour aborder le postpartum.

« Dans ma patientèle, il y en a pas mal qui ont des gynécos ou des sages-femmes à côté, {…} du coup, peut-être qu'elles ne s'attendent pas à ce que ce soit moi qui m'intéresse à ça » (P6)

Les médecins hommes remarquaient une diminution de leur activité gynécologique et obstétricale depuis la féminisation de la profession médicale.

« Depuis que je suis entouré de médecins féminins, je ne vois plus les mamans pour ça » (P8)

Pour les médecins, les sages-femmes étaient présentes dans le suivi de grossesse et elles assuraient le suivi post natal et notamment l'entretien post natal précoce (EPNP).

« L'entretien post natal, il est souvent fait par la sage-femme, quand les femmes ont été suivies par une sage-femme libérale, très souvent, en fait, on le sait. » (P9)

D'autres médecins expliquaient déléguer le suivi post natal si le suivi de grossesse avait été réalisé par un autre professionnel de santé.

« Si c'est une sage -femme qui a suivi la maman pendant la grossesse, je l'invite à aller plutôt voir la sage-femme pour le suivi postnatal ou un gynécologue si c'est le gynéco qui l'a suivie » (P10)

Mais, plusieurs médecins soulignaient que l'accompagnement proposé par la sage-femme en postpartum s'arrêtait rapidement après l'accouchement.

« Elle revoit une fois la sage-femme en postpartum, et ça s'arrête vite en fait » (P2)

2.2. Le suivi maternel conditionné par le suivi pédiatrique

Les médecins indiquaient continuer d'assurer le suivi pédiatrique.

« Parce qu'il y a beaucoup de femmes qui sont suivies par des sages-femmes. Mais par exemple, je fais le suivi des enfants » (P5)

Pour eux, le suivi pédiatrique permettait de maintenir le lien avec la maman.

« Nous on les voit souvent parce qu'elles nous amènent leur bébé » (P9)

A contrario, ils remarquaient que l'absence de suivi pédiatrique limitait la possibilité de revoir les mères.

« Par contre, si je ne suis pas l'enfant, {…} je ne les revois pas » (P4)

Certains médecins déclaraient profiter de la consultation pédiatrique, pour rappeler à la patiente de prévoir sa consultation post natale.

« A la fin de la consultation de bébé, je vais me tourner vers la maman {…} et proposer un rendez-vous vous avec moi, si ça n'a pas été fait » (P1)

La plupart des médecins rapportaient que c'était grâce au suivi pédiatrique qu'ils pouvaient repérer les éventuels signes de dépression du postpartum (DPP) chez la patiente. En effet, ils se renseignaient sur l'état psychologique de la maman durant les consultations pédiatriques.

« Comme il y a au moins le suivi des six premiers mois, {..} je regarde toujours un petit peu quelques signes sur le visage de la maman » (P5)

« A chaque visite de l'enfant, je demande à la maman comment elle va » (P10)

Plusieurs médecins notaient que c'était des consultations longues car elles incluaient l'évaluation maternelle, en plus de l'évaluation pédiatrique.

« Je profite de la consultation de bébé, donc elles sont très longues, mes consultations de bébé » (P1)

2.3. Dépriorisation de la santé maternelle : phénomène conjoint entre la mère et le médecin généraliste

Devant la densité des consultations pédiatriques, certains médecins rapportaient ne pas avoir systématiquement de temps consacré à la mère.

« Non, pas toujours. C'est difficile, hein c'est long. Une bonne consultation pédiatrique {…} c'est des belles consultations » (P3)

Si le temps leur manquait, ils oubliaient de questionner la mère sur sa santé mentale, et privilégiaient l'enfant.

« S'il y a beaucoup de questionnements sur l'enfant, on occulte à ce moment-là les questions personnelles » (P3)

Les médecins déclaraient que, de leur côté, les patientes ne consultaient pas en postpartum pour elles.

« La maman ne va jamais prendre un rendez-vous pour elle toute seule » (P7)

Un médecin notait que les mamans priorisaient la santé de l'enfant au détriment de la leur.

« On a des patientes {…} qui n'ont pas comme priorité leur propre santé » (P6)

« La quasi-totalité de mes patientes viendraient me voir que pour le bébé » (P6)

Plusieurs médecins indiquaient que si la patiente ne prenait pas rendez-vous pour elle, la consultation post natale n'était pas réalisée.

« J'en parle systématiquement, je ne cale pas le rendez-vous. Donc c'est possible {…} qu'il y ait des loupés… » (P2)

3. Les limites actuelles du dépistage en consultation

3.1. Centralité du médecin généraliste : une approche non codifiée et dépendante du praticien

Les médecins généralistes déclaraient rester l'acteur principal du suivi, étant le soignant qui voyait le plus souvent les patientes.

« Je pense qu'on reste le principal interlocuteur {..}, même si on ne l'a pas suivi pendant sa grossesse » (P10)

Ils soulignaient que l'absence de dépistage de leur part représentait une perte de chance pour la patiente, face au manque de spécialistes disponibles.

« On n'a pas de psychiatre avant 4, 5 ou 6 mois {..} Si on veut dépister, il faut qu'on mette la main à la pâte » (P3)

Mais, certains médecins indiquaient que la capacité à dépister dépendait en partie de la pratique et qu'elle était facilitée quand ils faisaient de la gynécologie et de la pédiatrie.

« Après je pense que c'est pas mal les médecins qui font un peu de suivi de grossesse et pédiatrie » (P1)

Pour plusieurs médecins, l'abord de la santé mentale relevait de l'affinité personnelle du médecin avec ces questions. Certains intégraient spontanément cette dimension dans leur suivi, tandis que d'autres y étaient moins enclins.

« On a tous {…} en tant que médecin généraliste, une appétence à avoir un suivi psychologique pour nos patients ou pas » (P9)

La plupart des médecins interrogés déclaraient avoir un suivi post natal non formalisé, intégrant simultanément l'examen physique de la consultation post natale avec l'aspect psychologique de l'EPNP.

« Je ne fais pas deux consultations séparées » (P10)

Ils rapportaient que le médecin généraliste avait tendance à aborder plusieurs sujets dans une même consultation, sans avoir de consultation spécifique.

« Avec l'habitude des fois de faire un petit peu tous en même temps » (P5)

Ils indiquaient ne pas utiliser d'outils de manière systématique et privilégier leur sens clinique.

« Je n'ai pas l'habitude d'en utiliser, je fais plutôt confiance au bon sens et à l'expérience » (P5)

3.2. La relation de soin et le suivi comme conditions du dépistage

Pour les médecins, avoir un lien de confiance avec sa patiente était essentiel pour aborder la santé mentale et la dépression du postpartum (DPP). Ils déclaraient se sentir moins à l'aise pour l'évoquer avec une nouvelle patiente.

« Il y a aussi une grosse différence entre ce que je me sentirais capable de faire entre une femme que je suis déjà depuis dix ans {…} ou une nouvelle patiente » (P6)

Pour eux, il était plus facile de dépister et de repérer des signes indirects de DPP auprès des patientes qu'ils connaissaient.

« Comme on connait un peu nos patientes… {…} On se dit peut être qu'elle vient pour une rhinopharyngite, mais peut-être que de façon inconsciente, il y a autre chose » (P5)

Mais, certains médecins déclaraient que la relation médecin-patiente pouvait parfois influencer l'objectivité du dépistage et n'était pas toujours facilitatrice pour parler.

« Parfois, on est pris dans le transfert {…} et ça peut arriver d'être aveuglé » (P6)

« En tant que médecin traitant, c'est un peu l'avantage des fois et l'inconvénient en même temps {..} pouvoir avoir des informations qui viennent facilement {…} et ça peut être un désavantage parce qu'ils n'osent plus » (P3)

La plupart des médecins rapportait qu'assurer le suivi de grossesse ou le suivi pédiatrique leur conférait une légitimité pour aborder la DPP. Ils indiquaient se sentir moins à l'aise pour l'évoquer lorsqu'ils n'étaient pas impliqués dans ce suivi, considérant que la question relevait d'une continuité de prise en charge.

« J'ai tendance à trouver qu'il faut une continuité dans ces choses pour ça » (P10)

« Je trouve ça toujours délicat, quand je ne suis pas l'enfant, de l'aborder » (P4)

3.3. Obstacles à l'expression des difficultés maternelles

Pour plusieurs médecins interrogés, la DPP restait un sujet difficile à évoquer pour la mère. Ils soulignaient le poids du tabou social entourant la maternité, considérée comme une période de joie, qui pouvait freiner les patientes à évoquer leur mal être.

« Je pense que les gens ont du mal à en parler {..} c'est un moment de bonheur, tout le monde est content {..} et si la personne ne fait pas de sourire, c'est mal vu » (P3)

Ils rapportaient que cette pression sociale se traduisait par une normalisation des difficultés post accouchements.

Les mères considéraient comme normal, l'épuisement et le sacrifice inhérent à la maternité, et cela pouvait les empêcher d'exprimer leur souffrance.

« Je vois beaucoup de femmes {..} en fait, c'est normal de se dévouer entièrement et c'est normal d'être épuisée. Les autres y arrivent, {…} il ne faut rien montrer et continuer à encaisser » (P5)

Certains médecins identifiaient la présence d'un tiers lors de la consultation comme un frein à l'expression maternelle, en particulier quand le conjoint était présent.

« Alors parfois je me demande si elles disent tout, surtout devant le papa. » (P1)

Enfin, certains médecins évoquaient un déni maternel, rendant difficile la reconnaissance du mal être par la patiente et sa prise en charge. Les patientes masquaient leurs difficultés en se surinvestissant matériellement auprès de leur enfant.

« J'arrive à leur dire, mais après j'ai l'impression qu'elles ne s'en saisissent pas tous le temps. {..} Elles s'investissent encore plus et donc c'est que ça va bien » (P4)

3.4. Limites organisationnelles

Les médecins rapportaient rechercher des signes de DPP principalement dans les premiers mois du postpartum car cela s'associait aux visites pédiatriques obligatoires régulières. Mais, une fois que ces consultations étaient espacées, le sujet n'était plus abordé.

« Alors systématiquement, lors des consultations pédiatriques de suivi {..} jusqu'à 3 mois. {..} Mais après, c'est vrai que je ne l'aborde plus du tout » (P2)

Plusieurs médecins soulignaient que le dépistage de la DPP nécessitait du temps, estimant que la durée habituelle des consultations, ne permettait pas d'explorer la santé mentale maternelle.

« *Nous c'est sûr que si les créneaux sont de 15 minutes, ça ne suffit pas » (P6)*

« Il faut des consultations au moins d'une demi-heure. {..} C'est impossible autrement » (P3)

Les médecins comparaient leurs contraintes à celles des sages-femmes, qu'ils percevaient comme disposant de créneaux plus longs et plus adaptés au dépistage.

« Peut-être que les sages-femmes ont même plus de temps que nous parfois. Je ne sais pas combien de temps dure une consultation sage-femme, mais il me semble que c'est long » (P6)

Ils exprimaient également un manque de clarté des modalités de réalisation de l'EPNP et l'absence de mécanisme permettant de vérifier sa réalisation.

« Le problème, c'est que le texte de loi, il dit quoi ? {..} Est-ce que c'est le médecin généraliste, ou la sage-femme ou le gynéco qui dit « je vous propose dans 15 jours de vous revoir ? » » (P8)

« Mais c'est-à-dire « obligatoire » {…} personne ne vient vérifier si c'est fait ou pas fait » (P10)

Enfin, certains médecins considéraient que la période du postpartum rendait difficile la réalisation de l'EPNP, les mères étant déjà confrontées à des fortes contraintes organisationnelles.

