



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux des Hauts de
France dans le repérage de la dépression du post-partum**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2025 à 18h
au Pôle Formation

Par Julien VACHET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Asseseurs :

Madame la Docteure Judith OLLIVON

Madame la Docteure Gabrielle LISEMBARD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Christophe DE SA

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

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

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DPP	Dépression du Post-Partum
EPNP	Entretien Post-Natal Précoce
CPN	Consultation Post-Natale
SF	Sage-Femme
MG	Médecin Généraliste
EPDS	<i>Edinburg Postnatal Scale</i>
PP	Post-Partum
AM	Assurance Maladie
ENCMM	Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité Protection des Personnes
CERES	Comité d'Expertise pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé
DPO	Délégué à la protection des données
DMG	Département de Médecine Générale
JGIN	<i>Journal of General Internal Medicine</i>
NHS	<i>National Health Service</i>

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT.....	1
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	3
TABLE DES MATIÈRES.....	4
RÉSUMÉ.....	6
INTRODUCTION.....	7
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	9
1. Recherche bibliographique.....	9
2. Type d'étude.....	9
3. Population d'étude.....	9
3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
3.2. Modalités de recrutement pour échantillonnage.....	9
4. Guide d'entretien.....	10
5. Recueil des données.....	10
6. Enregistrement.....	11
7. Nombre d'entretiens.....	11
8. Retranscription.....	11
9. Analyse des données.....	11
10. Journal de bord.....	12
11. Aspects éthiques et réglementaires.....	12
RÉSULTATS.....	13
1. Résultats issus de la méthode.....	13
1.1. Données de la population étudiée.....	13
1.2. Triangulation des données.....	14
1.3. Journal de bord.....	14
2. Résultats de l'analyse des données.....	14
3. Commentaires du modèle explicatif.....	15
3.1. Deux actions clés et intriquées: repérer et aborder.....	15
3.2. Le médecin généraliste: un acteur central et polyvalent.....	15
3.3. Un repérage facilité par le prisme de la connaissance fine de la patiente et de son environnement familial.....	18
3.4. Un repérage limité par le prisme de ses propres croyances et représentations.....	21
3.5. Une dualité des outils à disposition.....	24

3.5.1. Une aide pour potentialiser le repérage.....	25
3.5.2. Un frein à son identification précoce.....	26
3.6. Les leviers pour améliorer l'abord de la DPP par les MG.....	27
3.7. La sensibilisation comme levier clé.....	27
3.8. Coopération avec les acteurs de la périnatalité : partenaires ou sources d'inquiétude ?.....	29
DISCUSSION.....	31
1. Discussion de la méthode.....	31
1.1. Forces de l'étude.....	31
1.2. Limites de l'étude.....	31
1.2.1. Concernant la méthode.....	31
1.2.2. Concernant le recrutement de l'échantillon.....	32
2. Discussion des résultats.....	33
2.1. Résultats principaux.....	33
2.2. Comparaison avec la littérature.....	33
3. Perspectives envisagées.....	39
CONCLUSION.....	40
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	41
ANNEXES.....	46

RÉSUMÉ

Contexte : La dépression du post-partum touche environ une femme sur six en France, mais demeure largement sous-diagnostiquée. Le médecin généraliste, souvent en première ligne lors du suivi post-natal, joue un rôle clé dans son repérage. Pourtant, ses pratiques et attitudes face à la dépression du post-partum restent peu explorées. La présente étude s'attache à étudier la manière dont les médecins généralistes abordent la dépression du post-partum avec leurs patientes. L'objectif principal est d'explorer les pratiques et les attitudes des médecins généralistes face aux jeunes mères pour repérer la dépression du post-partum. L'objectif secondaire est d'évaluer leur connaissance des outils de dépistage existants ainsi que leur opinion.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été conduite auprès de médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France entre juin et août 2024. L'analyse des verbatims, inspirée de la méthode par théorisation ancrée, a été effectuée à l'aide du logiciel NVIVO.

Résultats : À l'issue de l'analyse des 13 entretiens réalisés, deux abords majeurs émergent. une approche facilitée du repérage, fondée sur la connaissance approfondie de la patiente et de son contexte de vie. Et une approche freinée, influencée par les représentations personnelles du médecin généraliste. La relation de confiance, l'observation du lien mère-enfant et le contact régulier en soins primaires sont des atouts pour le repérage. En revanche, les contraintes liées à l'organisation du cabinet et les limites dans les compétences communicationnelles représentent des obstacles. Les outils de repérage sont rarement utilisés, perçus à la fois comme une aide pour objectiver les situations délicates, mais aussi comme potentiellement déshumanisants. La coordination interprofessionnelle reste limitée, et le rôle du médecin est perçu comme marginalisé au profit des sages-femmes. La sensibilisation, jugée essentielle, demeure insuffisamment développée.

Conclusion : Cette étude souligne la place centrale mais ambivalente du médecin généraliste dans le repérage de la dépression du post-partum. Si sa proximité avec les patientes constitue un levier majeur, son action est entravée par des freins cognitifs individuels et structurels. Renforcer la formation, intégrer des outils adaptés à la pratique de ville et structurer les liens interprofessionnels sont des leviers pour améliorer le repérage de la dépression du post-partum en soins primaires.

Mots-clés : Dépression post-partum, médecin généraliste, dépistage, santé mentale.

INTRODUCTION

La période post-partum, période de 6 semaines suivant l'accouchement selon l'OMS [1], constitue un moment de profonde vulnérabilité [2] pour les femmes, exposées à un ensemble de bouleversements tant physiologiques, psychiques que familiaux et sociétaux. Parmi les morbidités persistantes au-delà de six semaines après l'accouchement [3], la dépression du post-partum (DPP) occupe une place préoccupante. Elle touche en moyenne 16,7 % des femmes en France, soit environ une femme sur six, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 publiées par Santé Publique France en 2023 [4]. Cependant, cette prévalence est vraisemblablement sous-estimée, en raison d'un sous-diagnostic par les professionnels de santé [5, 6], mais aussi de la tendance des femmes et de leur entourage à minimiser les symptômes.

La DPP se manifeste généralement dans l'année qui suit l'accouchement, avec un pic de fréquence entre la 3^e et la 6^e semaine post-partum [7]. Elle se caractérise par une humeur dépressive marquée, un sentiment d'incompétence maternelle, une culpabilité exacerbée, des plaintes somatiques, une anxiété importante s'exprimant surtout par des phobies d'impulsion et, dans certains cas, des idées suicidaires [8, 7, 9] ou des pensées d'agression envers le nourrisson [10]. Ces symptômes ont un impact direct sur le lien mère-enfant [11] et peuvent compromettre le développement cognitif, psychomoteur et émotionnel de l'enfant [12, 13].

La gravité de ces troubles est soulignée par les données de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) de 2016-2018 [5]. Ce rapport révèle que les causes psychiatriques, principalement les suicides, sont devenues la première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après l'accouchement, représentant ainsi 17 % des décès. En d'autres termes, un décès maternel de cause psychiatrique survient toutes les trois semaines en France. Ces chiffres imposent une réaction forte en termes de prévention, de repérage et de prise en charge.

Malgré ces constats, le dépistage systématique de la DPP reste encore insuffisamment ancré dans les pratiques médicales. En France, plusieurs dispositifs ont été mis en place dans le cadre des "1000 premiers jours" pour améliorer le suivi post-natal. Deux consultations obligatoires sont prévues [14] : l'entretien post-natal précoce (EPNP) [15], réalisé entre la 4^e et

la 8^e semaine post-partum, et la consultation post-natale (CPN), effectuée entre la 6^e et la 8^e semaine. Ces rendez-vous permettent d'aborder les problématiques physiques et psychiques du post-partum, incluant le repérage de la dépression notamment lors de l'EPNP. D'autres interventions sont également recommandées, comme les visites à domicile et les séances de suivi post-natal par les sages-femmes [16], et la rééducation périnéale et abdominale.

Parmi les outils de dépistage validés [17, 18], l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) est validé scientifiquement (Annexe 1) [19, 20, 21] et permet une évaluation fiable des symptômes dépressifs [19]. D'autres questionnaires comme le PHQ-9 [22], le PHQ-2 ou les questions de Whooley [22, 23] peuvent également être mobilisés.

Dans ce contexte, le médecin généraliste est souvent le premier professionnel de santé consulté [24]. Grâce à une relation de confiance établie dans le temps [25], le généraliste est idéalement placé pour repérer précocement les signes de DPP [26]. Cependant, les approches peuvent varier entre professionnels. Dès lors, il devient pertinent de mieux comprendre les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la DPP.

Parmi les ressources disponibles, peu d'études se sont intéressées au repérage de la DPP par les MG. Victoire Lefebvre s'est intéressée aux pratiques de dépistage de la DPP par les MG dans la métropole lilloise [27] et Sarah Meunier à l'intérêt et l'utilité de l'EPDS dans la pratique de la médecine générale [28]. Aucune étude ne s'est intéressée à la manière dont les MG abordent la DPP avec leurs patientes en consultation.

Cette étude vise à explorer comment ces professionnels, en particulier dans la région des Hauts-de-France, abordent la question de la dépression du post-partum avec leurs patientes dans l'année suivant l'accouchement.

L'objectif principal est donc d'explorer les pratiques et les attitudes des médecins généralistes face aux jeunes mères vues en consultation et ayant accouchés dans l'année pour repérer la dépression du post-partum.

L'objectif secondaire est d'évaluer leur connaissance des outils de dépistage existants, ainsi que leur opinion sur leur utilité et leur faisabilité en pratique quotidienne.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Recherche bibliographique

Les recherches ont été réalisées par différents moteurs de navigation internet avec bases de données de type *Pubmed*, *Google Scholar*, *Cochrane*, sur les sites du gouvernement et de la HAS ainsi que des revues telles que « Exercer » et « Prescrire ».

La recherche a été effectuée avec l'utilisation des principaux mots clés Mesh suivants : dépistage, dépression du post-partum, médecine générale. Le site HeTOP (*Health Terminology/Ontology Portal*) a permis leur traduction en anglais : *diagnose*, *depression in postpartum women*, *general practitioners*.

Une veille bibliographique a été réalisée tout au long de la rédaction de l'étude afin d'actualiser les données sur la problématique.

2. Type d'étude

Cette étude est réalisée de manière qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés, avec une analyse inspirée de la technique de la théorisation ancrée.

Le discours des médecins interrogés a été orienté autour de différents thèmes préalablement définis et consignés dans un guide d'entretien.

3. Population d'étude

3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Sont inclus des médecins installés et remplaçants qui exercent et pratiquent la médecine générale dans la région des Hauts de France en soins primaires.

Aucun critère d'exclusion ou de non inclusion n'a été appliqué.

3.2. Modalités de recrutement pour échantillonnage

L'échantillonnage a été effectué par convenance dans un premier temps, puis élargie en créant un échantillonnage par *snowball sampling* (« effet boule de neige ») avec le souci d'une

expression maximale de la diversité sur les critères suivants : âge, sexe, mode d'exercice, département, nombre d'années d'installation, DU/DUI, préférences.

La prise de contact s'est faite soit par entretien téléphonique auprès du secrétariat médical ou du médecin lui-même, soit par SMS auprès du numéro personnel des relations qui le permettaient, soit par mail en utilisant la liste des adresses mails des MSU disponible sur le site internet de la faculté de médecine.

J'expliquais très brièvement le sujet de l'étude et nous convenions, après accord d'un rendez-vous physique au cabinet.

4. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé et s'est articulé autour de 3 thèmes permettant d'orienter en partie le discours des participants (Annexe 2). Il se divise en 3 grandes parties :

- Les connaissances du médecin généraliste
- Les pratiques du médecin généraliste
- La place des outils spécifiques validés pour le repérage

Le guide d'entretien a été évolutif au fil des entretiens compte tenu de l'apparition de nouvelles thématiques après lecture flottante de ces derniers en lien avec le sujet de l'étude. Il a été testé préalablement avec un interne de médecine générale afin de s'assurer de sa faisabilité pratique.

5. Recueil des données

Avant chaque échange une lettre d'information (Annexe 3) était lue devant chaque participant. Elle permettait de rappeler les principes d'un entretien de recherche qualitative, et de donner des explications concernant l'enregistrement par dictaphone avec l'anonymisation des retranscriptions et destruction des enregistrements.

Il était également souligné que l'objectif était de connaître leurs ressentis et leurs opinions et en aucun cas une évaluation des connaissances.

La récolte des caractéristiques de la population a été réalisée avant l'annonce de la question brise glace.

6. Enregistrement

L'enregistrement des entretiens a été possible par l'utilisation de deux supports numériques différents (dictaphone de marque *Olympus Digital voice recorder* VN-6800PC et téléphone portable *Xiaomi Redmi Note 11* avec application dictaphone) afin d'anticiper des problèmes techniques éventuels.

7. Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens a été fixé lorsque les résultats sont arrivés à saturation théorique des données [29].

8. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité mot pour mot sans aucune correction des erreurs de langage tout en respectant les onomatopées, les silences ainsi que les didascalies.

La retranscription s'est d'abord faite à l'aide du logiciel de retranscription SONIX permettant la conversion automatique d'un fichier audio en un fichier texte. Après chaque conversion, une réécoute avec corrections et modifications a été réalisée par l'investigateur afin de rétablir l'authenticité de la retranscription de l'entretien.

Enfin, toutes les retranscriptions ont été anonymisées puis enregistrées sur le logiciel OPENOFFICE Writer et une anonymisation des fichiers a été réalisée.

9. Analyse des données

L'analyse des données qualitatives a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée [30], permettant ainsi l'émergence d'un modèle explicatif à la suite d'une analyse ouverte, axiale puis intégrative.

Une triangulation des données a été effectuée lors de l'analyse. En cas de discordance, les codes étaient discutés entre intervenants afin de parvenir à un consensus. Si le consensus n'était pas obtenu, un avis était pris auprès du directeur de thèse pour attribuer le code le plus adapté.

Le logiciel NVIVO version 15 a été utilisé pour obtenir un arbre de codage (Annexe 4).

10. Journal de bord

Un journal de bord, sous forme d'un carnet manuscrit et d'un espace numérique de travail permis par Trello, a été tenu tout au long de ce travail par l'investigateur et retrace les différentes pistes de réflexion par rapport à la question de recherche et les différentes étapes de la réalisation de ce travail.

11. Aspects éthiques et réglementaires

Avant chaque entretien, une lettre d'information a été remise (Annexe 3) avec recueil du consentement à la réalisation et à l'enregistrement de l'entretien. Celle-ci a permis l'explication de la réglementation sur la protection des données personnelles.

La notion d'anonymat et de consentement à la retranscription de l'échange ont été rappelées oralement avant chaque entretien.

S'agissant d'une étude de catégorie 3, la recherche est dite hors Loi Jardé [31] et s'engage donc à la conformité de la méthodologie de référence MR004 [32].

L'étude a été déclarée conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles de l'Université de Lille après dépôt d'un dossier auprès du CEREES et de la CNIL, et contrôle par le DPO du DMG de l'université de Lille (Annexe 5) [33].

L'étude est dispensée du CPP après vérification des critères d'éligibilité [32, 34].

L'investigateur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

RÉSULTATS

1. Résultats issus de la méthode

1.1. Données de la population étudiée

Les entretiens se sont déroulés du 20 juin 2024 au 21 août 2024.

13 entretiens ont pu être réalisés dont 12 au sein du cabinet du médecin interviewé. Un entretien a été fait lors d'un échange téléphonique selon le souhait du médecin concerné.

La saturation des données est obtenue à l'entretien M12 et a été confirmée par un entretien dit de consolidation M13.

Les caractéristiques des médecins interrogés ont été répertoriées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Les entretiens ont duré de 20 minutes et 48 secondes à 1 heure 12 minutes et 30 secondes. La durée moyenne calculée est de 38 minutes et 20 secondes. L'âge moyen des interrogés est de 41 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

Médecin	Sexe	Age (années)	Mode d'exercice	Département	Durée Installation (années)	Formation Complémentaire	Préférences	Durée Entretien (minutes : secondes)
M1	F	30	Remplaçant en activité libérale Urgences pédiatriques	59	/	DU urgences pédiatriques DU AUEC pédiatrie pratique	Pédiatrie	44 : 00
M2	F	53	Activité libérale	62	23	MSU	Prévention	31 : 04
M3	H	56	Activité libérale	59	20	DU gynécologie	Gynécologie	29 : 33
M4	F	33	Activité libérale	59	4	DU nutrition CCU-MG	Gériatrie/Gynécologie Prévention	29 : 30
M5	F	42	Activité libérale	62	10	DU : AUEC pédiatrie pratique DU Théorie de l'allaitement maternel DU Théorie de l'allaitement maternel	Pédiatrie	37 : 38
M6	H	35	Activité libérale	59	4		Pédiatrie	72 : 30
M7	F	32	Remplaçant en activité libérale Urgences pédiatriques	59	/		Pédiatrie	28 : 24
M8	F	39	Activité libérale	59	9		Gynécologie/Pédiatrie	27 : 15
M9	H	33	Activité libérale Médecin coordinateur EPHAD	62	4		Gastro-entérologie Cardiologie/Gériatrie	35 : 20
M10	F	32	Activité libérale	59	2	DU Lactation	Pédiatrie	26 : 15
M11	H	64	Activité libérale Médecin coordinateur EPHAD	59	33	DU médecin coordinateur DU démences		24 : 33
M12	H	47	Activité libérale	59	18	MSU	Psychiatrie/Prévention	32 : 30
M13	F	38	Activité libérale	62	8	MSU	Gériatrie/ Pédiatrie Prévention	20 : 48

L'ensemble des retranscriptions a été enregistré sur clé USB et celle-ci est jointe au manuscrit de thèse imprimé.

1.2. Triangulation des données

L'analyse ouverte a été réalisée en parallèle et en aveugle par deux autres intervenants extérieurs à l'étude dont un thésard en recherche qualitative. Un des intervenants a pu analyser 50% des entretiens tandis que l'autre a pu analyser la totalité des entretiens.

1.3. Journal de bord

Une copie d'une page du carnet manuscrit est annexée (Annexe 6) ainsi qu'un aperçu de l'espace numérique de travail (Annexe 7).

2. Résultats de l'analyse des données

Les résultats de l'étude convergent vers le modèle explicatif représenté sur la Figure 1 ci-dessous, également annexé au format paysage (Annexe 8) ainsi que sur la feuille volante numérotée 1 pour faciliter la lecture.