« Les plannings sont déjà tellement compliqués {…} Pour une maman qui vient d'accoucher, qui a un bébé, et parfois qui en a trois à domicile, comment on met ça en place ? C'est la question que je me pose. » (P8)

4. Les obstacles à la prise en charge maternelle

4.1. Difficultés ressenties par le médecin généraliste

Les médecins généralistes rapportaient rencontrer des difficultés pour distinguer une dépression du postpartum, d'un simple épuisement maternel. Ils soulignaient la complexité d'évaluer ces situations, en particulier lorsque la fatigue résultait d'un contexte maternel chargé.

« Sur une maman qui allaite toutes les 3 heures depuis 4 mois et avec un bébé qui ne dort pas bien. {..} Est-ce qu'on est sur un épuisement ou est-ce qu'on est sur une dépression du postpartum ? » (P5)

Une fois le diagnostic posé, plusieurs médecins déclaraient se sentir démunis pour la prise en charge.

« Une fois que j'ai trouvé une dépression ou en tous cas qu'il y a un trouble du moral, là je suis bien embêtée » (P2)

Ils indiquaient se limiter à la phase de dépistage, estimant ne pas être en capacité d'assurer seuls la prise en charge.

« Je peux le dépister, mais après en fait j'ai envie de passer la main » (P2)

« Je ne pense pas pouvoir en faire la prise en charge, moi, tout seul » (P6)

Le manque de connaissance des relais spécialisés constituait un obstacle pour ces médecins. Ils décrivaient avoir du mal à orienter les patientes vers les ressources appropriées.

« Je pense que je ne connais pas forcément très bien tous les relais qui peuvent être proposés » (P10)

4.2. Une prise en charge freinée par l'accès aux soins et l'adhésion maternelle

Les médecins rapportaient se heurter à un manque de ressources spécialisées, particulièrement dans le secteur de la santé mentale. L'accès aux psychiatres et psychologues était décrit comme difficile, limitant la prise en charge des patientes.

« On n'a pas de psychiatre. Au niveau des psychologues, c'est compliqué d'en trouver qui sont remboursés » (P7)

« C'est un secteur qui est tellement en souffrance, que ça, effectivement, malheureusement, on bricole » (P6)

Certains médecins disposaient de relais identifiés mais soulignaient qu'ils restaient en nombre limité. Les orientations vers des structures spécialisées étaient souvent restreintes.

« Alors il y a les relais CMP {..} mais à part arriver à la faire prendre là et puis faire un relai PMI… » (P2)

« L'USBB, c'est un peu la seule ressource que j'ai eue dans cette situation-là » (P1)

Un médecin indiquait que les dispositifs existants n'étaient pas toujours adaptés à la réalité du terrain. Lorsque la prise en charge reposait sur une démarche active de la patiente, celle-ci pouvait devenir incertaine.

« Ce qui m'a semblé dommage, c'est qu'on ait dit « il faut que madame rappelle ». Oui, mais en fait, si je prends la démarche {..} c'est parce que je ne suis pas sure qu'elle le fasse. » (P1)

Dans ce contexte, plusieurs médecins déclaraient que l'adhésion maternelle constituait un frein majeur à la prise en charge. Ils rapportaient une réticence de certaines patientes à accepter un accompagnement psychologique, souvent liée à la peur du jugement ou aux conséquences sur l'enfant.

« Elle a refusé. Elle a eu peur qu'on lui retire son enfant. » (P1)

« J'aimerais qu'elle soit capable d'accepter une prise en charge psychologique. {…} Elle n'est pas prête aujourd'hui. » (P1)

4.3. Une coordination interprofessionnelle défaillante

La majorité des médecins interrogés relevaient une coordination insuffisante entre les professionnels impliqués dans le postpartum. Ils exprimaient une absence quasi-totale d'interactions entre les acteurs de la prise en charge.

« Il n'y a pas de coordination. Et puis le pédopsy, on n'a pas de coordination en général. » (P2)

La coordination était décrite comme difficile à réaliser du fait de contraintes organisationnelles et de la charge de travail.

« On a du mal à s'avoir au téléphone, on a du mal à avoir le temps. Les spécialistes sont comme nous, ils sont très complets. » (P1)

Pour certains médecins, cette coordination était fragilisée par des tensions interprofessionnelles. Ils décrivaient des relations complexes avec les sages-femmes.

« Je pense que les sages-femmes ont un petit peu peur du médecin généraliste, je pense que les médecins généralistes n'aiment pas beaucoup les sages-femmes. Donc il y a une espèce de désamour, de bisbille, qui retentit pas mal sur les patientes. » (P6)

Plusieurs médecins soulignaient l'absence de retour des spécialistes, limitant la continuité des soins.

« C'est très difficile. On n'a pas souvent de retour des courriers. » (P8)

Les médecins déclaraient devoir s'appuyer sur les patientes pour obtenir des informations sur leur suivi.

« Je me centrerai sur la patiente pour me transmettre les informations, parce que je ne m'attendrai pas que le CMP ou que le CHU m'envoient grand-chose. » (P6)

Certains rapportaient que chaque profession disposait de ses propres circuits de prise en charge, laissant le médecin généraliste à l'écart.

« Les gynécos, ils ont leurs ressources. Les sages-femmes, elles ont aussi leurs ressources. {…} Le médecin généraliste, il n'est pas trop averti. » (P3)

En conséquence de ce manque de coordination, les médecins évoquaient une impression d'isolement, avec une prise en charge qui pouvait reposer sur eux lorsque les autres acteurs ne s'impliquaient pas.

« Il y a beaucoup de choses qui nous retombent sur les épaules. » (P7)

5. Besoins identifiés et pistes d'amélioration du dépistage et de la prise en charge

5.1. Information et sensibilisation des patientes et leur entourage

Pour plusieurs médecins, une meilleure sensibilisation des patientes et de leur entourage sur la DPP constituait un levier essentiel pour améliorer le dépistage. Ils considéraient nécessaire de mieux informer les patientes tout au long de leur parcours périnatal afin qu'elles puissent mieux repérer d'éventuels symptômes.

« Qu'on soit plusieurs professionnels à leur en parler, pendant la grossesse, pendant le suivi de leur enfant et même lors de l'accouchement, en suite de couche. {…} qu'elles soient éveillées à ça » (P4)

Les médecins soulignaient l'importance de sensibiliser le conjoint et l'entourage, qui pouvaient jouer un rôle d'alerte.

« Il faudrait sensibiliser aussi la 2ème personne et l'entourage » (P4)

« Qu'ils en parlent autour d'eux {…} « si jamais vous voyez qu'on est à bout, qu'on pleure, n'hésitez pas à nous le dire » » (P4)

La plupart des médecins estimaient que les patientes étaient peu informées de l'existence d'un suivi spécifique pour elles en postpartum, notamment de l'EPNP. Aucun médecin ne rapportait avoir reçu une patiente demandant spontanément cette consultation.

« Jamais une femme n'est venue me voir en me disant, je viens pour mon examen qui est pour moi, entre 4 et 8 semaines » (P6)

Les médecins considéraient comme nécessaire d'informer les patientes de l'existence de cette consultation dédiée, afin qu'elles puissent y accéder plus facilement.

« Peut-être faudrait-il dire aux mamans qu'il existe quelque chose de spécifique, auquel elles ont droit » (P5)

Ils estimaient important de communiquer aux patientes sur les ressources disponibles en cas de difficultés.

« Quand elles sortent de la maternité, qu'on leur donne les coordonnées de l'USBB ou d'un lieu vers lequel se tourner si ça ne va pas. » (P1)

5.2. Information des médecins généralistes

Certains médecins indiquaient un manque d'informations concernant les modalités de prise en charge, les relais possibles ou les outils à utiliser.

« Ca manque d'informations pour nous, dans les échelles, dans qui contacter, comment on le fait » (P1)

Ils rapportaient ne pas avoir de connaissances de l'EPNP alors même qu'ils pratiquaient beaucoup de suivi de grossesse.

« Il y a peu de FMC en gynécologie obstétrique. J'ai quand même des suivis de femmes enceintes {…} donc j'aurais dû être au courant » (P6)

Pour eux, une meilleure communication et information auprès des médecins généralistes était un prérequis nécessaire pour renforcer le dépistage et les inciter à l'intégrer à leur pratique.

« Peut-être mieux informer les médecins généralistes sur l'importance de faire ça » (P10)

5.3. La formation comme levier d'amélioration

La majorité des médecins exprimaient un manque de formation spécifique sur la santé mentale maternelle. Un médecin déclarait faire des équivalents d'EPNP, de manière informelle, tout en étant incertain de le faire correctement, faute de formation.

« Il y a peut-être des items obligatoires à aborder {..} Ne les connaissant pas, je ne peux pas dire que je le fais comme il faut. » (P5)

De nombreux médecins rapportaient ressentir le besoin de consolider leurs compétences, sur l'usage et la maîtrise des outils de dépistage.

« Le manque de tests rigoureux et de connaissances méthodiques, ça c'est sur {..} les marges d'amélioration sont là. » (P6)

« Je pense que j'ai encore besoin de me perfectionner {..} L'échelle EPDS, je ne l'avais pas. » (P1)

Pour plusieurs, la formation continue était nécessaire pour améliorer la qualité du dépistage.

« Peut-être avoir de temps en temps un petit peu de formation {..} ça aidé énormément d'avoir un bagage » (P3)

Un médecin évoquait l'idée de se tourner vers des formations alternatives, afin d'acquérir des compétences supplémentaires sur l'accompagnement à la parentalité.

« J'ai vu qu'il y avait un DU sur l'accompagnement à la parentalité, qui n'est pas lié à la fac de médecine. {…} C'est un projet. {…} Ca me donnerait d'autres armes pour accompagner » (P1)

Les médecins estimaient que l'ensemble des professionnels impliqués dans le suivi du postpartum devraient bénéficier de ces formations.

« Je pense que c'est nécessaire pour tout le monde. {…} Qu'elle soit partagée par différents professionnels. {…} par exemple de la partager avec des sages-femmes » (P1)

Ils mettaient en avant que les médecins généralistes faisant du suivi de grossesse et de la pédiatrie étaient particulièrement concernés.

« Je pense que c'est important et surtout pour mes collègues qui prennent en charge des femmes enceintes. Ou la pédiatrie. » (P9)

Ils exposaient plusieurs limites à la formation continue. La profusion des thématiques de formation en médecine générale les obligeaient à faire des choix, face à une charge de travail qui ne leur permettait pas de tout suivre.

« Toutes les formations sont pertinentes. {…} Le problème, c'est qu'on ne peut pas tout faire » (P4)

Pour eux, les médecins les plus motivés pour une formation sur la DPP n'étaient pas forcément ceux qui en avaient le plus besoin.

« Je me dis, ce n'est peut-être pas moi qui suis partante à 100% qui en aurait le plus besoin » (P1)

Certains avaient déjà effectué des formations en santé mentale et estimaient que leur formation actuelle était suffisante, ce qui pouvait limiter leur motivation à se former davantage.

« Quand je vois le listing des FMC, dès que je vois des sujets psychologiques, je me dis non, mais j'ai déjà fait en fait » (P5)

5.4. Renforcer la coordination et faciliter l'accès aux soins

Un médecin exprimait le besoin d'un soutien supplémentaire pour faciliter la prise en charge des patientes en difficulté. Face au manque de spécialistes disponibles, il évoquait la nécessité de mettre en place un dispositif pour soutenir les médecins généralistes, qui se retrouvaient souvent seuls dans leur prise en charge.

« Ce qui serait bien c'est qu'on soit un petit peu aidé. Étant donné qu'on n'a pas beaucoup de professionnels de santé qui puissent prendre en charge nos patientes… {..} Comment arriver nous aussi à se faire plus entourer » (P7)

Un autre médecin estimait que l'accès aux relais existants pourrait être simplifié. Il aimerait que les structures spécialisées s'adaptent et prennent contact d'eux-mêmes avec les patientes, quand les médecins généralistes le demandaient.

« J'aurais bien aimé qu'on me dise « on va faire un premier contact téléphonique avec elle ». Qu'ils prennent ses coordonnées et qu'ils disent « on va l'appeler ». Ca ça m'aurait plu. » (P1)

Certains médecins soulignaient l'importance d'améliorer la connaissance interprofessionnelle, en particulier entre médecins généralistes et sages-femmes, afin de mieux connaître les compétences de chacun et mieux travailler ensemble.

« Je suis persuadé que chacun a sa valeur et son rôle et qu'on se méconnait pas mal. {…} Il faut qu'on se voie plus, qu'on collabore plus » (P6)

Pour plusieurs médecins, la qualité de la coordination reposait sur la disponibilité et l'engagement de chacun à communiquer. Pour eux, renforcer ces échanges interprofessionnels constituait une condition essentielle pour améliorer le dépistage et l'orientation des patientes.

« Ca nécessite beaucoup de temps, de coordination, de volonté de se parler les uns les autres, et c'est nécessaire » (P6)

5.5. Pistes concrètes de réorganisation du dépistage et de la prise en charge

Plusieurs médecins proposaient des pistes d'amélioration du dispositif actuel afin de renforcer le dépistage et l'accompagnement des patientes en postpartum.

Un médecin envisageait l'idée de développer des consultations d'accompagnement à la parentalité, notamment en PMI. Il estimait qu'une préparation à la parentalité, en complément de la préparation à la naissance, pourrait permettre de mieux aider les parents à anticiper le postpartum.

« La préparation à la parentalité pour un public fragile, pour certaines, {…} je pense que ce n'est pas assez fait et ce serait bien de le développer plus » (P6)

« On pourrait s'intéresser à un dispositif, qui ne peut être que centrée sur la PMI {…} de préparation à la parentalité » (P6)

Un autre médecin évoquait l'intérêt de programmer un suivi continu, par le même professionnel, entre l'entretien prénatal et l'entretien postnatal.

« Je trouvais ça très bien l'entretien prénatal. {…} Ca pourrait être de faire un entretien postnatal avec la même personne » (P10)

Une proposition consistait à instaurer un suivi psychologique systématique et échelonné dans le temps, au-delà des premiers mois du postpartum.

« Il peut y avoir un suivi psychologique systématique. {…} Il pourrait y avoir une consultation à 6 mois, à 12 mois, à 18 mois, jusqu'à 2 ans, pourquoi pas. » (P8)

Un médecin suggérait d'organiser des consultations dans des structures mères-bébés avec garde intégrée, permettant une prise en charge facilitée pour la patiente.

« Vu qu'il y a un accueil pour les enfants, pour que les mères aillent consulter, est-ce que ça ne pourrait pas être au sein de ces structures ? » (P4)

Enfin, plusieurs médecins soulignaient que la mise en place d'une cotation spécifique constituerait un repère et un levier financier pour systématiser ce suivi.

« C'est vrai que ça nous encouragerait à le faire plus si c'était aussi validé comme une compétence, par un effet de levier financier » (P7)

« Si on n'a pas de cotation, on ne va pas nous y penser. {…} le fait que cette cotation existe, et que ce terme existe, fait qu'on va plus souvent le faire » (P9)

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

Cette étude reposait sur une méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés, adaptée à l'exploration des pratiques professionnelles, des représentations et des freins perçus par les médecins généralistes dans le dépistage de la dépression du postpartum. Ce choix méthodologique était cohérent avec l'objectif principal de l'étude, qui visait à comprendre et décrire les limites du dépistage en médecine générale. Le recours aux entretiens semi-dirigés a permis de guider, tout en laissant une liberté d'expression aux participants, favorisant l'émergence de discours riches et nuancés.

L'échantillon de médecins généralistes étudié était raisonné théorique avec une variabilité intéressante, constituant une force de l'étude. Il incluait des médecins exerçant en cabinet individuel, de groupe ou en maison de santé pluri-professionnelle, en milieu urbain ou rural. Les praticiens étaient de sexes, d'âges et de parcours de formation variés, avec des patientèles distinctes. Cette variabilité a permis de croiser les expériences et d'explorer différents points de vue, selon plusieurs profils de pratiques.

Le recueil des données a été poursuivi jusqu'à l'atteinte d'une suffisance des données, garantissant que les principaux thèmes en lien avec l'objet de recherche avaient émergé de façon récurrente.

La démarche inductive et itérative, avec une analyse menée au fil des entretiens et une adaptation progressive du guide d'entretien, constituait une force de l'étude, en permettant une exploration approfondie et évolutive des résultats.

La posture de l'investigatrice en tant que médecin généraliste et ses propres représentations initiales ont été prises en compte, ce qui constitue un élément de qualité en recherche qualitative.

Enfin, cette étude avait pour objectif secondaire la mise en évidence de pistes d'amélioration, ce qui renforce son intérêt pour la pratique et l'organisation des soins en médecine générale.

2. Limites et biais

Il pouvait exister un biais de sélection car les médecins acceptant de participer, pouvaient être sensibilisés plus que la moyenne au sujet de l'étude, ce qui pourrait conduire à une sous-estimation de certaines difficultés.

Le nombre de participants, limité à dix médecins, ne permettait pas une généralisation des résultats. Les conclusions doivent être interprétées comme des éléments de compréhension de mécanismes et de logiques professionnelles mais ne permettent pas de représenter de manière exhaustive la pratique de l'ensemble des médecins généralistes.

L'étude a été réalisée dans un seul département, ce qui limite la transférabilité des résultats à d'autres territoires.

La durée des entretiens constituait également une limite de cette étude. Avec une moyenne d'environ 22 minutes, elle a pu restreindre l'approfondissement de certaines thématiques. Néanmoins, la récurrence des thèmes abordés a permis d'en dégager les principaux freins.

Un biais de désirabilité sociale était possible. Les participants, conscients du caractère sensible du sujet et du statut de l'investigatrice en tant que médecin généraliste, ont pu avoir tendance à valoriser leurs pratiques ou minimiser certaines difficultés.

Enfin, l'absence de triangulation des données et d'un double codage, avec une investigatrice unique, constitue aussi une limite méthodologique pour l'interprétation des résultats.

3. Place fragilisée du médecin généraliste

Dans notre étude, le suivi gynécologique et obstétrical des patientes semblait s'être progressivement déplacé vers les sage-femmes, avec une moindre implication du médecin généraliste dans ce suivi.

Cette perception est cohérente avec les données nationales. L'Enquête Nationale Périnatale de 2021 montre une augmentation importante de la place des sage-femmes dans le suivi périnatal, en particulier en secteur libéral. La part de sage-femmes ayant effectué le suivi de grossesse a triplé : 22,9% en 2021 contre 8,5% en 2016 (15).

Ces données corroborent nos résultats, qui montrent une proportion croissante de patientes réalisant leur suivi de grossesse auprès des sage-femmes.

D'autre part, dans le cadre d'une continuité du suivi, les recommandations de la HAS mettent en évidence le besoin de définir un professionnel référent du suivi postnatal, privilégiant celui qui a fait le suivi anténatal (16). L'Enquête Nationale Périnatale indique que le principal professionnel du suivi prénatal reste le gynécologue, avec cependant 40% des femmes qui ont un suivi par une sage-femme libérale sur les six premiers mois (15). Les recommandations de la HAS prévoient également des visites postnatales par une sage-femme, entre le 8ème jour et la visite post natale médicale (16).

Cette organisation des soins contribue à renforcer la position de la sage-femme dans le suivi maternel, au détriment du médecin généraliste. Cela peut participer à réduire ses opportunités de dépistage, en cohérence avec les résultats de notre étude.

4. Le suivi pédiatrique comme point d'accroche

Le manque de visibilité des femmes en postpartum constituait un élément essentiel du défaut de dépistage pour les médecins généralistes. Les patientes consultaient peu pour elles seules et étaient majoritairement vues dans le cadre du suivi pédiatrique, ce qui limitait leurs possibilités d'aborder la santé mentale maternelle.

Ces résultats sont comparables aux données de l'étude de Haight et al (17), qui montrent que les contacts de soins en postpartum avec la patiente ont lieu quasi systématiquement lors des consultations de suivi du nourrisson, tandis que la consultation postnatale, bien que fréquente, reste moins systématique (99% vs 90%). De plus, cette étude montre que les femmes présentant des symptômes dépressifs consultent encore moins souvent pour elles-mêmes mais sont vues lors des consultations pédiatriques (85% vs 97%).

Dans ce contexte, la consultation pédiatrique apparaissait comme un point d'accroche privilégié, voire unique, pour les médecins généralistes, afin de réaliser le dépistage de la dépression du postpartum. Cependant, cette consultation centrée sur le nourrisson était souvent contrainte par le temps et ne constituait pas un cadre optimal pour aborder les souffrances psychiques maternelles.

Dans notre étude, les médecins généralistes décrivaient des consultations pédiatriques très denses. En fonction du temps disponible, ils pouvaient être amenés à prioriser le suivi de l'enfant et reléguer au second plan les questions sur la mère.

Cette difficulté est retrouvée dans la littérature internationale.

Aux États-Unis, l'American Academy of Pediatrics recommande la réalisation d'un dépistage de la dépression du postpartum lors les consultations de suivi du nourrisson, à 1, 2, 4 et 6 mois. Une étude menée par Yu et Samson en 2019, analysant les pratiques des pédiatres vis à vis de ce dépistage, met en évidence des obstacles similaires à ceux décrits par les médecins généralistes de notre étude (18). Le manque de temps au cours des consultations pédiatriques reste un frein majeur rapporté par 84% des pédiatres, limitant les possibilités d'un dépistage approfondi.

La consultation pédiatrique apparaît ainsi comme un moment opportun, mais imparfait, pour effectuer le dépistage de la dépression du postpartum.

5. Lien de confiance et continuité du suivi

Au-delà des contraintes organisationnelles du suivi maternel, la relation de soin avec la patiente semblait être un facteur déterminant pour aborder la santé mentale maternelle. Les médecins rapportaient ne pas se sentir légitimes pour évoquer la dépression du postpartum lorsqu'ils ne s'inscrivaient pas dans le suivi de grossesse ou pédiatrique ou en l'absence d'un lien de confiance préexistant avec la patiente.

Une thèse qualitative récente, s'intéressant aux modalités de repérage de la dépression du postpartum par les médecins généralistes, retrouve des résultats similaires (19).

Elle met en évidence que le dépistage est facilité par une connaissance fine de la patiente.

La relation de confiance, construite dans le temps grâce à une continuité du suivi et à la connaissance du contexte personnel et familial, permet aux médecins d'aborder plus facilement la dépression du postpartum et favorise l'expression du mal-être par la patiente.

Ces données font écho à notre étude et suggèrent que les médecins généralistes peuvent hésiter à aborder la santé mentale maternelle lorsqu'ils connaissent peu les patientes ou ne la voient que rarement, contribuant à un moindre repérage des troubles psychiques.

Peu d'études se sont spécifiquement intéressées au lien entre l'implication des médecins généralistes dans le suivi de grossesse ou pédiatrique et leur sentiment de légitimité à dépister la dépression du postpartum. Néanmoins, l'étude de Cummins et Al, portant sur l'expérience de sage-femmes assurant la continuité des soins auprès de femmes présentant des troubles de la santé mentale périnatale, apporte des éléments de compréhension pertinents (20). Les auteurs montrent que la continuité du suivi par une sage-femme référente favorise l'instauration d'un climat de confiance, facilite l'expression du vécu des patientes et améliore le repérage des difficultés psychiques.