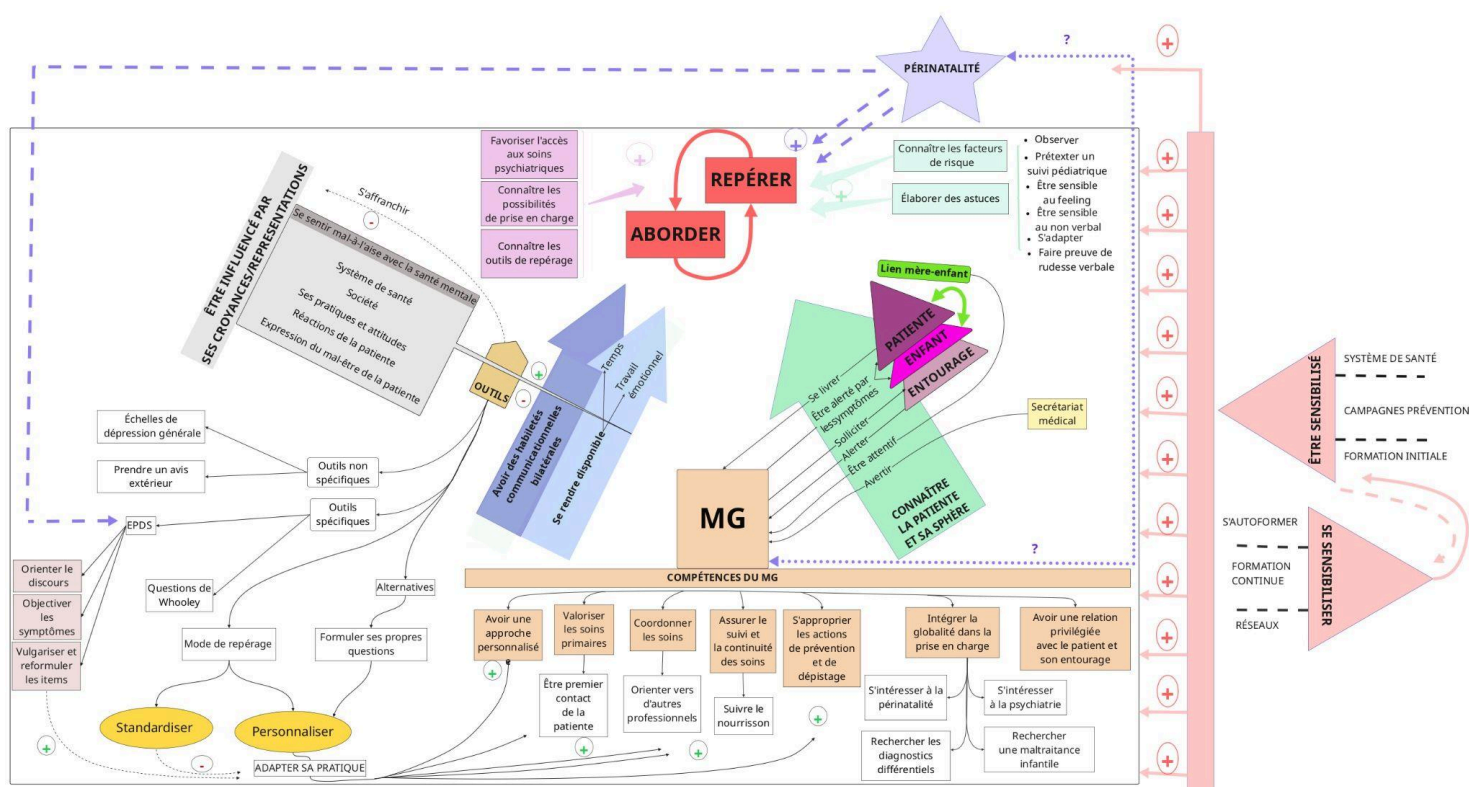


Figure 1 : Modèle explicatif de l'étude.

3. Commentaires du modèle explicatif

3.1. Deux actions clés et intriquées: repérer et aborder (rouge ■)

Certains médecins choisissent de repérer la DPP de manière systématique, en mettant en place une consultation dédiée, afin de pouvoir ensuite l'aborder de manière plus approfondie.

M10 : *“Prévoir une consult, enfin une double consultation pour pouvoir avoir le temps pour l'enfant et le temps pour la mère pour voir un peu comment ça se passe et essayer de dépister s'il y a ou pas une dépression du post-partum.”*

D'autres, au contraire, préfèrent aborder directement la question afin de favoriser son repérage, y compris pendant la grossesse.

M12 : *“En tout cas, j'en parle à plusieurs consultations de... de grossesse en disant "Voilà, il existe la dépression du post-partum et tout ça. Vous pourriez, si jamais vous avez tel symptôme, tel symptôme après l'accouchement, n'hésitez pas à en parler.”*

Le repérage est également influencé par l'expérience et la pratique du médecin en périnatalité ou en gynécologie. Ces consultations restent pour certains peu fréquentes dans leur exercice habituel.

M12 : *“Après, le problème, c'est que comme je ne fais pas de gynéco, peu, je suis assez peu de grossesse. J'en suis certaine, mais assez peu... [...] J'aurai une activité plus centrée gynéco, j'aurai plus de femmes qui que je vois en post-partum, peut-être que je me formerai plus”.*

3.2. Le médecin généraliste: un acteur central et polyvalent (orange ■)

Le médecin généraliste (MG) est souvent le premier professionnel de santé à entrer en contact avec la patiente.

M9 : *“La femme, la mère, elle est sous l'eau. Je ne pense pas qu'elle ait forcément le temps, en plus de sa vie quotidienne et de la consultation chez le médecin, de se dire " Oh bah tiens, il faut que j'aille voir le psy, il faut que j'aille voir machin".[...] c'est à nous de surveiller.”*

Le MG assure également la coordination des soins avec les autres professionnels.

M6 : *“Donc non, nous notre place, elle est prépondérante dans le repérage, le dépistage et c'est à nous après d'envoyer à la sage-femme, au gynéco, à la psychiatre, au pédiatre, etc. C'est nous qui coordonnons les soins.”*

Il assure le suivi et la continuité des soins, notamment le suivi du nourrisson. Les consultations de suivi de l'enfant offrent également des occasions privilégiées pour détecter une dépression post-partum, grâce aux échanges réguliers avec les parents et à l'observation de certains symptômes chez le nourrisson pouvant refléter un mal-être maternel.

M1 : *“En plus, quand on se dit que dans les premières, les deux premières années de la vie de l'enfant, on est quand même amené à voir hyper régulièrement les parents. Donc en vrai, si ce n'est pas le médecin généraliste qui le détecte, il y a personne qui va le détecter. Donc c'est hyper important quoi.”*

M5 : *“Je reçois surtout des bébés avec leurs mamans, avec leurs parents et euh... Et donc je suis formée au retrait relationnel du nourrisson. C'est quand le bébé se met en retrait relationnel parce que sa maman a une dépression. En général, c'est parce que la maman a une dépression.”*

La prévention et le dépistage relèvent également de leur mission.

M6 : *“Bah elle est prépondérante ! Ça me paraît évident. C'est... (soupire) essentiel. C'est le médecin généraliste et le médecin généraliste et le médecin généraliste. Point barre quoi ! C'est même pas négociable. C'est notre boulot, c'est de faire du dépistage et de la prévention quand même.”*

Son approche est individualisée et centrée sur le patient.

M6 : *“Donc là, moi, j'ai cette sensibilité là d'essayer de personnaliser un peu plus les choses. Que nous, on va d'abord mettre le patient au centre [...] Et donc du coup, la démarche que j'ai moi, elle est d'abord : je centre le patient...”*

Enfin, les MG insistent sur l'importance d'adopter une prise en charge globale. Plusieurs d'entre eux mettent en avant la nécessité d'élargir le motif initial de consultation et de recourir à des questions ouvertes.

M7 : *“Je trouve que c'est hyper important de justement dépister [la DPP] et je trouve même que c'est un peu la... la petite enquête, la petite mission de ne pas juste écouter pourquoi elle vient et de s'assurer que d'être un peu plus large que le motif initial...”*

M4 : *“Et après par des questions "Comment ça se passe à la maison ? Comment vous dormez ? Comment est votre moral ?". Des questions toujours ouvertes en revanche”.*

Certains intègrent la dimension psychiatrique à leurs consultations, ce qui permet de détecter des pathologies souvent sous-estimées ou dissimulées

M12 : *“Mais oui oui, c'est quelque chose, c'est un sujet qui me tient à cœur et euh... Et je je m'arrête jamais que au somatique [...] Et parfois les gens viennent pour, assez souvent d'ailleurs, pour des motifs physiques qui cachent plutôt une souffrance psychologique.”*

M4 : *“J'adore [la psychiatrie] ! C'est vrai que je l'ai pas cité. J'ai des consultations vraiment dédiées en fin de journée où je mets plutôt des créneaux de 45 minutes à 1 h.”*

La périnatalité constitue un domaine d'intérêt majeur pour certains médecins.

M3 : *“Je m'en préoccupe parce-que je sais que c'est une phase compliquée de rentrer à la maison avec un tout petit.”*

Une prise en charge globale de la patiente permet aux médecins d'explorer les diagnostics différentiels et de les écarter si nécessaire. Parmi les principaux diagnostics différentiels recherchés figurent le blues post-partum, la psychose puerpérale, les angoisses et la fatigue physiologique. Cependant, certains médecins rencontrent des difficultés à distinguer le blues post-partum de la dépression post-partum.

M6 : *“J'avais dans la tête que la dépression du post-partum c'était en fait pour moi c'était le baby-blues, enfin je confondais en fait...”*

Enfin, cette approche globale permet de rester attentifs au repérage de la maltraitance infantile.

M1 : *“Surtout que tout ça [le repérage de la DPP], ça peut déboucher des fois, enfin, moi qui suis sensible aux maltraitances infantiles, je sais très bien qu'il y a toujours un risque de syndrome du bébé secoué ou des choses comme ça. Donc c'est, c'est pas que la maman, c'est vraiment enfin protéger toute la famille quoi, de faire ce genre de de repérage.”*

3.3. Un repérage facilité par le prisme de la connaissance fine de la patiente et de son environnement familial (nuances de vert et nuances de magenta)

Les MG s'accordent sur l'importance de bien connaître la patiente et son entourage, afin de faciliter le repérage de la dépression post-partum.

M5 : *“Surtout en tant que médecin de famille, quand ils connaissent le passé de ces mamans là. En général, ils les ont suivies déjà enfant donc. Enfin moi là je sais que au bout de dix ans d'installation, je commence à avoir des des jeunes mamans que j'ai vu enfant à sept, sept, huit ans, ça y est maman. Ca m'aide, ça m'aide énormément. Je sais ce qu'elles ont vécu, elles enfants. Donc, donc le médecin de famille, c'est une place essentielle là dedans je trouve.”*

M4 : *“Et donc du coup, on a quand même une connaissance de tout ce qui va entourer nos patients euh.. et donc on a moyen d'avoir accès à l'information, peut-être un peu plus que d'autres.”*

Une connaissance approfondie de la patiente peut permettre de repérer des comportements inhabituels, tels qu'une inquiétude jugée “inappropriée” de la mère envers son enfant.

M1 : *“J'avais une fois eu une maman que j'avais vue à plusieurs reprises pour des symptômes complètement bénins et elle venait toujours dans un état catastrophé, comme si son enfant avait quelque chose de grave [...] et du coup, à chaque fois que je la voyais, je me disais il y a quelque chose derrière. C'est comme si c'était des motifs cachés en fait quand elle venait.”*

Cette relation unique entre le médecin et la patiente favorise l'établissement de liens de confiance, permettant ainsi à la patiente de se confier et facilitant ainsi le repérage.

M2 : *“Je sais qu'elles ont confiance et que si elles doivent avouer leurs faiblesses en tant que jeune maman, je ne vois pas à qui elles le diraient, à part à leur médecin généraliste.”*

Les MG sont parfois contactés par l'entourage, qui exprime des inquiétudes concernant un proche.

M5 : *“Oui ! Ca m'est déjà arrivé d'avoir des appels de mamans qui me disent que leur fille ne va pas bien du tout du tout et qu'elles s'inquiètent. Euh les papas aussi beaucoup.”*

Parfois, c'est le médecin qui sollicite l'entourage pour obtenir un avis plus objectif, mais il reste toutefois prudent afin de respecter le secret médical.

M13 : *“Il y a aussi des gens qui n'ont jamais confiance en eux [...] Donc je pense que c'est très important que l'entourage confirme ou infirme bah comment elle s'occupe de l'enfant quoi, et leurs ressentis.”*

M7 : *“Il y a toujours la question du secret médical en plus. Moi je me méfierais quand même.”*

Enfin, la secrétaire médicale, qui connaît bien la patiente, peut contribuer à repérer des comportements inquiétants en alertant le MG.

M4 : *“...j'ai un secrétariat qui connaît très bien la patientèle avec laquelle je travaille. Et parfois les secrétaires me mettent aussi sur la piste en me disant "Et madame Machin, elle n'est pas comme d'habitude, elle était un peu bizarre. Qu'est-ce que tu en penses ? ”*

Les MG sont particulièrement attentifs au lien mère-enfant, en particulier lorsqu'il est altéré. Ce lien ne peut être évalué correctement que lorsqu'ils connaissent bien la patiente et son enfant.

M3 : *“Par rapport à la maman c'est euh... C'est, je suis attentif. C'est la manière dont elle a, par exemple, déshabillé et rhabillé l'enfant. C'est de voir le lien qu'elle développe [...] Donc c'est, c'est surtout ce lien là.”*

M5 : *“En fait, moi je le vois beaucoup sur des mamans qui restent assises là alors que j'examine le bébé là-bas. Elle reste là, les bras ballants, le visage à mimique, et pendant que moi j'examine leur bébé là-bas, alors que le bébé, il est susceptible de pleurer, de vivre des choses avec une inconnue.. qui est moi [...] c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas dans le lien mère-enfant. Donc, donc ça, c'est un signe aussi pour moi.”*

M4 : *“Est-ce que le regard est partagé ? Est-ce que l'enfant cherche sa mère du regard ?”*

La connaissance des facteurs de risque de la DPP permet au médecin généraliste de rester vigilant, d'autant plus s'il connaît le passé des patientes, ce qui facilite le repérage de la DPP.

M8 : *“Déjà, s'il y a des antécédents psychiatriques et psychologiques. En effet, des personnes plus fragiles pour lequel j'ai déjà suivi pour un syndrome anxio-dépressif [...] Un entourage qui n'y est pas, si le papa est pas là, s'il y a*

d'autres enfants et qu'elle peut être assez vite dépassée. Voilà, je pense que je vais y être plus vigilante."

Pour d'autres, comme M2, ils abordent spontanément la DPP lorsqu'ils identifient des facteurs de risque de son développement.

M2 : *"Moi je soigne des familles complètes, donc euh si je sais qu'il y a 20 ans, la maman de cette fille, elle a fait une grosse dépression du post-partum. Bah je vais lui en parler, ou que sa sœur elle a été hospitalisée pour un truc, je vais lui dire."*

Cette proximité avec la patiente permet à certains médecins d'utiliser des astuces personnelles pour repérer la DPP. L'une d'elles consiste à se fier à leur intuition.

M1 : *"À chaque fois, ça a été plutôt le discours de la maman et son attitude ou ses réactions. Quand je pose les questions ou que quand je sais plus, ça part plus d'un feeling. J'essaye d'être assez attentive à l'état des gens que je vois et quand je vois qu'il y a l'air d'avoir une fragilité, c'est là que je vais creuser et que je vais essayer de voir si ça peut correspondre à ce que j'ai l'impression qu'il y a quoi."*

M6 : *"On a notre regard de médecin traitant, de médecin spécialiste, traitant, médecin généraliste spécialiste qui fait qu'on a un regard, un recul sur les gens et euh...et on les voit pas bien à un moment donné et on se dit "Tiens, on va peut être aller gratter"."*

Pour d'autres, l'observation joue un rôle clé dans le repérage. Les MG prêtent une attention particulière aux interactions au sein du couple ainsi qu'au langage non verbal.

M12 : *"Après, c'est parce qu'on connaît les familles, etc qu'on s'aperçoit qu'effectivement il y a des petites choses qui qui qui changent dans le comportement du couple, qui y a des distanciations, qui y a la femme qui se replie sur elle-même, qui a des difficultés. C'est ça aussi qui nous aide."*

Certains invoquent un suivi pédiatrique pour saisir l'occasion de réévaluer la patiente.

M5 : *" Il y a toujours des répercussions sur l'enfant. Donc je prends prétexte du suivi pédiatrique pour bien surveiller maman."*

Pour d'autres, ils prennent la liberté de confronter la patiente par leurs propos.

M6 : *“Donc volontairement je l'ai un peu bousculée en me disant "non, non, surtout pas faire ça " etc. Et en fait elle a craqué. J'ai senti que les larmes montaient et donc j'en ai profité pour creuser.”*

Enfin, les médecins manifestent un fort intérêt à s'adapter à la patiente et à adopter une approche personnalisée.

M7 : *“Quand on connaît les patients, moi je préfère vraiment poser des questions plus personnalisées et que la patiente va comprendre, donc s'adapter à la patiente.”*

3.4. Un repérage limité par le prisme de ses propres croyances et représentations (gris et nuances de bleu)

Lorsque le médecin généraliste ne connaît pas suffisamment la patiente, il peut avoir tendance à s'appuyer sur des idées préconçues, influencées par ses croyances et ses représentations. La santé mentale reste un domaine dans lequel ils se sentent mal à l'aise, et ils n'osent donc ni repérer ni aborder le sujet.

M1 : *“Pas du tout mon appétence [la psychiatrie] et je ne me sens pas du tout à l'aise avec ça. [...] c'est souvent des situations où je suis mal à l'aise. Honnêtement, c'est pas mon truc.”*

Le fonctionnement du système de santé et de la société, ainsi que les réactions des patientes face à l'évocation de la DPP, sont souvent influencés par leurs croyances personnelles.

M4 : *“Le monde veut que la femme soit professionnelle, mère, conjointe, amante, amie. Enfin, je trouve que la charge qui incombe à la femme dans la société, elle est quand même énorme et notamment sur la maternité... [...] Il y a quand même toujours cette idée de la femme qui est hystérique, qui est fatigable, qui est enfin voilà, il y a quand même encore un peu cette représentation, ça change, j'ose espérer.”*

M1 : *“C'est ça où j'ai du mal en fait, c'est que j'y vais à tâtons et que j'essaie de voir comment l'information va être réceptionnée parce que j'ai toujours peur qu'il y ait quand même une rupture d'alliance thérapeutique et que ça braque la personne.”*

Les croyances et représentations personnelles influencent les compétences communicationnelles du médecin. Les MG sont souvent prudents quant aux termes qu'ils emploient et abordent plus aisément une dépression hors post-partum que celle liée au post-partum. Cela contribue à rendre la dépression post-partum taboue avec la crainte de faire culpabiliser la patiente, compliquant ainsi son abord par le médecin.

M10 : *“Mais oui, après au niveau santé mentale, c'est c'est, on est un peu plus précautionneux je pense. C'est un peu comme pour les diagnostics de cancer, il faut sortir le mot, mais c'est bien de voir avant comment ils se sentent et comment ils voient les choses...”*

M6 : *“Donc là je vais me mettre à leur place. C'est-à-dire qu'elle verrait le médecin dire "Madame, vous faites une dépression, mais attention ! C'est une dépression du post-partum ! Donc c'est parce-que vous êtes en post-partum, donc c'est parce que vous avez accouché que vous êtes en dépression". Donc en fait, on culpabilise un peu.”*

Tandis que certains médecins estiment qu'aborder la dépression post-partum permettrait de trouver une cause au mal-être et aiderait la patiente à mieux l'accepter, par rapport à une dépression en dehors du post-partum.

M9 : *“Ben je pense que ça, le fait de mettre la cause au problème peut peut-être permettre de mieux l'accepter, et, et, et d'avancer avec. Donc euh... Je.... Non. Alors là pour le coup, autant ce sera difficile à traiter, mais autant à annoncer j'aurai l'impression d'avoir plus la possibilité de faire comprendre ce qui se passe.”*

Les médecins se retrouvent souvent en difficulté car la DPP entre en contradiction avec les représentations idéalisées de la maternité, associée à la joie et au bonheur.

M9 : *“C'est sûr que ce serait compliqué à annoncer parce que ben voilà, c'est.... Euh on est quand même sur une situation hyper ambivalente de l'enfant qui est censé amener la joie, le bonheur, le machin, à dire "voilà, c'est la dépression”. ”*

Quant aux patientes, certains MG estiment qu'elles sont réticentes à exprimer leur mal-être par crainte que leurs symptômes soient minimisés, de peur d'être jugées, ou en raison des conséquences potentielles liées au repérage de la dépression post-partum.

M13 : *“Euh ça pourrait être la peur d'être jugé...[...] Et puis ça pourrait être aussi, je pense sincèrement parfois la... la maladresse du médecin de dire "Ah bah ben oui, ben ça c'est dur, hein un enfant. On t'avait prévenu, ça pleure la*

nuît. Oui, c'est difficile". Voilà que nous, on minimise les choses. Ça pourrait être sincèrement un vrai frein."