Ces résultats viennent étayer le ressenti exprimé par les médecins généralistes de notre étude. La continuité du suivi apparaissait comme un levier pour instaurer une relation de confiance, se positionner comme professionnel référent et, par conséquent, se sentir légitimes pour aborder la santé mentale maternelle.

Ainsi, l'absence de continuité du suivi ou de relation de soins préexistante apparaît comme une limite importante au dépistage de la dépression du postpartum.

6. Un dépistage non systématisé

Dans notre étude, le dépistage de la dépression du postpartum par les médecins généralistes n'était pas systématisé et ne faisait pas l'objet de consultations dédiées. L'abord de la santé mentale maternelle reposait sur leur appréciation clinique, dans un cadre de consultations jugées trop courtes pour permettre un dépistage approfondi.

Cette approche opportuniste, s'appuyant davantage sur l'expérience clinique que sur l'utilisation d'outils standardisés, est cohérente avec plusieurs travaux de la littérature.

Une étude australienne menée par Frayne et al montre que, malgré une perception globalement positive des outils standardisés par les médecins généralistes, telle que l'échelle EPDS, leur utilisation reste limitée, au profit d'une évaluation plus informelle et clinique (21). De même, la revue intégrative de Noonan et al, centrée sur le rôle des médecins de famille en santé mentale périnatale, souligne une hétérogénéité importante des pratiques de dépistage (22). Elle met en évidence une réticence de la part des médecins de famille à utiliser des outils de dépistage, privilégiant leur instinct et leur intuition clinique. Cependant, 83% des médecins de cette étude sont favorables à l'utilisation d'un questionnaire court pour aider au dépistage. La méta-analyse qualitative de Ford et al rapporte également que les médecins généralistes préfèrent se fier à leur expérience qu'aux outils standardisés, qu'ils jugent trop « stricts » et pas toujours adaptés à la singularité de chaque patiente (23).

Le facteur temps était un élément fréquemment rapporté. Dans la littérature, le manque de temps est identifié par les médecins généralistes comme un frein au dépistage (22,24). La revue de Noonan et al souligne que la réalisation d'un dépistage à chaque consultation est perçue comme difficile à intégrer dans la pratique courante, certains médecins la jugeant trop chronophage pour être systématique (22).

Ces éléments confirment que le dépistage de la dépression du postpartum en médecine générale repose encore largement sur une approche non systématisée, dépendante du jugement clinique et des contraintes temporelles, malgré une reconnaissance de l'intérêt potentiel des outils de dépistage. L'adhésion à un questionnaire court suggère que

l'acceptabilité des outils est étroitement liée à leur simplicité d'utilisation et à leur compatibilité avec la durée des consultations en médecine générale.

7. Les représentations sociales comme obstacles au dépistage

Les médecins généralistes de notre étude soulignaient l'existence de freins au dépistage liés aux représentations sociales de la maternité. Selon eux, les mères auraient des difficultés à exprimer leur détresse, par crainte du jugement, dans un contexte sociétal où la maternité est perçue comme épanouissante. La normalisation des difficultés post-accouchement participerait également à un défaut de dépistage, la société considérant ces difficultés comme inhérentes à l'expérience maternelle postnatale.

Ces freins à l'expression maternelle sont largement retrouvés dans la littérature.

L'étude qualitative de Law et al met en évidence une crainte des femmes d'exprimer leurs expériences négatives du postpartum, perçues comme trop éloignées de l'attente sociale liée à la maternité (25). Dans cette étude, les femmes déclarent se comparer fréquemment aux autres mères, les voyant « heureuses », et rapportent alors une tendance à masquer leur mal-être, par peur d'être jugées par leur entourage et par les professionnels de santé.

Ces données rejoignent la méta-analyse qualitative de Smith et al, qui montre une culpabilité ressentie par les mères de présenter des symptômes dépressifs, au cours d'une période supposée joyeuse (26). Les femmes décrivent un sentiment d'échec et la crainte d'être perçues comme une « mauvaise mère », les conduisant à dissimuler leurs symptômes. Dans ces deux études, la peur des conséquences sur l'enfant, notamment celle d'un placement, apparaît également comme un frein à l'expression maternelle (25,26). Cette étude évoque également une normalisation des symptômes psychiques post-accouchement, fréquemment attribués par la patiente, l'entourage et les professionnels de santé, à une fatiguée jugée normale ou à des

variations hormonales. Cette banalisation conduit à une minimisation des symptômes, retardant leur reconnaissance et réduisant les opportunités de dépistage (26).

Ces représentations sociales de la maternité et la normalisation des difficultés du postpartum, tant par la patiente que par les professionnels de santé, semblent contribuer fortement à limiter l'expression des souffrances maternelles et, par conséquent, à un sous-repérage de la dépression du postpartum.

8. Manque d'information et défaut de coordination comme freins au dépistage

Dans notre étude, les médecins généralistes rapportaient un déficit d'information et de coordination autour du suivi postnatal, marqué par une méconnaissance de l'entretien postnatal précoce, une faible lisibilité des relais, et des difficultés d'accès aux spécialistes. Ce contexte générait un sentiment d'isolement, susceptible de limiter le dépistage, les médecins généralistes ne se sentant pas en mesure d'assurer seuls la suite du suivi.

Une thèse quantitative française de 2024 rapporte que 40% des médecins généralistes interrogés ne connaissent pas l'EPNP, et que 76% n'en réalisent pas (27). Ces données rejoignent les résultats de notre étude et montrent une méconnaissance persistante de l'EPNP par les médecins généralistes en France ainsi qu'une absence de son intégration dans leur pratique courante.

Il convient toutefois de souligner que l'EPNP a été élaboré par le Collège National des Sages-Femmes de France à destination des sages-femmes et qu'il n'est devenu obligatoire dans le parcours de soins qu'à partir de juillet 2022 (28). Le recul temporel reste donc limité pour permettre une appropriation et une modification des pratiques à une échelle suffisante pour être détectées dans une étude quantitative.

Dans la revue intégrative de Noonan et al, citée précédemment, les auteurs mettent en évidence que les médecins généralistes hésitent à diagnostiquer la dépression du postpartum, quand leur seul recours est la prescription d'antidépresseurs (22).

Le manque de relais disponibles en santé mentale, ainsi que l'absence de circuit d'orientation précis pour la prise en charge, limiteraient leur engagement à dépister.

Ces résultats sont concordants avec l'étude qualitative de Graham et al (29), dans laquelle les médecins expriment une réticence à dépister lorsqu'ils n'ont pas de prise en charge adaptée à proposer pour la suite.

Ces données font écho à notre étude et suggèrent que la difficulté d'accès aux relais et l'absence de ressources clairement identifiées constituent un frein structurel au dépistage de la dépression du postpartum pour les médecins généralistes.

Par ailleurs, la méconnaissance par les patientes des signes de la dépression du postpartum ainsi que le manque de sensibilisation concernant leur suivi ont également été mis en évidence dans notre étude, participant à réduire les possibilités de dépistage.

La méta-analyse de Smith et al rapporte que l'un des principaux obstacles à l'identification des patientes présentant une dépression du postpartum, est le manque d'éducation et prévention auprès des patientes (26). Les femmes interrogées indiquent que, si elles avaient mieux connu les symptômes, elles auraient pu les reconnaitre plus précocement. Cette étude met également en évidence que les membres de l'entourage et la famille se sentent souvent incapables de repérer les signes, en raison d'un manque de connaissance sur la maladie.

Le déficit d'information concernant leur suivi est également souligné. Les patientes rapportent ne pas savoir vers quel professionnel se tourner en cas de difficultés.

La question de l'information des patientes sur l'existence de l'EPNP reste peu documentée dans la littérature française. Toutefois, un mémoire réalisé en 2021, portant sur le suivi des femmes en postpartum en France, rapporte que, parmi un échantillon de 14 patientes interrogées, une seule avait connaissance de l'EPNP (30).

L'ensemble de ces données indique qu'un déficit d'information et de sensibilisation des patientes, mais aussi de leur entourage, contribue à retarder l'identification des symptômes et les opportunités de repérage de la dépression du postpartum.

9. Pistes d'amélioration

Les médecins généralistes de notre étude identifiaient plusieurs leviers d'amélioration du dépistage de la dépression du postpartum, centrés principalement sur la formation, la prévention et une meilleure structuration du parcours de soins.

Une formation renforcée en santé mentale périnatale apparaissait comme un axe prioritaire. L'étude interventionnelle avant–après menée par Akkineni et al a évalué l'impact d'une formation d'une journée dédiée à la santé mentale périnatale auprès de médecins généralistes (31). Les auteurs rapportent une amélioration significative des connaissances théoriques concernant l'identification des facteurs de risque, des symptômes de la dépression du postpartum et de leur sévérité. Ils montrent également une meilleure capacité à identifier la nécessité d'un recours spécialisé.

Bien que cette évaluation porte sur des acquis à court terme, ces résultats suggèrent que la formation continue constitue un levier pertinent pour renforcer les compétences des médecins généralistes et créer des conditions plus favorables au dépistage.

Par ailleurs, l'un des médecins de notre étude proposait le développement de consultations de préparation à la parentalité, notamment en PMI. Le but serait d'aider les parents à mieux appréhender la période du postpartum et à repérer plus précocement d'éventuels signes de souffrance psychique maternelle.

Les données de la littérature sur l'instauration de consultations similaires restent limitées. Cependant, certains travaux ont exploré l'intérêt de stratégies de prévention, mises en place pendant la grossesse. L'essai contrôlé randomisé de Tessema et al montre que la réalisation d'une psychoéducation prénatale de groupe permet d'améliorer significativement la littératie des femmes enceintes concernant la dépression du postpartum et ses facteurs de risque (32). Ces résultats suggèrent que des interventions prénatales de prévention peuvent favoriser une meilleure reconnaissance des symptômes, constituant une première étape vers un repérage plus précoce. Cependant, l'étude montre également que les effets de cette intervention sur le recours aux soins par les patientes, dépendent encore largement de l'existence de relais identifiés et accessibles.

Ces différentes pistes soulignent l'intérêt d'une approche combinant formation des professionnels, prévention en amont et structuration d'un parcours de soins, afin de dépasser un dépistage opportuniste et de renforcer la place du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé mentale maternelle.

Enfin, plusieurs médecins proposaient de mettre en place une cotation spécifique pour l'entretien postnatal précoce et la consultation postnatale. Ces requêtes rejoignent les données de la littérature, soulignant l'impact des leviers organisationnels et financiers sur les pratiques de dépistage.

L'étude de Gordon et al, réalisée aux États-Unis, montre que l'instauration d'un remboursement dédié au dépistage de la dépression du postpartum lors des consultations pédiatriques, est associée à une augmentation significative des taux de dépistage, de diagnostic et d'orientation vers des soins en santé mentale (33).
Ces résultats suggèrent qu'un repère tarifaire clair constitue un levier efficace pour favoriser son intégration dans la pratique courante.

Cette observation fait écho aux propos des médecins généralistes de notre étude, pour lesquels la valorisation financière permettrait de structurer et de systématiser le suivi postnatal.

CONCLUSION

Cette étude qualitative avait pour objectif d'explorer les limites rencontrées par les médecins généralistes dans le dépistage de la dépression du postpartum en consultation, ainsi que d'identifier des pistes d'amélioration pour renforcer ce dépistage. Les entretiens réalisés ont mis en lumière des freins multiples, à la fois organisationnels, professionnels, sociaux et relationnels.

Les résultats montraient que le dépistage de la dépression du postpartum repose encore largement sur une approche opportuniste et non systématisée, dépendante du contexte de consultation, du temps disponible et de l'expérience clinique du médecin dans le champ de la santé mentale périnatale.

La place fragilisée du médecin généraliste dans le suivi maternel, la centralité du suivi pédiatrique, le manque de continuité du suivi, ainsi qu'une structuration insuffisante du parcours postnatal limitaient les opportunités de repérage. Ces difficultés étaient renforcées par des freins sociaux, marqués par les représentations idéalisées de la maternité et par un déficit d'information et de coordination, tant pour les professionnels que pour les patientes et leur entourage.

Malgré ces limites, les médecins généralistes apparaissaient comme des acteurs clés du repérage de la dépression du postpartum, souvent seuls interlocuteurs accessibles dans un contexte de pénurie de ressources en santé mentale.

Cette étude mettait en évidence leur volonté de s'impliquer davantage, à condition de disposer d'outils adaptés, de formations ciblées, de relais clairement identifiés et d'un cadre organisationnel et financier plus structurant.

Ces résultats soulignent l'intérêt de renforcer la place du médecin généraliste dans le suivi postnatal, à travers une meilleure clarification des rôles au sein du parcours de soins, l'identification de moments clés du suivi propices à l'abord de la santé mentale maternelle (consultation postnatales, suivi pédiatrique, EPNP), ainsi que le recours à des outils de dépistage simples et compatibles avec la pratique courante. Le développement de circuits d'orientation lisibles et accessibles apparait essentiel pour lever les réticences au dépistage liées à l'absence de solutions de prise en charge.

Par ailleurs, une sensibilisation accrue des patientes et de leur entourage dès la grossesse, notamment sur les signes de la dépression du postpartum et les dispositifs de suivi existants, pourrait favoriser une reconnaissance plus précoce et un accès plus rapide aux soins.

Enfin, cette étude ouvre des perspectives de recherches complémentaires.

Des études quantitatives multicentriques permettraient d'évaluer la transférabilité des freins identifiés. La réalisation de travaux interventionnels pourrait explorer l'impact, à moyen et long terme, de parcours de soins structurés, de formations ciblées ou d'outils de dépistage adaptés, sur les pratiques de repérage et l'accès aux soins.

Enfin, des études centrées sur le point de vue des patientes et de leur entourage, concernant leurs connaissances du suivi postnatal et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste, permettrait d'orienter plus finement les stratégies de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Roux M, Wendland J. Blues du post-partum : prévalence et facteurs associés parmi des francophones primipares et représentations chez des sages-femmes. Psychologie Française, 2018.
2. Gerlone A, Zakarian C, Riquet S. Connaître les facteurs associés au baby blues pour mieux le prendre en charge. Sages-femmes, 2022, janvier-février.
3. Sutter AL, Leroy V, Dallay D, Verdoux H, Bourgeois M. Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery: A French cross-sectional study. J Affect Disord. 1997, vol 44(1):1-4.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th éd. (DSM-5). Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013.
5. Haute Autorité de Santé. Annexe 4 : définition de l'EDC selon le DSM-5 –Paris, 2014. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
6. Tissot H, Frascarolo-Moutinot F, Despland J-N, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. La Psychiatrie de l'enfant, 2011, vol 54, p.611-637.
7. Robbins CL, Ko JY, D'Angelo DV, Salvesen von Essen B, Bish CL, Kroelinger CD, Tevendale HD, Warner L, Barfield W. Timing of postpartum depressive symptoms. Preventing Chronic Disease, 2023, vol 20, E103.
8. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharaux C, Boudet-Berquier J, Apter G, Crenn-Hebert C, Vacheron M-N, Le Ray C, Regnault N. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH), 2023, vol 18.

9. Wang Z, Lau Y, Chow A, Thompson DR, He HG. Mapping global prevalence of depression among postpartum women: A systematic review and meta-analysis. Transl Psychiatry. 2021, vol 11(1):543.

10. INSERM, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018. Saint-Maurice (France) : Santé publique France ; 2023.

11. Hagatulah N, Maass N, Nilsson K, Magnusson C, Viktorin A, Skalkidou A. Perinatal depression and risk of mortality: nationwide register-based study in Sweden. BMJ. 2024, 384, e075462.

12. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health (Lond). 2019;15:1745506519844044.

13. Amer SA, Zaitoun NA, Abdelsalam HA, Abbas A, Ramadan MS, Ayal HM, Ahmed Ba-Gais SE, Basha NM, Allahham A, Agyenim EB, Al-Shroby WA. Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. BMC Public Health. 2024;24:1308.

14. Ministère chargé de la Santé. Arrêté du 27 février 2023 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « RéPAP : Référent Parcours Périnatalité ». Journal officiel de la République française, 2023, n° 53 du 3 mars 2023. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000047254705

15. Inserm, Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale 2021 : les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Paris: Inserm; 2022 Oct

16. Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations. 2014.

17. Haight SC, Ko JY, Yogman MW, Farr SL. Postpartum depressive symptoms and screening opportunities at health care encounters. J Womens Health (Larchmt). 2021;30(5):731-738. doi:10.1089/jwh.2020.8373

18. Yu M, Sampson M. Pediatrician attitudes and practices regarding postpartum depression screening: Training and interprofessional collaboration needed. J Interprof Educ Pract. 2019;15:1-4. doi:10.1016/j.xjep.2018.12.005

19. Vachet J. Attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France dans le repérage de la dépression du post-partum [thèse de doctorat en médecine]. Lille: Université de Lille; 2025

20. Cummins A, Eaves T, Newnham E, Melov S, Hilsabeck C, Baird K, et al. The continuity relationship makes caring for women with anxiety and depression easier, but it is also a heavy responsibility. Women Birth. 2025;38:101886. doi:10.1016/j.wombi.2025.101886

21. Frayne J, Seddon S, Lebedevs T, Milroy T, Teh B, Nguyen T. General practitioner perceptions and experiences of managing perinatal mental health: a scoping review. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23:832. doi:10.1186/s12884-023-06156-6.

22. Noonan M, Doody O, Jomeen J, O'Regan A, Galvin R. Family physicians' perceived role in perinatal mental health: an integrative review. BMC Fam Pract. 2018;19:154. doi:10.1186/s12875-018-0843-1

23. Ford E, Lee S, Ayers S, Shakespeare J. Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: a meta-synthesis of qualitative studies. Br J Gen Pract. 2017;67(661):e538–e546. doi:10.3399/bjgp17X691889.

24. Kendall-Tackett KA. Screening for perinatal depression: barriers, guidelines, and measurement scales. J Clin Med. 2024;13:6511. doi:10.3390/jcm13216511

25. Law S, Ormel I, Babinski S, Plett D, Dionne E, Schwartz H, et al. Dread and solace: talking about perinatal mental health. Int J Ment Health Nurs. 2021;30(Suppl 9):1376-1385. doi:10.1111/inm.12884.

26. Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. BMJ Open. 2019;9:e024803. doi:10.1136/bmjopen-2018-024803

27. Nazih A. L'entretien postnatal précoce en médecine générale : étude quantitative menée en Haute-Garonne [thèse de doctorat en médecine]. Toulouse: Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2024

28. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien postnatal précoce : préconisations pour la pratique clinique. Paris: Collège National des Sages-Femmes de France; 2022.

29. Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes L, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2009;10:7. doi:10.1186/1471-2296-10-7

30. Brochard L. Retour à domicile après l'accouchement : attentes des femmes sur le suivi postnatal [mémoire de diplôme d'État de sage-femme]. Metz: Université de Lorraine, École de sages-femmes de Metz; 2022.

31. Akkineni R, Ganjekar S, Satyanarayana V, Kondapuram N, Tiwari K, Medisetti S, et al. The impact of perinatal mental health training on knowledge and practice of primary care physicians: a systems strengthening initiative in Telangana, India. BMC Prim Care. 2025;26:88. doi:10.1186/s12875-025-02782-5

32. Tessema M, Abera M, Birhanu Z. Antenatal group-based psychoeducation to improve postpartum depression literacy in primary health care institutions in Ethiopia: a cluster randomized controlled trial. Front Psychiatry. 2025;16:1548356. doi:10.3389/fpsyt.2025.1548356

33. Gordon SH, Lee S, Deen N, Cole MB, Feinberg E, Galbraith A. Medicaid reimbursement for maternal depression screening and care for postpartum depression. JAMA Pediatr. 2025;179(9):1009-1016. doi:10.1001/jamapediatrics.2025.1790.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I - Caractéristiques de la population étudiée.....8

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE .....

INTRODUCTION **1**

MATERIEL ET MÉTHODES **4**

1. Type d'étude **4**

2. Population **4**

3. Recueil des données **5**

3.1 Positionnement du chercheur **5**

3.2 Guide d'entretien **5**

3.3 Déroulement des entretiens **6**

4. Analyse des données **6**

5. Aspects éthiques et réglementaires **7**

RÉSULTATS **8**

1. Caractéristiques des participants **8**

2. Invisibilisation du suivi maternel **9**

2.1. Changement du suivi de la femme en médecine générale 9

2.2. Le suivi maternel conditionné par le suivi pédiatrique 10

2.3. Dépriorisation de la santé maternelle : phénomène conjoint entre la mère et le médecin généraliste 11

3. Les limites actuelles du dépistage en consultation **12**

3.1. Centralité du médecin généraliste : une approche non codifiée et dépendante du praticien 12

3.2. La relation de soin et le suivi comme conditions du dépistage 14

3.3. Obstacles à l'expression des difficultés maternelles 15

3.4. Limites organisationnelles 16

4. Les obstacles à la prise en charge maternelle **17**

4.1. Difficultés ressenties par le médecin généraliste 17

4.2. Une prise en charge freinée par l'accès aux soins et l'adhésion maternelle 18

4.3. Une coordination interprofessionnelle défaillante 19

5. Besoins identifiés et pistes d'amélioration du dépistage et de la prise en charge **21**

5.1. Information et sensibilisation des patientes et leur entourage 21

5.2. Information des médecins généralistes 22

5.3. La formation comme levier d'amélioration 23

5.4. Renforcer la coordination et faciliter l'accès aux soins 25

5.5. Pistes concrètes de réorganisation du dépistage et de la prise en charge 26

DISCUSSION **28**

1. Forces de l'étude **28**

2. Limites et biais **29**

3. Place fragilisée du médecin généraliste **30**

4. Le suivi pédiatrique comme point d'accroche **31**

5. Lien de confiance et continuité du suivi 32
6. Un dépistage non systématisé 33
7. Les représentations sociales comme obstacles au dépistage 35
8. Manque d'information et défaut de coordination comme freins au dépistage 36
9. Pistes d'amélioration 38
CONCLUSION 41
BIBLIOGRAPHIE 43
LISTE DES TABLEAUX 48
TABLE DES MATIERES 49
ANNEXES I

ANNEXES

ANNEXE I

Guide d'entretien

Je m'appelle Sophie Gillard, je suis interne en DES de médecine générale à l'Université d'Angers. Je réalise un travail de thèse s'intéressant à l'abord de la santé mentale des patientes dans le post-partum, dans le cadre de l'exercice de la médecine générale, et j'aimerais échanger avec vous sur ce sujet.

Notre entretien sera enregistré par audio et la retranscription sera anonyme.

Vous pouvez à tout moment interrompre l'entretien ou vous opposer à l'utilisation de ces résultats, conformément au consentement que vous avez signé.

Je reste à votre disposition si vous avez des questions ou pour toute information complémentaire.

Questions :

A votre avis combien de femmes en post-partum présentent un trouble de la santé mentale pathologique ?

ENTRETIEN POST NATAL PRECOCE :

1. Connaissez-vous l'EPNP et que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

« Depuis le 1er juillet 2022, un entretien postnatal précoce a été mis en place entre la 4e et 8e semaine suivant l'accouchement avec pour objectif de repérer les premiers signes de dépression du post-partum ou les facteurs de risques qui y exposent »(1).