M10 : *"Je pense qu'il n'y en a pas mal qui n'osent pas l'exprimer. Peut-être d'avoir peur que... que dépression du post-partum, elles se disent égal je sais pas m'occuper de mon enfant. Peut-être avoir peur de... Qu'on lui retire par exemple, ça serait vraiment l'extrême. Mais la peur de l'hospitalisation, je suppose."*

Selon M6, elles mettraient la santé de leur enfant avant la leur.

M6 : *"Pour eux [les mamans], ils estiment que le bébé est prioritaire sur leur santé à elle et euh... Et donc du coup ils disent "Bah je ne vais pas en parler au médecin, je verrai ça plus tard"."*

Les représentations influencent la disponibilité du MG, en particulier dans la gestion du temps de consultation, ce qui devient encore plus difficile lorsqu'il doit examiner le nourrisson.

M8 : *"Et de ce fait, oui, c'est nous, quand on a un quart d'heure pour voir un nourrisson, c'est déjà tendu en terme de timing. Si en plus on doit se mettre en retard parce qu'on doit gérer une deuxième consult avec une maman qui ne va pas bien, euh c'est un peu compliqué."*

Par contre, les appréhensions de M5 font qu'elle se rend davantage disponible.

M5 : *"Moi j'ai trop peur de ne plus les [les patientes] revoir (rire), donc du coup j'y vais un petit peu petit à petit. Euh... Je les revois et j'en reparle et je les revois et j'en reparle, voilà."*

Un médecin souligne l'importance d'être disposé à recevoir l'information sur le plan émotionnel.

M6 : *"Voir quelqu'un pendant 30 minutes-40 minutes au cabinet, je n'en peux plus émotionnellement. [...] Donc il y a des jours, j'ai pas, j'ai pas envie que ça soit pour ma pomme. Il y a des jours après mes vacances reposés où c'est pas trop chargé, il y a pas trop d'épidémies. Là je me dis "ouais, ok, ok, j'y vais". Mais quand je suis là deux jours de mes vacances, demain je demanderai pas à quelqu'un s'il va bien, tu vois."*

3.5. Une dualité des outils à disposition (marron ■)

Bien que les médecins ne connaissent pas l'existence d'outils spécifiques pour repérer la DPP, ils se réfèrent à un questionnaire sur la dépression comme celui de Hamilton ou sollicitent un avis extérieur.

M3 : *“Non, non, je n'avais pas, je n'avais pas d'outils. Enfin, j'ai pas d'outils spécifiques à la dépression du post-partum. [...] Il m'arrive de me mettre en contact avec les sages-femmes [...] de voir un petit peu quel est leur sentiment [...] Quand j'ai un doute, il m'arrive de renvoyer chez un, une collègue femme. [...] avec un homme, c'est parfois plus difficile d'aborder certaines choses, notamment par rapport à l'enfant.”*

Concernant les échelles spécifiques de la dépression post-partum, certains médecins connaissaient l'EPDS, tandis que d'autres étaient familiers avec les questions de Whooley qui étaient vues comme plus adaptées à leur pratique.

M6 : *“[...] mais je sais qu'il y a trois questions, trois ou quatre questions [questions de Whooley] qu'on peut poser en consultation et qui là pour le coup sont standardisées et sont beaucoup plus faciles à utiliser.”*

Les MG incitent à réaliser le questionnaire en consultation et non pas le distribuer à la patiente pour qu'elle le fasse à leur domicile, par crainte de minimiser leur mal-être.

M6 : *“Je ne suis pas adepte du “Tenez madame, remplissez et puis on voit ça plus tard”. Franchement, c'est minimiser encore la symptomatologie. Parce-que ça veut dire quoi ? Si je lui pose la question, c'est urgent, il faut que je m'en occupe maintenant. Mais par contre si je donne le papier et qu'elle revient dans quinze jours, c'est un papier et donc c'était pas urgent. L'état de mal-être, il est le même en fait. Donc ça non.”*

Certains médecins préconisent un repérage standardisé au sein de la population générale pour améliorer l'identification de la DPP.

M11 : *“C'est-à-dire que si c'est un questionnaire qui s'adresse à tout le monde, effectivement, c'est parce qu'il y a des choses qui nous sont passées à côté et qu'il faut effectivement prendre en compte.”*

D'autres estiment que le repérage doit être personnalisé, en recherchant d'abord la vulnérabilité de la patiente. Cela renforce l'idée qu'il faut adapter sa pratique à chaque patiente.

M8: *“Donc reprendre rendez-vous si elle [la patiente] va pas bien et le faire, pourquoi pas.”*

M7: *“Après j'avoue que je ne me fie pas qu'aux échelles si vraiment j'ai le sentiment... [...] Tout dépend. Je m'adapte.”*

Certains reformulent et simplifient les items pour les adapter de manière plus personnelle à chaque patiente.

M4 : *“Je reformule les items [...] en lui disant "Bah voilà, qu'est-ce qui se passe en ce moment ? Comment vous dormez ?". Enfin voilà, en vulgarisant un petit peu les items des échelles.”*

Les MG cherchent souvent des alternatives aux outils de repérage afin d'adopter une pratique plus adaptée et personnalisée à chaque patiente. En posant leurs propres questions, ils estiment pouvoir repérer la dépression post-partum plus facilement.

M10 : *“Je pose d'abord mes questions et je vois un petit peu où ça m'oriente.”*

M12 : *“Oui, mais est-ce que les questions que j'ai posées, je vais avoir le même euh... je vais arriver à la même conclusion ? peut être.”*

3.5.1. Une aide pour potentialiser le repérage

Les outils pourraient permettre de dépasser ses croyances et représentations, dans le but de rechercher davantage d'objectivité.

M13 : *“Alors c'est vrai que, en médecine générale courante. Je m'appuie beaucoup sur les échelles de Hamilton, parce que justement, ça, ça scientifie un peu. C'est pas très français ce que je dis, mais disons que c'est des critères objectifs scientifiques qui aident à... qui elles sont un appui pour le diagnostic.”*

Ils faciliteraient le repérage, en compensant la méconnaissance des facteurs de risque, de la pathologie ou même de la patiente.

M10 : *“ça [les facteurs de risque] touche un peu toutes les classes sociales [...] on ne les connaît pas forcément tous et qu'on qu'on ne connaît pas tout de la patiente, il y a peut-être des patientes aussi où on se dit " Voilà, je pense qu'il n'y a rien" et on ne va pas forcément creuser alors qu'il y aurait peut être quelque chose derrière.”*

Les outils peuvent faciliter l'approche communicationnelle de la DPP par le MG.

M1 : *“Peut-être que ça [les outils] permettrait de lever un petit peu cette difficulté à aborder la chose directement.”*

Ils peuvent aider la patiente à prendre conscience de son mal-être.

M5 : *“Quand elles [les patientes] font l'échelle, elles disent "Ah bah oui, effectivement non, ça ne va pas du tout". Mais plus pour ouvrir les yeux des... des mamans qui remplissent le questionnaire.”*

Enfin, les outils peuvent faciliter la patiente à exprimer son mal-être

M1 : *“Et peut être que même les femmes seraient plus tendance à se confier en répondant à ce questionnaire là quoi. Ça pourrait être un bon outil de de communication finalement.”*

3.5.2. Un frein à son identification précoce

Ils sont vus comme pouvant déshumaniser la relation médecin-patient, en particulier lorsqu'ils sont constitués de questions inadaptées et nuisant à la fluidité de l'échange.

M4 : *“C'est ce que je trouve toujours compliqué avec les échelles, c'est qu'elles sont très très froides dans un moment où le patient, il a besoin de tout à fait autre chose que juste euh "Comment dormez vous la nuit ? Avez-vous pensé à tuer votre enfant ?" (rire). Voilà.”*

M6 : *“Pour quelqu'un qui va bien, ils [les patientes] vont se dire" c'est quoi ce truc [les questions du questionnaire] ?.”*

Ils peuvent affecter la disponibilité du médecin.

M1 : *“Ça paraît quand même un peu long, sachant qu'on fait des consultations de suivi de nourrisson de 30 minutes et on dépasse souvent parce que enfin, ça dépasse quoi.”*

M6 : *“D'ailleurs, il y a un questionnaire bien plus long. Bon, ça je le fais pas. L'EPDS, autant te dire que c'est mort. J'utiliserai jamais. Trop de questions déjà.”*

Certains médecins rencontrent des difficultés pratiques lorsqu'il s'agit d'utiliser des échelles.

M12 : *“Et en fait, l'idée est toujours de retrouver la bonne échelle au bon moment parmi les milliers d'échelle qui existent.”*

M6 : *“ L'EPDS. Tu vois j'ai un peu du mal à retenir les euh... Rien que ça. Tu vois, on retient pas les noms.”*

3.6. Les leviers pour améliorer l'abord de la DPP par les MG (rose ■)

Les MG hésitent à aborder la DPP en raison de leur méconnaissance des possibilités de prise en charge disponibles et de la crainte d'avoir à assumer cette prise en charge.

M10 : *“La prise en charge derrière de si on le découvre, qu'est ce qu'on doit faire ?”*

M6 : *“Donc c'est cette multi-casquette qu'on a qui est compliquée et qui des fois me freine aussi dans la dans le repérage, parce que je me dis "si je le repère derrière, qu'est-ce que j'en fais ?" C'est ça en fait !”*

La difficulté d'accès aux soins psychologiques et psychiatriques, qu'il s'agisse des problèmes de remboursement pour les patientes ou d'un délai de rendez-vous, peut limiter l'abord de la dépression post-partum par le médecin généraliste.

M3 : *“Donc je décroche mon téléphone et puis j'essaie d'avoir euh... Alors c'est difficile parce-qu'on n'a pas toujours les interlocuteurs (sourire). D'avoir un avis psychiatrique, voire une hospitalisation.”*

M6 : *“ Je pense qu'il y a un sujet de fond, là, c'est de rembourser le plus vite possible les consultations de psycho... [...] Aujourd'hui même ma collègue, elle est débordée, je fais que ça, de lui envoyer des gens. Donc là c'est délai, maintenant c'est quinze jours- trois semaines pour commencer à avoir un premier rendez-vous.”*

Enfin, les MG sont demandeurs d'outils de repérage pour faciliter le repérage de la DPP.

M1 : *“Mais si seulement des gens pouvaient faire des outils ah ah.”*

3.7. La sensibilisation comme levier clé (saumon ■)

Les MG ont l'impression de ne pas être suffisamment sensibilisés à la DPP de diverses manières. Certains regrettent de ne pas être davantage alertés par les instances.

M6 : *“La sécurité sociale, ils savent nous envoyer des mails, des mails et des mails pour nous dire "vous prescrivez trop d'antibiotiques, vous prescrivez trop de machin, faites moins de bons de transports". Par contre, nous dire qu'il y a une recrudescence de la dépression du post-partum et euh et nous dire et nous dire qu'on dépiste mal ça, il y a personne qui vous le dit quoi.”*

D'autres soulignent que des efforts ont été faits en matière de campagnes de prévention, destinées tant aux MG qu'aux patientes, mais estiment qu'ils restent encore insuffisants.

M7 : *“De plus en plus il y a des campagnes etc qui qui diffusent l'info qu'on a le droit d'être triste aussi suite à la naissance d'un enfant.”*

Certains demandent des supports d'information sur la DPP.

M1 : *“...une plaquette vraiment informative comme je disais, avec signes d'alerte, facteurs de risque, et puis après des coordonnées avec des gens.”*

Les MG pointent des lacunes de la formation initiale en médecine générale.

M13 : *“[la formation médicale initiale] Euh totalement inexistante [la formation initiale]. Sincèrement, il doit y avoir deux pages là-dessus dans le gros bouquin de la psychiatrie. J'ai dû avoir 3h d'ED à tout casser sur la psychiatrie générale, donc non, vraiment, absolument insuffisante.”*

D'autre part, certains MG suggèrent de sensibiliser également la patiente, en particulier lors de son séjour en maternité ou lors des consultations au cours de la grossesse..

M1 : *“Bah peut être ce serait bien qu'il y ait des tests aussi, des choses, des flyers explicatifs, même pour les gens qui soient distribués, par exemple en maternité.”*

Lorsqu'on est sensibilisé, on peut choisir de se sensibiliser davantage, comme le montre M1, ou de ne pas modifier ses pratiques, comme l'indique M6.

M6 : *“[le changement de sa pratique] J'ai envie de dire pour l'instant pas vraiment. C'est ça qui est terrible, c'est que j'ai été fortement sensibilisée là pour le coup.”*

M1 : *“Je pose pas du tout la question et peut être que grâce à cet entretien, je vais peut être mettre ça en route parce que c'est vrai que c'est ça permettrait d'avoir encore un petit signal d'alarme.”*

La sensibilisation des MG à la DPP permet d'accroître considérablement le repérage de la DPP, en agissant de manière synergique sur tous les dispositifs mis en place pour améliorer le repérage. Certains médecins soulignent l'importance de l'auto-formation pour se sensibiliser davantage.

M7 : *“Après, il faut se documenter par soi-même, écouter des podcasts, lire des choses là dessus.”*

Bien que nombreux soient ceux qui déplorent le manque de formations sur la DPP, certains MG estiment que l'offre existe, mais que la sensibilisation relève avant tout d'une démarche personnelle visant à acquérir une nouvelle compétence.

M4 : *“En DPC, on peut en trouver je pense. Après c'est les biais de confirmation. On se forme tous à des choses où on est déjà sensibilisé, déjà plus ou moins compétents.”*

M12 : *“Après la formation continue, c'est nous qui choisissons les sujets sur lesquels on se forme. Et donc je ne peux pas dire qu'elle est bonne ou pas bonne, parce que si je veux qu'elle soit différente, j'ai que... ça ne dépend que de moi.”*

Enfin, certains MG se sont sensibilisés à la DPP en échangeant avec le réseau de soins dédié à la santé mentale.

M6 : *“Moi à titre personnel ici, j'ai euh... j'ai des psychologues, j'ai une psychologue qui travaille en pédiatrie [...] Donc c'est quand même pratique. Il y a une sensibilité aussi, je pense, à travers l'échange qu'on a le midi, quand on mange, etc...”*

La sensibilisation à la DPP conduit à une évolution des pratiques, permettant ainsi de sensibiliser à leur tour d'autres professionnels et patientes.

M5 : *“On a une psychologue qui s'installe et qui est spécialisée dans la dépression du post-partum. Elle va mettre en place des groupes de femmes qui ont des dépressions du post-partum [...] Donc ça, ça va être top. On va pouvoir remettre en place des choses en équipe. On a un protocole d'ailleurs dans la MSP sur la dépression du post-partum.”*

3.8. Coopération avec les acteurs de la périnatalité : partenaires ou sources d'inquiétude ? (violet ■)

Selon les MG, les SF, les gynécologues, les pédiatres et les professionnels de la PMI ont un rôle essentiel à jouer dans le repérage de la dépression du post-partum.

M4 : *“Alors il y a la PMI, il y a la sage femme, il y a d'autres intervenants qui doivent aussi faire remonter des infos.”*

M10 : *“soit c'est nous, soit c'est les pédiatres. C'est le médecin qui suit l'enfant, je pense, qui peut, qui peut le détecter suffisamment tôt.”*

D'ailleurs, ils insistent sur le rôle essentiel des SF, formées et rémunérées pour repérer la DPP à l'aide du questionnaire EPDS, et qui constituent souvent l'un des premiers contacts de la patiente après la sortie de maternité.

M6 : *“Hum le questionnaire là... [...] Je me suis renseignée, en fait, ils [les sages-femmes] ont une formation pour le faire, pour le passer [...] Ils ont 1 h et ils sont rémunérés pour ça.”*

Cependant, les MG redoutent un manque de communication avec les autres acteurs de la périnatalité.

M2 : *“Mais moi j'ai jamais eu le cas d'une sage femme ou d'une infirmière qui m'appelle pour me dire "Attention madame Un tel, elle m'a l'air un peu dépressive quoi".”*

Certains MG expriment la crainte de perdre leur rôle de coordinateur des soins.

M6 : *“En fait, le problème, c'est que le transfert de compétence aujourd'hui, il est retransféré sur le médecin généraliste quand ça va pas [...] je peux mettre ma main à couper que le jour où il y a une dépression du post-partum qui est repérée par la sage-femme va dire "Bon bah maintenant allez voir le médecin traitant". Bah non en fait ! C'est pas le rôle du médecin traitant d'être la poubelle médicale quoi.”*

Par ailleurs, certains MG dénoncent une dévalorisation de leur rôle dans le parcours de soins, en raison d'une orientation privilégiée des patientes vers les sages-femmes.

M6 : *“Nous on est un peu évincées en fait [...] on ne vient pas me voir en me disant "Voilà j'ai accouché, je viens pour voir si je vais, si tout va bien pour moi." Non ! C'est " Je viens pour le bébé”.”*

M8 : *“Et de ce fait, elles ont un suivi, souvent avec une sage femme en libéral et je pense qu'elles vont voir ces personnes là.”*

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Forces de l'étude

Les entretiens ont été menés dans des conditions satisfaisantes (endroit calme facilitant le dialogue et absence d'interruption par une tierce personne), en quantité convenable et sur une durée suffisamment longue pour la collecte des données.

Le choix de l'entretien individuel, l'utilisation de questions ouvertes et l'adoption d'une attitude neutre ont permis de favoriser l'expression libre du participant.

La saturation théorique des données est atteinte et un entretien de consolidation est réalisé.

Une triangulation des données de l'analyse ouverte a été réalisée « en aveugle » par deux intervenants extérieurs à l'étude et a permis de limiter le biais d'interprétation.

L'analyse des données s'est faite rigoureusement selon les principes d'une théorisation ancrée (ouverte, axiale et intégrative) [29]. Les propriétés et catégories obtenues n'ont pas été préconçues et ont permis d'adopter une démarche inductive pour formuler des hypothèses, limitant ainsi le piège de l'indexation thématique.

La grille méthodologique COREQ (Annexe 9) adaptée à la recherche qualitative a permis d'évaluer la rigueur scientifique de l'étude.

1.2. Limites de l'étude

1.2.1. Concernant la méthode

Étant la première étude en recherche qualitative menée par l'investigateur, une fragilité méthodologique ne peut être exclue.

Certains entretiens, au nombre de six, ont été réalisés durant un créneau de consultation de 30 minutes chez le médecin généraliste interrogé. Cette contrainte temporelle a pu instaurer un contexte peu favorable à l'obtention de données approfondies, ce qui peut restreindre la richesse des informations recueillies. Néanmoins, les sept autres entretiens ont été menés en

dehors du temps de travail du médecin, dans des conditions optimales permettant des échanges sans contrainte de durée. Aucun entretien n'a par ailleurs été interrompu.

Des incertitudes liées à l'interprétation des propos recueillis peuvent exister. Toutefois, la double triangulation des données a permis de réduire leur impact.

Les participants ont pu mettre en avant des éléments allant dans le sens de leurs convictions personnelles, en particulier dans un contexte de temps limité pour certains entretiens. Une réserve concernant une possible tendance à la validation de leurs représentations peut ainsi être formulée.

La crainte d'un jugement par un pair a également pu influencer les propos tenus et constitue une influence possible liée à la désirabilité sociale. Cette dernière a été partiellement compensée par le rappel, en début d'entretien, de la liberté d'expression accordée et de l'anonymisation des retranscriptions.

Enfin, l'annonce d'une sous-estimation de la prévalence de la dépression post-partum en raison d'un sous-diagnostic, formulée dès la question introductive du guide d'entretien (Annexe 2), a pu inciter certains participants à accentuer leurs difficultés de repérage et à minimiser leurs réussites, ce qui peut orienter les propos vers une tonalité plus négative.

1.2.2. Concernant le recrutement de l'échantillon

Certains participants avaient déjà été confrontés à une patiente souffrant de dépression post-partum, tandis que d'autres n'avaient pas cette expérience, ce qui a pu réduire l'engagement de certains dans l'étude.