Il peut être réalisé par la sage-femme ou par le médecin généraliste, et il est obligatoire.

2. Est-ce que cette mesure est pertinente pour vous ? Que pensez-vous de sa mise en place ?
    a. Que pensez-vous de son caractère obligatoire ?
3. En tant que médecin généraliste vous sentez vous concerné par sa réalisation ?
    a. Quelles sont pour vous les compétences requises à la réalisation d'un EPNP ?
4. Quels sont, à votre avis, les thématiques/sujets qui doivent ou devraient être abordées dans un EPNP ?
5. Est-ce que vous réalisez des EPNP ? Orientez-vous vers un autre professionnel de santé pour cet entretien ?

CONSULTATION MEDICALE OBLIGATOIRE POST NATALE :

Il existe également une consultation médicale post natale obligatoire pour la mère, dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement (2).

6. Si vous effectuez ces consultations, quels thèmes abordez-vous durant cette consultation ?

7. Proposez-vous régulièrement ou faites-vous à la demande de la patiente, d'autres consultations post natales ?

CONSULTATIONS DE SUIVI :

De manière plus générale, au décours des consultations de suivi de la patiente, dans un contexte du post-partum :

8. Abordez-vous le thème de la santé mentale ?
    a. Comment abordez-vous le sujet ?
    b. Utilisez-vous des outils, tel que le questionnaire EPDS (Echelle d'Edimbourg) ? D'autres outils ?
    c. Si vous ne l'abordez pas, quels critères pourraient vous inciter à en parler avec la patiente ?

9. Quelles difficultés/freins (obstacles) pourriez-vous rencontrer pour évoquer la dépression du post-partum avec la patiente ?
    a. Quels sont les facteurs qui vous ont mis ou qui peuvent vous mettre en difficulté ?

10. Que pensez-vous du fait d'aborder le thème des idées suicidaires, avec une patiente en post-partum, si nécessaire ?
    a. Prononcez-vous le terme ?
    b. Est-ce que vous êtes à l'aise pour l'évoquer ?

11. Si vous diagnostiquez des difficultés psychiques maternelles, comment la prenez-vous en charge ?
    a. Vers qui l'orientez-vous ?

12. Comment se déroule la coordination entre professionnels dans ce contexte ?

CONSULTATIONS PEDIATRIQUES :

13. Durant les consultations de suivi de l'enfant, avez-vous un temps consacré aux parents et notamment à la mère ?

14. Jusqu'à combien de temps après l'accouchement, abordez-vous le thème de la santé mentale avec la patiente, durant les consultations pédiatriques ou de suivi ?

FORMATION MEDICALE CONTINUE :

Concernant la formation des médecins généralistes :

15. Que pensez-vous de la nécessité de participer à une formation concernant la santé mentale maternelle ?

16. Que suggéreriez-vous pour améliorer l'accompagnement psychique des patientes pendant la grossesse et le postpartum ?

Avez-vous des questions ou remarques particulières à la suite de cet entretien ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

ANNEXE II

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Participant :

Titre du projet : L'abord de la santé mentale en post-partum par les médecins généralistes : étude qualitative auprès de médecins généralistes du Maine et Loire (49)

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :

- Les limites rencontrées par les médecins généralistes pour effectuer le dépistage de la dépression du post-partum en consultation de médecine générale.
- Mettre en évidence des axes d'amélioration de ce dépistage au sein de la profession.

Réalisation de l'entretien :
Cet entretien sera réalisé par GILLARD Sophie, interne en médecine générale, suivant vos disponibilités, en présentiel.
Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu/expérience du dépistage de la dépression du post-partum en consultation au cabinet.
Il durera de 20 min à 40 min et sera enregistré et retranscrit de façon anonyme.
Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?
Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.
Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse. ☐
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)	Signature (investigateur)
Date.....	Date.....
Nom.....	Nom.....

Annexe III

Entretien n°1 :

Nom virtuel : P1 = Personne interviewée n°1

Fonction : Médecin en cabinet libéral, MSP

Lieu : Entretien en présentiel réalisé le 15/04 à 12h

Nom de l'interviewer : P0 = Interviewer Sophie GILLARD

Durée : 30 minutes

Contexte : L'environnement était calme, et la médecin disponible puisqu'un créneau avait été convenu après ses consultations sur le temps de midi.

P0 : Bonjour, je m'appelle Sophie Gillard, je suis interne en DES de médecine générale à l'Université d'Angers et je réalise un travail de thèse s'intéressant à l'abord de la santé mentale des patientes en post-partum, dans le cadre de l'exercice de la médecine générale, et j'aimerais échanger avec vous sur ce sujet.
Notre entretien sera enregistré par audio et la retranscription sera anonyme.
Vous pouvez à tout moment interrompre l'entretien ou vous opposer à l'utilisation des résultats, conformément au consentement que vous avez signé.
Je reste à votre disposition si vous avez des questions ou pour toute information complémentaire.

P0 : Donc déjà, une toute petite question, un peu pour avoir une idée globale, à votre avis, combien, en pourcentage, de femmes en post-partum présentent un trouble de la santé mentale ?

P1 : Ça doit être énorme. Est-ce qu'on compte le fameux baby blues transitoire dans ce chiffre-là ?

P0 : Non.

P1 : Donc plutôt dépression du post-partum, psychose puerpérale, toutes ces choses-là.
Franchement, je dirais 30%.

P0 : Oui, c'est entre 10 et 20% à peu près. La psychose puerpérale, c'est 0,2%. **Alors du coup, est-ce que vous connaissez l'existence de l'entretien post-natal précoce ?**
Et qu'est-ce que vous pouvez me dire à ce sujet ?

P1 : Alors oui, j'en connais l'existence. J'avoue que moi, j'aime bien, quand il y a une naissance, que les parents prennent rendez-vous : un rendez-vous pour le bébé et un rendez-vous parental, alors maternel ou les parents ensemble. Ce n'est pas forcément souvent fait. Quand ce n'est pas fait, j'ai tendance à consacrer en fait une partie aussi du rendez-vous du bébé à ça, si ça n'a pas été fait de façon organisée. Après, souvent, je sais que les sages-femmes, quand elles viennent à domicile pour le suivi de bébé, voient aussi pas mal la maman, font le suivi de suite de couches et abordent ces choses-là.
Mais moi, j'aime bien aussi avoir un petit créneau avec les mamans pour parler de ça.

P0 : La sage-femme passe en effet généralement dans les douze jours pour le suivi du bébé à la sortie de la maternité. Mais depuis le 1er juillet 2022, il y a cet entretien post natal précoce qui est fait en miroir de l'entretien prénatal, qui doit être réalisé entre la quatrième et la huitième semaine qui suit l'accouchement.
Il est obligatoire, réalisé soit par la sage-femme, soit par le médecin généraliste.

P1 : D'accord. Je n'ai pas la notion du caractère obligatoire, mais je pense que ça passe souvent à l'as.

P0 : Il a été mis en place, en fait, pour repérer vraiment les premiers signes de la dépression du post-partum ou les facteurs psychologiques.
Est-ce que le fait que ce soit obligatoire, que ce soit mis en place, c'est une mesure qui est pertinente pour vous et qu'est-ce que vous en pensez ?

P1 : Alors oui, je pense que c'est très pertinent, mais il faut communiquer là-dessus parce que j'ai beau faire pas mal de suivi de grossesse, le caractère obligatoire, je ne l'avais pas en tête. Quatre à huit semaines non plus. Je ne sais pas comment ça se présente. Est-ce que c'est une prise en charge à 100% qui, pour le coup, est incitative aussi pour les parents comme pour le suivi de bébé ? Voilà, moi, je n'ai pas les détails.

P0 : Alors, c'est pris en charge à 70%, aux taux habituels. Il y a une cotation spécifique pour les sages-femmes, mais il n'y a pas de cotation spécifique pour le médecin généraliste.

P1 : Ce qui fait que finalement, c'est pris en charge comme une consultation classique.

P0 : Est-ce que vous pensez qu'en tant que médecin généraliste, vous vous sentez concernée par sa réalisation actuelle ?

P1 : Mais complètement, parce que certes, la sage-femme, elle va faire. Si tout va bien, si la patiente y va, ce que je souhaite de tout cœur, pour sa rééducation périnéale avec une sage-femme, avec qui il faut espérer qu'elle ait eu de l'alliance, qu'elle ait fait sa préparation à la naissance avec elle. Donc là, oui, elle va la voir à 4 à 8 semaines. Mais si tant est qu'elle ne la fasse pas, qu'elle n'y aille pas, mais qui est-ce qui va faire cet entretien ? La sage-femme, elle ne va pas revenir à la maison peser bébé à 8 semaines. En revanche, où est-ce qu'elle va venir de façon systématique ? C'est pour le suivi des 1 mois de l'enfant. Alors, si elle va chez le pédiatre, il faut qu'après elle ait rendez-vous chez son généraliste ou chez la sage-femme, on est bien d'accord. Mais il y a quand même beaucoup de bébés qui sont suivis en médecine générale. Est-ce qu'à ce moment-là, ce n'est pas intéressant de proposer systématiquement, sur le rendez-vous de fin de 1er mois pour le bébé, aussi un rendez-vous maternel spécifique ? Mais ça serait encourageant, s'il y avait une cotation spécifique.
Peu importe le montant, ce n'est pas tellement la question.

P0 : Après, dans cet entretien post-natal précoce, **quels sont pour vous, du coup, les sujets qui devraient absolument être abordés à ce moment-là, dans les 4 à 8 semaines avec la maman ? Qu'est-ce que vous aborderiez comme sujet ?**

P1 : Alors... Moi, en général, je ne fais pas cet entretien de façon formalisée, mais j'aime bien, quand je me renseigne sur le bébé, faire un point sur comment vont les parents.
Est-ce qu'ils arrivent un peu à dormir ? Parce que, malgré tout, le sommeil, excusez-moi pour le terme, le manque de sommeil, ça rend con, ça crée des difficultés dans les couples. L'arrivée d'un

bébé dans un couple, c'est une vraie explosion. Donc, il peut y avoir des conjugopathies plus ou moins violentes au sein du couple, donc ça, c'est quand même des choses à faire très attention. La question du moral maternel, évidemment, avec les hormones qui ont quand même fait un sacré yo-yo, plus le manque de fatigue, ce nouveau rôle qu'elle était prête ou pas à assumer, on ne sait pas toujours le contexte de la grossesse. La question, alors, elle est difficile à poser cette question, j'essaye de le faire, parfois je sens que ce n'est pas simple, mais moi je cherche les pensées permissives.
C'est compliqué à avouer, pour les mamans, mais en réalité, je trouve qu'il y a quand même pas mal de patientes qui, quand on creuse, si elles sont prêtes et qu'elles sont ouvertes, qu'elles sont prêtes à en parler, sont capables de dire, bah oui, ça m'est déjà arrivé dans ma tête de visualiser le bébé qui dégringole dans les escaliers. Et je pense que c'est super important de l'aborder, parce qu'en fait, je me dis, une jeune maman qui est toute seule, qui pense ça, elle doit être au plus mal, ou se dire qu'elle est une mère terrible, je suis, je ne vais pas bien, je ne suis pas heureuse de mon enfant, et en plus j'imagine sa mort ou son accident. Alors qu'en fait, je n'oserais pas dire physiologique, mais ça fait partie du post-partum, parfois même sans dépression, et de leur expliquer que c'est normal d'avoir ces idées-là, parfois, que de les avoir, et de ne pas passer à l'action, est quelque part, c'est parfois un facteur protecteur, parce qu'après, je me dis, mais pourquoi je pense à ça ?
C'est hors de question que je fasse ça à mon enfant, et donc elles sont d'autant plus vigilantes sur la question.

P0 : Donc vous vous sentez capable quand même de directement poser la question, aborder le sujet ?

P1 : Oui.

P0 : Ce n'est pas quelque chose qui vous freine particulièrement ?

P1 : Ce n'est parfois pas facile, mais j'essaie de le faire, tout en décomplexant, en me disant, ça arrive souvent, je voudrais savoir si vous, vous pouvez avoir ce genre de pensée parfois ?
J'essaie de revenir parfois sur le vécu de l'accouchement, parce que des accouchements très traumatisants, il y en a qui se passent très bien, qui sont merveilleux, et puis d'autres qui sont plus compliqués. Voilà, la gestion de l'angoisse, du sommeil, la tristesse éventuelle, la question de s'ils se sentent légitimes dans leur rôle de parents, parfois c'est compliqué, il y en a qui ont l'impression qu'ils sont très heureux, mais on leur a prêté leur bébé, ils ne sont pas encore très investis, de savoir comment ça se passe avec le co-parent, comme je disais, il peut y avoir des violences, c'est quand même un moment de grosse fragilité, la périnatalité en pré et en postpartum, avec des papas qui font aussi des dépressions du postpartum, donc ça, parfois, l'entretien de la maman en parallèle, d'aller chercher des choses chez le papa indirectement, mais voilà, c'est à peu près ça les éléments que je vais rechercher.

P0 : Et vous, en tant que médecin, pour vous, quelles sont les compétences requises à la réalisation de cet entretien ?

P1 : Alors je pense que c'est pas mal, les médecins qui font un peu de suivi de grossesse et de pédiatrie, je dirais que ça apporte une légitimité pour creuser ça auprès de la patiente, si c'est moi qui ai suivi la grossesse, si c'est moi qui suis le bébé, là c'est simple, c'est moi qui suis là de bout en bout, la question elle se pose même pas, je dirais que pour le coup, ma place, elle prend le dessus sur celle de la sage-femme, puisque moi j'ai été là de J1 du début de la grossesse quasiment, parfois même avant, dans le projet bébé, et je vais suivre ce bébé jusqu'à ce qu'il soit grand, donc là je

trouve que la légitimité elle est au maximum. Ce qui ne veut pas dire que les médecins qui font pas du tout ces suivis-là, ne sont pas en capacité de le faire, je dirais que le but c'est juste d'avoir une alliance satisfaisante avec la patiente. Si c'est le cas, je ne pense pas qu'il y ait une compétence particulière à avoir, enfin s'il y en a, mais ça devrait être normal chez un médecin, c'est-à-dire que la compétence à avoir c'est l'écoute en premier lieu, ça j'ose espérer que tous les médecins l'ont, mais je ne pense pas qu'il y ait des profils de médecins pour le faire et d'autres qui ne soient pas capables. Il y en a qui vont y aller plus spontanément, ça se fera plus naturellement, mais même un médecin qui ne fait pas de suivi de grossesse ou très peu, il a des patientes femmes, il a des patientes jeunes mamans. La dépression du postpartum c'est les deux premières années, c'est très long, on peut imaginer qu'une femme va voir son médecin traitant dans les deux ans qui suit son accouchement, donc je pense que n'importe quel médecin traitant peut aborder ces questions-là en tout cas.

P0 : Ensuite, il y avait effectivement la question est-ce que vous vous en réalisez ?

P1 : Alors pas de façon formelle comme ça a été décrit en début d'entretien, mais maintenant que je le sais, je vais essayer. Je le fais de façon informelle puisque de toute façon les mamans elles sont là à un mois du bébé, c'est rare que ce soit le papa tout seul qui vienne, donc je me renseigne toujours sur l'état de santé psychique des parents.

P0 : Dans une situation où vous n'avez pas suivi la grossesse de bout en bout, est-ce que vous vous assurez quand même qu'elle ait eu un entretien ou qu'on en ait parlé par un autre professionnel ou par vous ?

P1 : Moi je vais l'interroger de toute façon, donc j'estime que moi au moins je serais allée gratouiller un petit peu ça, même si ça n'a pas été de façon formelle. Et si je sens des choses, effectivement de lui demander si c'est des choses qu'elle a abordées avec sa sage-femme, sa gynéco, même éventuellement le pédiatre qui a vu l'enfant, si moi je ne suis pas l'enfant, mais que je découvre l'enfant parce qu'il est malade, et bah oui je vais quand même questionner un petit peu, et si elle me dit qu'il y a des choses, est-ce qu'elle en a parlé avec la sage-femme, la gynéco, peut-être le pédiatre qu'elle a vu à ses 1 mois, voilà oui je pense que je vais systématiquement poser la question.

P0 : Alors du coup, l'entretien post-natal précoce a été rajouté en plus, mais initialement il existait la consultation médicale obligatoire post-natale qui se faisait dans les 6 à 8 semaines, spécifique pour la mère, où on est censé aborder tous les thèmes qui concernent la contraception, l'alimentation, les problèmes urinaires…qui peut être autant fait par la sage-femme que par le médecin généraliste, que par le gynécologue. Donc ça c'était quelque chose qui était déjà mis en place, **est-ce que vous c'est des sujets que vous abordez à ces consultations-là, d'autres sujets ? Est-ce que vous avez toujours prévu un temps de consultation post-natale dans les 2 mois ?**

P1 : Alors, en général moi j'essaye d'encourager les mamans à prendre ce rendez-vous là effectivement avec moi pour qu'on fasse le point. La plupart du temps c'est fait, quand ça ne l'est pas, et bien en fait je profite de la consultation de bébé, donc elles sont très longues mes consultations de bébé sur les tout premiers. Je prévois des gros créneaux pour les bébés en sortie de mater, sur les premiers mois, et si ça n'a pas été fait, en fait il y a un moment à la fin de la consultation de bébé, je vais me tourner vers la maman. Je lui dirai, qu'est-ce qui a été fait, est-ce qu'on vous a proposé une contraception, et enfin proposer un rendez-vous avec moi si ça n'a pas été fait.

P0 : Et dans ces consultations bébés du coup, où vous vous tournez vers la maman, est-ce que vous allez plus axer sur tout ce qui est contraception, allaitement, troubles urinaires, ou est-ce que vous allez effectivement toujours penser à la santé mentale de la maman derrière ?

P1 : Alors, l'allaitement, je vais de toute façon leur poser la question au moment du suivi bébé, donc ça sera fait de base. La contraception, oui, je vais poser la question, assez rapidement, souvent elles repartent avec un implant en fait, de la maternité.
Les fuites urinaires, ce n'est pas forcément la chose que je vais aborder le plus, parce que normalement elles ont eu une ordonnance de rééducation périnéale, on en parle après quand on se revoit. La santé mentale, de toute façon, moi je l'interroge systématiquement avec les jeunes parents. Je dirais que sur les deux premières années, à chaque fois que je vois bébé, je pose la question « Et vous ? », « Et vous, vous allez comment ? », « Et vous la fatigue, vous gérez comment ? », « Ça va, vous trouvez votre place ? », « Et avec le papa, ça se passe comment ? », « Le papa aussi trouve sa place ? », « Oui ? Ok. » Et en fait, il y a plein de choses qui émergent, même si on le fait de façon informelle. J'aimerais bien avoir le temps... Donc c'est des consultations très très longues en tout cas, qui abordent à la fois l'organique, le psychique, le bébé... C'est pour ça que j'aimerais bien avoir un temps, voilà, moi je prends 30 minutes pour ces consultations-là, pour avoir le temps d'aborder un petit peu tout. Après... A priori, il n'existe pas de cotations spécifiques non plus pour la consultation médicale post-natale.

P0 : Et est-ce que ça vous arrive du coup régulièrement, soit de vous-même, soit à la demande de la patiente, de ré-effectuer de manière rapprochée des consultations post-natales pour elle ?

P1 : Moi, spontanément non. Disons que je vais lui proposer que si je sens qu'il y a un besoin... Si la patiente me le demande, il n'y a pas de problème, évidemment, je le fais autant que nécessaire. Si je sens qu'il y a un besoin, je vais lui proposer, mais je ne le fais pas de façon systématique.

P0 : D'accord. Est-ce que, du coup, **dans les consultations de suivi dans un contexte du postpartum, quand vous la voyez en consultation, que ce soit pour un sujet X ou Y, vous abordez toujours le thème de la dépression du post-partum ?**

P1 : Alors, toujours, je ne sais pas. Honnêtement, le jour où elle vient pour sa gastro, qu'il est 13h, que j'ai encore 2 autres patients derrière, est-ce que je vais y penser ? Peut-être pas. En revanche, sur un créneau où on va avoir un peu plus le temps, même si on se voit pour tout à fait autre chose, de toute façon, moi j'aime bien interroger le moral des patients de façon systématique. Et les jeunes mamans plus particulièrement. Les jeunes papas aussi, cela dit, mais les jeunes mamans particulièrement. Donc ça fait toujours partie des questions que je pose. Souvent, elles viennent avec bébé, même si c'est pas pour bébé, donc il y a le rappel qui se fait automatiquement dans ma tête : « Et vous, en ce moment, ça va comment ? », « Vous vous tenez le coup ? », « Est-ce que votre niveau de patience est atteint ? », « Est-ce que vous sentez une difficulté ? » , « Est-ce que vous avez l'aide dont vous avez besoin aussi ? », « Comment vous gérez le quotidien ? ». En général, ce n'est pas très long que de poser ces questions-là. Ça ne veut pas dire que ça mord à tous les coups, mais de temps en temps, il y a quand même une petite chose qui émerge. Et là je vais dire, ce serait peut-être pas mal qu'on se revoit pour en parler. Et j'ai eu des mamans qui venaient effectivement pour autre chose. Je pense à une en particulier, qui venait pour un truc complètement bateau, et puis, je ne sais pas, je savais que c'était une dame qui était fragile et que les deux premiers enfants l'avaient mis à mal, et elle est tombée enceinte de la troisième, alors que les deux premiers étaient encore en bas âge. Et je me suis dit que ça allait être compliqué. Et quand elle est venue pour elle, je ne suivais pas la petite fille, je lui ai dit : « mais vous, dans tout ça, parce que ça doit être compliqué à

la maison en ce moment ». Elle venait pour un de ses fils et en fait, elle s'est effondrée. Je lui ai dit, vous ne pensez pas qu'il faudrait qu'on se revoie juste pour vous. Et on a refixé directement un rendez-vous. Et de là, ça a bien avancé. Mais en fait, oui, je pense que... De manière assez récurrente, je le fais assez spontanément.

P0 : Est-ce que ça vous arrive d'utiliser des outils comme le questionnaire de l'EPDS ou d'autres outils ?

P1 : Non, j'avoue que je ne pense pas à des outils spécifiques de la dépression du postpartum. Moi, j'avoue que ça m'arrive d'utiliser l'échelle de Hamilton, mais avec des pincettes, ce n'est pas spécifique.

P0 : Est-ce qu'il y a des critères particuliers qui vous incitent à dépister la dépression du postpartum chez certaines patientes ?

P1 : L'idée, c'est quand même, en théorie, qu'on est censé bien connaître nos patients.
Du moins, ceux qu'on voit souvent, quand on a suivi une grossesse entière, on les connaît bien. Effectivement, les antécédents psychiques de la patiente, éventuellement, ce que moi, je perçois du couple, ce que je peux connaître de l'histoire de la patiente, il y a des patientes qui ont des vécus difficiles, soit parce qu'elles ont été abusées dans l'enfance, soit parce qu'elles ont des relations difficiles avec leurs parents, soit parce qu'il y a eu plusieurs fausses couches, ou qu'il y a eu des décès néonataux, etc... Effectivement, le warning est à fond.
Et puis, oui, certaines modalités de grossesse. La grossesse qui a été difficile, l'accouchement qui a été difficile, le déni de grossesse aussi. Et puis, est-ce qu'elle a d'autres enfants ? Est-ce que c'est un premier ? Alors un premier, je vais être particulièrement vigilante, mais je vais être aussi assez vigilante à la maman qu'on assiste à la maison, parce que ça va être compliqué. Et puis, le cadre social. Le coup où il n'y a pas de papa, le coup où la maman n'a pas beaucoup de ressources, soit financières, soit intellectuelles aussi parfois.
Celle qui est très isolée, qu'il n'y a personne pour l'aider. En fait, il y a une multitude de choses.