Les thématiques abordées dans le sujet de thèse, la « psychiatrie » et la « périnatalité », ont suscité un désintérêt chez certains médecins, qui ont décliné l'invitation à participer à l'étude. Le caractère volontaire du recrutement a donc été affecté, restreignant ainsi le nombre de participants. Cette contrainte a toutefois été partiellement atténuée en présentant de manière succincte les enjeux de la thèse lors du premier contact.

Bien que la représentativité statistique ne soit pas un objectif en recherche qualitative, la sélection des participants n'a pas été soumise à des restrictions prédéfinies. En revanche, une certaine exemplarité de l'échantillon a été recherchée en assurant une diversité de profils (Tableau 1). Cette variabilité a néanmoins été freinée par le recours à la méthode de recrutement dite « effet boule de neige ».

Enfin, l'échantillonnage raisonné théorique, souhaité dans le cadre d'une approche par théorisation ancrée [35], n'a pu être mené à bien. Cela s'explique par la difficulté à planifier des entretiens suffisamment espacés dans le temps tout en s'adaptant aux disponibilités des participants, difficulté accentuée par l'effet boule de neige qui limitait la flexibilité du recrutement.

2. Discussion des résultats

2.1. Résultats principaux

Cette étude qualitative met en évidence deux approches contrastées pour repérer la DPP en soins primaires : l'une facilitée par une connaissance approfondie de la patiente et de son environnement, l'autre entravée par des représentations personnelles qui interfèrent sur les aptitudes communicationnelles et la disponibilité du MG avec sa patiente.

Les outils de repérage validés pour la DPP ne font pas partie de la pratique courante des MG. Ceux-ci privilégient un échange adapté et personnalisé avec la patiente.

2.2. Comparaison avec la littérature

Les compétences propres au médecin généraliste (MG) permettent d'instaurer une relation médecin-patient unique, centrée sur le patient lui-même [25]. Cette relation repose sur l'écoute, l'empathie, la clarté et la sincérité des échanges, ainsi que sur un respect mutuel [36]. Elle contribue à renforcer la valeur thérapeutique des consultations, notamment lorsqu'elle prend en compte les attentes des patients, en activant des mécanismes psychosociobiologiques liés à l'effet placebo [37]. Ainsi, même si les MG interrogés dans notre étude hésitent à aborder le sujet de la DPP, souvent par manque de connaissances sur la prise en charge, il apparaît que simplement en évoquant ce sujet, le médecin peut déjà en tirer un bénéfice thérapeutique grâce aux compétences relationnelles mobilisées. La qualité de la relation médecin-patient joue un rôle déterminant sur les résultats des actions de santé [38].

Une connaissance approfondie du patient, de ses antécédents médicaux à son histoire de vie et son contexte social, facilite selon certains MG, le repérage de la DPP.

Une étude de la *Harvard Medical School* [39] a montré que les médecins généralistes, en intégrant ces éléments contextuels, posaient deux fois plus souvent le bon diagnostic du premier coup comparé à des algorithmes symptomatiques. Cela souligne l'importance de la relation humaine et de la compréhension contextuelle dans le processus diagnostique.

De même, une étude norvégienne [40] a examiné comment la connaissance préalable du patient par le médecin généraliste affecte le processus décisionnel. Elle a mis en évidence que pour plus d'un tiers des consultations avec des patients peu connus, le manque d'informations préalables concernant le patient représentait un obstacle décisionnel. Les MG interrogés considèrent l'accumulation d'informations sur leurs patients comme essentielle, en particulier pour les problématiques psychosociales.

La construction d'une relation de confiance grâce à cette connaissance progressive du patient favorise également les échanges intimes et facilite la parole du côté du patient [41]. Toutefois, la routine peut parfois émousser la vigilance du médecin, ce qui interroge sur le risque de subjectivité. Une trop grande familiarité pourrait nuire à l'objectivité nécessaire au repérage de la DPP.

Cette subjectivité est souvent attribuable à des biais cognitifs et émotionnels. Une revue intégrative de la littérature publiée en 2017 dans *BMC Medical Education* [42] a recensé 23 études empiriques, tant qualitatives que quantitatives, démontrant que les émotions du médecin influencent les décisions cliniques. L'empathie ou l'agacement peuvent entraîner soit une investigation plus poussée, soit une réponse rapide aux demandes du patient, dans l'objectif de préserver la relation ou de gagner du temps [43]. Ce qui suggère que les croyances propres au médecin peuvent influencer sa disponibilité.

On pourrait penser que la familiarité du MG avec son patient pourrait avoir une influence positive sur l'abord de sujets considérés comme plus délicats comme les problèmes psychologiques ou sociaux. Pourtant, les travaux de Jabaaij et al. [44] suggèrent que cette familiarité n'a pas d'effet significatif sur le contenu des consultations (problèmes médicaux, thèmes psychologiques ou sujets liés à l'environnement social). Cependant, lorsque le médecin connaissait bien le patient, il faisait plus souvent référence à des informations antérieures, démontrant une utilisation accrue des connaissances préexistantes sur le patient. Du côté des patients, ceux qui connaissent moins leur médecin posent plus de questions et reçoivent davantage d'informations médicales, tandis que les patients connus favorisent les discussions informelles [45]. Cela suggère que la connaissance mutuelle entre médecin et patient pourrait parfois réduire l'engagement actif du patient et l'évocation de problématiques plus profondes, contredisant ainsi les résultats de notre étude.

Dans notre étude, certains MG ont exprimé des difficultés à aborder la DPP en cas de doute diagnostique. Or, une méta-analyse parue dans la revue médicale *Journal of General Internal*

Medicine (JGIN) [46] montre que des stratégies de communication centrées sur le patient, comme l'empathie et l'explication des démarches, sont plus efficaces que les approches fondées uniquement sur le raisonnement médical. Elles permettent notamment une meilleure détection de pathologies comme la DPP.

D'autres médecins de notre étude s'appuient sur des idées préconçues relevant de leurs propres croyances afin de repérer la DPP. Les croyances et représentations peuvent conduire à des biais cognitifs pouvant influencer négativement sur les capacités de repérage du MG. Comme le souligne la méta-analyse de Gustavo et al. [47] qui identifie plusieurs biais cognitifs, tels que l'effet d'ancrage, le biais de disponibilité ou la surconfiance comme responsables d'erreurs diagnostiques dans 35 à 75 % des cas.

Les valeurs personnelles des médecins influencent aussi leur pratique, comme l'étude menée par Kørup et al. et parue en 2019 [48] qui s'est intéressée à l'influence des croyances religieuses sur les pratiques médicales. Elle révèle que 50% des médecins déclarent que leurs croyances religieuses influencent leur pratique médicale et notamment sur des sujets éthiques. Par exemple, les médecins ayant des convictions religieuses fortes sont plus susceptibles d'adopter des positions spécifiques sur des sujets tels que l'avortement ou l'euthanasie. L'étude de Braun et al. [49] va également dans ce sens en explorant la relation entre les valeurs personnelles des médecins et leur évaluation de la capacité décisionnelle des patients. Les médecins obtenant des scores relativement élevés pour les types de valeurs que sont la réussite, le pouvoir-ressource, la visibilité et la conformité aux normes interpersonnelles étaient plus susceptibles d'utiliser des normes d'évaluation plus strictes lorsque les interventions étaient plus risquées. En revanche, les médecins qui mettent fortement l'accent sur l'hédonisme, la conformité aux règles et le souci d'universalisme étaient plus susceptibles d'appliquer des normes égales, quelles que soient les conséquences d'une décision.

Les représentations et croyances des médecins peuvent influencer leurs habiletés communicationnelles. Le médecin doit composer avec deux aspects de sa personnalité : sa personnalité propre et sa personnalité de médecin. Une étude qualitative [50] s'est intéressée à la représentation qu'ont les médecins de la fièvre et l'influence que cela pouvait avoir sur leurs compétences communicationnelles avec leurs patients. Elle a révélé l'existence d'un conflit entre ces deux aspects de personnalité et que si le médecin rentrait en conflit avec ses convictions profondes, sa prise en charge pourrait être nuisible pour le patient par des compétences communicationnelles altérées par ses représentations.

Plusieurs MG évoquent également la difficulté de se rendre disponibles pour aborder la santé mentale des patientes, par crainte d'allonger excessivement la consultation, notamment lorsqu'elle inclut l'examen du nourrisson. Pourtant, il n'a pas été mis en évidence une association significative entre la durée moyenne de la consultation et la satisfaction des patients quant à la durée de la consultation [51] ou quant à la qualité perçue de la communication [52].

Concernant le repérage de la DPP, l'américain Dean A Seehusen [53] s'est intéressé aux avis des MG concernant leur place dans le repérage et le moment pour le faire. Elle rapporte que 88% des MG considèrent la DPP comme fréquente et préoccupante dans leur pratique. Cependant, 19,2% jugent trop contraignant de la dépister lors d'une consultation post-partum dédiée, et 34% rencontrent des difficultés lors du suivi du nourrisson. Parmi ceux qui la recherchent, 70% utilisent un entretien structuré et 30% un outil de repérage, principalement les échelles de Beck, de Zung ou l'EPDS. Cette dernière n'étant utilisée que par 8%. D'ailleurs, les femmes médecins y sont deux fois plus sensibles que leurs homologues masculins.

De manière générale, les médecins ont tendance à effectuer un dépistage ciblé plutôt que systématique, souvent en réponse à des signes cliniques évocateurs. Les outils d'aide au dépistage ne semblent pas trouver leur place en consultation, et les MG préfèrent un échange libre et adapté à chacune des mères selon une étude récente [27] réalisée à l'université de Lille par Lefebvre. Ces études mettent en évidence l'intérêt porté par les médecins généralistes aux troubles de la périnatalité, notamment à la dépression du post-partum, dans le cadre de leur pratique clinique. Elles montrent également que le repérage de ces troubles repose le plus souvent sur l'échange direct avec la patiente, plutôt que sur l'utilisation systématique d'outils standardisés de dépistage. Ces constats sont en accord avec les résultats issus de notre propre étude.

Certains MG se montrent réticents à l'idée d'utiliser l'EPDS. Ils expriment une contrainte de temps à l'appliquer dans leurs pratiques et lui préfèrent un dialogue spontané avec le patient. L'étude qualitative de Sarah Meunier [28] a montré que les médecins utilisaient l'EPDS ponctuellement, principalement en présence de signes cliniques inquiétants après avoir posé leurs propres questions pour éclairer leur suspicion de DPP. Dans cette même étude, et comme dans la nôtre, l'EPDS est considérée par les médecins comme un outil utile pour initier des discussions sur la santé mentale maternelle et donc faciliter l'abord de la DPP.

Avec une sensibilité de 82.6% (IC95 = 75.3-89.9%) et une spécificité de 65.4% (IC95 = 59.8-71.1%) pour un seuil supérieur à 10 sur 30 [54], l'EPDS reste un outil pertinent.

Il semblerait qu'un instrument de dépistage à deux questions, portant sur l'humeur dépressive et l'anhédonie, serait utile au repérage de la dépression dans la pratique des soins primaires [23, 40]. Ces questions portent le nom de « Questions de Whooley » et s'intéressent aux symptômes de la patiente durant le dernier mois : « Est-ce que, durant le mois qui a précédé, vous vous êtes sentie triste, déprimée, désespérée ? » - « Durant le mois qui a précédé, avez-vous ressenti un manque d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités que d'habitude vous appréciez ? ». Certains MG de notre étude avaient connaissance de cet outil et le trouvaient plus adapté à la pratique de la médecine générale. Ces alternatives plus courtes ne sont pas reconnues en France pour le repérage de la DPP mais sont reconnues au Royaume-Uni par la NHS (National Health Service) [55].

Une méta-analyse de 2022 [56] s'est intéressée sur les propriétés diagnostiques des Questions de Whooley pour identifier la DPP et révèle une sensibilité de 95% (IC95 = 81%-99%) et une spécificité de 60% (IC95 = 44%-74%). Elles constituent ainsi un outil court et acceptable pour identifier la DPP mais la méta-analyse invite néanmoins à utiliser un outil secondaire pour réduire le risque d'erreur diagnostique.

Il ressort de l'étude qualitative menée par Marine Vergnaud [57] que les questions de Whooley seraient particulièrement pertinentes dans le cadre des soins primaires. Elles faciliteraient l'exploration du vécu maternel, en particulier pour les médecins généralistes peu familiers avec ce type d'entretien, tout en offrant aux patientes un appui pour verbaliser d'éventuels obstacles d'ordre psychologique. Les médecins généralistes de notre étude soulignent eux aussi l'intérêt de ces outils, notamment leur potentiel à favoriser la libération de la parole, tant du côté du praticien que de la patiente, lorsqu'il s'agit d'aborder des difficultés psychiques.

Toutefois, Vergnaud [57] suggère dans sa thèse la nécessité qu'il conviendrait de reformuler les questions de Whooley pour affiner leur traduction et de les replacer dans le cadre de la consultation, et qu'un dépistage systématique pourrait constituer un moyen efficace de pallier le principal frein identifié : l'oubli. De leur côté, certains médecins de notre échantillon ont mis en avant l'intérêt d'un tel dispositif pour éviter de passer à côté d'informations importantes concernant la patiente ou son entourage, qui ne sont pas toujours spontanément accessibles au praticien. Ils avancent également la nécessité de reformuler les questions pour rendre l'échange plus fluide et adapté à la patiente.

Enfin, les MG de l'étude appellent à une implication des autres acteurs de la parentalité de première ligne dans le repérage de la DPP, notamment les SF, les pédiatres ou les infirmières puéricultrices. Une étude de *Pediatrics* datant de 2019 [58] révèle que seulement 29 % des mères avec des symptômes dépressifs marqués ont été identifiées par ces professionnels. D'autre part, les mères qui ont été évaluées par le médecin traitant de l'enfant ou par un pédiatre traitant étaient plus susceptibles d'être identifiées avec précision que les mères dont les enfants ont été vus par un stagiaire en pédiatrie ou une infirmière praticienne. Ce qui conforte l'idée que la bonne connaissance de la patiente faciliterait le repérage de la DPP.

Une étude publiée dans *Pediatrics* [59] et dirigée par Chaudron et al. a révélé que la sensibilisation des pédiatres au repérage de la DPP, par l'utilisation de l'EPDS lors des consultations pédiatriques, permettait d'accroître à la fois le repérage et l'orientation vers des structures dédiées à la santé mentale.

Des actions de sensibilisation des professionnels de santé sont donc nécessaires comme le suggèrent les médecins de notre étude, car elles permettraient une meilleure identification des symptômes et une orientation plus adaptée vers les structures spécialisées, comme le souligne la HAS en 2020 [60].

Une enquête menée dans les Hauts-de-France par Lefebvre [27] a évalué les pratiques des MG concernant le repérage de la DPP et des pistes d'amélioration ont été suggérées : proposer une consultation dédiée à la santé de la femme en post-partum obligatoire, sensibiliser patients et professionnels, intégrer une fiche d'évaluation dans le carnet de santé ou de grossesse, et renforcer la formation continue des médecins. La sensibilisation semble donc bien être un élément clé pour accroître le repérage de la DPP et les résultats de notre étude le confirment également. Par ailleurs, les médecins généralistes plus âgés se sentent généralement plus compétents pour repérer la dépression post-partum, probablement en raison d'une expérience professionnelle plus étendue et d'un réseau de soins mieux structuré, facilité par la densité de professionnels en ville. Les participants à l'enquête soulignent également l'importance d'un réseau de soins clairement identifié pour l'orientation des patientes, ainsi qu'une amélioration de la communication avec les acteurs de la périnatalité, comme leviers pour renforcer l'efficacité du repérage de la DPP. Les résultats de la présente étude confirment ces observations, en montrant que l'absence de réseau d'adressage structuré ainsi que les difficultés de coordination avec les acteurs de la périnatalité constituent des freins notables au repérage de la dépression post-partum par les médecins généralistes.

Dans cette dynamique, Le Professeur Alain Grégoire, psychiatre britannique, a développé un modèle de soins psychiatriques périnataux intégré, qui a inspiré la création d'alliances internationales pour la santé mentale maternelle, dont la *Global Alliance for Maternal Mental Health* [61]. Dans ce système, les médecins généralistes jouent un rôle clé dans le repérage précoce des troubles dépressifs maternels et collaborent avec les autres acteurs de la périnatalité, illustrant la nécessité d'une approche collective pour faire progresser la santé mentale périnatale.

En France, l'Agence Régionale de Santé Île-de-France a d'ailleurs lancé, en mars 2025, des initiatives visant à sensibiliser les professionnels, fournir des outils de dépistage et structurer des unités de psychopathologie périnatale [62].

3. Perspectives envisagées

Cette recherche pourrait être élargie aux différents professionnels impliqués en périnatalité, afin d'explorer leurs attitudes et pratiques concernant le repérage de la DPP chez les patientes, ainsi que la nature de leur collaboration avec les médecins généralistes. Il s'agirait également d'analyser les modalités de coordination mises en place entre ces acteurs pour favoriser le repérage de la DPP.

CONCLUSION

Cette étude qualitative menée auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France met en lumière la complexité du repérage de la dépression du post-partum en soins primaires. Elle révèle l'existence de deux modalités d'abord contrastées : l'une facilitée par la connaissance approfondie de la patiente et de son contexte, l'autre freinée par les représentations personnelles.

Si les médecins reconnaissent leur rôle central dans le dépistage et la coordination des soins, ils expriment des freins liés au manque de sensibilisation à différentes échelles, à la méconnaissance des outils de repérage spécifiques et d'un réseau de soin d'adressage, ou encore à la crainte de stigmatiser la patiente par des difficultés d'habiletés communicationnelles. Pourtant, tous s'accordent sur l'importance d'une relation de confiance et d'un questionnement personnalisé pour identifier précocement une souffrance maternelle. La coordination entre les différentes professions demeure restreinte, et le rôle du médecin généraliste est parfois relégué au second plan au profit des sages-femmes.

La DPP reste encore trop souvent un tabou, tant pour les patientes que pour certains soignants. Pour lever ces obstacles, cette étude met en évidence la nécessité d'un meilleur accompagnement des médecins généralistes via la formation initiale et continue, la diffusion d'outils adaptés à la pratique quotidienne, mais aussi une sensibilisation systémique incluant l'ensemble des acteurs de la périnatalité. Une approche coordonnée et décloisonnée pourrait ainsi améliorer le repérage et la prise en charge de cette pathologie fréquente mais silencieuse, au bénéfice des mères, des enfants et de leurs familles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé. L'OMS préconise de prodiguer des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés au cours des premières semaines décisives suivant l'accouchement. 30 mars 2022. [En ligne]. 2022 [consulté le 13 avr 2025]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
2. Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrandal A, Eskild A. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003 Oct;38(10):551-6.
3. Firoz T, Chou D, von Dadelszen P, Agrawal P, Agrawal S, Althabe F, et al. Postnatal morbidity: prevalent, enduring, and neglected. *Lancet Glob Health*. 2024;12(1):e123–e134.
4. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharaux C, Boudet-Berquier J, et al. 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. *Bull Épidémiol Hebd*. 2023;(18):348–60. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):77–87.
5. Deneux-Tharaux C, Sauvegrain P, Vendittelli F, et al. Mortalité maternelle en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2021;50(10):1019–1031.
6. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021 Feb;30(2):154–159.
7. Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P, Cottencin O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. In: *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. p. 121-34.
8. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Dépression périnatale. In: *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Elsevier Masson; 2014. p. 448.
9. Chin K, Wendt A, Bennett IM, Bhat A. Suicide and maternal mortality. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Apr;24(4):239–275.
10. Alford AY, Riggins AD, Chopak-Foss J, Cowan LT, Nwaonumah EC, Oloyede TF, et al. A systematic review of postpartum psychosis resulting in infanticide: missed opportunities in screening, diagnosis, and treatment. *Arch Womens Ment Health*. 2025 Apr;28(2):297–308.
11. Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 14;17(8):2675.

12. Bouvier C. Répercussions de la dépression du post-partum sur le développement de l'enfant [mémoire de fin d'études]. Montpellier : Université de Montpellier, UFR de Médecine, Département de Maïeutique ; 2024.
13. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011 Mar;14(1):1–27.
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le suivi médical après l'accouchement. Les 1000 premiers jours. [En ligne]. 9 août 2024 [consulté le 12 avr 2025]. Disponible : <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-suivi-medical-apres-laccouchement>
15. Bleuzen-Her E, Baunot N, Durand S, Riquet S. *Guide pratique pour l'entretien postnatal précoce (EPNP)*. Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF); février 2024.
16. Assurance Maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison. ameli.fr. [En ligne]. 26 février 2025 [consulté le 12 avr 2025]. Disponible : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>
17. Lang E, Colquhoun H, LeBlanc JC, Riva JJ, Moore A, Traversy G, et al. Recommandation sur l'utilisation d'instruments de dépistage de la dépression durant la grossesse et la période postnatale. *CMAJ*. 2022;194(28):E1000–9.
18. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS 2017. [En ligne]. 8 nov 2017 [consulté le 12 avr 2025]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
19. Sutter A-L. Calcul du score de dépression à partir de l'échelle de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) – Version finalisée. Bordeaux : Groupe Santé Mentale Elfe, CH Charles Perrens ; 2015.
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782–6.
21. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir*. 2004;16(4):245–62.
22. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med*. 2009 Jan-Feb;7(1):63–70.
23. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997 Jul;12(7):439–45.
24. France. Code de la santé publique. Titre III : Profession de médecin - Articles L4130-1 à L4135-2. Légifrance. [En ligne]. 3 juin 2025 [consulté le 12 avr 2025]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155058/

25. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *exercer*. 2017;(132):187–8.
26. Haute Autorité de Santé. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2024. [En ligne]. 9 fev 2024 [consulté le 12 avr 2025]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/en/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal
27. Lefebvre V. Dépistage de la dépression du post-partum par les médecins généralistes de la métropole lilloise : une analyse qualitative [thèse]. Université de Lille, Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2024.
28. Meunier S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil. [thèse]. Rouen : Université de Rouen, UFR santé ; 2012.
29. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A, et al. Les approches et les postures. In: *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Global média santé. 2021. p. 50-4.
30. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer. 2e éd. de boeck supérieur; 2019. 160 p.
31. France. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. JORF n°0056 du 6 mars 2012. [En ligne]. 6 mar 2012 [consulté le 15 avr 2025]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/>
32. France. Journal officiel de la République française. Lois et décrets. 2018 juill 13; n° 0160. [En ligne]. 13 juillet 2018 [consulté le 15 avr 2025]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=kPQnOGkRZTtFYqPWxCvy4Vf6BRGYIWP046upVA-DgNE=>
33. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A, et al. Ethique et Réglementation. In: *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Global média santé. 2021. p. 129-40.
34. Jouannin A, Lorenzo M. Recherche en santé et formalités réglementaires 2020. Rennes : Université de Rennes 1, Département de médecine générale [En ligne]. 2020 [consulté le 15 avr 2025]. Disponible : <https://enquetes-partenaires.univ-rennes.fr/index.php/17674?newtest=Ylang=fr>
35. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A, et al. Aspect théorique : l'échantillonnage en recherche qualitative. In: *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Global média santé. 2021. p. 63-7.
36. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP, et al. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Acad Natl Med*. 2021;205(6):857–866.

37. Blasini M, Peiris N, Wright T, Colloca L. The Role of Patient-Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. *Int Rev Neurobiol*. 2018;139:211–231.
38. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4):e94207.
39. Semigran HL, Levine DM, Nundy S, Mehrotra A. Comparison of Physician and Computer Diagnostic Accuracy. *JAMA Intern Med*. 2016;176(12):1860–1861.
40. Hjortdahl P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J Prim Health Care*. 1992 Dec;10(4):290–294.
41. Andriamihaja L. Vécu de l'évolution de la relation médecin-patient au cours du temps : enquête auprès de patients de médecine générale [thèse]. Paris : Sorbonne Université, Département de médecine générale ; 2022.
42. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):255.
43. Tentler A, Silberman J, Paterniti DA, Kravitz RL, Epstein RM. Factors Affecting Physicians' Responses to Patients' Requests for Antidepressants: Focus Group Study. *J Gen Intern Med*. 1 janv 2008;23(1):51-7.
44. Jabaaij L, Fassaert T, van Dulmen S, Timmermans A, van Essen GA, Schellevis F. Familiarity between patient and general practitioner does not influence the content of the consultation. *BMC Fam Pract*. 2008;9:51.
45. Zhong C, Zhou M, Luo Z, Liang C, Li L, Kuang L. Association between doctor-patient familiarity and patient-centred care during general practitioner's consultations: a direct observational study in Chinese primary care practice. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):107.
46. Dahm MR, Cattanach W, Williams M, Basseal JM, Gleason K, Crock C. Communication of Diagnostic Uncertainty in Primary Care and Its Impact on Patient Experience: an Integrative Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2023;38(3):738–754.
47. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016;16:138.
48. Kørup AK, Søndergaard J, Lucchetti G, Ramakrishnan P, Baumann K, Lee E, et al. Religious values of physicians affect their clinical practice: A meta-analysis of individual participant data from 7 countries. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(38):e17265.
49. Braun M, Zolkefli Y, Gillam L. Physicians' personal values in determining medical decision-making capacity: a pilot study. *J Med Ethics*. 2015;41(9):739–744.
50. Frattinger E. Perceptions du médecin généraliste et enjeux de communication au cours d'une consultation pour fièvre de l'enfant [thèse]. Paris : Sorbonne Université, Département de médecine générale ; 2017.
51. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries.

- BMJ Open. 2017;7(10):e017902.
52. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2016;66(653):e896–e903.
53. Seehusen DA, Baldwin LM, Runkle GP, Clark G. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression? *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(2):104–112.
54. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577–88.
55. Aneurin Bevan University Health Board. Perinatal Mental Health Protocol for Health Visiting. ABHB/Clinical/0506. Issue 2. 23 juillet 2014.
56. Smith RD, Shing JSY, Lin J, Bosanquet K, Fong DYT, Lok KYW. Meta-analysis of diagnostic properties of the Whooley questions to identify depression in perinatal women. *J Affect Disord*. 2022;315:148–155.
57. Vergnaud M. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde [thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux, U.F.R. des Sciences Médicales ; 2018.
58. Rafferty J, Mattson G, Earls MF, Yogman MW; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics*. 2019 Jan;143(1):e20183260.
59. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HIM, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*. 2004;113(3):551–558.
60. Haute Autorité de Santé (HAS). Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux : note de cadrage. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020. [En ligne]. 25 nov 2020 [consulté le 1 mai 2025]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinataux__mel.pdf
61. Global Alliance for Maternal Mental Health. Global Alliance for Maternal Mental Health [En ligne]. 2023 [consulté le 12 mai 2025]. Disponible : <https://www.gammh.org>
62. Agence régionale de santé Île-de-France. Dépression post-partum : un enjeu de santé publique au cœur des priorités régionales. Saint-Denis La Plaine : ARS Île-de-France ; 2025. [En ligne]. 2025 [consulté le 1 mai 2025]. Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/depression-post-partum-un-enjeu-de-sante-publique-au-coeur-des-priorites-regionales>

ANNEXES

Annexe 1 : “Edinburg Postnatal Scale” EPDS

Date du jour :

Lieu de consultation :

Votre nom :

Nom du consultant :

Votre prénom :

Votre date de naissance :

Date de naissance de votre bébé :

Votre adresse :

Votre N° de Tel :

Questionnaire EPDS d'évaluation d'un état dépressif « Edinburg Postnatal Scale »

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

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant le chiffre correspondant à la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

(1-) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

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

(2-) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

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

(3-) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

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

(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

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

(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

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

(6-) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

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

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

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

(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse

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

(9-) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

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

(10-) Il m'est arrivé de penser à me faire mal

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

Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

I) Les connaissances du médecin généraliste

A- Attrait pour la DPP

- 1) Aujourd'hui la prévalence de la DPP est évaluée aux alentours d'une femme sur six, mais semble clairement sous-estimée d'après les dernières études, qu'en pensez-vous ?
- 2) Quelle est votre appétence au sujet des troubles psychiatriques dans votre patientèle ? De la santé mentale de vos patientes qui viennent d'accoucher ?

B- Utilisation d'aide au diagnostic

- 3) De quoi vous aidez-vous pour affiner votre diagnostic de DPP ?

II) Les pratiques du médecin généraliste

A- Repérage de la DPP en pratique

- 4) Quels sont les éléments auxquels vous êtes particulièrement attentif pour pouvoir suspecter une DPP chez une de vos patientes ?
- 5) Quels sont les éléments sémiologiques que vous pourriez qualifier de « drapeaux rouges » lors d'une suspicion de DPP ? Que mettez-vous en place en conséquence ?
- 6) Si cela vous est déjà arrivé, en quoi la sollicitation de l'entourage vous aide à éclairer votre diagnostic ?
- 7) Quels retentissements percevez-vous sur l'enfant lorsque vous suspectez une DPP chez la mère ?

B- Techniques de communication utilisées

- 8) Lorsque vous suspectez une DPP, comment en parlez-vous à votre patiente ? En quoi ça pourrait, ou non, être plus difficile à en parler plutôt qu'une dépression ne relevant pas du post-partum ?
- 9) Comment votre patiente réagit-elle face à l'annonce d'une probable DPP ? et son entourage ?

- 10) Quels pourraient être les freins, s'ils existent, de la patiente pour exprimer son mal-être psychologique ?

C- Sensibilisation aux facteurs de risque

- 11) Quels facteurs de risque vous interpellent pour repérer vos patientes qui sont plus susceptibles de développer une DPP au sein de votre patientèle ?
- 12) Comment changez-vous vos pratiques en conséquence ?

III) Place des outils spécifiques validés pour le repérage

A- Freins/Leviers au repérage de la DPP

- 13) Quels pourraient être les principaux freins, selon vous, qui expliqueraient une si faible prévalence de la DPP au sein de la population ?
- 14) Quels sont, s'il existent, les principaux leviers déjà mis en place ?
- 15) Selon vous, que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans le repérage de la DPP ?

B- Utilisation de questionnaire spécifique

- 16) Que connaissez-vous comme outils de repérage pour la dépression du post-partum ?
- 17) Aujourd'hui, une des règles de bonne pratique pour le dépistage de la DPP est l'utilisation d'un questionnaire de référence, l'EPDS-10 qui est une échelle de 10 questions permettant d'obtenir un score qui valide ou non la suspicion de DPP en moins de 3 min, dans quelle mesure ce questionnaire pourrait être mis en pratique dans votre activité ?

C- Connaissance des outils validés scientifiquement

- 18) De quoi auriez-vous besoin pour améliorer vos pratiques concernant le repérage de la DPP dans votre patientèle ?
- 19) Que pensez-vous de votre formation (universitaire et continue) pour repérer la DPP ? En quoi une formation sur la DPP pourrait être contraignante pour vous ?

Annexe 3 : Lettre d'information

" Bonjour,

Avant de commencer, j'aimerais déjà vous remercier pour le temps que vous m'accordez ainsi que votre intérêt pour mon travail de recherche.

Je suis Julien Vachet, étudiant de 3^e cycle en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur le repérage de la dépression du post-partum dans la pratique de la médecine générale. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les attitudes et les pratiques des médecins généralistes au sujet de la dépression du post-partum au sein de leur patientèle. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un médecin généraliste thésé et exerçant dans la région des Hauts de France (critère d'inclusion).

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2024-107 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Je vais me permettre de vous poser quelques questions pour lesquelles les réponses se devront être le plus libre et exhaustive possible. Gardons en tête qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Tous nos échanges sont enregistrés à l'aide deux supports numériques différents qui sont posés sur la table afin d'optimiser l'enregistrement de nos échanges.

Lors de notre entretien, je serai amené à regarder mes notes et à en prendre également. Il ne faudra pas vous sentir juger, sentez-vous libre d'exprimer votre point de vue de manière la plus authentique possible.

Merci à vous ! "

Annexe 4 : Arbre de codage NVIVO

Fichiers = nombre de médecins évoquant la propriété

Références = nombre de verbatims pour chaque propriété

Nom	Fichiers	Références
1 - Repérer - Aborder	13	53
2 - Approche centrée du patient par le MG	13	338
3 - Repérer par le prisme de la connaissance fine de la patiente	13	423
4 - Repérer par le prisme de ses propres représentations et croyances	13	404
5 - Les outils de repérage - régulateur du repérage	13	283
6 - Facteurs favorisant le repérage	12	89
7 - Se sensibiliser - Etre sensibilisé	13	228
8 - Implication des acteurs de la périnatalité	10	72
1 - Repérer - Aborder	13	53
1-1 Se sentir concerné par le repérage de la DPP	12	37
Avis sur la prévalence de la DPP	12	37
Accepter la sous évaluation de la DPP	5	7
Etre étonné de la prévalence aussi haute de la DPP	8	12
Ne pas être étonné de la prévalence aussi haute de la DPP	4	5
S'interroger sur sa pratique en découvrant la prévalence de	6	13
Prendre à coeur ce sous repérage en pratique	1	2
Reconnaître de ne pas assez repérer même en étant for	1	2
Reconnaître de ne pas repérer assez	3	5
Se remettre en cause	2	2
Se sentir concerné pour mieux repérer	2	2
1-2 Repérer la DPP de manière systématique lors d'une consultati	2	4
Prévoir une consultation pour repérer la DPP à 1 mois	1	3

☐ - ○ 1-3 Aborder la DPP de manière systématique	2	7
○ Aborder la DPP à plusieurs consultations lors de la grossesse	1	1
☐ - ○ Faire des consultations pré-natales en abordant la DPP	1	1
○ Parents non réceptifs avant l'accouchement	1	1
☐ - ○ Prendre en charge de manière globale lors de la cs du 8e jour	1	5
○ Donner des informations pour s'adapter à l'enfant	1	1
○ Permettre aux parents de se livrer par la suite	1	1
○ Prévenir des difficultés	1	1
○ Recueillir le vécu des parents de la maternité et rassurer	1	1
○ rechercher un terrain de confiance	1	1
☐ - ○ 1-4 Etre influencé par sa pratique de la périnatalité - gynéco	2	5
○ Etre influencé par sa pratique périnat-gynéco pour se sensibilis	2	2
○ Ne pas faire de prévention anté-natale car peu de suivi de gros	1	1
☐ - ○ 2 - Approche centrée du patient par le MG	13	338

☐ - ○ 2-1 Valoriser les soins primaires	6	7
○ Etre le premier contact pour la patiente	4	4
○ Etre présent durant le post-partum	1	1
○ Etre un acteur des soins primaires	2	2
☐ - ○ 2-2 Avoir une relation privilégiée avec le patient et son entourage	8	20
○ Connaître le fonctionnement des familles	3	6
○ Connaître les patients	8	11
○ Etre un confident	3	3
☐ - ○ 2-3 Assurer le suivi et la continuité des soins	5	6
○ Repérer par le suivi du nourrisson	5	6

2-4 Coordonner les soins	13	140
○ Coordonner les soins	1	2
○ Orienter vers d'autres professionnels de santé	13	136
○ Appeler hôpital bénéficiant d'une unité mère-enfant pour a	1	1
○ Appeler pour orienter	5	5
○ Devoir prendre de bonnes décisions	1	2
○ Difficulté CMP	2	3
○ Obtenir un rdv CMP dans un délai trop lointain	2	3
○ Difficulté suivi psychologue	4	6
○ Ne pas se permettre un suivi psychologue sur le plan fin	4	5
○ Obtenir une consultation psy dans un délai trop lointain	1	1
○ Difficultés des PMI	0	0
○ Etre limité dans le champs d'action des PMI	1	1
○ Manquer d'échanges avec la PMI	1	1
○ Difficultés orientation psychiatrie	4	17
○ Craindre les retentissements de la séparation mère-enfa	1	2
○ Interagir avec un psychiatre pour un avis	2	4
○ Manquer d'un réseau de psychiatres à sa disposition	1	1
○ Manquer de places d'hospitalisation	2	2
○ Méconnaître la sectorisation en psychiatrie	1	1
○ Obtenir un rdv trop éloigné	2	3
○ Prendre en charge uniquement les pathologies psychiat	1	1
○ Spécialistes privilégiés pour obtenir une place en hospit	1	1
○ Ecrire au courrier d'adressage au CMP pour obtenir un délai	1	1
○ Etre contraint à faire le suivi si la patiente refuse l'adressage	1	1
○ Etre entouré par d'autres professionnels	1	1
○ Manquer d'un retour après l'orientation	2	2
○ Méconnaître l'orientation	3	9
○ Ne pas avoir les compétences requises en tant que MG pou	1	1
○ Orienter vers d'autres professionnels par souci de compéte	2	3
○ Orienter vers la PMI	2	5
○ Orienter vers le psychiatre	6	9
○ Adresser auprès de la maternité	1	1
○ Considérer le psychiatre en tant que professionnel indis	2	2
○ Etre en difficulté par rapport aux psychotropes si allaite	1	1
○ Faciliter l'adressage par la présence d'un psychiatre dan	1	1
○ Orienter vers le psychologue	7	13
○ Considérer le psychologue comme professionnel indis	2	2
○ Disposer des réseaux nécessaires	1	1
○ Faciliter l'adressage par la présence d'une psychologue	3	3
○ Obtenir un rdv rapidement	1	1
○ Posséder des compétences pour prendre en charge	1	1

☐	Orienter vers les urgences pédiatriques pour protéger l'enfant	1	1
☐	Orienter vers un CMP	7	7
☐	Orienter vers un gynécologue	1	1
☐	Orienter vers un pédiatre	1	1
☐	Proposer des groupes d'échanges aux patientes	1	2
☐	Proposer des numéros d'aide et d'écoute à la patiente	1	1
☐	Reconsultation par MG	9	33
☐	Avoir conscience de ses limites dans la prise en charge	3	3
☐	Imposer un rdv de reconsultation à la patiente	1	2
☐	Mettre en place un suivi plus rapproché	3	3
☐	Pretexter le suivi pédiatrique	2	4
☐	Proposer une consultation avec la patiente sans son enf	4	8
☐	Proposer une double consultation	2	2
☐	Rallonger la durée de la cs	1	1
☐	Se rendre disponible	2	2
☐	Se sentir capable de prendre en charge	3	3
☐	Rendre la prise en charge pluridisciplinaire	2	3
☐	Réadresser auprès de la maternité	1	2
☐	Savoir déléguer envers d'autres professionnels	1	1
☐	Se soucier du bien-être de l'enfant	4	5
☐	Se poser des limites	2	2

☐	2-5 Intégrer la globalité dans la prise en charge - Bio-Psycho-Social	13	77
☐	Affinité psychiatrie	7	16
☐	Etre en demande de connaissances	1	1
☐	Etre face à une forte demande en psychiatrie en médecine	3	3
☐	Intégrer des consultations à motif psychiatrique dans sa pra	1	2
☐	Prendre en charge la santé mentale pour santé globale	2	3
☐	Rechercher une souffrance psychologique derrière souffran	1	2
☐	Repérer malgré manque de formation	1	1
☐	S'investir dans la prise en charge psy	2	2
☐	Se former à la TECC	1	1
☐	Elargir le motif initial	6	12
☐	Manquer de vigilance	1	1
☐	Prendre en charge de manière globale	4	5
☐	Prendre en charge de manière globale lors de la cs du 8e jo	1	4
☐	Donner des informations pour s'adapter à l'enfant	1	1
☐	Prévenir des difficultés	1	1
☐	Recueillir le vécu des parents de la maternité et rassure	1	1
☐	rechercher un terrain de confiance	1	1
☐	Prendre le patiente dans sa globalité	1	2
☐	Etre soucieux de rechercher une maltraitance infantile	5	7

☐	Etre une alternative à la SF	1	1
☐	Prévenir les retentissements sur le nourrisson par le repérage d	2	2
☒	☐ S'intéresser à la périnatalité pour une prise en charge globale	12	22
☐	☐ Adresser aux autres professionnels car délai de consultation	1	1
☐	☐ Dépister la maltraitance infantile	7	8
☐	☐ Observer le comportement du couple pour dépister la DPP	1	1
☐	☐ Poser des questions en fonction de la présentation de la pat	1	1
☐	☐ Poser des questions en parallèle de l'examen du nourrisson	1	1
☐	☐ Poser systématiquement des questions pour dépister la DP	2	2
☐	☐ Prévoir une double consultation mère-enfant pour dépister	1	1
☐	☐ S'assurer de l'équilibre familial	1	1
☐	☐ S'intéresser à l'état psychique de la mère après quelques co	2	2
☐	☐ S'intéresser à la parentalité	1	1
☐	☐ Se préoccuper de l'état psychologique de la femme pour év	1	1
☐	☐ Se sentir obligé de s'y intéresser à la santé mentale de la m	1	1
☒	☐ S'interroger sur les diagnostics différentiels	8	17
☐	☐ Confondre DPP avec adaptation physiologique de l'arrivée	1	1
☐	☐ Confondre DPP avec l'envie de rester avec son enfant pour l	1	1
☐	☐ Confondre DPP avec la fatigue physiologique de la femme v	3	3
☐	☐ Confondre DPP avec les angoisses de la primipare	1	1
☐	☐ Confondre DPP avec post partum blues	2	3
☐	☐ Confondre DPP et maltraitance infantile	1	1

☒	☐ Diagnostics différentiels du retrait relationnel	1	6
☐	☐ Rechercher une DPP du père	1	1
☐	☐ S'inquiéter de l'état de santé de ses propres parents	1	2
☐	☐ Se détacher pour se protéger de vivre une situation diffi	1	1
☐	☐ Suspecter de la violence conjugale	1	1
☐	☐ Rechercher la psychose puerpérale	1	1
☒	☐ 2-6 S'approprier les actions de prévention et de dépistage	6	17
☐	☐ Avoir un rôle crucial dans le repérage	5	5
☐	☐ Repérer mais pas prendre en charge	1	2
☐	☐ S'approprier la prévention en MG	1	1
☐	☐ S'approprier le dépistage en MG	3	6
☐	☐ Se sentir coupable du défaut de repérage	1	1
☒	☐ 2-7 Avoir une approche personnalisée	1	1
☐	☐ Personnaliser le repérage en soins primaires	1	1
☒	☐ 2-8 Savoir repérer l'urgence	11	70
☒	☐ Critères	11	46
☐	☐ Acte autoagressif	2	2
☐	☐ Aspect catatonique	2	2
☐	☐ ATCD violences	1	1
☐	☐ Comportement particulier en entretien	2	4

☐	Considérer son nourrisson comme étranger	2	3
☐	Difficulté dans la prise en charge de l'alimentation du bb	1	1
☐	Difficultés socio-économiques	1	1
☐	Distanciation vis-à-vis du bb	1	1
☐	Dévalorisation personnelle importante	2	2
☐	Etre indifférente à son enfant	2	2
☐	Etre à bout	1	1
☐	Exprimer des IDS	6	6
☐	Infanticide	1	1
☐	Isolement	1	1
☐	Maltraitance sur enfant	4	4
☐	Manifestations somatiques de la dépression	1	1
☐	Négligence envers l'enfant	1	1
☐	Pleurs incessants de la maman	1	1
☐	Rechercher la psychose puerpérale	2	4
☐	Rejeter l'enfant	2	2
☐	Retrait relationnel bb majeur	1	1
☐	Se réfugier dans les addictions	1	1
☐	Se sentir dépassée	1	1
☐	☐ Evaluer de manière globale la patiente	1	4
☐	☐ Avoir l'avis d'un psychologue	1	3
☐	☐ Questionnaire Hamilton	1	1

☐	Ne jamais avoir été confronté	2	2
☐	Obtenir un délai raisonnable pour une place en hospitalisation	1	1
☐	☐ Orientation	7	17
☐	☐ Appeler l'Hôpital	4	9
☐	☐ Connaître les délais et les critères d'hospitalisation	1	1
☐	☐ protéger l'enfant	1	1
☐	☐ Appeler un psychiatre	2	3
☐	☐ Prendre avis auprès d'un psychiatre	2	3
☐	☐ Prendre contact avec un psychiatre si hors horaires de g	1	1
☐	Eviter d'orienter aux urgences pour l'attente	1	1
☐	Orienter auprès du CMP	1	1
☐	Prévenir le senior de garde des urgences	1	1
☐	☐ Surveiller la patiente et le nourrisson par le MG	1	2
☐	☐ Prise de poids du bb	1	1
☐	☐ questionnement sur vie relationnelle	1	1
☐	☐ 3 - Repérer par le prisme de la connaissance fine de la patiente	13	423
☐	☐ 3-1 Etre alerté par les symptômes de la patiente	13	73
☐	Faire ressurgir un passé traumatique de leur propre enfance	4	4
☐	☐ Rechercher les signes cliniques de DPP chez la patiente	12	54
☐	Aboulie	1	1

☐	absence joie	2	2
☐	angoisses	4	4
☐	atcd psy	1	1
☐	Athymie	2	2
☐	causes refus allaitement	1	1
☐	communication couple	1	1
☐	crainte mauvaise mère	1	1
☐	Culpabilité	3	3
☐	Difficultés envers son enfant et couple	1	1
☐	Débordée par les tâches du quotidien	2	3
☐	dévalorisation pers	1	1
☐	enfant coupable de son état	1	1
☐	fatigue	3	4
☐	femme primipare	1	1
☐	Fragilité	1	1
☐	irritabilité	1	1
☐	isolement	2	3
☐	mauvais vécu accouchement	1	1
☐	mauvaise mine	1	1
☐	mutisme	1	1
☐	Ne présente pas son enfant avec fierté	2	2
☐	non verbal	1	1
☐	Négligence	2	2
☐	patiente qui viendrait d'elle-même pour son mal-être	1	1
☐	pics de fréquence	1	1
☐	pleurs	6	6
☐	Sommeil perturbé	1	1
☐	souci de perfection	2	2
☐	Tension couple	1	1
☐	Tolérance aux pleurs du bb	1	1
☐	Trouble de l'alimentation	1	1
☐	☐ Transférer son mal-être par une inquiétude démesurée sur le no	5	15
	☐ Etre inquiète de manière démesurée	2	2
	☐ Inadéquation avec entourage	1	1
	☐ Manquer d'optimisme sur la situation	1	1
	☐ Penser que le refus d'allaitement vient du nourrisson	1	2
	☐ Reconsulter plusieurs fois pour son nourrisson qui va bien fi	3	5
☐	☐ 3-2 Etre alerté par les symptômes du nourrisson	12	26
	☐ Etre moins fusionnel avec sa mère	1	1
	☐ Etre soucieux de rechercher une maltraitance infantile - Diag di	5	6
	☐ Etre vigilant sur l'alimentation et le sommeil	1	1
	☐ Pleurer sans raison particulière	2	3

☐	Rechercher le retrait relationnel	3	5
☐	Rechercher une altération des interactions envers son environn	5	5
☐	Repérer un développement psycho-moteur anormalement plus r	1	1
☐	S'interroger si cassure courbe staturo-pondérale	1	1
☐	Utiliser une échelle d'évaluation du retrait relationnel du nourris	2	3
☐	☐ 3-3 Connaître l'entourage et la patiente	13	81
☐	☐ Connaître la patiente facilite le repérage	10	30
☐	Aiguiser le feeling	1	2
☐	Connaître la patiente	8	11
☐	Connaître les réactions attendues de la patiente devant l'an	2	2
☐	Connaître suffisamment la patiente	2	2
☐	Etre aidé par la connaissance du fonctionnement familial	3	4
☐	Etre alerté par l'entourage pour l'aborder	1	1
☐	Etre davantage sensible au non verbal	2	2
☐	Ne pas repérer même si bonne connaissance de la patiente	2	2
☐	Observer la patiente	1	1
☐	Observer le comportement du couple	1	1
☐	S'intéresser à la manière dont le couple communique entre	2	2
☐	Etre alerté par la secrétaire médicale du cabinet qui connaît la p	1	1
☐	☐ Etre en contact avec l'entourage facilite le repérage	10	34
☐	☐ Craintes du MG s'il sollicite l'entourage	4	5
☐	Craindre la fausse réassurance de la tierce personne	1	1
☐	Déroger au secret médical si enfant en danger	2	2
☐	Respecter le secret médical	2	2
☐	☐ Etre alerté par l'entourage	9	27
☐	☐ Etre mal-à-l'aise de recevoir l'avis de l'entourage	2	3
☐	Etre mal-à-l'aise de recevoir l'avis de l'entourage av	1	1
☐	Etre mal-à-l'aise de recevoir l'avis de l'entourage sa	1	2
☐	☐ Etre sollicité par l'entourage	9	24
☐	Etre sollicité par l'entourage en cs	7	7
☐	Etre sollicité par l'entourage pour leurs inquiétudes	8	16
☐	Prendre en compte l'avis de l'entourage pour côter i	1	1
☐	☐ Solliciter l'entourage	2	2
☐	Appeler l'entourage pour avoir leur avis que si gravité	1	1
☐	Demander l'accord de la patiente pour avoir l'avis de l'e	1	1
☐	Demander à voir le papa seul	1	1
☐	Obtenir des informations que si présence de la patiente	2	2
☐	Prendre contact avec l'entourage si gravité	1	1
☐	Solliciter l'entourage pour recherche d'objectivité	1	1
☐	☐ Se livrer à son MG facilite le repérage en tant que patiente	9	16
☐	Accepter avec nécessité de temps	3	3

☐	Avoir confiance envers son MG pour se livrer	1	1
☐	Etre aidé par le MG pour valider le ressenti de l'entourage	1	1
☐	Etre aidé par le MG pour valider son ressenti	3	3
☐	Exprimer leurs difficultés	1	1
☐	Faire pleurer	2	2
☐	Ne pas douter de la bienveillance MG	1	1
☐	Ne pas sentir de colère	1	1
☐	Se sentir comprise par son MG	1	1
☐	Se sentir soulagée	1	1
☐	Trouver une cause par le MG c'est accepter plus facilement l	1	1
☐	☐ 3-4 Mettre en place ses propres astuces	10	48
☐	☐ Astuces utilisées pour aborder	1	4
☐	☐ Aborder en utilisant les symptômes du nourrisson	1	2
☐	☐ Privilégier plusieurs consultation pour éviter le trop plein d'i	1	2
☐	☐ Astuces utilisées pour repérer	10	37
☐	☐ Bousculer la patiente pour obtenir plus d'informations	1	1
☐	☐ Etre sensible au feeling	4	6
☐	☐ Etre vigilant au non verbal	2	2
☐	☐ Observer	6	14
☐	☐ Observer la patiente	3	5
☐	☐ Observer le comportement du couple	2	2
☐	☐ Observer le mari	1	1
☐	☐ regard partagé avec bébé	1	2
☐	☐ Pretexter le suivi pédiatrique pour revoir la patiente	2	4
☐	☐ Questionner en parallèle de l'examen du nourrisson	1	1
☐	☐ Reformuler et vulgariser les items de l'EPDS lors de la cs	2	2
☐	☐ S'intéresser à la manière dont le couple communique entre	3	3
☐	☐ Sur-évaluer les symptômes par crainte de mal repérer	1	1
☐	☐ Utiliser une échelle d'évaluation du retrait relationnel du no	2	3
☐	☐ Proposer de se revoir	4	7
☐	☐ Faire l'EPDS lors d'une consultation dédiée	1	1
☐	☐ Imposer une consultation avec la maman seule	1	1
☐	☐ Mettre en place une double consultation	1	1
☐	☐ Rapprocher le suivi en pretextant un motif pédiatrique	2	4
☐	☐ 3-5 Rechercher une altération du lien mère-enfant	8	19
☐	☐ Etablir un lien avec son enfant	1	3
☐	☐ Etre moins fusionnel avec sa mère	1	1
☐	☐ Habiller - deshabiller son enfant	3	3
☐	☐ interactions mère-enfants absentes	3	3
☐	☐ Manquer d'instinct protecteur	1	1
☐	☐ Ne présente pas son enfant avec fierté en consultation	2	2
☐	☐ Regarder son enfant	1	2
☐	☐ Rejeter l'enfant	3	3
☐	☐ Rendre son enfant coupable de son mal-être	1	1

3-6 Faciliter repérer-aborder par la connaissance des facteurs de ris	13	176
Connaître les FDR de la patiente - HS	13	114
Freins de la prévention anténatale	1	1
patientes non accessibles en anténatal	1	1
Ne pas être vigilant sur l'identification des facteurs de risque	1	3
manquer d'expérience	1	2
pas avant grossesse	1	1
pensés par MG	13	106
Absence conjoint	6	7
Acceptation absence conjoint	2	2
accouchement traumatique	1	1
adoption	2	2
atcd enfant handicapé	1	1
atcd fam DPP	1	1
atcd familiaux dépression	1	3
atcd perso DPP	3	3
ATCD perso psy	9	21
Anorexie mentale	1	1
Bipolarité	1	1
Dépression	7	9
Schizophrénie	1	1
Trouble anxieux	1	1
TSPT	1	1
Découverte tardive grossesse	2	2
Déni de grossesse	2	2
Dépression du père	1	2
Enfance personnelle difficile	1	3
Placée	1	1
violence	1	1
enfant handicapé	1	2
enfant préma	1	1
famille monoparentale	2	2
Femme très active - sur régime	1	1
grossesse compliquée	4	4
Grossesse non désirée	1	1
grossesses ultérieures compliquées	2	2
isolement social	7	10
multiparité	4	5
multiples cs	1	1
Parcours PMA	2	2
partage charge mentale non équitable	1	1
passé abandonnique	1	2

☐	patiente jeune	1	1
☐	Pleurs incessants du bébé	1	1
☐	Primiparité	2	3
☐	recherche vulnérabilité maman	1	2
☐	Situation familiale compliquée	5	6
☐	stress après dernier accouchement	1	1
☐	Touche tout le monde	2	2
☐	transfert mal-être sur bébé	1	1
☐	violence couple	2	2
☐	Vulnérabilité économique	2	3
☐	Retrouver les FDR de manière logique	1	1
☐	☐ Connaître les FDR pour aborder la DPP - rôle facilitateur	6	7
☐	Aborder ses inquiétudes concernant l'enfant	1	1
☐	Aborder si atcd familiaux de DPP	1	1
☐	Aborder si atcd familiaux de dépression	1	1
☐	Aborder si atcd perso psy	1	1
☐	Aborder si isolement	2	2
☐	Orienter vers PMI si FDR pour éviter que ça s'empire	1	1
☐	☐ Connaître les FDR pour s'aider à repérer la DPP - Rôle facilitateur	13	55
☐	☐ Etre amené à se questionner - Prévention secondaire	0	0
☐	Adoption	2	2
☐	☐ ATCD perso psy	9	21
☐	Anorexie mentale	1	1
☐	Bipolarité	1	1
☐	Dépression	7	9
☐	Schizophrénie	1	1
☐	Trouble anxieux	1	1
☐	TSPT	1	1
☐	Enfance difficile	1	1
☐	Femme très active - sur régime	1	1
☐	Isolement social	7	10
☐	Parcours PMA	2	2
☐	Partage charge mentale non équitable	1	1
☐	Passé abandonnique	1	2
☐	Se questionner en cas d'isolement de la maman	8	11
☐	☐ Se questionner par connaissance de l'environnement fa	10	16
☐	Dépression du conjoint	1	2
☐	multiparité	2	2
☐	Primiparité	2	3
☐	Se questionner par rapport au niveau socio-économique	1	1
☐	Se questionner si absence du père	7	10
☐	Si stress après dernier accouchement	1	1
☐	Etre davantage sensible par la suite - standardiser pour ne	1	1

☐ ☐ Etre freiné pour faire de la prévention primaire	0	0
☐ ☐ Non accessibilité des parents en anténatal	1	1
☐ ☐ Faire évoluer ses moyens de repérage si connaissance des F	12	51
☐ ☐ Aborder la DPP de manière plus intensive sur prochaine	1	2
☐ ☐ Besoin de se sensibiliser	1	1
☐ ☐ Briefer l'interne d'être vigilant	1	1
☐ ☐ Donner des conseils à la patiente - Prévention secondai	4	9
☐ ☐ Convaincre d'avoir un suivi psy	1	1
☐ ☐ Délaisser tâches ménagères à l'entourage	1	1
☐ ☐ Encourager le soutien de l'entourage	2	3
☐ ☐ Favoriser les activités personnelles	1	1
☐ ☐ Proposer de la TECC	1	1
☐ ☐ Prévenir la maltraitance infantile	2	2
☐ ☐ Faire le point pendant la grossesse et après l'accouche	1	4
☐ ☐ Faire preuve de vigilance par la suite - Rester alerte	8	14
☐ ☐ Mettre en garde la patiente	1	1
☐ ☐ Méconnaître des moyens de prévention	1	1
☐ ☐ Orienter vers son médecin traitant	1	1
☐ ☐ Pas de traitement préventif	1	1
☐ ☐ Prendre un temps court à chaque cs nourrisson	1	1
☐ ☐ Questionner leur quotidien à la recherche d'une aide de	1	1
☐ ☐ Rapprocher le suivi	2	4
☐ ☐ Se rendre disponible - FDR	6	8
☐ ☐ Standardiser vs personnaliser le repérage	1	1
☐ ☐ Ne pas être vigilant sur l'identification des facteurs de risque	1	2
☐ ☐ manquer d'expérience	1	2
☐ ☐ Penser aux FDR pendant la grossesse et non avant	0	0
☐ ☐ Retrouver les FDR de manière logique	1	1
☐ ☐ 4 - Repérer par le prisme de ses propres représentations et croyances	13	404
☐ ☐ 4-1 Les croyances - représentations du MG	13	187
☐ ☐ Propres représentations de sa pratique par le MG	11	35
☐ ☐ Aborder les symptômes de la DPP - sujet tabou	1	1
☐ ☐ Aborder un sujet tabou	2	6
☐ ☐ Annoncer une situation négative sur une situation positive	2	4
☐ ☐ Appréhender de citer le mot dépression	2	3
☐ ☐ Appréhender pour parler de psychologue	1	1
☐ ☐ Avoir peur de faire culpabiliser	3	3
☐ ☐ Avoir peur de la réaction de la patiente	2	7
☐ ☐ Avoir peur de prendre de mauvaises décisions AR	1	2
☐ ☐ Connaître suffisamment la patiente	2	2
☐ ☐ Manquer d'objectivité pour évaluer les conséquences sur le	1	1

☐	Minimiser les symptômes de DPP	3	4
☐	Ne pas y penser par la joie que doit procurer l'arrivée d'un enfant	1	1
☒	Représentations des freins de la femme à exprimer par son mal-être par	13	70
☐	Accepter la non participation du conjoint	1	1
☐	Avoir peur de la minimisation des symptômes par le médecin génér	2	3
☐	Avoir peur du jugement	3	3
☐	Avoir peur du préjugé de la femme hystérique	1	1
☐	Avoir peur du retrait de l'enfant	1	1
☐	Cacher la souffrance psychologique derrière la souffrance physique	1	1
☐	Devoir suivre le modèle social de réussite et de conformisme	1	2
☐	Donner courrier de gynéco à la fin de la cs	1	1
☐	Etre confrontée à une situation paradoxale	2	2
☐	Etre mal à l'aise pour parler des difficultés à établir un lien avec son	1	1
☐	Etre occupée à s'occuper de l'enfant lors de la cs	1	1
☐	Manquer de lucidité par rapport à leur état	1	1
☐	Minimiser son mal-être	3	4
☐	Méconnaître les connaissances en psychiatrie du médecin généralis	1	1
☐	Ne compter que sur elle	1	1
☐	Ne pas consulter le médecin généraliste par manque de temps	4	7
☐	Ne pas en parler spontanément en consultation	5	6
☐	Ne pas exprimer le non verbal	1	1
☐	Ne pas s'autoriser à aller mal par pression de l'entourage	1	2
☐	Ne pas s'autoriser à aller mal par pression sociale	3	6
☐	Ne pas savoir discerner fatigue réactionnelle à l'arrivée d'un enfant	1	1
☐	Ne pas se livrer au médecin de famille car trop de proximité	1	1
☐	Ne pas se sensibiliser	1	1
☐	Poursuivre le modèle patriarcal	1	1
☐	Prioriser la santé de son enfant par rapport à la sienne	5	6
☒	Préférer faire la cs du post-partum avec la SF	1	3
☐	Consulter d'autres professionnels que MG pour la cs du post-pa	1	1
☐	Refuser d'accepter le diagnostic pour ne pas culpabiliser	1	1
☐	Ressentir un échec social si se livre par rapport à son mal-être	4	5
☐	Se sentir coupable	4	5
☒	Représentations des retentissements du nourrisson de la DPP par le MG	5	6
☐	Imaginer les retentissements sur l'avenir de l'enfant - être plus encla	1	2
☐	Imaginer un nourrisson qui pleure beaucoup sans raison particulièr	1	1
☐	Imaginer un retard psycho-moteur	2	2
☐	Imaginer une certaine négligence	1	1
☒	Représentations du MG de la réaction de la patiente après avoir abordé	2	4
☐	Faire preuve de mutisme malgré empathie du MG - Représentation	1	1
☐	Rejeter le diagnostic	1	2
☐	Se livrer si MG fait preuve d'empathie	1	1
☒	Représentations du système de santé par le MG	3	17
☐	Exiger trop de connaissances - compétences des MG	2	6

☐	○ Limiter le temps de formation des MG	2	2
☐	○ Manquer de réseau et structures dédiées à la DPP en France	1	1
☐	○ Manquer de subventions pour la DPP	1	1
☐	○ Ne pas former les MG au repérage de la DPP	1	1
☐	○ Ne pas investir dans la santé mental pour souci économique	1	4
☐	○ Limiter les arrêts de travail	1	1
☐	○ Ne pas accepter le remboursement des séances de psy	1	1
☐	○ pas revalorisation cs dédiée	1	1
☐	○ Réduire le temps de consultation	1	1
☐	○ Représentations société par le MG	8	14
☐	○ Devoir suivre un modèle social de réussite et de conformisme	2	2
☐	○ Ne pas être sensibilisé à la DPP	2	2
☐	○ Pousser les jeunes mères à ne pas reprendre le travail par insuffisan	1	1
☐	○ S'isoler davantage par éloignement géographique	1	1
☐	○ Subir la pression sociale concernant la charge mentale de la femme	4	6
☐	○ Suivre le modèle patriarcal	1	1
☐	○ Surrévaluer les symptômes de la femme	1	1
☐	○ Se représenter la DPP en tant que MG	13	25
☐	○ Avoir été confronté à une DPP dans son exercice	13	16
☐	○ Non	3	4
☐	○ Oui	10	12

☐	○ Connaître les pics de fréquence	3	3
☐	○ Etre davantage en contact avec d'autres pathologies du post-partu	1	2
☐	○ angoisses du post-partum	1	1
☐	○ Stress du post partum	1	1
☐	○ Guérir de la DPP	2	2
☐	○ La voir comme un phénomène transitoire	1	1
☐	○ Se représenter la patiente atteinte de DPP	2	2
☐	○ Se sentir mal-à-l'aise pour aborder la santé mentale	4	10
☐	○ Etre mal à l'aise avec la psychiatrie	2	2
☐	○ Ne pas soutenir correctement	1	1
☐	○ 4-2 Avoir des habilités communicationnelles - bilatéral influencées par ses	13	143
☐	○ Améliorer ses habilités communicationnelles par jeux de rôle	1	1
☐	○ Annoncer DPP vs annoncer Dépression classique	10	26
☐	○ + difficile DPP	8	20
☐	○ Annoncer une situation négative sur une situation positive	2	4
☐	○ Craindre l'incompréhension de la patiente	1	1
☐	○ Etre un sujet tabou	2	3
☐	○ Faire culpabiliser	3	4
☐	○ Réfléter la pression sociale sur la femme	2	2
☐	○ S'occuper de la mère et de l'enfant	2	2
☐	○ Séparer la mère de son enfant	3	4

☐ + difficile la dépression classique	4	6
☐ Etre plus à l'aise à l'aborder par rapport à une dépression classi	2	2
☐ Permettre à la patiente de comprendre sa détresse en trouvant l	4	4
☐ Manières d'aborder de l'entourage	1	1
☐ Banaliser la situation par l'entourage	1	1
☐ Manières d'aborder du MG	13	112
☐ Aborder de manière directe	4	4
☐ Aborder ouvertement la DPP	1	1
☐ Aborder à partir d'une remarque	2	2
☐ Adapter ses questions à la patiente	2	2
☐ Améliorer ses capacités communicationnelles	1	1
☐ Avoir une sensibilité à faire parler les patientes de leur mal-être	1	1
☐ Balayer les symptômes de la DPP avec la patiente	1	1
☐ Creuser pour obtenir les informations	6	12
☐ Devoir convaincre inlassablement la patiente	1	1
☐ Donner de l'espoir	1	1
☐ Déculpabiliser	8	12
☐ Eprouver des difficultés à aborder la DPP	1	1
☐ Etre destabilisé pour décrire le non verbal	1	1
☐ Etre démuni pour obtenir la confiance de la patiente à se livrer	3	3
☐ Etre prudent sur l'utilisation des mots	4	4
☐ Etre prudent sur l'utilisation des mots AV	4	4
☐ Etre soutenant	7	11
☐ Etre à l'écoute de la patiente	1	1
☐ Eviter de dire le mot dépression	2	2
☐ Exprimer de l'empathie	1	1
☐ Faciliter l'expression du mal-être de la patiente	1	1
☐ Faire cheminer la patiente	3	4
☐ Faire pleurer	2	2
☐ Lire les messages subliminaux lancés par la patiente	1	2
☐ Ne pas poser de question	2	2
☐ Ne pas poser les bonnes questions	3	4
☐ Poser des questions fermées	1	1
☐ Poser des questions ouvertes	10	14
☐ Proposer de voir leur médecin traitant	1	1
☐ Préférer parler de dépression plutôt que de DPP	1	2
☐ Questionner lorsque la patiente est le plus vulnérable	2	3
☐ Questionner sur l'allaitement pour affiner la prise en charge	1	1
☐ Rester ouvert sur les possibilités diagnostics	1	1
☐ Savoir identifier le motif caché	3	3
☐ Tirer les vers du nez	1	3
☐ Tourner autour du pot	1	2
☐ 4-3 Se rendre disponible	12	61

☐ ☐	Focaliser l'attention sur le nourrisson	7	10
☐ ☐	Prioriser les informations concernant le nourrisson	6	8
☐ ☐	Se rendre disponible - charge mentale	1	1
☐ ☐	Se rendre disponible - émotions	1	2
☐ ☐	Se rendre disponible - temps	12	48
☐ ☐	Basculer sur la double consultation	4	6
☐ ☐	Devoir se dégager du temps pour aborder la DPP	2	2
☐ ☐	Etre soutenant	7	11
☐ ☐	Manquer d'organisation	1	1
☐ ☐	Ne pas pouvoir reprogrammer un rdv dans un délai raisonnable	2	2
☐ ☐	4-4 Se désintéresser de la psychiatrie	6	13
☐ ☐	Donner plus de moyens à la recherche sur la santé mentale	1	1
☐ ☐	Désintérêt des MG	5	10
☐ ☐	Etre mal à l'aise avec la psychiatrie	1	1
☐ ☐	Manquer d'intérêt pour la psychiatrie	3	3
☐ ☐	Manquer de compétence pour troubles psy importants	1	1
☐ ☐	Ne pas se sentir concerné par la psychiatrie	1	1
☐ ☐	Se sentir dépassé par la gestion des psychotropes	1	1
☐ ☐	Se sentir obligé de faire de la psychiatrie	2	2
☐ ☐	Désintérêt du système de santé	1	2
☐ ☐	Dévaloriser la psychiatrie à l'ECN	1	1
☐ ☐	Ne pas encourager la recherche en psychiatrie par rapport aux autr	1	1
☐ ☐	5- Les outils de repérage - régulateur du repérage	13	283
☐ ☐	5-10 Standardiser ou personnaliser le repérage	10	44
☐ ☐	Personnaliser l'EPDS qui est censé être standardisé	1	2
☐ ☐	Repérer sur une population ciblée	9	21
☐ ☐	Etre acteur en soins primaires en tant que MG	1	1
☐ ☐	Etre aussi efficace pour repérer par ses propres questions	3	3
☐ ☐	Intégrer une prise en charge globale centrée sur le patient en MG	3	5
☐ ☐	L'appliquer en fonction de ses propres questions - être orienté par s	3	3
☐ ☐	Personnaliser en MG c'est ne pas utiliser d'outils de repérage	2	3
☐ ☐	Proposer le questionnaire si mal-être de la patiente	4	6
☐ ☐	Repérer sur une population générale	5	21
☐ ☐	Croire que l'on connaît suffisamment la patiente	1	1
☐ ☐	Méconnaître les facteurs de risque	2	3
☐ ☐	Proposer systématiquement le questionnaire	3	4
☐ ☐	Respecter les principes d'un test de dépistage	1	1
☐ ☐	Standardiser comme le repérage de l'autisme en MG	1	1
☐ ☐	Standardiser le repérage	2	5
☐ ☐	Toucher n'importe qui	3	4
☐ ☐	5-1 Connaître des outils d'aide au repérage	13	52

○ Avoir un avis extérieur	6	9
○ Appeler la SF pour avis concernant la cs du post-partum avec la pati	1	1
○ Appeler le CMP pour avis	1	1
○ Appeler le psychiatre pour avis	1	1
○ Avoir besoin d'une aide extérieure	2	2
○ Avoir un avis omnidoc	1	1
○ Prendre avis auprès d'un MG femme	1	1
○ Prendre avis auprès du psychologue de la structure médicale	2	2
○ Etre sensibilisé à l'utilisation d'échelles	4	5
○ Méconnaître un outil d'aide au repérage	4	4
○ Méconnaître un outils spécifique à la DPP	5	8
○ Se contenter de l'entretien médical	2	3
○ Utiliser des outils spécifiques à la DPP	6	16
○ Avoir connaissance de l'existence d'une échelle de DPP	4	5
○ Distribuer l'échelle de la DPP à la patiente	1	2
○ Rechercher l'existence d'une échelle de repérage de la DPP via inter	3	3
○ S'appuyer sur les questions de Wooley	1	2
○ S'appuyer sur une échelle adaptée à la DPP	3	4
○ Utiliser des questionnaires non spécifiques à la DPP	3	5
○ Adapter le questionnaire de Hamilton	1	1
○ S'appuyer sur l'échelle de Hamilton	1	1
○ Utiliser une échelle sur la dépression générale	2	3
○ Utiliser ses connaissances acquises lors de formation	1	1
○ 5-2 Critique des outils	10	59
○ Critique des échelles en MG	7	20
○ Adapter l'utilisation du questionnaire	1	1
○ Ne pas y penser	1	1
○ Oublier le nom des échelles	5	6
○ Personnaliser plutôt que standardiser	3	3
○ Questions inadaptées et froides - besoin de reformulation	2	3
○ Retrouver l'échelle parmi tant d'autres	1	2
○ S'interroger sur l'utilité de l'échelle dans sa pratique	1	3
○ Trouver la bonne échelle au bon moment	1	1
○ Critiques de l'EPDS	9	33
○ Besoin de reformuler les items	1	1
○ Connaître le moment pour le faire	2	2
○ Craindre de sur-évaluer par seuil de repérage trop bas	1	1
○ Etre chronophage	4	6
○ Etre inadapté et froid dans les questions	2	3
○ Faciliter l'accès au questionnaire	1	3
○ Gestaclic	1	1
○ kit-médical	1	1
○ MG non formés et non rémunérés pour EPDS	1	2
○ Minimiser les symptômes si questionnaire donné à la patiente et év	1	1
○ Ne pas répondre aux critères de la prévention secondaire	1	2

☐	Oublier le nom du questionnaire	4	4
☐	Proposer le questionnaire durant une consultation pédiatrique	1	1
☐	Rester sur la clinique	1	1
☐	Risquer de braquer la patiente si réalisation en une seule consultati	1	1
☐	S'interroger sur l'utilité de l'échelle dans sa pratique	2	4
☐	Trouver la bonner échelle au bon moment	1	1
☐	☐ Critiques des questions de Whooley	1	6
	☐ Douter sur l'extrapolation en français- biais d'interprétation	1	1
	☐ Faciliter le repérage par des questions brèves et standardisées	1	1
	☐ Non adaptées aux critères de la prévention secondaire	1	1
	☐ Oublier le nom des échelles	1	1
☐	☐ 5-3 Opinion sur le questionnaire de l'EPDS	3	6
	☐ Besoin d'être convaincu de sa vulgarisation scientifique	1	1
	☐ Besoin d'être convaincu par son efficacité en pratique	1	1
	☐ Besoin de le regarder et de se renseigner avant de l'appliquer	2	3
☐	☐ 5-4 Avantages de l'EPDS	7	20
	☐ Confirmer son hypothèse diagnostic	2	3
	☐ Etre un outils rapide et facile à mettre en place	2	2
☐	☐ Etre une aide à repérer si difficultés communicationnelles avec la patien	2	3
	☐ Côté avec l'avis de l'entourage	1	1
	☐ Permettre d'obtenir des information	1	1
	☐ Sur-évaluer les réponses	1	1
☐	☐ Faciliter l'acceptation du diagnostic par la patiente	4	6
	☐ Objectiver la DPP par questionnaire	3	3
	☐ Orienter le discours sur la DPP	1	1
	☐ Permettre au médecin de ne pas oublier certaines questions	1	1
	☐ Permettre à la patiente de répondre de manière plus juste en lisant le q	1	1
☐	☐ 5-5 Endroit pour faire l'EPDS dans sa pratique	8	13
☐	☐ Au domicile	1	2
	☐ A faire à 1 mois chez elle	1	2
☐	☐ en cs	7	8
☐	☐ oui	7	8
	☐ patiente seule en cs	2	2
	☐ Etre disponible pour la patiente	1	1
☐	☐ Pendant l'examen des nourrissons	2	2
	☐ car mère difficilement disponile seule	1	1
	☐ Pendant que la mère deshabille et habille l'enfant pour gain	1	1
	☐ Permettre de rebondir sur les items	1	1
☐	☐ en salle d'attente	3	3
	☐ non	2	2
	☐ oui	1	1

5-6 Appliquer l'EPDS en pratique	12	37
○ Appliquer le questionnaire dans un repérage généralisé	2	3
○ Appliquer le questionnaire pour repérage standardisé	2	3
○ Appliquer le questionnaire dans un repérage personnalisé	6	10
○ L'appliquer en fonction de ses propres questions - être orienté par s	2	2
○ Ne pas proposer le questionnaire si dépistage personnalisé	1	1
○ Proposer le questionnaire si mal-être de la patiente	3	5
○ Proposer le questionnaire sur une prochaine consultation si inquiét	2	2
○ Appliquer le questionnaire en milieu ou fin de consultation	1	1
○ Avoir l'habitude d'utiliser des questionnaires dans sa pratique	3	3
○ Choisir moment opportun pour gain de temps	1	2
○ Considérer le questionnaire comme une aide pour repérer et non diagn	1	1
○ Faire le questionnaire avant la consultation	1	2
○ L'appliquer si facilité d'accès	1	1
○ L'appliquer si rapide à faire	1	1
○ Prendre l'habitude de le proposer	1	1
○ Proposer l'EPDS dans la même consultation	1	1
○ Proposer le questionnaire si patiente fermée	1	1
○ Proposer le questionnaire si très faible suspicion clinique	1	1
○ Reformuler et vulgariser les items lors de la consultation sans sortir le q	2	3
○ Répéter le questionnaire pour améliorer le repérage	3	6
5-7 Rôle potentialisateur au repérage	7	27
○ Confirmer son hypothèse diagnostic	2	3
○ Faciliter l'abord du sujet tabou par le MG	3	4
○ Être aidé pour aborder	1	1
○ Être une aide à repérer si difficultés communicationnelles avec la pa	2	3
○ Côté avec l'avis de l'entourage	1	1
○ Permettre d'obtenir des information	1	1
○ Sur-évaluer les réponses	1	1
○ Faciliter l'acceptation de la patiente	4	7
○ Faciliter l'acceptation du diagnostic par la patiente	4	7
○ Faciliter l'expression de la patiente	1	1
○ Permettre à la patiente de répondre de manière plus juste en lisant l	1	1
○ Faciliter le repérage si méconnaissance de la pathologie et des FDR	3	8
○ Croire que l'on connaît suffisamment la patiente	1	1
○ Méconnaître les facteurs de risque	2	3
○ Toucher n'importe qui	3	4
○ Permettre au médecin de ne pas oublier certaines questions	1	1
○ S'affranchir de ses représentations- croyances	3	3
○ Objectiver la DPP par questionnaire	3	3

5-8 Rôle trélateur au repérage	7	19
Difficultés pratiques	5	9
Oublier le nom des échelles	5	6
Retrouver l'échelle parmi tant d'autres	1	2
Trouver la bonne échelle au bon moment	1	1
Déshumaniser la relation médecin-patient	2	3
Questions inadaptées et froides - besoin de reformulation	2	3
Minimiser les symptômes si questionnaire donné à la patiente et évalué	1	1
Ne pas se rendre disponible	4	6
Etre chronophage	4	6
5-9 Alternatives proposées	6	6
Avoir ses propres questions	5	5
Utiliser les Questions de Whooley	1	1
6- Facteurs favorisant le repérage	12	89
6-1 Favoriser l'accès aux soins psychologues	3	9
Accéder à des séances de psy remboursées - mon parcours psy - Levier	1	1
Favoriser l'accès aux soins de psychologie dans un délai raisonnable	1	3
Favoriser l'accès aux soins de psychologie financièrement	2	5
6-2 Connaître les possibilités de prise en charge de la DPP - faciliter le repé	10	40
Appréhender de dépister par crainte de devoir faire le suivi seul	1	2
Avoir conscience de la complexité de la DPP AV	2	2
Avoir peur de la prise en charge	1	1
Communiquer avec les autres professionnels de santé AV	3	4
Craindre la prise en charge de la DPP	3	3
Méconnaître l'orientation	4	9
Pouvoir avoir l'avis d'un spécialiste rapidement	1	1
S'informer des réseaux - Besoins	4	10
Besoin de numéros	1	1
Orientation avec délai raisonnable	1	1
Savoir déléguer la prise en charge	1	1
Se questionner sur la PEC si allaitement	3	4
proposition phytothérapie	1	1
6-3 Avoir des outils de repérage - faciliter le repérage	7	36
Avoir des outils de repérage	3	4
existence outils	2	2
Manquer d'outils de repérage après avoir participé à un congrès de péd	1	2
Utiliser un outil de repérage - Besoins	7	27

☐ - ☐ Diffuser le questionnaire	1	1
☐ - ☐ Diffuser le questionnaire en salle d'attente	1	1
☐ - ☐ S'aider des outils informatiques dans le dépistage	1	1
☐ - ☐ Faciliter l'expression via des outils de repérage	1	1
☐ - ☐ Généraliser le repérage de la DPP	2	6
☐ - ☐ Généraliser le dépistage	1	1
☐ - ☐ Standardiser le repérage	1	1
☐ - ☐ Toucher n'importe qui	2	3
☐ - ☐ Inclure le repérage de la DPP dans la cs du post-partum	3	5
☐ - ☐ Objectiver la DPP par questionnaire	2	2
☐ - ☐ Orienter le discours sur la DPP	1	1
☐ - ☐ Personnaliser la cs pour le repérage	1	1
☐ - ☐ Privilégier le repérage à certaines cs	1	1
☐ - ☐ Réitérer le questionnaire pour améliorer le repérage	1	2
☐ - ☐ Temporiser la réalisation du questionnaire	1	1
☐ - ☐ 6-4 Favoriser l'accessibilité à un psychiatre	2	4
☐ - ☐ Avoir un avis spécialiste pour obtenir une place d'hospitalisation	1	1
☐ - ☐ Obtenir une place d'hospitalisation depuis le cabinet	2	2
☐ - ☐ Pouvoir avoir l'avis d'un spécialiste	1	1
☐ - ☐ 7 - Se sensibiliser - Etre sensibilisé	13	228
☐ - ☐ 7-1 Etre sensibilisé	12	52
☐ - ☐ Etre sensibilisé en tant que MG	12	42
☐ - ☐ Etre sensibilisé par la formation universitaire - F	12	30
☐ - ☐ Etre sensibilisé	2	3
☐ - ☐ Etre sensibilisé par la formation initiale	1	1
☐ - ☐ Etre sensibilisé par la pratique d'un médecin sensibilisé dura	1	2
☐ - ☐ Ne pas être sensibilisé	12	24
☐ - ☐ Avoir reçu une formation universitaire trop lointaine au nive	2	3
☐ - ☐ Etre insuffisamment sensibilisé par la formation universitaire	9	14
☐ - ☐ Manquer de sensibilisation lors de ses études	1	1
☐ - ☐ Ne pas apprendre des connaissances spécifiques à la MG du	1	1
☐ - ☐ Ne pas être sensibilisé par la formation initiale	1	2
☐ - ☐ Ne pas être sensibilisé par la formation universitaire - F	3	3
☐ - ☐ terrain stage étudiant - être sensibilisé	1	2
☐ - ☐ Etre sensibilisé par le système de santé	2	2
☐ - ☐ Etre sensibilisé par plaquettes infos - campagnes prévention	5	10
☐ - ☐ Besoin plaquette informations	1	1
☐ - ☐ Etre sensibilisé dans le cabinet du MG	1	2
☐ - ☐ Etre sensibilisé par les campagnes de prévention	4	7
☐ - ☐ Ne pas être sensibilisé de manière générale	2	2
☐ - ☐ Sensibiliser la parturiente	5	8
☐ - ☐ Besoin de sensibiliser les parturientes - idées	3	4
☐ - ☐ Connaître cette maladie pour en parler au MG	1	1

☐	○ patiente sensibilisée à la DPP	1	1
☐	○ Sensibiliser les parturientes en maternité - Leviers	1	1
☐	○ Sensibiliser les parturientes par les affiches	1	1
☐	○ 7-2 Se sensibiliser - MG	13	158
☐	○ Manières de se sensibiliser du MG	12	76
☐	○ Echanger avec le réseau	3	7
☐	○ Se sensibiliser en échangeant avec des amis psychiatres	1	1
☐	○ Se sensibiliser en échangeant avec un psychologue du cabinet	2	3
☐	○ S'autoformer	5	8
☐	○ Se sensibiliser par la lecture de revues médicales	2	2
☐	○ se sensibiliser par les ressources internet	1	1
☐	○ Se sensibiliser par soi-même après l'internat	1	1
☐	○ S'informer des réseaux	4	10
☐	○ Besoin de numéros	1	1
☐	○ Orientation avec délai raisonnable	1	1
☐	○ Se former par les groupes d'échange de pratiques	1	1
☐	○ Se sensibiliser par la formation continue	11	41
☐	○ Confirmer ses compétences par les formations	1	1
☐	○ Croire que les formations sont influencées par les subventions d	1	1
☐	○ Etre limité pour se former en MG par le nombre insuffisant d'he	1	1
☐	○ Indemniser le temps de formation	1	1
☐	○ Manque de sensibilisation des MG -F	6	8
☐	○ Avoir envie de se sensibiliser sur ce sujet - F	3	5
☐	○ Ne pas se sensibiliser pour privilégier les matières qui rappo	1	1
☐	○ Privilégier des formations où l'on est déjà sensibilisé pour c	2	2
☐	○ Manquer d'outils de repérage après avoir participé à un congré	1	2
☐	○ Manquer de formation	4	8
☐	○ Ne pas proposer de formation sur la DPP dans la formation con	3	3
☐	○ Ne pas se sensibiliser par influence des laboratoires - Représent	1	1
☐	○ S'être formé par le passé	2	2
☐	○ Se sensibiliser aux émotions ressenties par le DU attachement	1	1
☐	○ Se sensibiliser avec le CNGE	2	2
☐	○ Se sensibiliser par la Formation Médicale Continue FMC	2	3
☐	○ Se sensibiliser par la Société Française de Médecine Générale SF	1	1
☐	○ Se sensibiliser par le Développement Professionnel Continu DP	2	2
☐	○ Se sensibiliser par les DU	1	1
☐	○ Se sensibiliser par le biais d'une thèse sur la DPP	2	9
☐	○ Se sensibiliser en acceptant d'être membre du jury	1	5
☐	○ Se sensibiliser en lisant une thèse - Ecarter les idées préconçues	1	1
☐	○ Se sensibiliser en lisant une thèse - retour d'expérience des autr	1	1
☐	○ Se sensibiliser par la lecture d'une thèse	1	1
☐	○ Opinions des MG à se sensibiliser si formation DPP disponible	11	38

☐ ☐	Attentes des MG concernant une formation sur la DPP	9	18
☐ ☐	Améliorer ses habilités communicationnelles par jeux de rôle	1	1
☐ ☐	Avoir des notions pratiques applicables	2	2
☐ ☐	Avoir envie d'enrichir sa pratique	1	1
☐ ☐	Avoir envie de progresser dans sa pratique	1	1
☐ ☐	Etre en demande d'une formation utile pour sa pratique globale	2	3
☐ ☐	Etre intéressé par le sujet	1	2
☐ ☐	Se former en présentiel pour interragir	1	1
☐ ☐	Se former pour confirmer sa pratique	1	1
☐ ☐	Se former uniquement dans le cadre d'une FMC	2	3
☐ ☐	Se former à distance pour se rendre disponible	3	3
☐ ☐	Avoir des contraintes pour se former à la DPP	5	13
☐ ☐	Etre en demande d'une formation utile pour sa pratique globale	2	3
☐ ☐	Etre influencé par sa pratique périnat-gynéco pour se former	2	3
☐ ☐	Etre moins rémunéré en se formant	1	1
☐ ☐	Impacter sur sa vie personnelle	2	2
☐ ☐	Prioriser car peu d'heures de formation par an	1	2
☐ ☐	S'organiser	1	1
☐ ☐	Se former si efficacité de l'EPDS dans sa pratique	1	1
☐ ☐	Ne pas ressentir de contrainte à se former à la DPP	4	6
☐ ☐	Se sensibiliser à la DPP - Besoins	11	44
☐ ☐	Avoir besoin de connaissances	5	9
☐ ☐	Avoir besoin de formation sur la DPP en formation continue	1	1
☐ ☐	Avoir des connaissances sur la DPP	2	2
☐ ☐	Manquer de sensibilisation AR	7	15
☐ ☐	Ne pas se sensibiliser par désintéret de la psychiatrie	5	6
☐ ☐	Prioriser ses centres d'intérêt - Besoins	3	5
☐ ☐	7-3 Besoin de se sentir soutenu par le système de santé pour se sensibiliser	8	13
☐ ☐	Comparer par rapport à un modèle étranger	1	1
☐ ☐	Ignorer l'existence de levier pour être aidé à repérer	7	9
☐ ☐	Limiter les AT et défavoriser le remboursement de séances psy	1	1
☐ ☐	Placer la DPP dans les indications de mon suivi psy	1	1
☐ ☐	Subventionner d'autres actions que la DPP	1	1
☐ ☐	7-4 Changer sa pratique en étant sensibilisé	3	5
☐ ☐	Améliorer repérage par meilleure sensibilité des professionnels	1	1
☐ ☐	Mettre en place une consultation dédiée en connaissant le pic de fréquence	1	1
☐ ☐	Ne pas changer sa pratique tout en étant sensibilisé	1	2
☐ ☐	8 - Implication des acteurs de la périnatalité	10	72
☐ ☐	8-1 Etre alerté par les acteurs de la périnatalité	9	36
☐ ☐	Gynécologue	1	1
☐ ☐	Participer à la cs du post-partum	2	2
☐ ☐	Kinésithérapeute	1	2
☐ ☐	Dépister lors de la rééducation	1	1
☐ ☐	Dépister tardivement	1	1

PMI	4	4
Repérer par le suivi du nourrisson	2	2
Pédiatre	1	1
Repérer par le suivi du nourrisson	1	1
SF	9	26
Etre en contact avec les patientes plus facilement	1	2
Etre l'interlocuteur privilégié de la cs du post-partum	3	3
Etre premier contact de la patiente lors du post-partum	2	2
Etre rémunérée et formée pour repérer la DPP via l'EPDS	1	1
Etre sensibilisé au repérage de la DPP dans la formation de SF	2	3
Participer au suivi de la femme et de l'enfant	2	2
Préférer faire la cs du post-partum avec la SF	2	4
Consulter d'autres professionnels que MG pour la cs du post-pa	1	1
Repérer en dehors du pic de fréquence de la DPP	1	1
Repérer par les SF	1	1
Sensibiliser les patientes à la DPP durant les cs pré-natales	2	2
8-2 Communiquer avec autres professionnels de santé	2	2
Inclure les acteurs de la périnatalité dans le repérage	1	1
Utiliser un logiciel entre professionnels pour alerter	1	1
8-3 Craintes des MG	7	34
Perdre ses repères de médecin coordinateur	7	34
Adresser avec un délai long	3	5
Diagnostiquer la DPP est un acte médical	1	1
Décentraliser le dépistage par le MG	1	2
Dévaloriser le rôle du MG dans la chaîne de santé	2	3
Etre compétent pour repérer la DPP	1	1
Evincer le MG de la cs du post-partum par autres professionnels de	2	3
Maintenir le rôle pivot en soins primaires du MG - Besoins	1	1
Ne pas être alerté par les autres professionnels de santé	4	4
Ne plus s'approprier le dépistage	1	3
Privilégier les spécialistes pour obtenir une place en hospitalisation	1	1
Supprimer le rôle coordinateur des soins primaires du MG - représe	1	4
Supprimer le rôle de coordinateur des soins primaires	1	4
Valoriser le rôle pivot du MG - Besoins	1	1
Valoriser le temps du dépistage du MG - Besoins	1	1
Revaloriser la cs	2	5

Annexe 5 : Attestation de déclaration à la protection des données



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux des Hauts de France dans le dépistage de la dépression du post-partum

Référence Registre DPO : 2024-107

Responsable scientifique : M. Christophe DE SA
Interlocuteur (s) : M. Julien VACHET

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 4 juin 2024

Délégué à la Protection des Données

Annexe 6 : Extrait du journal de bord

Memo No. / /
Date / /

le 4/6/2015

quelques choses :

- Aborder vs Repérer
- Adjectif épithétif → Propriété de NG au lieu (état actuel de leur vie) (état actuel de leur vie)
- Triangulation des données → méthode externe (en fait)
- Prévention Primaire
- Prévention Secondaire

Aborder (Repérer)

Memo No. / /
Date / /

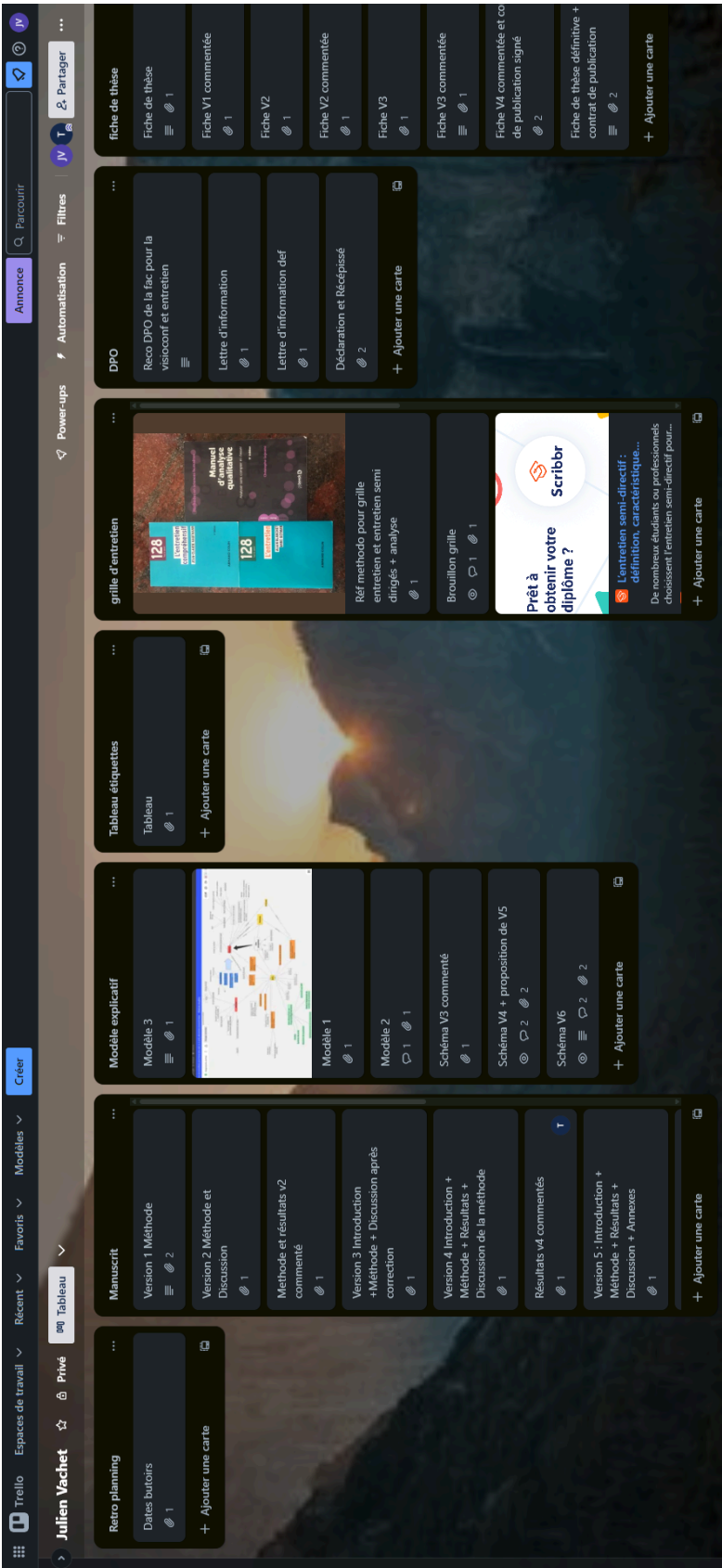
EPDS : Standard vs Pertinence

- pop gé
- caractéristiques
- repérer
- (Adaptation à la NG) (avec global)
- (faits)

Déclassement

- Coordonnées des NG sur leurs pratiques
- Connaissance de la pratique → impact sur la pratique
- Acquisition des connaissances
- Repérer Standard vs personnalisé
- Diagnostic avec le même modèle
- Habiletés communicationnelles de NG sur leurs pratiques
- Subjectivité de NG pour percevoir avec le patient

Annexe 7 : Extrait de l’outil Trello



Annexe 9 : Grille COREQ

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

Numéro	Item	Guide questions	Description Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	VACHET Julien
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de DES en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	- Interne de DES en médecine générale - Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

Numéro	Item	Guide questions	Description Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude?	oui pour 5 participants
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne en DES de médecine générale
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne de médecine réalisant une thèse d'exercice

Domaine 2 : conception de l'étude**Cadre théorique :**

Numéro	Item	Guide questions	Description Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

Sélection des participants :

Numéro	Item	Guide questions	Description Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné, effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone et/ou courrier électronique
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	- 6 mails avec réponse négative - 15 mails sans réponse Manque de temps ou d'intérêt à la problématique

Contexte :

Numéro	Item	Guide questions	Description Réponse
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	- Lieu de travail préférentiellement - Appel téléphonique

15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans le tableau 1 au chapitre «Résultats»

Recueil des données :

Numéro	Item	Guide questions	Description Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien fourni (Annexe 2), évolutif et testé au préalable.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par dictaphone avec accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, reportées dans le journal de bord

21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 38 minutes et 20 secondes (Tableau 1)
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 12ème, consolidé par 1 entretien supplémentaire
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données:

Numéro	Item	Guide questions	Description Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	3: l'enquêteur, un interne en médecine générale et un docteur externe à la discipline
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui (Annexe 5)

26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo version 15
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction :

Numéro	Item	Guide questions	Description Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims anonymisés et numérotés M1 à M13

30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

AUTEUR : Nom : VACHET

Prénom : Julien

Date de soutenance : Vendredi 27 juin 2025

Titre de la thèse : Attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux des Hauts de France dans le repérage de la dépression du post-partum

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement: Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Dépression post-partum, médecin généraliste, dépistage, santé mentale

Résumé :

Contexte : La dépression du post-partum touche environ une femme sur six en France, mais demeure largement sous-diagnostiquée. Le médecin généraliste, souvent en première ligne lors du suivi post-natal, joue un rôle clé dans son repérage. Pourtant, ses pratiques et attitudes face à la dépression du post-partum restent peu explorées. La présente étude s'attache à étudier la manière dont les médecins généralistes abordent la dépression du post-partum avec leurs patientes. L'objectif principal est d'explorer les pratiques et les attitudes des médecins généralistes face aux jeunes mères pour repérer la dépression du post-partum. L'objectif secondaire est d'évaluer leur connaissance des outils de dépistage existants ainsi que leur opinion.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été conduite auprès de médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France entre juin et août 2024. L'analyse des verbatims, inspirée de la méthode par théorisation ancrée, a été effectuée à l'aide du logiciel NVIVO.

Résultats : À l'issue de l'analyse des 13 entretiens réalisés, deux abords majeurs émergent. une approche facilitée du repérage, fondée sur la connaissance approfondie de la patiente et de son contexte de vie. Et une approche freinée, influencée par les représentations personnelles du médecin généraliste. La relation de confiance, l'observation du lien mère-enfant et le contact régulier en soins primaires sont des atouts pour le repérage. En revanche, les contraintes liées à l'organisation du cabinet et les limites dans les compétences communicationnelles représentent des obstacles. Les outils de repérage sont rarement utilisés, perçus à la fois comme une aide pour objectiver les situations délicates, mais aussi comme potentiellement déshumanisants. La coordination interprofessionnelle reste limitée, et le rôle du médecin est perçu comme marginalisé au profit des sages-femmes. La sensibilisation, jugée essentielle, demeure insuffisamment développée.

Conclusion : Cette étude souligne la place centrale mais ambivalente du médecin généraliste dans le repérage de la dépression du post-partum. Si sa proximité avec les patientes constitue un levier majeur, son action est entravée par des freins cognitifs individuels et structurels. Renforcer la formation, intégrer des outils adaptés à la pratique de ville et structurer les liens interprofessionnels sont des leviers pour améliorer le repérage de la dépression du post-partum en soins primaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs : Madame la Docteure Judith OLLIVON

Madame la Docteure Gabrielle LISEMBARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christophe DE SA