P0 : Ensuite, est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés ou des obstacles ou vous pourriez en rencontrer pour évoquer la dépression du postpartum avec une patiente ?

P1 : Je crois que je n'ai jamais eu de difficultés à l'aborder. Ça m'a toujours semblé naturel. Je n'ai jamais pensé qu'il y avait de honte à ça, en fait. Ça fait partie de la périnatalité. Non, j'avoue que je n'ai pas eu de gêne. Après, parfois je me demande si elles disent tout, surtout devant le papa. La présence du papa peut ne pas être favorisante, mais je vais l'interroger quand même.

P0 : Est-ce que pour vous, il y a des facteurs qui peuvent vous mettre en difficulté ? Par exemple, le manque de temps, la formation éventuelle, hors de votre champ de compétences ou des outils diagnostiques qui vous manquent ?

P1 : Alors, le manque de temps, ça va être le plus important. Clairement, pour moi, il faudrait à chaque naissance avoir un temps infini à passer avec chaque bébé, chaque maman, chaque couple parental. C'est un truc qui nous manque, malheureusement. Mais c'est vrai pour plein d'autres choses. C'est malheureusement le quotidien du médecin généraliste, mais je trouve que sur ces prises en charge-là, c'est particulièrement vrai.

Manque de formation... Oui, je pense qu'il me manque des outils. Je pense que j'ai encore besoin de me perfectionner, ça c'est très clair. L'échelle EPDS, je ne l'avais pas. Donc, oui, j'aimerais bien, s'il y avait des formations proposées spécifiquement, oui, ça m'intéresserait.
Moi, j'avais envisagé... J'ai vu qu'il y avait un DU sur ****** d'accompagnement à la parentalité, qui n'est pas lié à la fac de médecine, qui se fait à ******. Et je pense que c'est un projet. De le passer un jour, il est accessible pour différents professionnels, pas que de santé. Et je me dis, peut-être que ça me donnerait d'autres armes pour accompagner ça, d'autres outils à disposition. Je pense que ça pourrait être pas mal.

P0 : Qu'est-ce que vous pensez du fait d'aborder les idées suicidaires avec une patiente en postpartum ?

P1 : S'il y a des éléments dépressifs, il n'y a pas le choix. J'ai eu le cas la semaine dernière. Et je lui ai dit... « Avez-vous des idées noires, avez-vous des idées de vous faire du mal ? » Chose à laquelle elle m'a répondu oui. Mais oui, s'il y a des éléments dépressifs, je suis forcée de poser la question. En général, je commence par dire que je n'aime pas beaucoup cette question-là, mais je suis contrainte de vous la poser. Je sais qu'elle n'est pas agréable pour vous, mais il faut quand même que je vous la pose.

P0 : Vous vous sentez à l'aise pour l'évoquer ?

P1 : À l'aise, non, mais je le fais.

P0 : Si vous diagnostiquez des difficultés psychiques maternelles, du coup, ou que vous suspectez une dépression du postpartum, comment est-ce que vous la prenez en charge ?

P1 : Alors, je vais prendre l'exemple typique de cette dame. Je lui ai proposé... J'ai appelé l'USBB. Où on m'a proposé que la patiente appelle, effectivement, pour être mise en lien avec l'équipe de l'USBB. Elle a refusé. Elle a eu peur qu'on lui retire son enfant.
Sachant que c'était une dépression du postpartum un petit peu lointaine, c'est-à-dire que l'enfant a déjà plus d'un an, mais en fait, c'était passé à la trappe. Donc, elle va venir me voir de façon très très rapprochée au début. J'ai proposé un antidépresseur. J'aimerais qu'elle soit capable d'accepter une prise en charge psychologique ou psychiatrique.
L'USBB, pour moi, c'était la solution parfaite. Elle n'est pas prête aujourd'hui. Je reviendrai avec cette idée, mais quand elle sera prête. Ça peut être l'USBB ou le CMP, mais je trouve que pour des jeunes mamans, l'USBB, c'est mieux.

P0 : Comment se déroule pour vous la coordination entre les différents professionnels de santé dans ce contexte de dépression du postpartum ?

P1 : Je ne trouve pas ça forcément très simple. Pour les mêmes raisons que pour tout. On a du mal à s'avoir au téléphone, on a du mal à avoir le temps. Les spécialistes sont comme nous, ils sont très complets. Les délais pour avoir un rendez-vous au CMP, c'est super long, postpartum ou pas postpartum. Donc, ce n'est pas simple. Moi, j'ai apprécié l'accueil que j'ai reçu à l'USBB. J'ai trouvé que c'était simple. Ce qui m'a semblé dommage, c'est que... On est dit, il faut que madame rappelle. Oui, mais en fait, si je prends la démarche d'appeler l'USBB, c'est parce que je ne suis pas sûre qu'elle le fasse. En revanche, je sais qu'elle en a vraiment besoin. Et c'est vrai que j'aurais bien aimé qu'on me dise... On va faire un premier, peut-être même juste un premier contact téléphonique avec elle. Qu'ils prennent ses coordonnées et qu'ils disent, on va l'appeler. Ça, ça m'aurait plu. Ça aurait été

peut-être une façon de faire aussi un tri. Parce que là, ma patiente, je ne suis pas sûre qu'elle y aille. Et en vrai, l'USBB, c'est un peu la seule ressource que j'ai eue dans cette situation-là. Puisqu'un accès à un psychiatre en libéral, les délais sont trop longs pour ça.

P0 : Ensuite, dans les consultations de suivi de l'enfant, j'imagine, comme vous expliquiez tout à l'heure, il y a toujours un temps consacré un peu à la maman ou aux parents, de manière générale ?

P1 : Oui.

P0 : Concernant la formation médicale continue des médecins généralistes, que pensez-vous de la nécessité de participer à une formation sur la santé mentale maternelle ?

P1 : Je pense que c'est nécessaire pour tout le monde. Je dirais que moi, je suis partante. S'il y en a une, je suis grandement partante. Et qu'elle soit partagée par différents professionnels, je trouve ça dommage que ce soit que des généralistes. Je trouve ça intéressant, par exemple, de partager avec des sages-femmes. Moi, je serai partante à 100%. Et en même temps, je me dis, ce n'est peut-être pas moi qui suis partante à 100% qui en aurait le plus besoin. Mais je pense que tout le monde devrait le faire. Moi, ça m'intéresserait.

P0 : Et qu'est-ce que vous pourriez suggérer comme axes d'amélioration, là, actuellement, en tant que médecin généraliste, dans l'accompagnement psychique des patients pendant le postpartum ?

P1 : Eh bien, ne serait-ce que quand elles sortent de la maternité, qu'on leur donne les coordonnées de l'USBB ou d'un lieu vers lequel se tourner si ça ne va pas. Elles n'ont pas ces coordonnées. Moi, quand j'ai voulu contacter, je me suis souvenu que oui, il y a l'USBB. Mais je ne suis pas sûre que tous mes collègues y auraient pensé. En fait, que ce soit les patients ou nous, on n'a pas tellement ces informations-là. Ça manque d'informations, pour nous, dans les échelles, dans qui contacter, comment on le fait. Moi, je n'ai que très peu d'infos là-dessus. Je ne suis pas formée là-dessus. Quand il a fallu choisir un antidépresseur, je mets lequel en premier lieu dans le postpartum.
Alors oui, je vais me renseigner si elle allaite ou pas. Mais après, au-delà de ça… Et puis, oui, les patients, ils n'ont pas les infos. On ne les a pas, mais elles ne les ont pas non plus.
Là, j'en viens à ma propre expérience perso. Mais quand je suis sortie de la maternité, il n'y a personne qui m'a donné un flyer. Alors effectivement, la PMI est venue me rencontrer, comme ils le font, à la maison pour voir. Et là, on a abordé plus ces sujets-là.
Mais en réalité, il n'y a personne qui a la sortie s'est enquit de ça. Ça se questionne. Ah oui, il y a beaucoup à faire.

P0 : Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

GILLARD Sophie

L'abord de la santé mentale en post-partum par les médecins généralistes

RÉSUMÉ

Introduction
La dépression du postpartum constitue un enjeu majeur de santé publique. Malgré l'existence de temps de suivi dédiés, son dépistage demeure insuffisant. Le médecin généraliste, par sa place centrale dans le suivi postnatal, apparaît comme un acteur clé de ce repérage. Cette étude visait à explorer les limites rencontrées par les médecins généralistes dans le dépistage de la dépression du postpartum, ainsi qu'à identifier des pistes d'amélioration.
Sujets et méthodes
Une étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés selon une approche inductive par analyse thématique.
Résultats
Dix médecins généralistes ont été inclus. Le dépistage de la dépression du postpartum apparaissait majoritairement opportuniste, non formalisé et dépendant du praticien, du temps disponible et de la relation médecin-patiente. Les résultats mettaient en évidence une invisibilisation du suivi maternel, souvent conditionné par le suivi pédiatrique. Plusieurs obstacles au dépistage étaient identifiés : des freins à l'expression des difficultés maternelles liés aux représentations sociales de la maternité, un manque de temps en consultation, une méconnaissance des dispositifs existants, notamment de l'entretien postnatal précoce, ainsi qu'une coordination interprofessionnelle jugée insuffisante. La relation de confiance et la continuité du suivi apparaissaient comme des leviers conditionnant le repérage.
Conclusion
Malgré des contraintes organisationnelles et structurelles, les médecins généralistes occupent une place centrale dans le dépistage de la dépression du postpartum. Une meilleure structuration du parcours postnatal, une information renforcée des patientes et des professionnels, ainsi qu'une amélioration de la coordination et de la formation pourraient contribuer à un dépistage plus précoce et plus systématique en médecine générale.

Mots-clés : dépression du postpartum; dépistage; médecine générale; santé mentale maternelle; étude qualitative

General practitioners' approach to postpartum mental health

ABSTRACT

Introduction
Postpartum depression represents a major public health issue. Despite the existence of dedicated follow-up consultations, its screening remains insufficient. General practitioners, due to their central role in postnatal care, appear to be key actors in its identification. This study aimed to explore the limitations encountered by general practitioners in screening for postpartum depression and to identify potential areas for improvement.
Subjects and Methods
A qualitative study was conducted using individual semi-structured interviews with general practitioners practicing in the Maine-et-Loire region. Interviews were audio-recorded, fully transcribed, and analysed using an inductive thematic analysis approach.
Results
Ten general practitioners were included. Screening for postpartum depression was mainly opportunistic, non-standardised, and dependent on the practitioner, available consultation time, and the doctor–patient relationship. The findings highlighted an invisibilisation of maternal follow-up, often conditioned by paediatric follow-up. Several barriers to screening were identified, including difficulties in mothers' expression of their problems related to social representations of motherhood, lack of consultation time, limited awareness of existing care pathways—particularly the early postnatal interview—and insufficient interprofessional coordination. Continuity of care and a trusting relationship were identified as key facilitators of screening.
Conclusion
Despite organisational and structural constraints, general practitioners play a central role in screening for postpartum depression. Improved structuring of the postnatal care pathway, enhanced information for patients and healthcare professionals, and better coordination and training could contribute to earlier and more systematic screening in general practice.

Keywords : postpartum depression; screening; general practice; maternal mental health; qualitative study

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS