

**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
UFR3S-MÉDECINE  
Année : 2025

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

**Faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum en Médecine  
Générale (dans les Hauts-de-France, via l'échelle EPDS)**

Présentée et soutenue publiquement le 28 novembre 2025 à 16 : 00  
au *Pôle Formation*  
par **Marie DEBOVE**

---

**JURY**

*(les noms de tous les membres du jury seront repris ici par ordre de nomination, ajouter des lignes si nécessaire)*

**Président :**

**Monsieur le Professeur Damien SUBTIL**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Leslie CHARBONNIER-DINNER**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Isabelle BODEIN**

---

Université de Lille  
**Faculté de Médecine Henri Warembourg**  
Année 2025

Thèse pour le diplôme d'État  
de Docteur en Médecine

**Faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum en Médecine Générale (dans  
les Hauts de France, via l'échelle EPDS)**

**Présentée et soutenue publiquement le 28/11/2025 à 16 : 00**  
**Au pôle formation**

Par **Marie Debove**

---

## **JURY**

### **Président :**

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

### **Assesseurs :**

Madame le Docteur Leslie CHARBONNIER DINNER

### **Directeur de thèse :**

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

---

# Avertissement

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

# Sigles

|               |                                                                                                                            |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AAP</b>    | American Academy of Pediatrics (Académie américaine de pédiatrie)                                                          |
| <b>ACOG</b>   | American College of Obstetricians and Gynecologists (Collège américain des gynécologues et obstétriciens)                  |
| <b>AD</b>     | Antidépresseur                                                                                                             |
| <b>CMP</b>    | Centre Médico Psychologique                                                                                                |
| <b>CPTS</b>   | Communauté Professionnelle Territoriale de Santé                                                                           |
| <b>DPO</b>    | Délégué à la protection des données                                                                                        |
| <b>DPP</b>    | Dépression du Post-Partum                                                                                                  |
| <b>DPN</b>    | Dépression Post Natale                                                                                                     |
| <b>EPDS</b>   | Edinburgh Postpartum Depression Scale                                                                                      |
| <b>EPNP</b>   | Entretien Post-Natal Précoce                                                                                               |
| <b>FDR</b>    | Facteur de risque                                                                                                          |
| <b>HDF</b>    | Hauts-de-France                                                                                                            |
| <b>IMG</b>    | Internes de médecine générale                                                                                              |
| <b>IQR</b>    | Inter Quartile Range (Écart interquartile)                                                                                 |
| <b>ISRS</b>   | Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine                                                                          |
| <b>MG</b>     | Médecin généraliste                                                                                                        |
| <b>MSP</b>    | Maison de Santé Pluriprofessionnelle                                                                                       |
| <b>NA</b>     | Not Available (non disponible)                                                                                             |
| <b>NICE</b>   | National Institute for health and Care Excellence (Institut national pour l'excellence en santé et en soins – Royaume-Uni) |
| <b>NNE</b>    | Nouveau-né                                                                                                                 |
| <b>PEC</b>    | Prise en charge                                                                                                            |
| <b>PMI</b>    | Protection Maternelle et Infantile                                                                                         |
| <b>PP</b>     | Post-partum                                                                                                                |
| <b>RUD</b>    | Risque Urgence Dangereuse (dans l'évaluation du risque suicidaire)                                                         |
| <b>SASPAS</b> | Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée                                                               |
| <b>SD</b>     | Standard Deviation (déviations standard)                                                                                   |
| <b>SF</b>     | Sage-femme                                                                                                                 |
| <b>STROBE</b> | Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology                                                       |
| <b>URPS</b>   | Union Régionale des Professionnels de Santé                                                                                |
| <b>VD</b>     | Variable dépendante                                                                                                        |

# Sommaire

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Avertissement.....                                          | 2  |
| Remerciements .....                                         | 3  |
| Sigles .....                                                | 7  |
| Sommaire .....                                              | 8  |
| Résumé .....                                                | 14 |
| Introduction .....                                          | 15 |
| 1 La dépression du post-partum .....                        | 16 |
| 1.1 Définition et prévalence.....                           | 16 |
| 1.1.1 Définition .....                                      | 16 |
| 1.1.2 Prévalence .....                                      | 17 |
| 1.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs.....         | 17 |
| 1.2.1 Facteurs de risque.....                               | 17 |
| 1.2.2 Facteurs protecteurs.....                             | 18 |
| 1.3 Conséquences et prise en charge .....                   | 19 |
| 1.3.1 Impact sur l'enfant .....                             | 19 |
| 1.3.2 Impact sur la mère .....                              | 20 |
| 1.3.3 Modalités de prise en charge .....                    | 20 |
| 1.4 Dépistage de la dépression du post-partum .....         | 21 |
| 1.4.1 Des recommandations variant d'un pays à l'autre ..... | 21 |

|       |                                                         |    |
|-------|---------------------------------------------------------|----|
| 1.4.2 | Position du médecin généraliste dans ce dépistage ..... | 22 |
| 1.4.3 | Intérêt de l'EPDS .....                                 | 22 |
| 2     | Objectif principal et objectifs secondaires .....       | 23 |
|       | Matériel et méthodes .....                              | 24 |
| 1     | Design de l'étude.....                                  | 24 |
| 2     | Participants et recueil de données .....                | 25 |
| 3     | Analyse de données .....                                | 27 |
| 3.1   | Logiciels utilisés .....                                | 27 |
| 3.2   | Codage et regroupement des variables .....              | 28 |
| 3.3   | Gestion des réponses multiples.....                     | 29 |
| 3.4   | Transformations spécifiques.....                        | 30 |
| 4     | Analyse statistique.....                                | 33 |
| 4.1   | Analyses univariées .....                               | 33 |
| 4.2   | Analyses bivariées .....                                | 33 |
| 4.3   | Significativité.....                                    | 35 |
| 5     | Cadre réglementaire .....                               | 35 |
|       | Résultats .....                                         | 36 |
| 1     | Flowchart.....                                          | 36 |
| 2     | Analyses descriptives .....                             | 37 |
| 2.1   | Description des participants à l'inclusion.....         | 37 |
| 2.2   | Formation et activité en gynéco-pédiatrie .....         | 38 |

|       |                                                                                                                    |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3   | Connaissance et expérience concernant l'EPDS et la DPP .....                                                       | 39 |
| 2.4   | Analyse de la participation et du remplissage du questionnaire.....                                                | 39 |
| 2.5   | Ressenti des médecins concernant l'EPDS .....                                                                      | 40 |
| 2.5.1 | Avantages de l'échelle rapportés par les utilisateurs .....                                                        | 40 |
| 2.5.2 | Inconvénients de l'échelle perçus par les utilisateurs .....                                                       | 40 |
| 2.5.3 | Raisons de non utilisation rapportées par les non-utilisateurs .....                                               | 41 |
| 3     | Analyses par objectif.....                                                                                         | 42 |
| 3.1   | Objectif principal : Utilisation réelle de l'EPDS .....                                                            | 42 |
| 3.2   | Facteurs professionnels associés à l'utilisation ou non de l'EPDS .....                                            | 43 |
| 3.2.1 | Profil descriptif des médecins utilisateurs ou non de l'échelle .....                                              | 43 |
| 3.2.2 | Profil descriptif des médecins selon leur volonté de ré-utiliser l'échelle .....                                   | 45 |
| 3.2.3 | Analyses bivariées sur la volonté de réutiliser l'échelle EPDS selon certains<br>facteurs socioprofessionnels..... | 47 |
| 3.3   | Freins rapportés par les non-utilisateurs .....                                                                    | 48 |
| 3.3.1 | Réponses aux questions fermées (n = 10) .....                                                                      | 48 |
| 3.3.2 | Réponses aux questions ouvertes (n = 2) .....                                                                      | 48 |
| 3.4   | Pertinence clinique perçue de l'outil EPDS .....                                                                   | 49 |
| 3.4.1 | Acceptabilité patientes .....                                                                                      | 49 |
| 3.4.2 | Utilité clinique.....                                                                                              | 51 |
| 3.4.3 | Facilité d'utilisation.....                                                                                        | 53 |
| 3.4.4 | Potentiel de généralisation .....                                                                                  | 54 |

|       |                                                                                                    |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4.5 | Impact pour le médecin .....                                                                       | 55 |
|       | Résumé des principaux résultats .....                                                              | 60 |
| 1.1   | Objectif principal : Utilisation réelle de l'échelle EPDS.....                                     | 60 |
| 1.2   | Objectif secondaire 1 – Facteurs professionnels associés à l'utilisation ou non de l'échelle ..... | 60 |
| 1.3   | Objectif secondaire 2 – Freins des non-utilisateurs.....                                           | 60 |
| 1.4   | Objectif secondaire 3 – Pertinence clinique perçue.....                                            | 61 |
|       | Discussion .....                                                                                   | 62 |
| 1     | Discussion des principaux résultats.....                                                           | 62 |
| 1.1   | Objectif principal : utilisation de l'échelle EPDS par les médecins formés.....                    | 62 |
| 1.2   | Objectif secondaire 1 : Facteurs professionnels associés à l'utilisation de l'échelle              | 64 |
| 1.2.1 | Facteurs sociodémographiques .....                                                                 | 64 |
| 1.2.2 | Formation et activité en gynéco-pédiatrie .....                                                    | 65 |
| 1.2.3 | Connaissances et prise en charge des femmes dans le PP.....                                        | 66 |
| 1.3   | Objectif secondaire 2 : freins à l'utilisation chez les non-utilisateurs.....                      | 67 |
| 1.4   | Objectif secondaire 3 : pertinence clinique perçue de l'outil .....                                | 68 |
| 1.4.1 | Acceptabilité patientes .....                                                                      | 68 |
| 1.4.2 | Utilité clinique.....                                                                              | 69 |
| 1.4.3 | Facilité d'utilisation.....                                                                        | 70 |
| 1.4.4 | Potentiel de généralisation .....                                                                  | 70 |
| 1.4.5 | Impact pour le médecin .....                                                                       | 71 |

|       |                                                                                       |    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2     | Discussion de la méthode .....                                                        | 72 |
| 2.1   | Forces de l'étude.....                                                                | 72 |
| 2.1.1 | Pertinence et représentativité de la population étudiée .....                         | 72 |
| 2.1.2 | Méthode de recrutement et taux de participation .....                                 | 73 |
| 2.1.3 | Formation et annuaire ressources .....                                                | 74 |
| 2.1.4 | Forces liées aux modalités pratiques de dépistage proposées .....                     | 75 |
| 2.2   | Limites de l'étude .....                                                              | 76 |
| 2.2.1 | Limites méthodologiques .....                                                         | 76 |
| 2.2.2 | Limites liées à l'utilisation de l'EPDS .....                                         | 77 |
| 2.2.3 | Impact des limites sur l'interprétation.....                                          | 79 |
| 2.3   | Analyse comparative de l'échantillon avec la population cible dans la littérature.... | 79 |
| 2.3.1 | Sexe et âge.....                                                                      | 79 |
| 2.3.2 | Statut et mode d'exercice .....                                                       | 80 |
| 2.3.3 | Formation et activité en gynéco-pédiatrie .....                                       | 81 |
| 3     | Perspectives / significativité clinique .....                                         | 82 |
| 3.1   | Implications de cette étude .....                                                     | 82 |
| 3.2   | Orientations pour les recherches futures .....                                        | 82 |
|       | Conclusion.....                                                                       | 84 |
|       | Liste des tableaux .....                                                              | 85 |
|       | Liste des figures .....                                                               | 86 |
|       | Références .....                                                                      | 87 |

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Annexes .....                                                                    | 96  |
| Annexe 1 - Questionnaire EPDS fourni aux participants.....                       | 96  |
| Annexe 2 - Support de formation .....                                            | 97  |
| Annexe 3 - Extrait de l’annuaire des ressources locales (56 pages au total)..... | 101 |
| Annexe 4 - Questionnaire adressé aux participants .....                          | 102 |
| Annexe 5 - Récépissé attestation de déclaration DPO .....                        | 105 |
| Annexe 6 - Extrait du fichier statistique de données.....                        | 106 |

# Résumé

## Contexte :

La dépression du post-partum (DPP) touche entre 16 et 17% des femmes [1], avec un pic de fréquence entre la quatrième et la sixième semaine après l'accouchement. Elle reste sous diagnostiquée, en partie en raison de son caractère tabou. Ses conséquences sont importantes, notamment sur le développement de l'enfant [2]. L'échelle EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale), validée en français, constitue un outil pertinent pour le dépistage [3]. Le médecin généraliste, régulièrement en contact avec les jeunes mères est un interlocuteur privilégié [4]. Pourtant, en France, aucun programme de dépistage systématique n'existe, complexifiant la position du MG dans ce repérage précoce.

## Méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale menée entre novembre 2024 et août 2025 auprès de médecins généralistes installés, remplaçants et internes en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) des Hauts-de-France. Après une formation distancielle sur la DPP et l'EPDS, les participants ont utilisé l'échelle pendant au moins trois mois. Un questionnaire diffusé entre juillet et août 2025 a recueilli les données sociodémographiques, l'usage de l'outil, les freins et les perceptions cliniques.

## Résultats :

Cinquante médecins ont participé (médiane d'âge : 31,5 ans ; 88 % de femmes). 80% ont utilisé l'EPDS, en médiane une fois par mois, permettant le diagnostic d'1 DPP (en médiane) sur la durée de l'étude. L'outil était jugé facile à intégrer, utile pour le diagnostic et la communication, et bien accepté par les patientes. Les principaux freins rapportés par les participants étaient le manque de temps, l'oubli, la charge cognitive et la rigidité perçue de l'échelle. Aucun facteur professionnel étudié en bivarié n'était significativement associé à la volonté de réutiliser l'EPDS.

## Conclusion :

L'EPDS apparaît faisable et bien acceptée en médecine générale. Malgré des contraintes organisationnelles et l'absence de cadre institutionnel, son intégration semble pertinente pour améliorer le repérage précoce de la DPP. Une réflexion sur la systématisation du dépistage et sur la structuration d'un parcours post-partum en soins primaires est nécessaire.

# Introduction

La dépression du post-partum (DPP) est une pathologie fréquente aux conséquences majeures pour la mère comme pour son enfant. Environ une mère sur six [1] est touchée, ce qui en fait la complication psychiatrique la plus fréquente de cette période. Le suicide constitue d'ailleurs la première cause de mortalité maternelle dans le post-partum [1] et l'impact sur le développement de l'enfant est loin d'être négligeable [2]. Pourtant, cette maladie reste trop souvent méconnue et trop rarement dépistée. En médecine générale, la prise en charge post-natale reste majoritairement centrée sur l'enfant avec 10 examens obligatoires durant la première année de vie. Cela se fait parfois au détriment de la santé maternelle, qui peut être oubliée, y compris par les mères elles-mêmes. L'entretien post natal précoce, souvent réalisé par les sage-femmes, vise à pallier ce manque [5]. Sa réalisation préférentielle par les sage-femmes s'explique notamment par des modalités pratiques mieux définies (notamment en termes de rémunération).

Le médecin généraliste, en tant qu'acteur de première ligne, pourrait jouer un rôle clé dans la santé mentale des femmes. Cette thèse explore donc la manière dont les médecins généralistes se saisissent - ou non - du dépistage de la DPP via l'échelle EPDS, un auto-questionnaire en 10 items spécifiquement validé pour cette période.

Comprendre l'histoire, les spécificités, la fréquence et les conséquences de la DPP est nécessaire pour appréhender les stratégies de dépistage les plus adaptées et les enjeux qui y sont associés.

# **1 La dépression du post-partum**

La dépression du post partum (DPP) était déjà connue des savants de l'Antiquité tels qu'Hippocrate ou Galien, même si le terme précis n'existait pas encore. Ce n'est qu'en 1845, avec Esquirol que le terme de dépression du post-partum commence à se formaliser. La recherche sur le sujet n'a débuté qu'en 1950 tandis que la définition précise du terme n'a été établie qu'en 1968 sous l'influence de Pitt. La distinction avec le baby blues est restée floue jusqu'à l'intervention de Dayan en 1980.

Ces avancées historiques conduisent aujourd'hui à une définition plus précise de la DPP, qu'il convient de rappeler.

## **1.1 Définition et prévalence**

### **1.1.1 Définition**

La dépression du post-partum est une dépression survenant entre le premier mois et la fin de la première année suivant l'accouchement avec un début souvent situé entre la quatrième et la sixième semaine [6–8].

Le sujet reste tabou, car la grossesse est considérée comme un événement heureux et de nombreux symptômes physiques peuvent être facilement banalisés [9]. Actuellement, environ 50% des épisodes dépressifs caractérisés du post-partum ne seraient pas diagnostiqués[6,10]. Certaines caractéristiques de la DPP sont atypiques : [11,12] sentiment d'incapacité maternelle, minimisation des symptômes liée à une culpabilité intense, plaintes physiques pouvant être au premier plan, anxiété importante (en particulier avec les phobies d'impulsion) [6], idées suicidaires et passages à l'acte suicidaires rares [13].

Une fois la définition établie, se pose la question de la prévalence de la DPP.

### **1.1.2 Prévalence**

Il s'agit d'un problème fréquent, qui touche 16,7 % des femmes françaises selon une étude de 2021 [1]. La prévalence mondiale est estimée entre 10 et 18,5 %, selon les études [10,14–18] avec des valeurs très contrastées d'un pays à l'autre. Fait préoccupant, le suicide est la première cause de mortalité maternelle à un an du post-partum [1].

Cette fréquence élevée souligne l'importance d'identifier les facteurs pouvant favoriser ou limiter l'apparition de cette maladie.

## **1.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs**

### **1.2.1 Facteurs de risque**

De nombreux facteurs de risque ont progressivement été mis en évidence [19] :

- L'âge (facteur de risque qui reste incertain) avec un risque qui serait augmenté lorsque la grossesse survient à des âges extrêmes [20] (avant 20 ans ou après 35 ans [13,21])
- Des facteurs de risque en lien avec la grossesse : primiparité [13,22]; grossesse multiple [23] ; grossesse non désirée , inattendue[24,25] ou vécue avec ambivalence [1,18] ; complications obstétricales [13] (découverte ou suspicion de malformation ou d'une pathologie fœtale, de diabète gestationnel, d'hypertension gravidique [13,21] ou encore d'anémie [26]) ; mauvais vécu de la grossesse [22]
- Des facteurs en lien avec l'accouchement [23] : hémorragie du post partum (avec un risque encore amplifié en cas d'antécédent de dépression ou d'anxiété [24]) ; accouchement dystocique ; césarienne : en particulier en urgence et/ou sans anesthésie générale [13,27,28]; mauvais vécu de l'accouchement [29]
- Des facteurs en lien avec la maternité et son vécu : allaitement refusé ou difficile, notamment s'il est mal vécu [7,30,31]; manque de préparation à la maternité [29,32]

- Facteurs psychologiques et psychiatriques : antécédent de trouble de l'humeur personnel ou familial [18,22,33–35] et antécédent personnel de DPP [23,36]; dépression anténatale [9,37]; dépendance psychique [36]; manque de confiance en soi[30,37]; intensité du baby-blues [1,37,38]; anxiété[22,34] (en particulier pendant la grossesse [30]); troubles du sommeil [22,27,33]
- Facteurs socio-économiques: [22,29,34,38]: immigration récente, notamment chez les demandeurs d'asile et réfugiés [39]; manque de soins prénataux [39]; revenus limités [28,40,41]; antécédent de traumatisme ou de carence de soins dans l'enfance [42]; manque de soutien social [1,15,27,28,43–49] réel (comme chez les mères célibataires [33,50]) ou ressenti [7,22]; événement de vie difficile [46]
- Facteurs relationnels: séparation précoce mère-enfant [22,23] (due à la prématurité notamment); difficultés en lien avec l'allaitement maternel [30]; insatisfaction conjugale [1,38,43]; divorce [33]; conflits interpersonnels, notamment conjugaux [1,15,18,34,41,49]; événements de vie difficiles en particulier en péri-partum ou précédant la grossesse [1,22,28,39,40,51]
- Facteurs liés à l'enfant [10]: prématurité [18,28,45]; petit poids à la naissance [44] ; présence d'un handicap ou d'une maladie [44]; tempérament difficile, nourrisson «irritable» [8,38,44,46,52].

Si les facteurs de risque sont nombreux et relativement bien étudiés, les facteurs protecteurs restent moins clairement définis et font l'objet d'un nombre plus limité de recherches.

### **1.2.2 Facteurs protecteurs**

Selon la littérature, plusieurs éléments semblent limiter le risque de DPP :

- Des facteurs familiaux : être mariée [10]; facilité à parler de problématiques de santé mentale en famille [10]

- Des facteurs liés à la santé: certains régimes alimentaires, comme le régime cétogène [53] ; pratique de la pleine conscience, via l'amélioration de la résilience et du sentiment d'auto efficacité [54] ; pratique d'une activité physique pendant la grossesse [55] ; allaitement maternel exclusif [56]
- Des facteurs socio-économiques : congé maternité plus long et rémunéré [57] ; et surtout le soutien social [58].

Outre l'identification des facteurs de risque et des facteurs protecteurs, il est essentiel de mesurer l'impact de la dépression du post-partum et d'envisager ses modalités de prise en charge.

### **1.3 Conséquences et prise en charge**

Non prise en charge, la DPP peut altérer durablement le lien mère-enfant, la santé mentale de la mère et le développement cognitif et émotionnel de l'enfant.

#### **1.3.1 Impact sur l'enfant**

La dépression du post-partum peut avoir un impact sur l'enfant, d'autant plus marqué qu'elle est chronique. Elle peut être délétère sur le développement du nouveau-né via l'altération des interactions précoces entre la mère et le nouveau-né [59,60] :

- Initialement : irritabilité [61] ; troubles de l'attachement [61] ; troubles du sommeil [61,62] ; troubles alimentaires [61], notamment reflux gastro-œsophagien et anorexie [62]
- Dans la petite enfance : anomalies du développement cognitif, psychomoteur et émotionnel [62–64] ; problèmes scolaires [62] avec difficultés d'ajustement [61,65] ; troubles des fonctions du comportement [66] ou encore faibles compétences en communication [66]

- A long terme: mode d'attachement «anxieux évitant» [61,67] ; impact sur la personnalité individuelle [65] ; difficultés relationnelles à l'âge adulte [65].

Au-delà de l'impact sur l'enfant, il convient de discuter de l'impact sur la mère.

### **1.3.2 Impact sur la mère**

L'impact mis en évidence chez la mère [6] est le suivant:

- Risque augmenté de récurrence dépressive au décours d'une nouvelle grossesse et en dehors (entre 30 et 50 %) [68]
- Risque d'évolution vers un trouble bipolaire [6]
- Risque de suicide [1].

En termes de durée, classiquement, on dit que la dépression du post-partum dure entre 3 et 14 mois avec le plus souvent une résolution spontanée en 3 à 6 mois, mais tout de même 50 % de persistance à 1 an [14,18]. La variabilité d'évolution justifie de s'interroger sur les modalités de prise en charge thérapeutique.

### **1.3.3 Modalités de prise en charge**

Le traitement (psychothérapie, groupes de soutien et accompagnement social, traitement médicamenteux, etc.) dépendra de l'intensité de la dépression du post-partum [6,19,69,70].

Un traitement médicamenteux est recommandé, soit d'emblée en cas de dépression sévère, soit en seconde intention après échec des autres modalités de prise en charge. Il repose sur un anti-dépresseur, classiquement un inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine et plus spécifiquement Paroxétine ou Sertraline [19,71–75]. Un nouveau traitement, le Zuranolone, a été autorisé sur le marché aux Etats-Unis mais il n'est pas encore disponible en France [76–79].

Avant de prendre en charge une DPP, encore faut-il pouvoir la repérer, ce qui souligne l'importance du dépistage organisé. Les recommandations sur ce dépistage varient d'un pays à l'autre [80–85] et aucune recommandation claire n'existe actuellement en France [86–90] sur les modalités pratiques d'un tel dépistage.

## **1.4 Dépistage de la dépression du post-partum**

### **1.4.1 Des recommandations variant d'un pays à l'autre**

À l'international, les approches du dépistage de la dépression du post-partum demeurent très variables.

En Amérique du Nord, le Canada privilégie un dépistage opportuniste, laissé à l'initiative des professionnels de santé selon les situations cliniques, sans recommandation de dépistage systématique [80]. À l'inverse, aux États-Unis, l'ACOG et l'AAP préconisent un dépistage systématique, notamment lors des consultations du premier, deuxième, quatrième et sixième mois post-partum, à l'aide de l'EPDS, de la PHQ-2 ou de la PHQ-9 [71,82].

En Europe, les approches sont plus hétérogènes. La stratégie du Royaume-Uni repose plutôt sur un dépistage systématique à trois moments clés via le questionnaire de Whooley complété par l'EPDS en cas de résultat positif [83]. En Ecosse, l'approche est plus progressive et répétée avec un accent mis sur les patientes à risque et une réévaluation à deux semaines en cas de persistance de symptômes ou de risque suicidaire [84].

En France, la recherche de dépression du post-partum fait partie des objectifs de santé maternelle, et l'échelle EPDS est citée parmi les outils possibles pour le dépistage [5] ; toutefois, aucune recommandation détaillée ne précise ses modalités de passation, d'interprétation ni la conduite à tenir [89]. Cette absence de cadre clair se traduit par une

grande variabilité des pratiques et un recours limité aux outils de dépistage en soins primaires [90]. Quel rôle pour le médecin généraliste au sein de ce dépistage ?

#### **1.4.2 Position du médecin généraliste dans ce dépistage**

Entre 2000 et 2010, deux programmes de dépistage menés dans le cadre des soins primaires ont montré une amélioration significative de l'évolution de la dépression du post-partum, tout en ne nécessitant un adressage vers un spécialiste que dans 10% des cas [91].

Par ailleurs, lorsque l'on interroge les patientes sur la personne qu'elles jugent la plus appropriée pour aborder ce sujet, elles évoquent majoritairement une personne de confiance[92], et plus volontiers un médecin généraliste qu'un gynécologue ou un pédiatre [4].

Quel outil peut alors privilégier le médecin généraliste pour participer efficacement à ce dépistage ?

#### **1.4.3 Intérêt de l'EPDS**

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), développée par Cox, Holden et Sagovsky en 1987 [93] est la première échelle spécifiquement conçue pour le dépistage de la dépression du post-partum. Cox a validé sa passation à trois moments clés : entre les semaines 5–8, 10–14 et 20–26 du post-partum.

Utilisée dans près de 70 % des études consacrées à la dépression postnatale, l'EPDS est aujourd'hui considérée comme l'outil de référence international [94]. Sa version française, validée en 1998 par Guedeney et Fermanian[94], a établi un score seuil de 12 pour le diagnostic, pouvant être abaissé à 11 ou 10 pour le dépistage en population générale [43,95]. Rapide , simple à interpréter, bien acceptée par les patientes et reposant sur une auto-évaluation, l'EPDS constitue ainsi un outil pratique et adapté à la médecine générale [93].

## 2 Objectif principal et objectifs secondaires

Malgré leur rôle central dans le suivi en post-partum, les médecins généralistes ne sont aujourd'hui pas identifiés comme les acteurs clés d'un dépistage structuré de la DPP. Dans un contexte où les recommandations françaises sont encore floues et où l'échelle EPDS apparaît comme un outil prometteur, il paraît pertinent d'explorer sa faisabilité concrète en soins primaires. Ce travail vise ainsi à étudier l'utilisation réelle de l'EPDS par des médecins généralistes formés dans les Hauts-de-France.

Dans ce contexte, nous avons formulé un objectif principal et plusieurs objectifs secondaires détaillés ci-dessous :

- Objectif principal :
  - Étudier si les médecins formés utilisent ou non l'échelle EPDS.
- Les objectifs secondaires sont :
  - Analyser les facteurs professionnels associés à l'utilisation ou non de l'échelle par les médecins
  - Décrire les freins rapportés à son utilisation par les non-utilisateurs
  - Évaluer la pertinence clinique de l'outil pour les médecins généralistes en intégrant l'utilité perçue, l'acceptabilité patientes et ses modalités d'usage.

# Matériel et méthodes

## 1 Design de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle transversale.

En amont du recrutement, un support de formation (cf. **Annexe 2 - Support de formation**) ainsi qu'un annuaire numérique (cf. **Annexe 3 - Extrait de l'annuaire des ressources locales (56 pages au total)**) non exhaustif avaient été réalisés. Le support de formation (présenté lors de la formation puis envoyé par e-mail) comprenait une présentation de l'intérêt du dépistage de la DPP, des modalités d'utilisation de l'EPDS avec consignes de passation ainsi que quelques éléments de contexte clinique. L'annuaire référençait des ressources nationales mais aussi locales dans les domaines de la santé mentale, de l'accompagnement à la parentalité et de la précarité. L'objectif de ces documents était de faciliter l'orientation des patientes et de fournir un socle commun de connaissances aux médecins participants.

Une fois leur accord de participation obtenu, une formation en distanciel (via le logiciel Zoom Meetings) était organisée avec moi à une date convenue avec chaque médecin. Cette formation visait à présenter l'échelle EPDS tout en réalisant quelques rappels sur la dépression du post-partum.

A l'issue de cette séance, les participants recevaient par e-mail les documents suivants :

- L'échelle EPDS au format PDF **Annexe 1 - Questionnaire EPDS fourni aux participants**
- Le support de formation **Annexe 2 - Support de formation**

- L'annuaire des ressources locales **Annexe 3 - Extrait de l'annuaire des ressources locales (56 pages au total)**
- L'annuaire des CMP [96].

Dans ce support (cf **Annexe 2 - Support de formation**) un seuil strictement supérieur à 11 était proposé comme suffisant pour poser le diagnostic de dépression du post-partum, conformément à l'étude historique de Guedeney ayant validé la version française de l'EPDS [94]. Ce seuil permettait d'identifier les cas de dépression de façon fiable avec un bon compromis entre sensibilité et spécificité [97] bien qu'il puisse entraîner des faux négatifs pour les cas de dépression légère. En cas de score  $\leq 11$ , la conduite à tenir était laissée à l'appréciation du clinicien, avec une insistance particulière sur l'importance d'un suivi attentif des patientes jugées à risque [93].

La conception, la réalisation et la rédaction de ce travail sont basées sur les recommandations STROBE (Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology) pour les études observationnelles [98].

## 2 Participants et recueil de données

Les participants ont été recrutés entre novembre 2024 et avril 2025, par divers biais :

- Le bouche-à-oreille et les contacts issus de lieux de stage (actuels ou passés)
- Des publications ciblées sur les réseaux sociaux, notamment au sein de groupes Facebook d'internes, de remplaçants, ou dédiés aux thèses de médecine générale, permettant également de collecter de nouveaux contacts e-mails.
- Un mailing direct envoyé à l'ensemble des internes de médecine générale de la promotion 2022 (sauf ceux connus pour ne pas être en SASPAS à ce moment-là)

- Des sollicitations auprès de structures professionnelles : CPTS Littoral en Nord, CPTS Cœur de Flandre, CPTS Grand Lille, organisme de FMC de Dunkerque, URPS Hauts de France
- L'envoi de courriers postaux, prioritairement adressés à des MSP et regroupements de médecins généralistes, afin d'optimiser le nombre de réponses potentielles.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste ou interne de médecine générale en stage SASPAS
- Avoir une activité effective de médecine générale, exclusive ou partagée
- Pouvoir utiliser l'échelle pendant au moins trois mois à compter de la formation
- Participer à la formation préalable sur le sujet.

Les critères d'exclusion étaient donc :

- L'absence d'exercice de la médecine générale (exercice spécialisé autre exclusif type SOS médecins ou PMI etc.)
- Pour les internes, le fait de ne pas être en stage SASPAS au moment de l'inclusion
- L'impossibilité d'utiliser l'échelle pendant au moins trois mois (par exemple : congé maternité, arrêt prolongé, départ en retraite imminent.)
- Ne pas avoir assisté à la formation.

Les formations des participants ont été réalisées entre le 12 novembre 2024 et le 10 avril 2025. Des rappels ont été envoyés aux participants de façon mensuelle, puis 15 jours avant l'envoi du questionnaire, afin de renforcer leur sentiment d'engagement dans cette thèse et de les inciter à utiliser un maximum cette échelle.

Après le recrutement, un tableur a été constitué, recensant le statut professionnel, le territoire d'exercice, l'adresse e-mail (et autres modalités de contact éventuelles), la date de recrutement (considérée à la date de formation) ainsi que les dates prévues pour les rappels, l'envoi et le remplissage du questionnaire final.

Le lien vers le questionnaire en ligne ( **Annexe 4 - Questionnaire adressé aux participants** ) a été envoyé aux participants le 10 juillet 2025 (en début de matinée) garantissant ainsi un délai minimum de 3 mois pour l'utilisation de l'échelle par l'ensemble des participants. Des rappels ont été adressés aux médecins qui n'avaient pas encore répondu pour favoriser leur participation :

- 1<sup>er</sup> rappel : 16 juillet 2025 en soirée (e-mail)
- 2<sup>e</sup> rappel initialement prévu le 23 juillet 2025, avancé au 21 juillet 2025 devant un essoufflement constaté des réponses (e-mail)
- 3<sup>e</sup> rappel : 29 juillet en fin d'après-midi (e-mail)
- 4<sup>e</sup> rappel : 4 août 2025, réalisé principalement par Messenger devant le constat d'un épuisement de l'effet des relances par e-mails
- 5<sup>e</sup> rappel : 7 août 2025 dans les mêmes modalités que le précédent
- 6<sup>e</sup> et dernier rappel : 9 août 2025, bref par sms ou Messenger quand cela était possible, accompagné d'un e-mail simultané plus détaillé à l'ensemble des médecins n'ayant pas encore répondu.

### **3 Analyse de données**

#### **3.1 Logiciels utilisés**

Les données ont été préparées grâce à Microsoft Excel 365. Les variables ont été nettoyées, recodées si nécessaire, et classées selon leur nature : qualitative nominale, ordinale ou quantitative continue. Plusieurs transformations ont été effectuées pour simplifier l'analyse, tout en conservant la richesse des réponses.

Les données ont été majoritairement analysées avec Jamovi (version 2.7.5.0), Microsoft Excel 365 ayant été utilisé uniquement pour certaines étapes de traitement des variables qualitatives.

### **3.2 Codage et regroupement des variables**

- Les variables qualitatives ont été recodées pour identifier clairement leurs modalités et les modalités rares ont été regroupées si nécessaire (selon des critères de cohérence clinique et statistique). Une vérification de cohérence a également permis d'identifier une date de début de participation erronée ; la valeur correcte a été déterminée à partir de la table des participants de Lime Survey, avant anonymisation de la base. La table des participants n'a pas été conservée dans la base d'analyse.
- L'âge a été discrétisé en 4 catégories (<30, 30-35, 36-40, >40). Pour les analyses statistiques, l'âge a aussi été utilisé en tant que variable continue, afin de préserver la précision des tests.
- Les réponses multiples (ex : modalités d'exercice, statuts professionnels etc.) ont été gérées par la création de variables binaires indépendantes (1 = Oui ; 0 = Non) pour chaque modalité. Une variable unique, plus synthétique a aussi été créée lorsque cela s'est avéré nécessaire et pertinent cliniquement (ex : statut professionnel principal).
- Les réponses ouvertes ont été analysées selon une approche thématique inductive
  - Une lecture complète des réponses a permis un codage manuel des thèmes récurrents, sans grille prédéfinie

- Lorsque le contenu d'une réponse relevait clairement d'un inconvénient ou d'un avantage, elle a été recodée dans la catégorie correspondante, indépendamment de la question initiale posée
- Pour chaque question ouverte (avantages-inconvénients-raisons de non utilisation), chaque thème principal, et chaque sous-catégorie suffisamment représentée (au moins 10% des participants) ont été transformés en variables binaires 0 = non retrouvé ; 1 = retrouvé)
- Un même participant pouvait être associé à plusieurs thèmes.

Ce traitement a permis d'obtenir une analyse descriptive structurée simple des freins et avantages évoqués par les participants ainsi que des raisons de non utilisation de l'échelle.

### **3.3 Gestion des réponses multiples**

Concernant les variables multiples, voici comment les cumuls possibles ont été pris en compte :

- Statut professionnel

Pour le tableau descriptif, chaque participant était classé selon son statut professionnel principal (avec la hiérarchie suivante : MG installé > MG salarié > remplaçant > interne) en fonction du degré d'autonomie en pratique.

Pour les analyses statistiques descriptives, des variables binaires (0 = Non ; 1 = Oui) ont été créées pour chaque statut afin de prendre en compte les cumuls possibles. Pour les analyses bivariées, c'est le statut principal qui a été pris en compte afin d'éviter la multiplication de tests.

- Modalités d'exercice

Pour le tableau descriptif, il a été décidé de réaliser un tableau synthétique affichant les effectifs en pourcentage pour chaque modalité d'exercice prise à part, même si les répondants sont comptabilisés deux fois (précisé dans ce cas en légende). Cela permettait de refléter au mieux la diversité des pratiques, en particulier pour les internes et jeunes médecins.

Pour les analyses statistiques, des variables binaires ont été créées pour chaque modalité (Non = 0 ; Oui = 1).

- Lieu d'exercice

Les départements d'exercice déclarés par les participants ont été regroupés selon les deux anciennes régions administratives (Nord-Pas-de-Calais et Picardie) afin de simplifier l'analyse géographique. Cette recodification se justifie par la cohérence territoriale de ce recoupage et par le fait qu'aucun participant n'exerçait dans les deux territoires à la fois.

### **3.4 Transformations spécifiques**

Afin de simplifier les analyses tout en restant fidèle au contenu des réponses, plusieurs transformations de variables ont été réalisées. Le Tableau 1 en décrit les principales.

*Tableau 1-Transformations de variables réalisées*

| <b>Variable(s) source(s)</b>                          | <b>Transformation effectuée</b>                                                                                            | <b>Variable créée</b>                                     | <b>Objectif</b>                                                                                     |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date de début de la participation                     | Nombre de mois de participation jusqu'à l'envoi du questionnaire                                                           | Durée de participation en mois                            | Simplifier l'interprétation de la mesure                                                            |
| Total d'échelles distribuées + durée de participation | Nombre d'échelles/durée (en mois)                                                                                          | Moyenne d'EPDS par mois                                   | Comparer de façon standardisée les participants malgré des durées de participation variables        |
| Total de diagnostics de DPP + durée de participation  | Nombre de diagnostics/durée (en mois)                                                                                      | Moyenne de diagnostics de DPP par mois                    | Comparer de façon standardisée les participants malgré des durées de participation variables        |
| Paramètres issus d'échelles de Likert                 | Codage numérique de 0 à 3 pour chaque modalité                                                                             | Score numérique échelle de Likert                         | Permettre une analyse quantitative des ressentis sur l'outil via des scores groupés ensuite         |
| Réponses textuelles ouvertes                          | Analyse thématique inductive puis création de variables binaires (0/1) pour chaque catégorie et sous catégorie identifiées | Catégories et sous catégories pour les F, les A et les RN | Décrire les freins (F), les avantages (A) et les raisons de non utilisation (RN) cités spontanément |
| Année de naissance                                    | Soustraction à l'année 2025                                                                                                | Age                                                       | Analyse démographique simplifiée                                                                    |
| Département d'exercice                                | Regroupement selon les anciennes régions avant 2016 (Nord-Pas-de-Calais et Picardie)                                       | Région d'exercice                                         | Comparer les zones géographiques d'exercice                                                         |
| Statuts professionnels multiples                      | Hiérarchisation puis attribution d'un statut principal unique (Installé>Remplaçant>Salarié>Interne)                        | Statut principal                                          | Uniformiser le statut pour le tableau descriptif                                                    |
| Temps de réponse (en secondes)                        | Division par 60                                                                                                            | Temps de réponse en minutes                               | Conversion en unité de mesure plus usuelle                                                          |

A partir de ces transformations de variables, 5 scores groupés ont été réalisés :

- Score d'acceptabilité patiente (/6) : à partir des scores numériques attribués aux échelles de Lickert « Bonne réaction des patientes » « Acceptation par les patientes »
- Score d'utilité clinique (/9) : à partir des scores numériques attribués aux échelles de Lickert « Concordance avec le ressenti clinique » « Amélioration de la communication avec les patientes » « Aide au dépistage de la DPP »
- Score de facilité d'utilisation (/6) : à partir des scores numériques attribués aux échelles de Lickert « Facilité d'intégration à la pratique » « Formation suffisante »
- Score du potentiel de généralisation (/6) : à partir des scores numériques attribués aux échelles de Lickert « Réutilisation prévue de l'échelle » « Dépistage de la DPP faisable en MG »
- Score d'impact temporel pour le médecin (/6) : à partir des scores numériques attribués aux échelles de Lickert « Rapidité de passation de l'échelle » « Augmentation de la durée de consultation ». Pour assurer la cohérence directionnelle du score (6 = impact minime ; 0 = impact très important), l'item relatif à l'augmentation de la durée de consultation a été coté de façon inverse (0 = « Tout à fait d'accord »).

Afin de faciliter la comparaison entre les différents scores groupés, chacun a été exprimé à la fois sur son échelle initiale (ex : /6, /9) et standardisé sur une échelle commune de 0 à 10 (0 = perception la plus défavorable, 10 = perception la plus favorable).

## 4 Analyse statistique

### 4.1 Analyses univariées

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectifs absolus (n) et pourcentages (%).

Les variables quantitatives sont exprimées :

- En moyenne  $\pm$  écart type (SD, standard deviation) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique
- En médiane [IQR] avec mention des valeurs extrêmes dans le cas contraire.

### 4.2 Analyses bivariées

L'analyse bivariable visait à explorer les facteurs associés à la volonté déclarée de réutiliser l'échelle EPDS (chez les participants l'ayant utilisée), considérée comme variable dépendante principale (VD). Nous avons choisi d'utiliser la volonté déclarée de réutiliser l'échelle comme variable dépendante principale car elle reflète l'intention de maintenir l'usage de l'outil dans la pratique future, au-delà de son utilisation ponctuelle pendant l'étude.

Celle-ci a été analysée sous forme de variable ordinale à 4 modalités (échelle de Likert), justifiant l'emploi de tests non paramétriques adaptés.

Les tests statistiques ont été choisis selon la nature des variables explicatives retenues et sont détaillés dans le Tableau 2.

*Tableau 2 - Variables explicatives VD utilisées en analyse bivariée*

| Variable explicative                                      | Type                          | Justification                                                                    | Test statistique                      |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Âge</b>                                                | Quantitative continue         | Reflet de l'expérience et effets générationnels possibles                        | Spearman                              |
| <b>Statut professionnel principal</b>                     | Qualitative à 4 modalités     | Impact sur l'autonomie et la stabilité du suivi                                  | Fischer généralisé (petits effectifs) |
|                                                           | Qualitative à 4 modalités     |                                                                                  | Kruskal-Wallis                        |
| <b>Nombre de patientes éligibles vues par mois</b>        | Quantitative continue         | Indicateur d'activité gynéco/post-partum                                         | Spearman                              |
| <b>Diagnostic DPP avant l'étude</b>                       | Qualitative binaire (Oui/Non) | Expérience antérieure pouvant conditionner l'intérêt vis-à-vis de l'EPDS         | Fischer                               |
| <b>Moyenne d'EPDS distribuées / mois de participation</b> | Quantitative continue         | Mesure concrète de l'usage réel avec neutralisation de la durée de participation | Spearman                              |

### 4.3 Significativité

Les tests statistiques sont bilatéraux. Les p valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance sont calculés à 95%.

## 5 Cadre réglementaire

Le recueil de données réalisé dans le cadre de cette thèse a fait l'objet d'un avis favorable du délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Lille (cf. **Annexe 5 - Récépissé attestation de déclaration DPO**), délivré le 21 mars 2025, avant le début du recueil des données. Le questionnaire administré aux médecins respecte scrupuleusement les principes validés par le DPO (anonymat, absence de données de santé nominatives, information claire des répondants). Une version finale légèrement révisée d'un point de vue rédactionnel et stylistique pour renforcer la clarté des consignes et la sécurité des réponses a été transmise pour validation en juillet 2025.

# Résultats

## 1 Flowchart

La population cible de l'étude était celle des médecins généralistes des Hauts-de-France, estimée à 7931 médecins. La répartition étant : médecins généralistes actifs ayant une activité de médecine générale au-moins partielle (6846) [99] ; internes de médecine générale en SASPAS (155) [100] et remplaçants non thésés (estimés à 930, en se basant sur le nombre d'internes de médecine générale issus des facultés de Lille et d'Amiens et potentiellement non thésés (donc dans les 3 ans suivant la fin de leur internat) [100]. La figure ci-dessous illustre le processus de sélection de la population de l'étude.

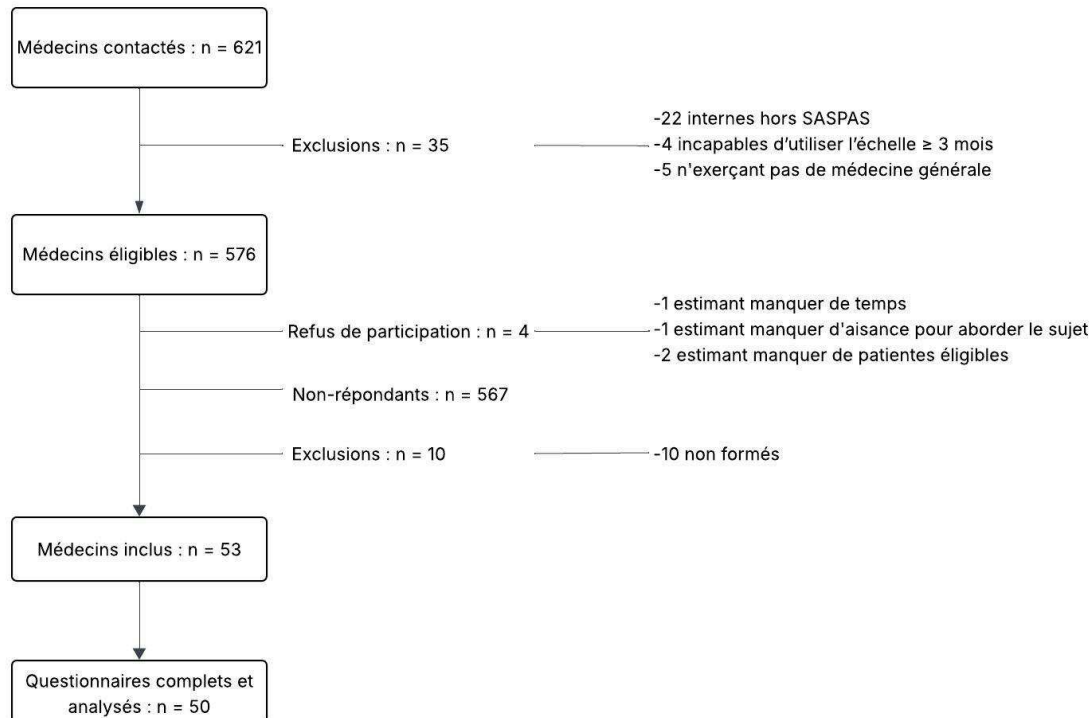


Figure 1. Flow chart

Parmi les données extraites de Lime Survey, cinq réponses ont été catégorisées comme incomplètes : une réponse partielle et quatre réponses entièrement vides. Les quatre réponses vides ont été exclues du fichier d'analyse dès le début. La réponse partielle (participant n°31) a été conservée uniquement dans le fichier statistique préliminaire. La numérotation a été gardée telle quelle, créant un « trou » entre les participants n°30 et n°32. L'objectif était de maintenir une cohérence entre les analyses, d'assurer une traçabilité sans confusion. Ainsi, les analyses statistiques réalisées portent sur les 50 questionnaires complets.

## **2 Analyses descriptives**

### **2.1 Description des participants à l'inclusion**

Les données ne sont disponibles que pour les participants ayant répondu au questionnaire final (n = 50). La médiane d'âge des participants était de 31,5 ans avec 88% de participants âgés de moins de 41 ans. Il y avait 88% de femmes (n = 44). 72% des participants exerçaient dans le Nord-Pas de Calais. 40% étaient installés ; 38% remplaçants ; 14% internes de médecine générale et 8% médecins salariés. Pour ce qui est des modalités d'exercice, elles ont été interprétées de façon cumulative (un même médecin pouvant exercer selon plusieurs modalités à la fois). 62% avaient un exercice de groupe, 44% un exercice en MSP ; 20% un exercice seul ; 6% un exercice en centre de santé. Les caractéristiques sociodémographiques sont détaillées ci-dessous.

**Tableau 3-Caractéristiques sociodémographiques des participants (n = 50)**

| Nombre d'individus (et %)              |                   |
|----------------------------------------|-------------------|
| Catégorie d'âge                        |                   |
| <30                                    | 18 (36.0%)        |
| 30-35                                  | 15 (30.0%)        |
| 36-40                                  | 11 (22.0%)        |
| <b>&gt;40</b>                          | <b>6 (12.0%)</b>  |
| Sexe                                   |                   |
| <b>Féminin</b>                         | <b>44 (88.0%)</b> |
| Masculin                               | 6 (12.0%)         |
| Statut principal                       |                   |
| IMG                                    | 7 (14.0%)         |
| <b>MG installé</b>                     | <b>20 (40.0%)</b> |
| MG salarié                             | 4 (8.0%)          |
| <b>Remplaçant</b>                      | <b>19 (38.0%)</b> |
| Modalités d'exercice (Seul)            |                   |
| <b>Oui</b>                             | <b>10 (20.0%)</b> |
| Non                                    | 40 (80.0%)        |
| Modalités d'exercice (Groupe)          |                   |
| <b>Oui</b>                             | <b>31 (62.0%)</b> |
| Non                                    | 19 (38.0%)        |
| Modalités d'exercice (MSP)             |                   |
| <b>Oui</b>                             | <b>22 (44.0%)</b> |
| Non                                    | 28 (56.0%)        |
| Modalités d'exercice (Centre de santé) |                   |
| Oui                                    | 3 (6.0%)          |
| Non                                    | 47 (94.0%)        |
| Modalités d'exercice (Autre)           |                   |
| Oui                                    | 1 (2.0%)          |
| Non                                    | 49 (98.0%)        |

## 2.2 Formation et activité en gynéco-pédiatrie

Les participants ont rapporté voir, en médiane, 4,50 femmes éligibles par mois. Le reste des informations concernant la formation et l'activité en gynéco-pédiatrie est présenté dans le Tableau 4.

**Tableau 4-Formation et activité en gynéco-pédiatrie (n = 50)**

| Nombre de participants (%)                                    |                   |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| Réalisation d'une consultation dédiée aux patientes éligibles | <b>10 (20%)</b>   |
| Formation complémentaire en pédiatrie                         | <b>20 (40.8%)</b> |
| Formation complémentaire en gynécologie                       | <b>21 (42.9%)</b> |
| Exercice complémentaire en gynécologie                        | <b>21 (42.9%)</b> |
| Exercice complémentaire en pédiatrie                          | 7 (14.3%)         |

## 2.3 Connaissance et expérience concernant l'EPDS et la DPP

L'ensemble des informations concernant la connaissance et l'expérience des participants sur l'EPDS et la DPP est repris dans le Tableau 5.

*Tableau 5-Connaissances concernant l'EPDS et la DPP (n = 50)*

|                                                      | Nombre de participants (%) |
|------------------------------------------------------|----------------------------|
| Connaissance de la DPP avant participation à l'étude | <b>50 (100%)</b>           |
| Connaissance de l'EPDS avant participation à l'étude | <b>17 (34%)</b>            |
| Diagnostic d'une DPP avant participation à l'étude   | <b>30 (60%)</b>            |
| Avec outil                                           | <b>7 (23.3%)</b>           |

## 2.4 Analyse de la participation et du remplissage du questionnaire

L'ensemble des données concernant la participation et le remplissage du questionnaire est détaillé dans les Tableau 6 et Tableau 7.

*Tableau 6-Durée de participation et remplissage du questionnaire*

|                                               | Médiane     | Valeurs extrêmes | IQR  |
|-----------------------------------------------|-------------|------------------|------|
| Durée de participation (en mois)              | <b>4</b>    | 3-7              | 2.00 |
| Temps de remplissage du questionnaire (en mn) | <b>5.62</b> | 3.01-26.7        | 4.95 |

*Tableau 7-Echelles distribuées et diagnostics de DPP*

|                                         | Médiane    | Valeurs extrêmes | IQR  |
|-----------------------------------------|------------|------------------|------|
| Total des EPDS distribuées              | <b>4</b>   | 1-21             | 2.5  |
| Moyenne d'EPDS distribuées par mois     | <b>1</b>   | 0-5.25           | 0.93 |
| Total des diagnostics de DPP            | <b>1</b>   | 0-3              | 2    |
| Moyenne des diagnostics de DPP par mois | <b>0.2</b> | 0-1              | 0.4  |

## 2.5 Ressenti des médecins concernant l'EPDS

### 2.5.1 Avantages de l'échelle rapportés par les utilisateurs

Les données sont issues des réponses ouvertes sur les avantages perçus de l'EPDS (n = 21) et reprises dans le Tableau 8. A noter que certaines réponses initialement fournies à la question sur les inconvénients ont été reclassées en avantages lors de l'analyse qualitative des verbatims, et vice-versa.

*Tableau 8-Avantages rapportés par les utilisateurs*

| Thème                                                                               | Avantages              |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|
|                                                                                     | Nombre de participants | Nombre de Verbatim |
| <b>Effet sur la relation médecin-patiente</b>                                       | <b>9</b>               | <b>14</b>          |
| Amélioration du lien et de l'écoute                                                 | 3                      | 3                  |
| <b>Déclencheur de dialogue</b>                                                      | <b>6</b>               | <b>6</b>           |
| <b>Lever le tabou</b>                                                               | <b>4</b>               | <b>4</b>           |
| Réponses plus transparentes                                                         | 1                      | 1                  |
| <b>Expérience et adhésion de la patiente au dépistage</b>                           | <b>4</b>               | <b>9</b>           |
| Favorise l'appui de l'entourage                                                     | 1                      | 1                  |
| La patiente prend du temps pour elle                                                | 2                      | 2                  |
| Meilleure adhésion aux soins                                                        | 2                      | 2                  |
| <b>Prise de conscience pour la patiente</b>                                         | <b>4</b>               | <b>4</b>           |
| <b>Facteurs sociaux, culturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage</b> | <b>2</b>               | <b>2</b>           |
| Objectivation des symptômes                                                         | 2                      | 2                  |
| <b>Perceptions cliniques de l'outil</b>                                             | <b>11</b>              | <b>18</b>          |
| <b>Facilité d'intégration dans la consultation</b>                                  | <b>5</b>               | <b>5</b>           |
| <b>Gain de temps</b>                                                                | <b>4</b>               | <b>4</b>           |
| <b>Modalités de passation souples</b>                                               | <b>4</b>               | <b>4</b>           |
| Objectivation des symptômes                                                         | 3                      | 3                  |
| Outil perçu positivement par les médecins                                           | 2                      | 2                  |
| <b>Système de soins</b>                                                             | <b>10</b>              | <b>11</b>          |
| Appui recours au spécialiste                                                        | 1                      | 1                  |
| Filet de sécurité                                                                   | 1                      | 1                  |
| <b>Motivation à la structuration d'un parcours de soin</b>                          | <b>4</b>               | <b>4</b>           |
| Rôle social élargi du médecin                                                       | 1                      | 1                  |
| <b>Systématisation du dépistage</b>                                                 | <b>4</b>               | <b>4</b>           |
| <b>Total général</b>                                                                | <b>36</b>              | <b>54</b>          |

### 2.5.2 Inconvénients de l'échelle perçus par les utilisateurs

Les données sont issues des réponses ouvertes sur les inconvénients perçus de l'EPDS (n = 27) et reprises dans le Tableau 9.

**Tableau 9-Inconvénients évoqués par les utilisateurs de l'échelle**

| Thème                                                                               | Inconvénients      |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
|                                                                                     | Nb de participants | Nb de Verbatim |
| <b>Contraintes organisationnelles en consultation</b>                               | <b>18</b>          | <b>22</b>      |
| Manque de temps                                                                     | 15                 | 15             |
| Oubli                                                                               | 5                  | 5              |
| Problème de continuité des soins                                                    | 2                  | 2              |
| <b>Difficultés à aborder le sujet</b>                                               | <b>8</b>           | <b>12</b>      |
| Conceptualisation complexe du dépistage de la DPP                                   | 2                  | 2              |
| Consultation initialement prévue pour l'enfant                                      | 7                  | 7              |
| Manque d'expérience/formation                                                       | 3                  | 3              |
| <b>Difficultés psychosociales pour le médecin</b>                                   | <b>16</b>          | <b>36</b>      |
| Charge cognitive du médecin                                                         | 15                 | 15             |
| Charge émotionnelle en lien avec la relation patient médecin                        | 1                  | 1              |
| Gestion du stress et pression temporelle                                            | 11                 | 11             |
| Le MG ne se sent pas légitime dans ce dépistage                                     | 3                  | 3              |
| Résistance au changement et habitudes professionnelles                              | 2                  | 2              |
| Sentiment d'impuissance ou d'insuffisance                                           | 1                  | 1              |
| Vulnérabilité émotionnelle et fatigue professionnelle                               | 3                  | 3              |
| <b>Effet sur la relation médecin-patiente</b>                                       | <b>5</b>           | <b>5</b>       |
| Complexification de la relation médecin-patiente                                    | 5                  | 5              |
| <b>Expérience et adhésion de la patiente au dépistage</b>                           | <b>6</b>           | <b>9</b>       |
| Absence d'investissement des patientes dans le sujet                                | 4                  | 4              |
| Outil perçu comme rigide                                                            | 1                  | 1              |
| Réactions négatives ou ambivalentes des patientes vis-à-vis de l'outil              | 4                  | 4              |
| <b>Facteurs sociaux, culturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage</b> | <b>14</b>          | <b>24</b>      |
| Effacement de soi dans le PP                                                        | 4                  | 4              |
| Limite culturelle                                                                   | 1                  | 1              |
| Limite familiale                                                                    | 2                  | 2              |
| Norme sociale du statut de la mère                                                  | 9                  | 9              |
| Peur du jugement médical                                                            | 3                  | 3              |
| Vulnérabilité émotionnelle des patientes et charge mentale                          | 5                  | 5              |
| <b>Perceptions cliniques de l'outil</b>                                             | <b>16</b>          | <b>17</b>      |
| Accessibilité limitée de l'outil                                                    | 2                  | 2              |
| Doute sur la pertinence clinique de l'outil                                         | 5                  | 5              |
| Flou sur les modalités d'utilisation                                                | 4                  | 4              |
| Outil perçu comme rigide                                                            | 4                  | 4              |
| Outil perçu comme stigmatisant                                                      | 2                  | 2              |

### 2.5.3 Raisons de non utilisation rapportées par les non-utilisateurs

Les données sont issues des réponses ouvertes sur les raisons de non utilisation (n = 2) et reprises dans le Tableau 10.

**Tableau 10-Raisons de non utilisation évoquées par les non-utilisateurs de l'échelle**

| Thème                                                                               | Raisons de non utilisation de l'échelle |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|
| Étiquettes de lignes                                                                | Nombre de participants                  | Nombre de Verbatim |
| <b>Contraintes organisationnelles en consultation</b>                               | <b>1</b>                                | <b>2</b>           |
| Manque de temps                                                                     | 1                                       | 1                  |
| Oubli                                                                               | 1                                       | 1                  |
| <b>Difficultés à aborder le sujet</b>                                               | <b>1</b>                                | <b>1</b>           |
| Consultation initialement prévue pour l'enfant                                      | 1                                       | 1                  |
| <b>Difficultés psychosociales pour le médecin</b>                                   | <b>2</b>                                | <b>2</b>           |
| Charge cognitive du médecin                                                         | 2                                       | 2                  |
| <b>Effet sur la relation médecin-patiente</b>                                       | <b>1</b>                                | <b>1</b>           |
| Complexification de la relation médecin-patiente                                    | 1                                       | 1                  |
| <b>Facteurs sociaux, culturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage</b> | <b>1</b>                                | <b>2</b>           |
| Effacement de soi dans le PP                                                        | 1                                       | 1                  |
| Norme sociale du statut de la mère                                                  | 1                                       | 1                  |
| <b>Perceptions cliniques de l'outil</b>                                             | <b>2</b>                                | <b>2</b>           |
| Flou sur les modalités d'utilisation                                                | 1                                       | 1                  |
| Outil perçu comme rigide                                                            | 1                                       | 1                  |
| <b>Système de soins</b>                                                             | <b>1</b>                                | <b>1</b>           |
| Pas de consultation dédiée à la mère dans le PP                                     | 1                                       | 1                  |
| <b>Total général</b>                                                                | <b>9</b>                                | <b>11</b>          |

### 3 Analyses par objectif

#### 3.1 Objectif principal : Utilisation réelle de l'EPDS

40 des 50 participants (soit 80%) ont utilisé l'échelle durant leur participation à l'étude.

**Tableau 11-Fréquence d'utilisation de l'échelle parmi les utilisateurs (n = 40)**

| Fréquence d'utilisation | Nombre de participants | Pourcentage |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| Parfois                 | 9                      | 22,5 %      |
| Rarement                | 13                     | 32,5 %      |
| Souvent                 | 17                     | 42,5 %      |
| Toujours                | 1                      | 2,5 %       |

## 3.2 Facteurs professionnels associés à l'utilisation ou non de l'EPDS

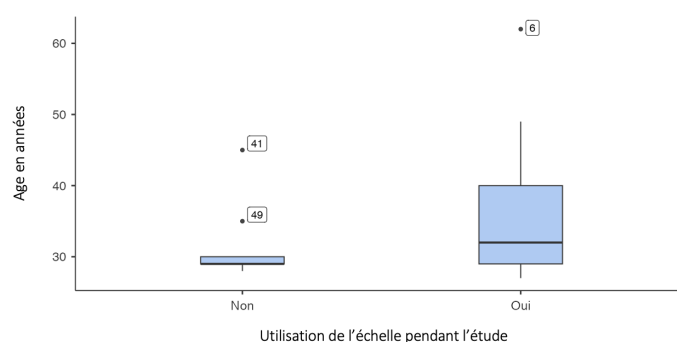
### 3.2.1 Profil descriptif des médecins utilisateurs ou non de l'échelle

#### 3.2.1.1 Profil descriptif des médecins

##### 3.2.1.1.1 Caractéristiques socio-professionnelles

La médiane d'âge des médecins utilisateurs était de 32 ans (IQR = 11 ; minimum = 27 maximum = 62) contre 29 ans (IQR = 1 ; minimum = 28 ; maximum = 45) pour les non-utilisateurs. La différentielle est clairement visible dans la Figure 2.

*Figure 2-Utilisation de l'échelle selon l'âge des participants*



Le reste des caractéristiques socioprofessionnelles est repris dans le Tableau 12 pour les utilisateurs et le Tableau 13 pour les non-utilisateurs.

*Tableau 12-Caractéristiques socioprofessionnelles des utilisateurs (n = 40)*

|                                    | Nombre de participants (%) |
|------------------------------------|----------------------------|
| Statut professionnel (unique)      |                            |
| <b>MG installé</b>                 | <b>19 (47.5%)</b>          |
| <b>Remplaçant</b>                  | <b>13 (32.5%)</b>          |
| IMG                                | 5 (12.5%)                  |
| MG salarié                         | 3 (7.5%)                   |
| Modalités d'exercice (cumulatives) |                            |
| <b>Exercice de groupe</b>          | <b>25 (62.5%)</b>          |
| <b>MSP</b>                         | <b>16 (40%)</b>            |
| Exercice seul                      | 7 (17.5%)                  |
| Centre de santé                    | 2 (5%)                     |
| Autre                              | 1 (2.5%)                   |

**Tableau 13-Caractéristiques socioprofessionnelles des non-utilisateurs(n = 10)**

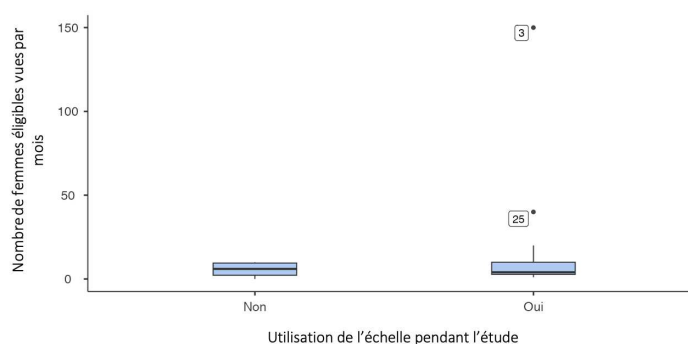
|                                    | Nombre de participants (%) |
|------------------------------------|----------------------------|
| Statut professionnel (unique)      |                            |
| <b>Remplaçants</b>                 | <b>6 (60%)</b>             |
| <b>IMG</b>                         | <b>2 (20%)</b>             |
| MG installé                        | 1 (10%)                    |
| MG salarié                         | 1 (10%)                    |
| Modalités d'exercice (cumulatives) |                            |
| <b>Exercice de groupe</b>          | <b>6 (60%)</b>             |
| <b>MSP</b>                         | <b>6 (60%)</b>             |
| Exercice seul                      | 3 (30%)                    |
| Centre de santé                    | 3 (30%)                    |

### 3.2.1.1.2 Formation et activité en gynéco-pédiatrie

Les médecins utilisateurs estimaient voir en médiane 4 femmes éligibles (=femmes ayant accouché dans l'année) chaque mois (IQR = 7,25 ; minimum = 1 ; maximum = 150) contre 6 pour les non-utilisateurs (médiane = 6 ; IQR = 7,25 ; minimum = 0 ; maximum = 10).

L'ensemble est représenté dans la Figure 3. L'ensemble des données détaillées sur la formation et l'exercice en gynéco-pédiatrie est détaillé dans le Tableau 14, pour les utilisateurs, et le Tableau 15, pour les non-utilisateurs.

**Figure 3-Utilisation ou non de l'échelle selon le volume de femmes éligibles vues par mois**



**Tableau 14-Formation et activité en gynéco-pédiatrie des utilisateurs (n = 40)**

|                                                | Nombre de participants (%) |
|------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Formation complémentaire en pédiatrie</b>   | <b>18 (45%)</b>            |
| Exercice complémentaire en pédiatrie           | 6 (15%)                    |
| <b>Formation complémentaire en gynécologie</b> | <b>16 (40%)</b>            |
| Exercice complémentaire en gynécologie         | 1 (2.5%)                   |

**Tableau 15-Formation et exercice complémentaire en gynéco-pédiatrie chez les non-utilisateurs (n = 10)**

|                                                | Nombre de participants (%) |
|------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Formation complémentaire en pédiatrie</b>   | <b>2 (22%)</b>             |
| Exercice complémentaire en pédiatrie           | 1 (11%)                    |
| <b>Formation complémentaire en gynécologie</b> | <b>5 (55%)</b>             |
| Exercice complémentaire en gynécologie         | 1 (11%)                    |

### 3.2.1.1.3 Connaissances et prise en charge des femmes dans le PP

Avant de participer à cette étude :

- 26 des 40 médecins utilisateurs (60 %) avaient déjà diagnostiqué une DPP, dont 21 (81 %) sans outil contre 4 des 10 médecins non-utilisateurs (40 %), dont 2 (50 %) sans outil
- 12 des 40 médecins utilisateurs (30 %) connaissaient l'EPDS contre 5 des 10 non-utilisateurs (50 %)
- 7 des 40 médecins utilisateurs (17,5 %) réalisaient une consultation dédiée aux femmes ayant accouché dans l'année contre 3 des 10 médecins non-utilisateurs (30 %)

## 3.2.2 Profil descriptif des médecins selon leur volonté de ré-utiliser l'échelle

Le profil des médecins qui répondent « Tout à fait d'accord » (n = 20) à la question sur leur volonté de réutiliser l'échelle est repris dans le Tableau 16 et Tableau 17.

**Tableau 16-Profil descriptif des médecins ayant très envie de ré-utiliser l'échelle 1/2 (n = 20)**

|                                          | Médiane | Valeurs extrêmes | IQR  |
|------------------------------------------|---------|------------------|------|
| Age (en années)                          | 37      | 27-48            | 8.25 |
| Nombre de femmes éligibles vues par mois | 4       | 1-150            | 4.25 |
| Nombre d'EPDS distribuées par mois       | 1.29    | 0.33-5.25        | 0.67 |

**Tableau 17-Profil descriptif des médecins ayant très envie de ré-utiliser l'échelle 2/2 (n = 20)**

|                                                    | Nombre (%)      |
|----------------------------------------------------|-----------------|
| Age (en années)                                    |                 |
| <b>36-40</b>                                       | <b>8 (40%)</b>  |
| 30-35                                              | 5 (25%)         |
| <30                                                | 5 (25%)         |
| >40                                                | 2 (10%)         |
| Statut                                             |                 |
| <b>MG installé</b>                                 | <b>12 (60%)</b> |
| <b>Remplaçant</b>                                  | <b>5 (25%)</b>  |
| IMG                                                | 2 (10%)         |
| MG salarié                                         | 1 (5%)          |
| <b>Diagnostic d' ≥1 DPP avant la participation</b> | <b>15 (75%)</b> |

Le profil des médecins qui répondent « Pas du tout d'accord » (n = 2) à la question sur leur volonté de réutiliser l'échelle est repris dans le Tableau 18 et le Tableau 19.

**Tableau 18-Profil descriptif des médecins ayant peu envie de ré-utiliser l'échelle 1/2 (n = 2)**

|                                          | Médiane | Valeurs extrêmes | IQR   |
|------------------------------------------|---------|------------------|-------|
| Âge                                      | 44.5    | 27-62            | 17.5  |
| Nombre de femmes éligibles vues par mois | 6       | 2-10             | 4     |
| Nombre d'EPDS distribuées par mois       | 0.36    | 0.29-0.43        | 0.071 |

**Tableau 19- Profil descriptif des médecins ayant peu envie de ré-utiliser l'échelle 2/2 (n = 2)**

|                                             | Nombre de participants (et %) |
|---------------------------------------------|-------------------------------|
| Age des médecins                            |                               |
| <30 ans                                     | 1 (50%)                       |
| >40 ans                                     | 1 (50%)                       |
| Statut                                      |                               |
| MG installé                                 | 1 (50%)                       |
| Remplaçant                                  | 1 (50%)                       |
| Diagnostic d'≥ 1 DPP avant la participation | 2 (100%)                      |

### 3.2.3 Analyses bivariées sur la volonté de réutiliser l'échelle EPDS selon certains facteurs socioprofessionnels

#### 3.2.3.1 Volonté de réutiliser l'échelle selon l'expérience préalable de diagnostic de DPP

On ne retrouve pas d'association significative ( $p = 0.098$  selon test exact de Fischer).

#### 3.2.3.2 Volonté de réutiliser l'échelle selon le statut professionnel

On ne retrouve pas d'association significative ( $p = 0.557$  selon test exact de Fischer).

#### 3.2.3.3 Volonté de réutiliser l'échelle selon l'âge

On ne retrouve pas d'association significative entre volonté de réutiliser l'échelle et catégorie d'âge ( $p = 0.446$  selon test exact de Fischer généralisé) ou l'âge en année (rho de Spearman - 0.162 ;  $p = 0.318$ ).

#### 3.2.3.4 Volonté de réutiliser l'échelle selon la proportion de femmes éligibles vues par mois

Aucune corrélation notable entre volonté de réutiliser l'échelle et nombre de femmes éligibles vues chaque mois (rho de Spearman 0.048 ;  $p = 0.769$ ).

### **3.2.3.5 Volonté de réutiliser l'échelle selon son utilisation effective pendant l'étude**

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre volonté de réutiliser l'échelle et moyenne d'EPDS distribuées par mois (rho de Spearman -0.208 ;  $p = 0.198$ ).

## **3.3 Freins rapportés par les non-utilisateurs**

### **3.3.1 Réponses aux questions fermées (n = 10)**

4 freins étaient abordés par le biais de questions fermées (Oui/Non) :

- Le manque de patientes évoqué par 70% des non-utilisateurs.
- L'oubli : évoqué par 60% des non-utilisateurs.
- Le manque de cotation évoqué par 50% des non-utilisateurs.
- Le manque de temps évoqué par 30% des non-utilisateurs.

### **3.3.2 Réponses aux questions ouvertes (n = 2)**

Une analyse thématique inductive des réponses ouvertes (n = 2) a permis de mettre en évidence plusieurs catégories principales et sous catégories.

Les médecins ont rapporté :

- Les contraintes organisationnelles en consultation (n = 1) :
  - Manque de temps (n = 1)
  - Oubli (n = 1)
- Les difficultés à aborder le sujet (n = 1) :
  - Consultation initialement prévue pour l'enfant (n = 1)
- Les difficultés psychosociales pour le médecin (n = 2) :
  - Charge cognitive pour le médecin (n = 2)

« Pas pensé à utiliser l'échelle car je voyais les nourrissons, pas de temps dédié pour la patiente » (Participant 2)

- L'effet sur la relation médecin-patiente (n = 1)
  - Complexification de la relation médecin-patiente (n = 1)
- Les facteurs socioculturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage (n = 1) :
  - Effacement de soi dans le PP (n = 1)
  - Norme sociale du statut de la mère (n = 1)
- Leurs perceptions cliniques de l'outil (n = 2)
  - Outil perçu comme rigide (n = 1)

*« (...) je n'ai pas utilisé l'échelle en tant que telle mais ai posé plus facilement des questions sur le sujet aux patientes venant pour le suivi de leur nourrisson (...) » (Participant 24)*

- Flou sur les modalités d'utilisation (n = 1)

*« J'utilise l'échelle uniquement en cas de suspicion de dépression du post partum et pas en dépistage systématique (...) » (Participant 2)*

- Système de soins (n = 1)
  - Pas de consultation dédiée à la mère dans le PP (n = 1)

### **3.4 Pertinence clinique perçue de l'outil EPDS**

#### **3.4.1 Acceptabilité patientes**

##### **3.4.1.1 Analyse des réponses fermées (n = 40)**

Deux items ont été étudiés à l'aide d'échelles de Likert :

- Réaction des patientes : jugée bonne par 92.5% des médecins : 50% « Tout à fait d'accord » (n = 20) ; 42.5% « D'accord » (n = 17).
- Acceptation par les patientes : jugée bonne par 95% des médecins : 60% « Tout à fait d'accord » (n = 24) ; 35% (n = 14) « D'accord ».

Un score groupé a été établi pour évaluer l'acceptabilité par les patientes (/6). On retrouvait un score médian de 5/6 (IQR = 2 ; minimum = 1 ; maximum = 6) soit un score de 8.33/10 traduisant une acceptabilité patiente jugée bonne par les médecins.

### **3.4.1.2 Analyse des réponses ouvertes sur les avantages et les inconvénients de l'échelle (n = 56)**

Toutes les catégories principales sont mentionnées ; toutefois, pour simplifier, seules les sous-catégories citées par un minimum de 4 médecins (soit 10% des 40 utilisateurs de l'échelle) sont présentées ici.

L'analyse thématique inductive a ainsi fait émerger plusieurs catégories liées à l'acceptabilité par les patientes :

- Effet sur la relation médecin-patiente : 7 médecins (3 en avantages, 4 en inconvénients).
- Complexification de la relation médecin-patiente (n = 4 ; 9.1%)

« Questionnaire qui peut difficilement être intégré dans une discussion « fluide ». »  
(Participant 11)

« Échelle non prête à être utilisée immédiatement lorsque la patiente se confie. Questions gardées en mémoire pour orienter les patientes ne coupant pas le fil de la consultation. »  
(Participant 5)

- Expérience et adhésion de la patiente au dépistage : 18 médecins (9 en avantages, 9 en inconvénients).
- Absence d'investissement des patientes dans le sujet (n = 4 ; 9.1%)

« (...) en général elles consultaient pour un autre motif (...) Je n'ai jamais eu de retour sur les échelles que j'ai distribuées. » (Participant 16)

- Prise de conscience pour la patiente (n = 4 ; 9.1%)

« En permettant à la patiente d'y réfléchir en remplissant l'échelle ça lui permet d'identifier la réalité de sa dépression du post partum (...) prendre le temps de la remplir lui permet de prendre le temps de penser à elle et ce qu'elle vit intérieurement. » (Participant 1)

« Peut favoriser l'acceptation d'une éventuelle dépression » (Participant 25)

- Réactions négatives ou ambivalentes des patientes vis-à-vis de l'outil (n = 4 ; 9.1%)

« Le fait de donner une échelle en auto questionnaire était mal accueilli par les patientes (...) » (Participant 16)

« Crainte de la patiente à voir une échelle formelle plutôt qu'une discussion calme et ouverte » (Participant 47)

- Facteurs sociaux, culturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage (19 médecins, uniquement en inconvénients).

- Norme sociale du statut de la mère (n = 7 ; 15.9%)

« Une limite : dans certaines cultures la dépression ne peut pas exister » (Participant 27)

« (...) si score dépression peur d'être une mauvaise mère etc. » (Participant 36)

- Vulnérabilité émotionnelle des patientes et charge mentale (n = 5 ; 11.4%)

« Maman qui se sent stigmatisée, « mauvaise mère » » (Participant 9)

« (...) lors de l'examen du nourrisson qui a besoin de l'attention de sa maman. Les mères sont souvent seules en consultation (...) » (Participant 33)

### **3.4.2 Utilité clinique**

#### **3.4.2.1 Analyse des réponses fermées (n = 40)**

Plusieurs résultats méritent d'être soulignés :

- 89.7% des médecins trouvent que le score fourni par l'échelle est concordant avec leur ressenti clinique : 61.5% (n = 24) « D'accord » ; 28.2% (n = 11) « Tout à fait d'accord ».

- 77% des médecins trouvent que l'utilisation de l'échelle améliore la communication avec les patientes : 46.2% (n = 18) « D'accord » ; 30.8% (n = 12) « Tout à fait d'accord »).
- 82.1% des médecins trouvent que l'échelle les aide au diagnostic de DPP : 46.2% (n = 18) « D'accord » ; 35.9% (n = 14) « Tout à fait d'accord ».
- Les utilisateurs ont diagnostiqué une médiane de 1 DPP (IQR = 2 ; minimum = 0 ; maximum = 2) ; soit une médiane de 0.225 (IQR = 0.425 ; minimum = 0 ; maximum = 1) par mois.

En regroupant les variables pertinentes, on obtenait un score groupé d'utilité clinique médian de 6/9 (IQR = 1.25 ; minimum = 0 ; maximum = 9) soit un score de 6.67/10, traduisant une perception correcte de l'utilité clinique de l'EPDS.

#### **3.4.2.2 Analyse des réponses ouvertes sur les avantages et les inconvénients de l'échelle (n = 56)**

Toutes les catégories principales sont mentionnées ; toutefois pour simplifier, seules les sous-catégories citées par un minimum de 4 patients (soit 10% des 40 utilisateurs de l'échelle) sont présentées ici.

L'analyse thématique inductive a ainsi permis d'identifier plusieurs catégories relatives à l'utilité clinique :

- Difficultés à aborder le sujet (2 médecins, uniquement en inconvénients)

« Il faut pouvoir envisager l'enfant et sa maman en globalité ce qui n'est pas forcément évident pour tous les professionnels » (Participant 29)

- Effet sur la relation médecin-patiente (1 médecin, uniquement en inconvénients)

« (...) et ne me semble pas toujours adapté. Je préfère poser les questions à l'oral même si cela est un peu moins systématisé » (Participant 33)

- Perceptions cliniques de l'outil : 26 médecins (10 en avantages, 16 en inconvénients)

- Facilité d'intégration dans la consultation (n = 5)

*« Facile à intégrer dans une consultation lors de l'examen des premiers jours du nourrisson. » (Participant 20)*

*« Simple et rapide » (Participant 49)*

- Doute sur la pertinence clinique de l'outil (n = 5)

*« (...) et peu de valeur ajoutée » (Participant 14)*

*« Je n'ai jamais eu de retour sur les échelles que j'ai distribuées. » (Participant 16)*

- Outil perçu comme rigide (n = 4)

*« Questions enfermantes, quand le dialogue se fait bien je cherche la dépression sans forcément passer par l'échelle » (Participant 15)*

### **3.4.3 Facilité d'utilisation**

#### **3.4.3.1 Analyse des réponses fermées (n = 40)**

Plusieurs résultats requièrent notre attention :

- La fréquence estimée d'utilisation de l'échelle est assez hétérogène : 45% (n = 18) des participants l'utilisaient « Souvent » (n = 17 ; 42.5%) à « Toujours » (n = 1 ; 2.5%).
- Une médiane de 4 échelles (IQR = 2,5 ; minimum = 1 ; maximum = 21) a été distribuée par participant durant l'étude, ce qui correspond à une médiane d'environ 1 échelle par mois (IQR = 0,988 ; minimum = 0,25 ; maximum = 5,25).
- L'intégration à la pratique était jugée à 70% facile dont 40% (n = 16) « Tout à fait d'accord » et 30% (n = 12) « D'accord ».
- La formation fournie était jugée satisfaisante par 92.5% des participants : 42.5% (n = 17) « Tout à fait d'accord » ; 50% (n = 20) « D'accord ».

Le score groupé de facilité d'utilisation était de 4.5/6 en médiane (IQR = 2 ; minimum = 2 ; maximum = 6) soit un score de 7.5/10, traduisant une perception globalement favorable de la facilité d'utilisation de l'outil

### 3.4.4 Potentiel de généralisation

#### 3.4.4.1 Analyse des réponses fermées (n = 40)

Il convient de souligner deux résultats :

- 82.5% estimaient qu'ils ré-utiliseraient l'échelle dont 50% (n = 20) « Tout à fait d'accord » et 32.5% (n = 13) « D'accord »
- 92.5% estimaient le dépistage de la DPP par l'EPDS faisable en MG dont 52.5% (n = 21) « Tout à fait d'accord » et 40% (n = 16) « D'accord »

Le score groupé sur le potentiel de généralisation était de 5/6 en médiane (IQR = 2 ; minimum = 2 ; maximum = 6) soit un score de 8.33/10, ce qui suggère que les médecins jugent favorablement le potentiel de généralisation du dépistage de la DPP par cette échelle.

#### 3.4.4.2 Analyse des réponses ouvertes (n = 56)

Toutes les catégories principales sont mentionnées ; toutefois pour simplifier, seules les sous-catégories citées par un minimum de 4 patients (soit 10% des 40 utilisateurs de l'échelle) sont présentées ici

L'analyse thématique inductive a ainsi fait émerger plusieurs catégories liées au potentiel de généralisation :

- Effet sur la relation médecin-patiente : 11 médecins (uniquement en avantages)
  - Déclencheur de dialogue (n = 6)

« Permet de lancer la discussion » (Participant 3)

« (...) ouverture du dialogue » (Participant 29)

- Lever le tabou (n = 4)

« Permet de lancer la discussion quand parfois je ne l'aurais pas abordée avec cette famille. » (Participant 3)

« Permet d'aborder la question avec les patientes plus réfractaires » (Participant 15)

- Facteurs sociaux, culturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage : 4 médecins (2 en avantages, 2 en inconvénients)

« Une limite : dans certaines cultures la dépression ne peut pas exister » (P27)

- Système de soins : 28 médecins (11 en avantages, 17 en inconvénients)
  - Pas de consultation dédiée à la mère dans le PP (n = 10)

« (...) la femme en post partum consulte peu voire pas pour elle » (Participant 29)

« (...) les consultations dédiées post partum devraient pouvoir être menées dans des consultations dédiées » (Participant 38)

- Pas de cotation (n = 4)

« Pas validée pas la CPAM donc pas de cotation possible » (Participant 6)

« (...) dommage de ne pas pouvoir la côter » (Participant 7)

- Motivation à la structuration d'un parcours de soins (n = 4)

« (...) prévoir une consultation post-partum spécifique et automatique après chaque accouchement » (Participant 7)

- Systématisation du dépistage (n = 4)

« (...) cela permet de penser à dépister les patientes » (Participant 32)

« Permet d'aborder la DPP de manière plus systématique (...) » (Participant 3)

### 3.4.5 Impact pour le médecin

#### 3.4.5.1 Analyse des réponses fermées (n = 40)

Plusieurs résultats sont intéressants :

- 76.9% des médecins estiment l'échelle rapide à passer dont 33.3% (n = 13) « Tout à fait d'accord » et 43.6% (n = 17) « D'accord ».
- 55% des médecins estiment que la passation de l'échelle augmente la durée de leur consultation dont 22.5% (n = 9) « Tout à fait d'accord » et 32.5% (n = 13) « D'accord ».

Le score groupé sur l'impact temporel pour le médecin est de 4/6 en médiane (IQR = 2.5 ; minimum = 0 ; maximum = 6), soit un score de 6.66/10 traduisant un impact jugé correct sur la durée des consultations.

### **3.4.5.2 Analyse des réponses ouvertes (n = 56)**

Toutes les catégories principales sont mentionnées ; toutefois pour simplifier, seules les sous-catégories citées par un minimum de 4 patients (soit 10% des 40 utilisateurs de l'échelle) sont présentées ici.

L'analyse thématique inductive a ainsi fait émerger plusieurs catégories liées à l'impact pour le médecin :

- Difficultés psychosociales pour le médecin : 36 médecins (uniquement en inconvénients)

- Charge cognitive du médecin (n = 15)

« Normalement dans le post partum on voit que le nourrisson (...). » (Participant 17)

« -les consultations de suivi du nourrisson nécessitent de nombreux sujets : il ne faut pas oublier d'y penser ! » (Participant 18)

- Gestion du stress et pression temporelle (n = 11)

« (...) rajouter la question du moral de la mère après 30 minutes sur le sommeil, la diététique (etc....) les vaccins et l'examen clinique de l'enfant avec une salle d'attente pleine, ça peut vite devenir compliqué... » (Participant 18)

« (...) oubli de la présenter en consultation ou y penser en fin de consultation ce qui rallonge le temps de consultation » (Participant 44)

- Contraintes organisationnelles en consultation : 22 médecins (uniquement en inconvénients)

- Manque de temps (n = 15)

« (...) consultation forcément beaucoup plus longue (...) nous faisons une consultation en + qui est souvent longue comme c'est un diagnostic de dépression besoin de parler ++, je ne me

*voyais absolument dire au patiente " je vous diagnostique une dépression post partum revenez demain quand j'aurai le temps sur un vrai créneau" (...) » (Participant 7)*  
*« Manque de temps » (Participant 12 ; 26 ; 32 ; 40)*

- Oubli (n = 5)

*« (...) ce n'est pas encore un réflexe de proposer cette échelle » (Participant 8)*  
*« (...) il ne faut pas oublier d'y penser ! » (Participant 18)*

- Difficultés à aborder le sujet : 10 médecins (uniquement en inconvénients)

- Consultation initialement prévue pour l'enfant (n = 7)

*« Parents souvent rencontrés uniquement pour le suivi du nouveau-né » (Participant 12)*  
*« La difficulté est de proposer le test pendant une consultation dédiée à l'enfant (...) » (Participant 29)*

- Perceptions cliniques de l'outil : 9 médecins (8 en avantages, 1 en inconvénients)

- Gain de temps (n = 4)

*« Gain de temps pendant la consultation si on remet le questionnaire à la patiente en main propre » (Participant 28)*

- Modalités de passation souples (n = 4)

*« Je donnais l'échelle à la patiente lors d'une consultation avec le bébé, lui demandant de la remplir tranquillement chez elle et de me la rendre la consultation suivante. Et si nécessaire, je prévoyais une consultation dédiée à la maman, sur un temps plus long en général. » (Participant 25)*

*« Possibilité d'auto-remplissage à distance par la patiente. » (Participant 27)*

- Facteurs sociaux, culturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage : 3 médecins (uniquement en inconvénients)

*« (...) période où l'on est focalisé sur leur enfant » (Participant 19)*

Pour résumer, voici les principaux résultats de cette thèse :

- 80% des participants ont utilisé l'échelle.
- Les utilisateurs de l'échelle, majoritairement médecins installés et remplaçants en MSP, voient moins de patientes éligibles et maîtrisent mieux le sujet que les non-

utilisateurs, majoritairement internes en médecine générale. Les non-utilisateurs voient plus de patientes éligibles mais maîtrisent moins le sujet.

- Aucun facteur professionnel n'a démontré de lien avec la volonté de réutiliser l'échelle dans notre étude. L'expérience préalable, le statut professionnel, l'âge et la proportion de patientes éligibles, l'utilisation effective de l'échelle n'ont, de fait, pas révélé d'impact significatif.
- Les non-utilisateurs citent principalement le manque de temps (70%) et l'oubli (60%) comme freins à leur utilisation. Les difficultés psychosociales et les perceptions cliniques de l'outil sont également évoquées dans les réponses ouvertes.
- Pour la pertinence clinique perçue de l'outil, on a pu étudier à la fois l'acceptabilité patiente, l'utilité clinique la facilité d'utilisation, le potentiel de généralisation et l'impact pour le médecin.

- Pour l'acceptabilité par les patientes

92,5 % estiment une bonne réaction des patientes et 95 % une bonne acceptation. Parmi les 56 réponses ouvertes, les médecins soulignent la complexification de la relation médecin-patient ainsi que l'impact sur expérience et l'adhésion des patientes au dépistage. Les patientes montrent parfois un manque d'investissement, une réaction négative à l'outil, mais celui-ci peut aussi favoriser une prise de conscience. Les facteurs socioculturels et émotionnels, comme les normes sociales, la vulnérabilité émotionnelle et la charge mentale, influencent également l'adhésion au dépistage.

- Pour l'utilité clinique

89,7 % des médecins trouvent que le score de l'échelle correspond à leur ressenti clinique. 77 % estiment qu'elle améliore la communication avec les patientes, et 82,1 % qu'elle aide au diagnostic de la dépression post-partum. Les réponses ouvertes (56) soulignent la difficulté

d'aborder le sujet, l'impact sur la relation médecin-patiente, et la perception clinique de l'outil (facilité d'intégration, doute sur sa pertinence, rigidité).

- Pour la facilité d'utilisation

La fréquence estimée d'utilisation de l'échelle est assez hétérogène avec 45 % des participants qui l'utilisent souvent à toujours, une médiane de quatre échelles par participant distribuées durant l'étude soit une échelle par mois, l'intégration de la pratique jugée à 70 % facile et la formation est jugée satisfaisante par 92,5 % des participants.

- Pour le potentiel de généralisation

82,5 % des participants envisagent de réutiliser l'échelle, et 92,5 % pensent que le dépistage de la dépression post-partum par l'EPDS est possible en médecine générale. Les réponses ouvertes révèlent l'impact sur la relation médecin-patient (déclencheur de dialogue, levée du tabou), les facteurs socioculturels et émotionnels affectant l'adhésion au dépistage, et le système de soins (absence de consultation dédiée à la mère dans le post-partum, absence de cotation, motivation et besoin de structurer un parcours de soins systématisant le dépistage).

- Pour l'impact sur le médecin

76,9 % des médecins estiment l'échelle rapide à passer même si 55 % des médecins estiment que la passation de l'échelle augmente la durée de la consultation. L'analyse des réponses ouvertes met en évidence les défis psychosociaux pour les médecins : charge cognitive, stress et pression temporelle. Elle met en lumière les contraintes organisationnelles en consultation telles que le manque de temps et les oublis ; ainsi que les difficultés à aborder le sujet, notamment lors d'une consultation initialement prévue pour l'enfant. Les médecins perçoivent globalement l'outil comme un gain de temps avec des modalités de passation flexibles. Enfin, les facteurs socioculturels et émotionnels influencent l'adhésion au dépistage.

# Résumé des principaux résultats

## 1.1 Objectif principal : Utilisation réelle de l'échelle EPDS

80 % des participants ont utilisé l'EPDS pendant l'étude.

## 1.2 Objectif secondaire 1 – Facteurs professionnels associés à l'utilisation ou non de l'échelle

- Profil descriptif des utilisateurs : majoritairement installés ou remplaçants, exerçant en groupe ou en MSP, avec formation complémentaire en gynécopédiatrie.
- Aucun facteur professionnel n'est significativement associé à la volonté de réutiliser l'EPDS (utilisation effective de l'échelle pendant l'étude, expérience préalable, statut, âge et proportion de patientes éligibles non significatifs).

## 1.3 Objectif secondaire 2 – Freins des non-utilisateurs

*Tableau 20-Freins rapportés par les non-utilisateurs*

| Freins rapportés en réponses fermées | Freins rapportés en réponses ouvertes                                                                                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Manque de patientes (70%)            | <b>Contraintes organisationnelles en consultation</b> (difficulté d'intégration dans la consultation, absence de cotation)                  |
| Oubli (60%)                          | <b>Difficultés psychosociales pour le médecin</b> (charge cognitive)                                                                        |
| Manque de cotation (50%)             | <b>Effets sur la relation médecin-patiente</b> (peur d'altérer le climat de confiance)                                                      |
| Manque de temps (30%)                | <b>Facteurs socioculturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage</b> (acceptabilité variable selon patientes, rapport à l'écrit) |

## 1.4 Objectif secondaire 3 – Pertinence clinique perçue

*Tableau 21-Pertinence clinique perçue par les utilisateurs*

| Sous-objectif                      | Résultats fermés                                                                               | Résultats ouverts                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acceptabilité patientes</b>     | 92,5 % bonne réaction,<br>95 % bonne acceptation                                               | <b>Effets sur la relation médecin-patiente</b> (complexification de la relation, difficulté à intégrer le questionnaire dans la discussion)<br><b>Expérience et adhésion des patientes au dépistage</b> (manque d'investissement, prise de conscience, réactions négatives ou ambivalentes)<br><b>Facteurs sociaux, culturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage</b> (normes sociales, vulnérabilité émotionnelle, charge mentale)             |
| <b>Utilité clinique</b>            | 89,7 % score concordant,<br>77 % améliore la communication<br>82,1 % aide au diagnostic        | <b>Perceptions cliniques de l'outil</b> (facilité d'intégration, doute sur sa pertinence, rigidité)<br><b>Difficultés à aborder le sujet</b> (gérer globalité mère/enfant, sujets multiples)<br><b>Effets sur la relation médecin-patiente</b> (adaptation limitée, parfois préférences pour discussion orale)                                                                                                                                               |
| <b>Facilité d'utilisation</b>      | 45 % utilisent souvent à toujours<br>70 % facile à intégrer,<br>92,5 % formation satisfaisante | Non étudié ici                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Potentiel de généralisation</b> | 82,5 % envisagent réutilisation, 92,5 % jugent le dépistage faisable en MG                     | <b>Effets sur la relation médecin-patiente</b> (déclencheur de dialogue, levée du tabou), <b>Facteurs sociaux, culturels et émotionnels impactant l'adhésion au dépistage</b> (acceptation variable selon patientes et contexte culturel)<br><b>Système de soins</b> (absence de cotation, besoin de structurer parcours, motivation pour systématiser le dépistage)                                                                                         |
| <b>Impact pour le médecin</b>      | 76,9 % rapide à passer,<br>55 % prolongation de la consultation                                | <b>Difficultés psychosociales pour le médecin</b> (charge cognitive, stress, pression temporelle)<br><b>Contraintes organisationnelles en consultation</b> (manque de temps, oubli)<br><b>Difficultés à aborder le sujet</b> (consultation initialement pour l'enfant)<br><b>Perceptions cliniques de l'outil</b> (modalités flexibles, gain de temps)<br><b>Facteurs sociaux, culturels et émotionnels</b> (focalisation sur l'enfant, contexte émotionnel) |

# Discussion

## 1 Discussion des principaux résultats

### 1.1 Objectif principal : utilisation de l'échelle EPDS par les médecins formés

Dans notre étude, le taux global d'utilisation de l'EPDS était de 80%. Ce chiffre reflète l'adoption effective de cet outil en pratique clinique.

Il est complexe de comparer ce taux à celui retrouvé en pratique habituelle dans la littérature car il n'existe pas de recommandation formelle quant à l'usage systématique de cet outil. On peut néanmoins en avoir une estimation approximative grâce à plusieurs repères :

- Dans l'enquête nationale périnatale de 2021 : 50% des femmes ont déclaré avoir été dépistées à l'aide d'un questionnaire standardisé (souvent l'EPDS) avec une proportion plus élevée dans les maternités (jusqu'à 70%) qu'en médecine générale (environ 30-35%) [1].
- Dans l'étude internationale Wang Z et al (2021), le taux d'utilisation moyen d'un outil validé dans le dépistage dans plusieurs pays à revenus élevés est estimé entre 40 et 60% [14].
- Dans la thèse de Lecompte-Antoine réalisée à Lille, 60% des médecins généralistes utilisaient l'échelle EPDS au moins de manière occasionnelle [101].
- Dans la thèse de Vanmerris sur l'utilisation d'un outil de dépistage dans les troubles du neurodéveloppement de l'enfant, un taux d'utilisation de 50% était observé chez les médecins formés (l'utilisation étant définie comme la passation d'au moins un test) [102].

- Dans la thèse de Cornec réalisée en 2018 dans le Finistère environ 40% des femmes suivies en post-partum avaient bénéficié d'un dépistage par EPDS en médecine de ville (taux diminué à 30% en médecine générale) [103].
- Dans la thèse de Keromnes en 2009, le taux d'utilisation diminue même à 6.7% montrant une probable augmentation de l'utilisation de l'outil avec les années [104].

Le taux d'utilisation observé dans notre échelle, supérieur aux données retrouvées dans la littérature, pourrait s'expliquer par plusieurs raisons :

- Une formation rapide et ciblée des participants, combinée à une sensibilisation préalable au dépistage de la dépression du post-partum et ses enjeux, semble permettre une augmentation rapide de l'adoption de cet outil en pratique clinique.
- L'existence d'un biais de sélection : les médecins répondeurs étant probablement plus sensibilisés ou intéressés par le sujet (visible notamment par le biais des taux élevés de formation en gynéco-pédiatrie ainsi que d'exercice complémentaire en pédiatrie cf 2.2 Formation et activité en gynéco-pédiatrie) ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes (MG).
- L'existence d'un biais de désirabilité sociale qui pourrait conduire les participants à surestimer leur utilisation de l'échelle durant la participation à cette thèse.
- L'existence d'un biais de mémorisation : le délai entre l'utilisation effective de l'échelle et la collecte de données peut entraîner des oublis ou des imprécisions dans la déclaration.

## 1.2 Objectif secondaire 1 : Facteurs professionnels associés à l'utilisation de l'échelle

Dans notre étude, aucun des facteurs testés ne s'est avéré significativement relié à la volonté de réutiliser l'échelle EPDS.

### 1.2.1 Facteurs sociodémographiques

Dans notre thèse, les médecins utilisateurs étaient légèrement plus âgés (médiane d'âge de 32 ans) que les non-utilisateurs (médiane d'âge de 29 ans) mais notre population était relativement jeune. Quand on s'intéressait à la volonté de ré-utiliser l'échelle, on voyait néanmoins que les médecins les plus jeunes semblaient plus enclins à ré-utiliser l'échelle comme cela avait pu être montré dans d'autres études [101]. Cela est partiellement expliqué par leur exposition plus fréquente au sujet de la DPP durant leur formation initiale [105].

Comme cela a pu être montré dans d'autres études, les internes sont souvent très favorables au dépistage mais le mettent finalement peu en place, par manque de stabilité d'exercice [106], tandis que les remplaçants ou jeunes installés l'utilisent moins par manque d'organisation ou d'autonomie décisionnelle [101]. Ce frein a été explicité par plusieurs participants de notre étude dans les questions ouvertes (« *pas de retour car je changeais de cabinet et je ne les revoyais pas ensuite* » (Participant 10) « *Je n'ai jamais eu de retour sur les échelles que j'ai distribuées.* » (Participant 16)). Ce sont donc finalement les titulaires en exercice stable qui l'utilisent le plus. Le statut professionnel le plus représenté parmi les médecins utilisateurs de l'échelle était ainsi celui des MG installés (alors que dans les non-utilisateurs, on retrouvait d'abord remplaçants et internes).

L'exercice en structure coordonnée est un facilitateur net : notamment l'exercice en MSP ou en réseau coordonné [107] même si la tendance est parfois difficile à quantifier [106]. Dans notre étude, les médecins utilisateurs exerçaient principalement en groupe ou en MSP. Cependant aucun écart significatif n'a pu être mis en évidence, en raison d'un biais de sélection lié à la forte proportion globale de participants exerçant dans ces structures (cf. 2.1 Description des participants à l'inclusion).

### **1.2.2 Formation et activité en gynéco-pédiatrie**

Les médecins utilisateurs étaient davantage formés en pédiatrie même s'ils l'étaient moins en gynécologie. Ces résultats concordent avec la littérature où la formation complémentaire était reliée de façon avérée à une plus grande utilisation de l'échelle et où une meilleure connaissance de l'EPDS entraînait une utilisation plus fréquente [101] et une meilleure aisance pour aborder le sujet [105]. La discordance avec la littérature concernant la formation en gynécologie peut s'expliquer en partie par un biais de sélection : les participants à cette thèse (utilisateurs comme non-utilisateurs) étaient en grande partie formés en gynécologie-pédiatrie (>40% participants formés en gynécologie aussi bien qu'en pédiatrie ; cf 3.2.1.1.2 Formation et activité en gynéco-pédiatrie)

L'effet d'un exercice complémentaire en gynécologie et/ou pédiatrie a été suggéré et s'expliquerait par le fait que ces profils devaient être plus sensibles à la problématique [101,106]. L'effet semble faible dans notre étude concernant l'exercice complémentaire de pédiatrie. Il n'est pas mis en évidence pour l'exercice complémentaire de gynécologie (très peu représenté dans notre échantillon).

Dans la littérature, on montrait moins de systématisation du dépistage si on suit peu de patientes [103] sans que le lien ne soit néanmoins bien quantifié [106]. Ce lien n'a pas été mis en évidence dans notre étude où les médecins utilisateurs semblaient voir plus de femmes éligibles chaque mois. Cette discordance s'explique probablement, au moins en partie, par la disparité des chiffres pour les utilisateurs (entre 1 et 150 patientes éligibles par mois) bien plus importante que pour les non-utilisateurs (entre 0 et 10 patientes éligibles par mois).

### **1.2.3 Connaissances et prise en charge des femmes dans le PP**

Le diagnostic antérieur d'une DPP (avec ou sans outil) semble, dans la littérature, rendre plus enclin à utiliser un outil de dépistage [106] avec une perception d'utilité du dépistage améliorée [105]. Ainsi, dans notre étude 65% des médecins utilisateurs avaient déjà diagnostiqué une DPP (contre 40% des non-utilisateurs), même si cette différence n'était pas significative.

La réalisation d'une consultation dédiée dans le post-partum [101] permet une intégration facilitée du dépistage par la présence d'un temps dédié [106]. Peu des médecins de notre étude réalisaient une consultation dédiée mais une grande partie d'entre eux évoquaient l'absence de consultation spécifique dédiée dans les freins qui les empêcheraient de ré-utiliser l'échelle à l'avenir. Ainsi, il semblait ressortir qu'au-delà de prendre un temps dédié, les médecins souhaiteraient que ce temps-là soit prévu par le système de soins avec une cotation et des objectifs définis, que ce soit dans notre étude (« *Pas de consultation dédiée avec la maman* » (Participant 12) « *ou alors prévoir une consultation post-partum spécifique et automatique après chaque accouchement* » (Participant 7) « *les consultations dédiées post partum devraient pouvoir être menées dans des consultations dédiées* » (Participant 38)) ou les autres [107–111].

### 1.3 Objectif secondaire 2 : freins à l'utilisation chez les non-utilisateurs

La plupart des études retrouvées dans la littérature ne s'intéressaient pas spécifiquement aux non-utilisateurs de l'échelle mais leurs résultats paraissent intéressants à mettre en perspective avec les nôtres.

Plusieurs freins ont été rapportés par les non-utilisateurs de notre étude, notamment via des questions fermées. Les freins principalement retrouvés dans notre étude étaient : le manque de patientes puis l'oubli, le manque de cotation et enfin le manque de temps (comme détaillé dans le Tableau 20). Le manque de patientes, très présent dans notre étude, était moins présent dans la littérature [112]. L'oubli [105,113] ou le manque de cotation [107,109,110] étaient finalement, eux aussi, moins évoqués dans les études antérieures. En revanche, le manque de temps était souvent retrouvé de façon beaucoup plus nette dans la littérature que dans notre échantillon [105–108,111,113,114] même si certaines études historiques trouvaient des chiffres similaires aux nôtres voire plus bas [111].

Dans la littérature, d'autres freins à l'utilisation de l'EPDS avaient été rapportés, touchant à la fois des dimensions individuelles, organisationnelles et structurelles. Les principaux obstacles évoqués sont les suivants :

- L'absence de formation ou de protocole clair [103,115] non retrouvé dans notre étude car tous les participants ont été formés préalablement à leur participation et la plupart ont jugé cette formation suffisante (cf. 3.4.3.1 Analyse des réponses fermées (n = 40). Néanmoins, malgré cette formation, un certain nombre de participants utilisateurs de l'échelle se plaignait toujours d'un flou sur les modalités d'utilisation de l'EPDS (cf. 1.4 Objectif secondaire 3 – Pertinence clinique perçue).

- Les difficultés de coordination ou de suivi après le dépistage [101,116], elles aussi, moins retrouvées dans notre étude, probablement du fait de la création d'un annuaire avec identification de recours dédiés et mise en place d'un algorithme type de prise en charge présenté lors de la formation préalable.

Ces freins semblent ainsi, pouvoir être levés par une formation structurée et une documentation claire.

Davantage de freins semblaient ressortir dans notre analyse qualitative exploratoire. On peut citer notamment les difficultés psychosociales par le médecin (et, en particulier, la charge cognitive du médecin « *Pas pensé à utiliser l'échelle car je voyais les nourrissons, pas de temps dédié pour la patiente* » (Participant 2) ) et les perceptions cliniques de l'outil (parfois jugé trop rigide notamment « (...) *je n'ai pas utilisé l'échelle en tant que telle mais ai posé plus facilement des questions sur le sujet aux patientes venant pour le suivi de leur nourrisson* » (Participant 24)). Au vu du peu de réponses lors de ces questions (n = 2), il paraîtrait intéressant de les étudier de façon spécifique dans des travaux ultérieurs.

## **1.4 Objectif secondaire 3 : pertinence clinique perçue de l'outil**

### **1.4.1 Acceptabilité patientes**

Dans notre étude, l'échelle EPDS était jugée par les médecins comme bien acceptée par les patientes avec globalement de bonnes réactions des patientes lorsqu'elle était proposée. C'est déjà ce qui ressortait de la littérature sur le sujet [107,112,113].

Il convient, néanmoins, de nuancer cette bonne acceptabilité par l'analyse des réponses libres. On y retrouvait, notamment, la vulnérabilité émotionnelle et la charge mentale des patientes (avec en particulier une certaine appréhension vis-à-vis d'un outil parfois jugé trop intrusif

voire stigmatisant (« *Crainte de la patiente à voir une échelle formelle plutôt qu'une discussion calme et ouverte* » (Participant 4)) déjà décrite dans la littérature [108,112,113].

D'autres praticiens notaient l'absence d'investissement des patientes dans le sujet et la complexification de la relation médecin-patiente. Cette tension entre bonne acceptabilité globale et freins émotionnels ou relationnels ponctuels rejoint les observations de la littérature récente, qui montrent l'influence du contexte émotionnel et culturel de la consultation dans l'acceptabilité de l'outil [112,114,117] pouvant aller jusqu'au refus de l'outil par la patiente [105,112].

#### **1.4.2 Utilité clinique**

Dans notre étude, l'outil était jugé utile car globalement concordant avec le ressenti clinique (et quand il ne l'était pas, il permettait souvent de mettre en évidence une dépression qu'on aurait méconnue), améliorant le lien avec les patientes et aidant au diagnostic de la DPP. De plus, les participants le décrivaient souvent comme facile à intégrer à leur consultation (« *Facile à intégrer dans une consultation lors de l'examen des premiers jours du nourrisson (...)* » Participant 20). Cette perception globale de son utilité était déjà décrite dans des thèses chez les MG et les SF [108,112,113]. Et comme dans notre thèse, plusieurs auteurs avaient déjà identifié que l'outil EPDS permettait aux médecins de repérer des DPP non suspectées cliniquement [113,114]. De plus, un certain nombre de médecins qui n'utilisent pas d'outils mettent en avant l'intérêt qu'ils auraient à mieux les connaître [101,106].

Dans notre étude, la médiane de diagnostics de DPP était de 1 par mois. Cela peut paraître faible pour des durées de participation s'étalant entre 3 et 7 mois mais c'est déjà plus élevé que dans d'autres thèses où on pouvait retrouver que 26% des médecins avaient diagnostiqué

au moins 1 DPP [107] ou encore une médiane de 1.97 diagnostics de DPP par an (soit environ 0.16 par mois) [104].

Néanmoins, dans notre étude, quand on s'intéresse aux réponses aux questions ouvertes, un certain nombre de limites permettent de nuancer cette perception positive. Les participants décrivaient des difficultés à aborder le sujet, des doutes sur sa pertinence clinique et un outil souvent perçu comme rigide (« *Questions enfermantes, quand le dialogue se fait bien je cherche la dépression sans forcément passer par l'échelle* » Participant 15).

### **1.4.3 Facilité d'utilisation**

Dans notre étude, les médecins ont majoritairement trouvé que l'EPDS était facile à intégrer à leur pratique. Dans les études précédentes, l'outil était aussi jugé simple d'utilisation [93,105,107,112,113].

Cette globale simplicité d'utilisation est à nuancer par des modalités d'utilisation parfois floues mises en évidence par plusieurs participants mais aussi par les études préalables [105,108,112,117–120] ainsi que le manque d'accessibilité de l'outil avec notamment une limite liée à la langue française, qui a été retrouvée aussi bien dans notre étude que dans la littérature sur le sujet [105,112,117].

Dans la littérature, le manque de formation était particulièrement mis en évidence [108,113].

La brève formation réalisée dans notre étude, à l'inclusion des participants, a semblé les satisfaire.

### **1.4.4 Potentiel de généralisation**

Dans notre étude, les médecins estimaient en grande majorité qu'ils ré-utiliseraient l'échelle et que le dépistage de la DPP était faisable en MG à l'aide de l'EPDS. Lors de l'analyse des réponses aux questions ouvertes, les médecins mettaient en avant un effet positif sur la relation médecin-patiente (déclenchement du dialogue, levée du tabou (« *Permet d'aborder la question avec les patientes plus réfractaires* » Participant 15)), les manques liés au système de soins (pas de consultation dédiée à la mère dans le PP, pas de cotation) et une volonté nette de structurer un parcours de soins en systématisant le dépistage.

C'est ce qui ressortait aussi de la littérature. Dans plusieurs thèses, les médecins citaient l'absence de consultation dédiée [115,121] ou le manque de cotation [107,109,110] dans les freins à leur implication dans le dépistage de la DPP. On avait ainsi déjà montré que les médecins réalisant des entretiens postnataux s'y sentaient majoritairement à l'aise et souhaitaient continuer d'en réaliser [122] montrant ainsi l'intérêt des médecins pour le sujet. La systématisation du dépistage se justifie aussi par l'opportunité de dépister des DPP non suspectées cliniquement [113,114].

#### **1.4.5 Impact pour le médecin**

Dans notre étude, l'impact temporel de l'échelle a été jugé globalement favorable : 80% l'ont estiméE rapide à passer. Toutefois, 55% considéraient que sa passation augmentait la durée de leur consultation et dans les questions ouvertes, le manque de temps est ainsi fréquemment mis en avant par les médecins. Ces résultats sont comparables à ce qui a pu être décrit dans la littérature avec une durée de passation rapide [3,105,107,113,118] qui se heurte à un manque de temps en pratique quotidienne [108,112,113].

Au-delà de ces contraintes temporelles, les participants de notre étude ont évoqué leurs difficultés psychosociales (avec la charge cognitive mais aussi la gestion du stress et de la pression temporelle) et organisationnelles (avec l'oubli). Ces résultats concordent avec les données issues de la littérature [105,108,113].

Nos participants ont aussi évoqué leurs difficultés à aborder le sujet (notamment lors d'une consultation initialement prévue pour l'enfant ou globalement en lien avec la forte dimension émotionnelle de ce type de consultation. Cette observation avait déjà pu être faite précédemment dans la littérature [114].

Au-delà des aspects négatifs, les participants de notre étude mettaient tout de même en avant des perceptions cliniques de l'outil plutôt favorables avec un gain de temps et des modalités de passation souples. Ces données avaient déjà été retrouvées dans d'autres études par le passé [103,105,113]. Ce gain de temps était notamment lié à la possibilité de remplir l'échelle en dehors de la consultation médicale.

## **2 Discussion de la méthode**

### **2.1 Forces de l'étude**

#### **2.1.1 Pertinence et représentativité de la population étudiée**

Dans cette étude, nous avons choisi de recruter uniquement des médecins généralistes car la littérature les identifie comme un acteur clé du dépistage de la DPP. Ainsi, plusieurs programmes menés en soins primaires ont montré une amélioration de l'évolution de la DPP, et les patientes mentionnent plus volontiers le MG qu'un autre interlocuteur pour évoquer le

sujet avec elles [4,91,92]. Il semble exister une réelle volonté des généralistes de s'impliquer dans le dépistage, même si celle-ci n'est pas toujours exploitée par le système de soins [4,109,113,114].

Notre étude a inclus 53 participants. C'est comparable à ce qui a pu être fait dans d'autres thèses avec un design similaire ou portant sur le même sujet : 42 [104] ; 44 [102] ; 48 [122] ; 52 [113] ; 58 [110].

Nous avons fait le choix d'inclure à la fois médecins généralistes installés, remplaçants et internes de médecine générale pour diversifier les profils. Les remplaçants, souvent exclus des études sur le sujet, représentent une part de plus en plus importante des médecins généralistes en exercice [123]. De plus, l'intégration d'internes et de médecins remplaçants nous permettait d'inclure des médecins plus jeunes pour espérer mettre en évidence plus facilement un éventuel effet de l'âge et du degré d'autonomie comme de la continuité du suivi dans l'adhésion au dépistage organisé de la DPP.

### **2.1.2 Méthode de recrutement et taux de participation**

Nous avons réussi à obtenir un taux de réponse élevé (94%) grâce à de multiples relances pendant l'étude et lors de la mise en ligne du questionnaire. Ce succès s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, nous avons multiplié les rappels durant la période de recueil, en ajustant leur fréquence et leurs modalités en fonction de leur efficacité perçue. Les relances ont été envoyées à différents moments de la semaine et par divers canaux (e-mail, Messenger, voire SMS pour les derniers rappels), ce qui a contribué à maintenir une dynamique de participation.

Ce taux de réponse élevé reflète également la forte implication demandée dès le recrutement. Les médecins intéressés devaient en effet se rendre disponibles pour une formation en visioconférence préalable à leur inclusion. Par ailleurs, le questionnaire à remplir était bref (inférieur à 6 minutes) et adapté aux réponses de l'utilisateur. Enfin, l'adhésion des participants aux supports proposés (annuaire de ressources, support de formation) a pu renforcer leur engagement et favoriser leur participation active à l'étude.

A titre de comparaison, dans d'autres études sur le sujet, les taux de réponse étaient bien plus faibles : 21% [104].

### **2.1.3 Formation et annuaire ressources**

Dès les premières étapes de notre réflexion, il nous est apparu essentiel de concevoir un annuaire de ressources pour faciliter l'orientation des patientes. Deux travaux universitaires [106,107] qui proposaient chacun un annuaire accompagné d'un algorithme de prise en charge, nous ont conforté dans ce choix. Par la suite, une thèse sur le dépistage des troubles du neurodéveloppement de l'enfant [102] a retenu notre attention par son design original : une formation active et rapide des médecins préalablement à leur inclusion dans l'étude.

Nous nous sommes donc inspirés de ces approches pour développer un annuaire spécifiquement adapté aux territoires d'exercice des participants, tout en organisant une formation en amont de leur inclusion. Cette démarche répond à des besoins bien documentés dans la littérature, de nombreux travaux soulignant à la fois le manque de formation des médecins généralistes en santé mentale périnatale [104,113,124] et les difficultés qu'ils rencontrent pour adresser les patientes vers les structures ou professionnels spécialisés [101,104–108,110,112,114,117]. Au-delà de la formation, plusieurs études mettent également en évidence l'intérêt d'un support écrit et d'un annuaire adapté au territoire [101,105–108,110,114].

## **2.1.4 Forces liées aux modalités pratiques de dépistage proposées**

### **2.1.4.1 Qualités intrinsèques de l'EPDS**

L'EPDS présente plusieurs avantages pratiques: il s'agit d'un test rapide et simple d'utilisation [3,11,93,95,105,113]. Ce test est largement utilisé dans les études sur le sujet [15,19] puisqu'il constitue la seule échelle spécifiquement dédiée au dépistage de la DPP [125]. De plus, il est traduit et validé en français depuis plus de vingt ans [94] avec un score seuil fixé à 12 [94] qui est celui que nous avons retenu.

### **2.1.4.2 Temporalité d'utilisation**

Dans notre étude, nous avons choisi de proposer aux participants d'utiliser l'EPDS durant toute l'année post-partum, plutôt que de restreindre son usage à une période spécifique comme cela avait pu être fait dans des travaux antérieurs [103,105]). Ce choix reposait sur plusieurs arguments. D'une part, certaines études suggèrent que la prévalence de la DPP demeure quasiment identique au cours des quatre trimestres du post-partum [113]. D'autre part, cette approche correspond à la définition même de la DPP [6]. Elle permettait, en outre, de multiplier les occasions de proposer l'échelle aux patientes.

### **2.1.4.3 Modalités de passation souples**

Nous avons également décidé de ne pas imposer de modalités de passation strictes, afin de laisser aux médecins la liberté d'adapter leur pratique. L'EPDS étant un auto-questionnaire, le plus souvent complété par la patiente sans l'aide du médecin [105], il peut être rempli en dehors du temps de consultation [113]. Cette flexibilité a été perçue comme un avantage majeur par nos participants, car elle favorise à la fois un gain de temps pour le praticien et une meilleure disponibilité de la patiente. Comme l'a rapporté un participant : « *Je donnais l'échelle à la patiente lors d'une consultation avec le bébé, lui demandant de la remplir*

*tranquillement chez elle et de me la rendre la consultation suivante. Et si nécessaire, je prévoyais une consultation dédiée à la maman, sur un temps plus long en général. »*  
(Participant 27)).

## **2.2 Limites de l'étude**

### **2.2.1 Limites méthodologiques**

#### **2.2.1.1 Limites liées à la formation initiale**

Pour certains des premiers participants, la formation a été dispensée de manière plus informelle (notamment pour les connaissances liées aux lieux de stages). Ces participants ont bénéficié d'une présentation orale plus brève, voire inexistante pour une participante déjà familiarisée avec l'outil.

Cette variabilité initiale dans la formation a pu limiter la standardisation de l'usage de l'EPDS au début de l'étude.

Par ailleurs, le contenu de la formation a été enrichi au fil des échanges avec les participants avec notamment l'ajout d'une partie dédiée à la thérapeutique.

Le support écrit, fourni à tous, actualisé et renvoyé lors des rappels mensuels, a partiellement compensé cette limitation, mais l'absence d'une formation orale homogène au départ reste une faiblesse méthodologique.

#### **2.2.1.2 Biais de désirabilité sociale et biais de mémorisation**

Dans notre étude, il y a un biais de désirabilité sociale qui a pu conduire les participants à surestimer leur usage de l'EPDS et son intérêt en pratique. Il y a aussi un biais de mémorisation puisque le questionnaire leur était envoyé 3 à 7 mois environ après le début de leur participation.

### **2.2.1.3 Taille et spécificité du profil des participants**

Nous avons un échantillon de 53 participants. Cette taille d'échantillon, bien que cohérente avec le type d'étude réalisé, limite fortement le potentiel de généralisation de l'étude. Et d'autres études ont déjà réussi à recruter davantage de participants : 86 [111]. Ce potentiel est d'autant plus limité que nos participants avaient un profil particulier (cf Tableau 4 et Tableau 5). Il s'agissait de médecins formés en grande partie en gynécologie et/ou pédiatrie et dont une grande partie était déjà sensibilisée au sujet. Le profil de nos participants sera davantage détaillé dans 2.3 Analyse comparative de l'échantillon avec la population cible dans la littérature.

## **2.2.2 Limites liées à l'utilisation de l'EPDS**

### **2.2.2.1 Score seuil et sensibilité de l'outil**

Nous avons choisi d'utiliser le score seuil historique de 12 [94,126]. Mais ce score a été remis en cause [19]. Certains auteurs recommandent un score de 11 [117] voire de 10 [43,118,119] ou 9 pour améliorer la sensibilité du test et permettre une prise en charge plus précoce. De nombreuses études mettent aussi en avant la nécessité d'adapter le seuil selon la période du PP [30] ou encore le contexte culturel [117,120]. Pour pallier à ce flou sur le score seuil à utiliser, nous avons insisté sur l'importance de combiner ce seuil au ressenti clinique lors de la formation réalisée. Il était aussi proposé aux participants de réaliser une réévaluation rapprochée (à 2 semaines) quand le score seuil n'était pas atteint mais qu'il y avait un doute ou une fragilité clinique. Ils pouvaient aussi choisir de démarrer une prise en charge de soutien pour les femmes jugées particulièrement à risque ou pour lesquelles leur ressenti clinique était celui d'une DPP déjà installée.

### **2.2.2.2 Limites liées à l'utilisation d'un auto-questionnaire**

L'utilisation d'un auto-questionnaire a ses avantages mais aussi ses inconvénients. Plusieurs biais sont ainsi à souligner : subjectivité (dans la compréhension des propositions de réponses), sélection (les patientes les plus à risque peuvent refuser de remplir le questionnaire par refus de s'investir dans le sujet ou crainte d'être stigmatisée), désirabilité sociale (les patientes peuvent vouloir minimiser leurs symptômes pour ne pas être perçues comme « des mauvaises-mères »). On risque ainsi d'avoir une sous-déclaration par les patientes [113]. Par ailleurs, la compréhension du questionnaire peut être variable [3] et le contexte culturel et relationnel [113] peut influencer à la fois cette compréhension et la façon dont les patientes vont remplir le questionnaire.

### **2.2.2.3 Temporalité du dépistage et réévaluation**

Dans notre étude, nous proposons d'utiliser l'échelle EPDS en une fois sans hésiter à renouveler la passation à deux semaines en cas de résultat douteux. En effet, plusieurs auteurs mettaient en avant l'importance d'une réévaluation avec ce délai spécifique de 2 semaines entre les deux passations [3,113]. Mais cette réévaluation était laissée à l'appréciation de l'évaluateur et n'était pas systématique.

Nous avons, par ailleurs, laissé la possibilité à nos participants de l'utiliser n'importe quand dans l'année suivant l'accouchement afin de maximiser les occasions de l'utiliser. Mais, lors de sa validation, l'échelle n'a été testée qu'à 3 périodes bien précises : entre la cinquième et la huitième semaine, entre la dixième et la quatorzième semaine et entre la vingtième et la vingt-sixième semaine [93]. Ces trois périodes ont tout de même été mentionnées aux participants lors de la formation comme des périodes à envisager de façon préférentielle.

### **2.2.3 Impact des limites sur l'interprétation**

Pour résumer, plusieurs limites existent concernant cette thèse. Nous avons un biais de sélection, avec notamment un biais de non réponse. Nous avons aussi un biais de mémorisation étroitement lié à un biais de mesure (avec des erreurs et des imprécisions lors de la collecte des réponses des participants). Il y avait aussi un biais de désirabilité sociale et un biais de suggestion (avec une majorité de questions fermées). On peut encore citer un biais de confirmation (lors de notre analyse thématique), un biais temporel (avec une étude menée sur un intervalle de plus de 7 mois entraînant des périodes d'activité et de participation variables). Enfin, il convient de souligner que notre échantillon était de petite taille avec 50 réponses analysables.

Ces limites entraînent plusieurs conséquences. Peu d'analyses multivariées étaient réalisables, la représentativité était discutable et certains effets ont pu être sous ou surestimés.

## **2.3 Analyse comparative de l'échantillon avec la population cible dans la littérature**

### **2.3.1 Sexe et âge**

Comme le montre le Tableau 22 et le Tableau 23, la population de notre étude était nettement plus jeune et plus féminine que celle retrouvée dans les travaux précédents ou dans les données épidémiologiques récentes.

**Tableau 22-Comparaison de l'âge de notre population avec les données de la littérature**

| Source                                                        | Type de mesure | Chiffre                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Notre étude                                                   | Médiane        | <b>31.5 ans</b>                                                             |
| Majorité des études antérieures<br>[102,108,111,114,115,123]. | Moyenne        | 41-47 ans                                                                   |
| DREES 2025 [131]                                              | Moyenne        | 50 ans (MG des Hauts-de-France)<br>46.7 ans (MG femmes des Hauts-de-France) |
| Filliet 2009 [112]                                            | Moyenne        | 50 ans                                                                      |

**Tableau 23-Proportion de femmes dans notre étude comparée aux données de la littérature**

| Source           | Proportion de femmes                                            | Remarques                                                          |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Notre étude      | <b>88%</b>                                                      |                                                                    |
| Étude [102]      | 88%                                                             | Échantillon global ne contenant pas uniquement des médecins        |
| Études [103,115] | 75%                                                             |                                                                    |
| Étude [123]      | 47.9%                                                           |                                                                    |
| Étude [111]      | 53.45%                                                          |                                                                    |
| Étude [108]      | 57%                                                             |                                                                    |
| DREES 2025 [131] | 46.8% (population générale)<br>77% (<30 ans)<br>60% (30-34 ans) | Femmes MG en activité dans les Hauts-de-France (fonction de l'âge) |

### 2.3.2 Statut et mode d'exercice

Nous avons fait le choix d'inclure les internes de médecine générale en SASPAS (14%) ainsi que les médecins remplaçants (38%) en plus des médecins généralistes installés (40%). La plupart des précédentes études sur le sujet n'incluaient que les MG installés [106,110] même si certaines incluaient aussi les remplaçants [107]. Or, ces derniers représentent une part croissante des MG en exercice, ce qui justifiait pleinement leur inclusion dans notre étude.

Dans notre étude, la modalité d'exercice la plus représentée était l'exercice de groupe (62%), ce qui est similaire aux autres études sur le sujet [107,113,114,127].

Nous n'avons inclus que les médecins généralistes qui avaient au moins un exercice partiel de médecine générale parce que c'était spécifiquement leur expérience que nous voulions analyser dans cette étude. D'autres études sur des dépistages similaires avaient fait le choix d'inclure aussi les médecins exerçant en PMI même si cet exercice était exclusif. [89,105].

### **2.3.3 Formation et activité en gynéco-pédiatrie**

Nos participants avaient un profil particulier en termes de formation et d'exercice de gynéco-pédiatrie. 50% des utilisateurs étaient formés en pédiatrie, 40% en gynécologie. 10% d'entre eux avaient un exercice complémentaire de gynécologie et 10% de pédiatrie. C'est un biais que l'on retrouve dans d'autres études sur le sujet [114]. Plusieurs études montrent que les pratiques des MG sont fortement variables mais que les femmes les choisissent plus volontiers pour leur suivi global que spécialisé [124,128]. La place de la gynéco-pédiatrie en médecine générale tend tout de même à s'imposer avec la réalisation obligatoire d'un stage en santé de la femme et de l'enfant pour les internes de médecine générale (IMG).

Dans notre étude, les médecins voyaient une médiane de 4 et 6 femmes éligibles par mois (respectivement pour les utilisateurs et les non-utilisateurs). Dans son étude sur les EPNP, Szerment [122] montrait que les participants réalisaient ainsi 1 à 5 consultations postnatales/mois, ce qui semble cohérent avec nos chiffres. Déjà en 2009, dans une étude avec 86 médecins généralistes, plus de 58% des participants estimaient avoir déjà suivi une femme souffrant de DPP (26% avaient déjà diagnostiqué plus de 10 patientes) [111]

Concernant les connaissances antérieures spécifiques au sujet de la DPP, tous les médecins de notre étude connaissaient déjà la DPP, une grande partie en avait déjà diagnostiqué au moins une mais le plus souvent sans outil avec assez peu de médecins connaissant spécifiquement l'EPDS. Déjà, dans d'autres études, cette échelle apparaissait comme peu connue : 95% n'utilisaient pas d'outil de dépistage chez Filiette en 2009 et un grand nombre de médecins ne connaissait pas l'EPDS et le notifiait à l'autrice [111].

### **3 Perspectives / significativité clinique**

#### **3.1 Implications de cette étude**

L'utilisation de l'EPDS semble faisable en médecine générale après une brève formation sur le sujet. Toutefois, dans notre étude, ce résultat a probablement été favorisé par plusieurs biais, ce qui interroge sur la faisabilité en population générale. La systématisation du dépistage pourrait contribuer à lever une partie du tabou entourant la DPP et à redonner une place centrale à la mère dans le suivi postnatal. Plusieurs freins ont néanmoins été identifiés de façon récurrente : manque de temps, absence de cotation spécifique et absence de consultation dédiée. Dans cette perspective, le développement de l'entretien postnatal précoce (EPNP) en médecine générale, associé à une cotation adaptée, pourraient favoriser une meilleure implication des médecins généralistes et améliorer le dépistage de la DPP.

#### **3.2 Orientations pour les recherches futures**

Plusieurs pistes de recherche peuvent être envisagées :

- Améliorer l'adhésion des patientes et l'acceptabilité de l'outil, par exemple via une meilleure contextualisation, des supports visuels en salle d'attente, ou l'intégration de l'EPDS dans des outils informatiques de suivi.
- Mesurer l'effet de la formation par une étude en deux temps avec questionnaires avant et après formation et utilisation de l'outil afin d'évaluer plus finement l'évolution des connaissances et des pratiques.
- Réduire les biais de mémorisation, en fournissant un nombre fixe d'échelles à chaque participant puis en comptabilisant celles non utilisées ou en récupérant les échelles remplies (ce qui permettrait aussi de vérifier la cotation).
- Étudier les modalités de passation : la souplesse laissée aux patientes pour compléter l'échelle à domicile a été appréciée mais entraînait parfois une absence de restitution. Une comparaison entre passation immédiate en consultation et passation différée pourrait être utile.
- Améliorer la représentativité : des études incluant un échantillon plus large et plus diversifié de médecins permettraient de renforcer la validité externe des résultats.

# Conclusion

Le dépistage de la dépression du post-partum par l'EPDS apparaît faisable en médecine générale. Ses principaux freins sont le manque de temps, l'absence de cotation et de consultation dédiée. Néanmoins, aucun facteur professionnel testé ici n'a été significativement associé à son usage. L'outil est globalement jugé pertinent, malgré un cadre perçu comme rigide et des modalités d'utilisation parfois floues. Pour finir, son intégration formalisée à l'entretien postnatal précoce pourrait améliorer le repérage de la DPP.

# Liste des tableaux

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1-Transformations de variables réalisées .....                                                          | 31 |
| Tableau 2 - Variables explicatives VD utilisées en analyse bivariée.....                                        | 34 |
| Tableau 3-Caractéristiques sociodémographiques des participants (n = 50) .....                                  | 38 |
| Tableau 4-Formation et activité en gynéco-pédiatrie (n = 50).....                                               | 38 |
| Tableau 5-Connaissances concernant l'EPDS et la DPP (n = 50).....                                               | 39 |
| Tableau 6-Durée de participation et remplissage du questionnaire .....                                          | 39 |
| Tableau 7-Echelles distribuées et diagnostics de DPP .....                                                      | 39 |
| Tableau 8-Avantages rapportés par les utilisateurs.....                                                         | 40 |
| Tableau 9-Inconvénients évoqués par les utilisateurs de l'échelle .....                                         | 41 |
| Tableau 10-Raisons de non utilisation évoquées par les non-utilisateurs de l'échelle .....                      | 42 |
| Tableau 11-Fréquence d'utilisation de l'échelle parmi les utilisateurs (n = 40).....                            | 42 |
| Tableau 12-Caractéristiques socioprofessionnelles des utilisateurs (n = 40).....                                | 43 |
| Tableau 13-Caractéristiques socioprofessionnelles des non-utilisateurs(n = 10) .....                            | 44 |
| Tableau 14-Formation et activité en gynéco-pédiatrie des utilisateurs (n = 40).....                             | 44 |
| Tableau 15-Formation et exercice complémentaire en gynéco-pédiatrie chez les non-<br>utilisateurs (n = 10)..... | 45 |
| Tableau 16-Profil descriptif des médecins ayant très envie de ré-utiliser l'échelle 1/2 (n = 20)<br>.....       | 45 |
| Tableau 17-Profil descriptif des médecins ayant très envie de ré-utiliser l'échelle 2/2 (n = 20)<br>.....       | 46 |
| Tableau 18-Profil descriptif des médecins ayant peu envie de ré-utiliser l'échelle 1/2 (n = 2)                  | 46 |
| Tableau 19- Profil descriptif des médecins ayant peu envie de ré-utiliser l'échelle 2/2 (n = 2)<br>.....        | 46 |
| Tableau 20-Freins rapportés par les non-utilisateurs .....                                                      | 60 |
| Tableau 21-Pertinence clinique perçue par les utilisateurs .....                                                | 61 |
| Tableau 22-Comparaison de l'âge de notre population avec les données de la littérature .....                    | 80 |
| Tableau 23-Proportion de femmes dans notre étude comparée aux données de la littérature .                       | 80 |

# Liste des figures

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1. Flow chart                                                                       | 36 |
| Figure 2-Utilisation de l'échelle selon l'âge des participants                             | 43 |
| Figure 3-Utilisation ou non de l'échelle selon le volume de femmes éligibles vues par mois | 44 |

# Références

- [1] Doncarli A, Tebeka S. 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 2023.
- [2] Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev* 1999;106:458–90. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.458>.
- [3] Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir* 2004;16:245–62. <https://doi.org/10.3917/dev.044.0245>.
- [4] Behimehr S, Curtis D, Curtis R, Hart C. Perceived Healthcare Providers' Responsibility with Postpartum Depression Whose Problem Is It, Anyway? *J Reprod Med* 2014;59:139–44.
- [5] Assurance maladie. Baby blues et dépression post-partum : un entretien de prévention désormais obligatoire 2022. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/baby-blues-et-depression-post-partum-un-entretien-de-prevention-desormais-obligatoire> (accessed August 23, 2023).
- [6] Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, editors. *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.
- [7] Romito P. La naissance du premier enfant: étude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1990.
- [8] Guedeney A, Allilaire J-F. *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris: Masson; 2001.
- [9] Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Miljkovitch R, Rosenblum O. *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.
- [10] Amer SA, Zaitoun NA, Abdelsalam HA, Abbas A, Ramadan MS, Ayal HM, et al. Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health* 2024;24:1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>.
- [11] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* 2005;34:513. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(05\)82867-4](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82867-4).
- [12] Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968;114:1325–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.114.516.1325>.
- [13] Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998;173:209–11. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.3.209>.
- [14] Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry* 2021;11:1–13. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>.
- [15] Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis,

- and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry* 2018;8:248. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>.
- [16] Fish-Williamson A, Hahn-Holbrook J. Nutritional factors and cross-national postpartum depression prevalence: an updated meta-analysis and meta-regression of 412 studies from 46 countries. *Front Psychiatry* 2023;14:1193490. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1193490>.
  - [17] Alshahrani SASA-S, Al-Saleh NF, Siddiqui AF, Khalil SN, Abadi M, AlHefdh HA, et al. Burden and Risk Factors of Postpartum Depression in Southwest Saudi Arabia. *J Clin Med* 2023;12:3444. <https://doi.org/10.3390/jcm12103444>.
  - [18] Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1984;144:35–47. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.35>.
  - [19] Ramare C, Plotton C. La dépression du post-partum : du diagnostic à la prise en soins, une revue de la littérature - Première partie : Le diagnostic. *Médecine* 2025;21:282–8. <https://doi.org/10.1684/med.2025.1113>.
  - [20] Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008;108:147–57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>.
  - [21] Karna T, Rath K, Behera A. Impact of gestational diabetes on depression and breastfeeding self-efficacy in the postpartum period in a selected hospital of Bhubaneswar. *J Fam Med Prim Care* 2024;13:5518–26. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_83\\_24](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_83_24).
  - [22] Manzano J. L'identification des facteurs de risque pour une dépression postpartum. *Rev Med Suisse* 2002;2379:346–50.
  - [23] Belhaddad F. Dépression pré-partum et post-partum: analyse des données de MATQUID sur 419 femmes et étude comparative avec une étude suisse. Thèse d'exercice. Université Bordeaux-II, 2000.
  - [24] Schoretsanitis G, Gastaldon C, Ochsenbein-Koelble N, Olbrich S, Barbui C, Seifritz E. Postpartum hemorrhage and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Acta Psychiatr Scand* 2023. <https://doi.org/10.1111/acps.13583>.
  - [25] Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 1996;168:607–11. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.607>.
  - [26] Xu F, Roberts L, Binns C, Sullivan E, Homer CSE. Anaemia and depression before and after birth: a cohort study based on linked population data. *BMC Psychiatry* 2018;18:224. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1796-6>.
  - [27] Mattar B, Wahdan Y, Nemer M, Abu-Rmeileh NME. Postpartum depression: perception, management, and help-seeking barriers in a Palestinian context: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2025;25:411. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07457-8>.
  - [28] O'Hara M, Swain A. Rates and Risk of Postpartum Depression-a Meta-Analysis. *Int Rev Psychiatry* 2009;8:37–54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>.
  - [29] Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health* 2020;65:96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>.
  - [30] Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after

- delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006;93:169–76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.009>.
- [31] Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1992;160:777–80. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.6.777>.
- [32] Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1994;164:782–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.6.782>.
- [33] Drozdowicz-Jastrzębska E, Mach A, Skalski M, Januszko P, Jabiry-Zieniewicz Z, Siwek M, et al. Depression, anxiety, insomnia and interleukins in the early postpartum period. *Front Psychiatry* 2023;14:1266390. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1266390>.
- [34] Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcеше V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2004;19:459–63. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025>.
- [35] Sethuraman B, Thomas S, Srinivasan K. Contemporary management of unipolar depression in the perinatal period. *Expert Rev Neurother* 2021;21:643–56. <https://doi.org/10.1080/14737175.2021.1914591>.
- [36] Leleu O. Impact de la dépendance psychique dans la survenue d’une dépression du post-partum et son intensité. Université Lille 2 Droit et Santé, 2012.
- [37] Fossey L, Papiernik E, Bydlowski M. Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:17–21. <https://doi.org/10.3109/01674829709085564>.
- [38] Okun ML, Aylward BS, Phillips EM. Dynamic Associations Among Infant Sleep Duration, Maternal Sleep Quality and Postpartum Mood Symptoms. *J Sleep Res* 2025:e70057. <https://doi.org/10.1111/jsr.70057>.
- [39] E Stewart D, Gagnon A, Saucier J-F. Postpartum Depression Symptoms in Newcomers 2008. <https://doi.org/10.1177/070674370805300208>.
- [40] Terry DJ, Mayocchi L, Hynes GJ. Depressive symptomatology in new mothers: A stress and coping perspective. *J Abnorm Psychol* 1996;105:220–31. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.220>.
- [41] Coburn SC, Gonzales NA, Luecken LJ, Crnic KA. Multiple domains of stress predict postpartum depressive symptoms in low-income Mexican American women: The moderating effect of social support. *Arch Womens Ment Health* 2016;19:1009–18. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0649-x>.
- [42] Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN* 2002;31:394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>.
- [43] O’Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984;93:158–71. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.93.2.158>.
- [44] Vigod SN, Villegas L, Dennis C-L, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2010;117:540–50. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>.
- [45] Yim IS, Stapleton LRT, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Schetter CD. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for

- Integration. *Annu Rev Clin Psychol* 2015;11:99–137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>.
- [46] Peter J C, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998.
  - [47] Bastien V, Braconnier M, de Tychey C. Dépression postnatale Facteurs de risque et modalités de prévention. *L'Évolution Psychiatr* 1999;64:289–307. [https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(99\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(99)80067-X).
  - [48] Goyal D, Beck CT, Webb R, Ayers S. Postpartum Depressive Symptoms and Experiences During COVID-19. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2022;47:77–84. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000802>.
  - [49] Aslam M, Nawab T, Ahmad A, Abedi AJ, Azmi SA. Postpartum Depression and its Clinico-Social Correlates – A Community-Based Study in Aligarh. *Indian J Public Health* 2022;66:473. [https://doi.org/10.4103/ijph.ijph\\_1694\\_21](https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1694_21).
  - [50] Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR, Yawn BP. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med* 1999;44:351–8.
  - [51] Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1980;136:339–46. <https://doi.org/10.1192/bjp.136.4.339>.
  - [52] Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Dev Med Child Neurol* 1996;38:109–19. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1996.tb12082.x>.
  - [53] Javdan M, Bagheri A, Moloudi J, Khazaei S, Saber A. Investigating the relationship between MIND diet and postpartum depressive symptoms. *BMC Womens Health* 2025;25:166. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03705-3>.
  - [54] Mei X, Mei R, Li Y, Yang F, Liang M, Chen Q, et al. Trait Mindfulness, Resilience, Self-Efficacy, and Postpartum Depression: A Dominance Analysis and Serial-Multiple Mediation Model. *Psychol Res Behav Manag* 2025;18:743–57. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S509684>.
  - [55] Rovcanin M, Tomic A, Sipetic Grujicic S, Jankovic S, Ivic B, Lackovic M, et al. The Impact of Physical Activity on the Development of Postpartum Depression. *Depress Anxiety* 2024;2024:6539734. <https://doi.org/10.1155/2024/6539734>.
  - [56] Meng L, Wu M, Situ J, Gu Y, Peng S. Sex-specific associations between exclusive breastfeeding and postpartum depression in Chinese women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024;24:829. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07045-2>.
  - [57] Hidalgo-Padilla L, Toyama M, Zafra-Tanaka JH, Vives A, Diez-Canseco F. Association between maternity leave policies and postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2023. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01350-z>.
  - [58] Cutrona CE, Troutman BR. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev* 1986;57:1507–18.
  - [59] Guedeney N. [Depressed mothers: the impact of depression on early interactions. An analysis of Anglo-Saxon studies]. *Ann Pediatr (Paris)* 1993;40:496–502.
  - [60] Lebovici S, Weil-Halpern F, editors. *Psychopathologie du bébé*. 1. éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
  - [61] Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:543–61. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x>.
  - [62] Bénony-Viodé C, Golse B, Georgieff N. *Psychopathologie du bébé*. Armand Colin; 2012.

- [63] Geng Y, Liu W, Yu Z, Zhang H, Li Y, Zhao W. Socioeconomic factors and sex effects of postpartum maternal depression on offspring internalizing symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2025;23:69. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03877-7>.
- [64] Rosenblum O, Conquy L, Latoch J, Hemeury-Cuckier F, Mazet P. La dépression maternelle du post-partum, figure paradigmatique d'un dysfonctionnement interactif affectif. *Perspect Psy* 2004;43:204–9.
- [65] Guédeney N, Guédeney A. L'attachement: approche théorique : du bébé à la personne âgée. 4e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
- [66] Taupiac M. Dépression postnatale maternelle et conséquences sur le nouveau-né et le nourrisson: étude bibliographique. Université catholique de Lille-Faculté de médecine et de maïeutique, n.d.
- [67] Bydlowski M. La dette de vie. PUF. 2008.
- [68] Dayan Jacques. Les dépressions périnatales: évaluer et traiter. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008.
- [69] Stokes L. New guidelines for peripartum depression with Riseup-PPD. *COST*; 2023.
- [70] O'Hara MW, Engeldinger J. Treatment of Postpartum Depression: Recommendations for the Clinician. *Clin Obstet Gynecol* 2018;61:604–14. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000353>.
- [71] Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum | ACOG n.d. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/06/treatment-and-management-of-mental-health-conditions-during-pregnancy-and-postpartum> (accessed April 12, 2025).
- [72] Dennis C-L, Singla DR, Brown HK, Savel K, Clark CT, Grigoriadis S, et al. Postpartum Depression: A Clinical Review of Impact and Current Treatment Solutions. *Drugs* 2024;84:645–59. <https://doi.org/10.1007/s40265-024-02038-z>.
- [73] Suryawanshi O, Pajai S. A Comprehensive Review on Postpartum Depression. *Cureus* 2022;14:e32745. <https://doi.org/10.7759/cureus.32745>.
- [74] Antidépresseurs – Allaitement – Le CRAT 2023. <https://www.lecrat.fr/3964/> (accessed September 20, 2025).
- [75] Charles PC, Jean-François PB, Bernard PB, Bruno DC, Michel DC, Bertrand PD, et al. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte 2006.
- [76] Haris M, Mukhtar S, Mohiuddin M, Amir S, Laique F, Azam MM, et al. FDA-Approved Zuranolone: First Oral Treatment for Postpartum Depression, Ushering in a New Era of Hope; A Narrative Review. *Health Sci Rep* 2025;8:e70513. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70513>.
- [77] Clayton A, Cutler AJ, Deligiannidis KM, Lasser R, Sankoh AJ, Doherty J, et al. Clinical Efficacy of a 2-Week Treatment Course of Zuranolone for the Treatment of Major Depressive Disorder and Postpartum Depression: Outcomes From the Clinical Development Program. *Eur Psychiatry* 2022;65:S97–8. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.282>.
- [78] Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Gunduz-Bruce H, Doherty J, Jonas J, Li S, et al. Effect of Zuranolone vs Placebo in Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2021;78:951–9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1559>.
- [79] Giannopoulos A, Singh J, Deligiannidis KM. Clinical Utility of Zuranolone for Postpartum Depression: A Narrative Review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2025;21:93–105. <https://doi.org/10.2147/NDT.S466260>.

- [80] 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. JAMC J L'Association Médicale Can 2022;194:E1000–9. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220290-f>.
- [81] Patient Screening n.d. <https://www.acog.org/programs/perinatal-mental-health/patient-screening> (accessed May 14, 2025).
- [82] American Academy of Pediatrics. Integrating Postpartum Depression Screening in Your Practice in 4 Steps 2022. <https://www.aap.org/en/patient-care/perinatal-mental-health-and-social-support/integrating-postpartum-depression-screening-in-your-practice-in-4-steps/> (accessed April 13, 2025).
- [83] National Institute for health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance |. NICE; 2014.
- [84] Matthews-Smith G. SIGN 127 Management of perinatal mood disorders: a national clinical guideline 2012.
- [85] El-Den S, Pham L, Anderson I, Yang S, Moles RJ, O'Reilly CL, et al. Perinatal depression screening: a systematic review of recommendations from member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Arch Womens Ment Health 2022;25:871–93. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01249-1>.
- [86] Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Haute Aut Santé n.d. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes) (accessed August 24, 2023).
- [87] République française. Arrêté du 27 février 2023 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « RÉPAP : Référent Parcours Périnatalité ». 2023.
- [88] Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. HAS; 2024.
- [89] HAS. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. n.d.
- [90] Guedeney A, Benarous X. Un cahier de suivi psychologique périnatal : favoriser le dépistage et la continuité entre soins pré- et postnataux en maternité. Bull Académie Natl Médecine 2021;205:587–91. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.10.023>.
- [91] Yawn BP, Olson AL, Bertram S, Pace W, Wollan P, Dietrich AJ. Postpartum Depression: Screening, Diagnosis, and Management Programs 2000 through 2010. Depress Res Treat 2012;2012:363964. <https://doi.org/10.1155/2012/363964>.
- [92] Price SK, Cohen-Filipic K. Daily Life or Diagnosis? Dual Perspectives on Perinatal Depression within Maternal and Child Health Home Visiting. Soc Work Public Health 2013;28:554–65. <https://doi.org/10.1080/19371918.2011.592087>.
- [93] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry J Ment Sci 1987;150:782–6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>.
- [94] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr 1998;13:83–9. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0).
- [95] Stewart DE, Robertson E, Phil M, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: Litterature Review of risk factors and interventions n.d.

- [96] L'annuaire des CMP n.d. <https://www.f2rsmpsy.fr/annuaire-des-CMP> (accessed August 6, 2025).
- [97] Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression | Cochrane Library n.d. <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00564723/full> (accessed August 23, 2023).
- [98] Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev* 2015;15:34–8. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>.
- [99] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Médecins généralistes actifs dans les Hauts-de-France 2025. <https://www.conseil-national.medecin.fr/tableau/resultats> (accessed April 28, 2025).
- [100] République française. Arrêté du 13 octobre 2022 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études de médecine organisées au titre de l'année universitaire 2022-2023 - Légifrance. 2022.
- [101] Lecompte-Antoine M. Etats des lieux de la prise en charge de la dépression postnatale par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille. Université Lille 2 Droit et Santé, 2015.
- [102] Vanmerris V. Etude de faisabilité d'un test de dépistage des troubles du développement psychomoteur lors de l'examen systématique du 24ème mois de l'enfant, en pratique quotidienne de médecine générale : le test PEDS-PEDS :DM. Université de Lille, 2020.
- [103] Cornec CM. Étude de faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum, dans la population des accouchées finistériennes, par la passation du questionnaire d'Edimbourg par voie de courriel, un mois après l'accouchement. Étude prospective observationnelle de cohorte, multicentrique (maternités du Finistère), avec étude cas-témoins nichée dans la cohorte, du 1er novembre 2017 au 31 janvier 2018. 2018.
- [104] Keromnes-Charreau A. Connaissances, difficultés et attentes des généralistes du Finistère face à la dépression du post-partum: enquête quantitative réalisée en 2007 auprès de 200 médecins généralistes finistériens. Thèse d'exercice. Université de Bretagne Occidentale, 2008.
- [105] Chaugny C. Dépistage systématique de la dépression du post partum en consultation de médecine générale pour un nourrisson de moins de six mois. Thèse d'exercice. Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine, 2016.
- [106] Lefebvre V. Dépistage de la dépression du post-partum par les médecins généralistes de la métropole lilloise : une analyse qualitative. Université de Lille (2022-...), 2024.
- [107] Bonnay C. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post partum en médecine générale. 2022.
- [108] Comte L. Prise en charge de la dépression du post-partum en cabinet de médecine générale. Thèse d'exercice. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie, 2016.
- [109] Santé publique france (SPF). Baromètre santé médecins généralistes 2009. 2009. <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092> (accessed July 26, 2025).
- [110] Vandaele Camara J. État des lieux des connaissances de l'entretien post natal précoce et évaluation de sa faisabilité auprès des médecins généralistes installés des Hauts-de-France. Université de Lille (2022-...), 2025.

- [111] Représentation globale, dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum: enquête auprès des médecins généralistes du Nord. s.n., 2009.
- [112] Depaux B. Dépression post-natale : évaluation d'un outil de dépistage l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. 2016.
- [113] 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. 2012.
- [114] Quintin H. Dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum par les médecins généralistes en Occitanie : rôle actuel et perspectives. Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes en région Occitanie. 2025.
- [115] Hanson M, Hellem T, Alexander-Ruff J, Newcomer SR. Systematic Review of Barriers to and Facilitators of Screening for Postpartum Depression at Well-Child Visits in the United States. *Nurs Womens Health* 2024;28:213–21. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2023.11.009>.
- [116] Bhat A, Nanda A, Murphy L, Ball AL, Fortney J, Katon J. A systematic review of screening for perinatal depression and anxiety in community-based settings. *Arch Womens Ment Health* 2022;25:33–49. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01151-2>.
- [117] Thombs Bd, Benedetti A, Kloda La, Levis B, Riehm Ke, Azar M, et al. Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *BMJ Open* 2015;5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009742>.
- [118] Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale – implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:309–15. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0152-x>.
- [119] Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ* 2020;371:m4022. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>.
- [120] Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet* 2014;384:1775–88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9).
- [121] Zeng Z, Li X, Bai Y, Gong W. Barriers and facilitators of screening postpartum depression by primary maternal health workers: A mixed methods study based on the normalization process theory. *Midwifery* 2024;138:104148. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104148>.
- [122] Szerment J. Prise en charge de la consultation postnatale par les médecins généralistes de Normandie. 2018.
- [123] Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. Cons Natl Ordre Médecins 2024.
- [124] Moretti C. Etat des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et en Haute-Savoie: étude quantitative. Thèse d'exercice. Grenoble, 2017.
- [125] Giaccone-Marcésche V. Relations entre troubles anxieux pendant la grossesse et dépression ante et postnatal. Thèse d'exercice. Université Bordeaux-II, 2002.
- [126] Chabrol H, Teissède F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. *Devenir* 2003;15:5–25. <https://doi.org/10.3917/dev.031.0005>.

- [127] DREES. La démographie des professionnels de santé de 2012 à 2024 2024.  
<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/la-demographie-des-professionnels-de-sante-de-2012-a-2024/information/> (accessed July 23, 2025).
- [128] Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes. 2018.

# Annexes

## Annexe 1 - Questionnaire EPDS fourni aux participants

*Version validée de l'EPDS utilisée comme outil de dépistage dans cette étude*

|                           |                                   |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 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 - Support de formation

*Diaporama envoyé aux médecins à l'inclusion dans l'étude (présentation de l'intérêt du dépistage de la DPP, des modalités d'utilisation de l'EPDS et consignes de passation ainsi que quelques éléments de contexte clinique)*

# LA DÉPRESSION DU POST PARTUM EN MEDECINE GENERALE

L'utilisation de l'échelle EPDS

DEBOVE Marie, interne de médecine générale

## LA DEPRESSION DU POST PARTUM KEZAKO

- Dans l'année suivant l'accouchement (>2 semaines « baby blues »)
- Dépression atypique: culpabilité, sentiment d'incapacité maternelle, plaintes physiques pouvant être mises au premier plan, peu de passages à l'acte suicidaires
- Une prévalence élevée : 16,7% (enquête nationale périnatale 2021)
- FDR: grossesse précoce ou tardive, primiparité, grossesse ou accouchement « complexe », facteurs « psy », troubles du sommeil, facteurs socio-économiques, isolement social, problématique relationnelle avec le conjoint...
- Facteur protecteur: SOUTIEN SOCIAL +++

=> **IMPACT MAJEUR SUR INTERACTIONS PRECOCES MERE-NNE et DVLP NNE**

### Questionnaire EPDS d'évaluation d'un état dépressif « Edinburgh 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. Pres 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 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. Jamais

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

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

## ECHELLE EPDS

- Passation validée à 3 moments privilégiés (S5-S8 puis S10-S14 et enfin S20-S26) (pic fréquence M2 à M6)
- L'échelle utilisée majoritairement dans les études sur la DPN
- Echelle traduite et validée en français depuis 1995
- Moins de 5mn à passer
- En autoévaluation
- Bien préciser à la patiente de se référer à son état sur la semaine qui vient de s'écouler

## POURQUOI CETTE THESE?

- Une problématique fréquente et peu connue
- Le médecin généraliste perçu comme un interlocuteur privilégié par les femmes
- Une échelle existante rapide à passer et auto administrée
- Un impact important sur la mère et son enfant en l'absence de diagnostic et de prise en charge adaptée

## QUAND DONNER L'ECHELLE?

- Au cours d'une consultation dédiée ou de façon opportuniste pour toute femme ayant accouché récemment (idéalement à 4-6 semaines de l'accouchement mais jusqu'à un an après)
- En salle d'attente
- Par la secrétaire
- L'échelle peut aussi se donner à la patiente en fin de consultation en prévoyant une consultation dédiée (rapprochée si possible)

## INTERPRETER L'ECHELLE

- Réponse à la question 10 positive : critère de gravité => avis rapide psychiatrique nécessaire selon évaluation risque suicidaire RUD
- Score >11 suffit au diagnostic de dépression du post partum => PEC modulée selon impressions cliniques: ne pas hésiter à adresser la patiente, tt AD (classiquement ISRS en première intention, zuranolone à venir en France? [revue 2024](#); [zuranolone infos](#) [zuranolone étude efficacité](#) )
- Score <= 11 => idéalement revoir la patiente à 2 semaines pour nouvelle passation, à moduler selon impressions cliniques
- Attention: se méfier d'un score = 0 => déni?

## QUELLES RESSOURCES?

- Des ressources en ligne, numéros d'écoute, associations de patients
  - Des structures professionnelles d'accueil: PMI, CMP ...
  - Trouver le **CMP de secteur selon l'adresse** du patient <https://www.f2rsm psy.fr/annuaire-des-CMP/>
  - Trouver la PMI la plus proche selon l'adresse du patient <https://lannuaire.service-public.fr/recherche?audience=particuliers&whoWhat=pmi>
- cf annuaire fourni

## LA THESE

*Faisabilité du dépistage de la dépression du post partum en médecine générale*

- Etape 1: formation en visio
- Etape 2: utilisation de l'échelle pendant au moins 3 mois
- Etape 3: recueil de vos impressions (et du ressenti des patientes) suite à l'utilisation de cette échelle (questionnaire en ligne) juin-juillet

## INFORMATIONS DE CONTACT

- Si vous avez la moindre question à la suite de cette présentation, vous pouvez me contacter:
  - par mail:
  - par téléphone:

## ECHELLES EPDS EN LIGNE

- <https://www.hug.ch/sante-psychique-perinatalite/comment-depister-depression-perinatale-quizz-epds>
- <https://www.esantementale.ca/index.php?m=survey&ID=46>

# Annexe 3 - Extrait de l'annuaire des ressources locales (56 pages au total)

La totalité du fichier est disponible sur demande.

## Page extraite de la table des matières, Page extraite des ressources nationales ; Page extraite des ressources locales

### Annuaire dépression du post partum par territoire

Cet annuaire n'est pas exhaustif.

N.B: concernant les CMP et PMI ceux-ci ont été répertoriés par territoire en détails uniquement lorsque leur effectif le permettait. Quand l'effectif était trop important seul le site internet permettant d'accéder à l'annuaire en ligne a été référencé ici.

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>NATIONAL</b>                              | <b>6</b>  |
| Associations                                 | 6         |
| Numéros d'écoute                             | 6         |
| Applications et autres ressources numériques | 6         |
| 3 sites internet à connaître                 | 6         |
| <b>NORD</b>                                  | <b>8</b>  |
| <b>CAMBRAI</b>                               | <b>8</b>  |
| Accompagnement à la parentalité              | 8         |
| Santé mentale                                | 8         |
| Précarité                                    | 8         |
| <b>DQUAI</b>                                 | <b>9</b>  |
| Accompagnement à la parentalité              | 9         |
| Santé mentale                                | 9         |
| Précarité                                    | 9         |
| <b>FLANDRE INTERIEURE</b>                    | <b>10</b> |
| Accompagnement à la parentalité              | 10        |
| Santé mentale                                | 10        |
| Précarité                                    | 11        |
| <b>LILLE et MEL</b>                          | <b>12</b> |
| Accompagnement à la parentalité              | 12        |
| Santé mentale                                | 12        |
| Précarité                                    | 13        |
| <b>MAUBEUGE (AVESNOIS)</b>                   | <b>14</b> |
| Accompagnement à la parentalité              | 14        |
| Santé mentale                                | 14        |
| Précarité                                    | 14        |
|                                              | 1         |

### NATIONAL

#### Associations

- Doulae de France**: pour qu'une personne accompagne la patiente au-delà du personnel médical dans son expérience de mère <https://doulae.info/annuaire/>
- Maman Blues**: forum, groupes de paroles, relais locaux [www.maman-blues.fr/](http://www.maman-blues.fr/)
- Enfance et partage**: association pour prévenir et lutter contre les violences infantiles <https://enfance-et-partage.org/>
- Super mamans France**: bénévoles disponibles pour rendre des services à une maman dans son quotidien ou prendre le temps de l'écouter (plutôt ciblé <6 mois mais possible avant ou après au cas par cas) <https://www.supermamansfrance.fr/> <https://www.facebook.com/groups/14813573811454> (groupe facebook pour la région haute de France)
- Solidarité** <https://www.solidariteit.org/>: association de soutien à l'allaitement maternel
- L'or blanc** <https://membres.lorblanc.org/>: réseau de soutien à l'allaitement maternel avec système de marrainage
- La Leche League** <https://www.llf.france.org/>: association de soutien à l'allaitement maternel
- Soliguide** pour référencement des associations selon type d'aide et localisation recherchée <https://soliguide.fr/fr>

#### Numéros d'écoute

- N° vert soutien à la parentalité** 805 382 300
- Allo parents bébé**: 0 800 00 3456 de 10h à 13h et de 14h à 18h Lu-Me et Ve
- Prévention du suicide **3114** (disponible 7j/7 24h/24) écoute et redirection vers les structures d'urgence si nécessaire
- Le fil des pâtes au beurre** 02.40.16.90.50 Lu 9-11h et Ve 12-14h (hors vacances scolaires): ligne d'écoute gratuite anonyme sans RDV <https://www.lespatesaubeurne.fr/etre-la-a-distance/>

#### Applications et autres ressources numériques

- 1000 Jours** <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/post-partum-bouleversements-psychiques>
- orehane** <https://orehane.fr/aide-soutien-ressources-sante-mentale/>
- malu** <https://bonjourmalu.fr>: pour un suivi santé personnalisé de toute la famille
- MAY**: site internet et application avec messagerie médicale pour répondre aux questions des parents 7j/7 de 8h à 22h
- Dormium** [www.sommeilenfant.org](http://www.sommeilenfant.org) (en cas de troubles du sommeil chez l'enfant: informations en ligne et prise en charge possible (deux premières téléconsultations gratuites))
- Le sel dans le café** <https://seledanslecafe.fr>: carte interactive avec des lieux pour profiter avec ou sans bébé dans le post-partum +++
- Maternéo** <https://materneo.net/>: annuaire référençant les professionnels, les associations, les AEP et les lactarium mais aussi les événements à venir à proximité
- Médre** <https://medre.fr/post-partum>: site internet pour avoir des infos sur le post-partum (sous forme d'articles)
- Porter son enfant**: informations sur le portage et liste d'ateliers de portage <https://portersonenfant.fr/>

#### 3 sites internet à connaître

- Trouver le **CMP de secteur** selon l'adresse du patient <https://www.f2rampsy.fr/annuaire-des-cmp/>
- Trouver la **PMI la plus proche** selon l'adresse du patient <https://annuaire.service-public.fr/recherche?audience=particuliers&who=what=pmi>

### MAUBEUGE (AVESNOIS)

#### Accompagnement à la parentalité

- Maison de l'enfance et de la famille** de l'Avesnois 2 rue Pasteur, 59620 Aulnoye-Aymeries 03.27.67.35.40 [mafavesnois@epdsae.fr](mailto:mafavesnois@epdsae.fr) // Du lundi au vendredi : 9h-12h / 14h-18h et le Samedi : 9h-12h
- Services d'aide et d'accompagnement à la parentalité** (développés en collaboration entre le département et l'association les Papillons Blancs) 03.27.39.77.06 <https://www.udaps69.org/nos-actions/services-aides-accompagnement-parentalite-sauv/>
- SSEPAD de l'Avesnois** 395 Route d'Avesnes 59620 Monceau Saint Waast 06.88.16.22.02 [ssepadavesnois@epdsae.fr](mailto:ssepadavesnois@epdsae.fr) <https://epdsae.fr/etablissements/service-de-soutien-educatif-enfants-parents-a-domicile-ssepad/>
- PMI** de secteur selon l'adresse <https://annuaire.service-public.fr/recherche?audience=particuliers&who=what=pmi>

#### Santé mentale

- CMP de secteur** selon l'adresse: <https://www.f2rampsy.fr/annuaire-des-cmp/>
- CMP infanto-juvénile** 4 place du marché 59620 Aulnoye-Aymeries 03.27.69.32.30 (5912.1)
- CMP infanto-juvénile** 15 rue Sencier 59811 Fourmies Cedex 03.27.69.32.40 (5912.2)
- CMP infanto-juvénile** 24 boulevard Pasteur BP249 59607 Maubeuge cedex 03.23.69.44.20
- Etablissement d'accueil mère-enfant EPDSAE** 11 square de la madeleine 59440 Avesnes-sur-Helpe 03.27.61.01.73 pour l'accueil mères enceintes ou isolées avec enfants <4A (soutien matériel et psychologique)

#### Précarité

- Terrumaniés**: regroupement de plusieurs structures locales ARIL ARPE BIOCAMBRESIS ACIAE et UCIE: 03.27.82.91.77 <https://www.terrumaniés.fr> (Lu-Ve 9h-12h 14h-18h) en particulier **Service Parenthèses** (pour le soutien à la parentalité) 11 Sentier de l'Eglise 59400 CAMBRAI 03.27.72.02.60 ou encore **Service YAPAKA** (pour le soutien au développement de l'enfant et l'accompagnement du parent; ouvert Lu-Sa) 07.87.84.73.87/ 06.42.35.56.89 [yapaka@urpe-asso.fr](mailto:yapaka@urpe-asso.fr)
- Comité Local pour le Logement Autonome des Jeunes** (CLLAJ), accompagnement dans l'accès au logement des ménages entre 16 et 30 ans) 65 rue Saint Georges 59400 Cambrai 03.27.74.46.22
- CCAS**: Anor, Aulnoye Aymeries, Ferrière la Grande, Fourmies, Jeumont, Landreies, Wignehies <https://www.santaire-social.com/annuaire-action-sociale/centre-communal-d-action-sociale-ccas/liste-nord-59>

# Annexe 4 - Questionnaire adressé aux participants

*Auto-questionnaire rempli en ligne par les médecins participants via LimeSurvey.*

## Faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale dans les Hauts de France (via l'utilisation de l'échelle EPDS)

Bonjour,

Après avoir utilisé l'échelle EPDS pendant plusieurs mois, je vous propose de répondre à ce court questionnaire pour évaluer ce que vous avez pensé de son utilisation.

Le questionnaire est anonyme et prend environ 5 minutes à réaliser. Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification.

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Merci à vous!

Il y a 30 questions dans ce questionnaire.

Suite à l'utilisation de l'échelle EPDS

Dans cette première partie, nous allons nous intéresser à votre expérience concernant l'utilisation de cette échelle.

### A quelle date a débuté votre participation à cette thèse? \*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Entre le 11/11/2024 et le 10/12/2024  
☐ Entre le 11/12/2024 et le 10/01/2025  
☐ Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025  
☐ Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025  
☐ Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025

La réponse correspond à la date où vous avez assisté à la formation à l'échelle EPDS (ou à celle de réception du mail ayant pour objet "ressources thèse dépression du post-partum" et a dû vous être rappelée dans le mail avec le lien vers ce questionnaire).

### Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui  
☐ Non

### Quand vous en aviez la possibilité, à quelle fréquence estimez-vous avoir utilisé cette échelle? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q24]' (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toujours  
☐ Souvent  
☐ Parfois  
☐ Rarement

Référez-vous bien à votre durée de participation à cette étude

Combien d'échelles EPDS avez-vous distribué depuis que vous avez accepté de participer à cette étude?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q24]' (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Combien de dépressions du post partum avez-vous diagnostiqué grâce à cette échelle?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q24]' (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Répondez bien à cette question depuis que vous avez accepté de participer à cette thèse.

Votre réponse doit être un chiffre entier (qui peut être 0).

Les questions suivantes vont être sous la forme d'affirmations. A chaque affirmation proposée, vous allez devoir répondre par un chiffre entre 1 et 5 (1 étant pas du tout d'accord 2 pas d'accord 3 d'accord 4 tout à fait d'accord) \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q24]' (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

|                                                                        | Pas du tout d'accord  | Pas d'accord          | D'accord              | Tout à fait d'accord  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| J'ai trouvé la passation de l'échelle rapide.                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'utilisation de l'échelle a augmenté la durée de ma consultation.     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J'ai trouvé l'échelle facile à intégrer à ma pratique.                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J'ai trouvé la formation suffisante pour interpréter cette échelle.    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les patientes ont bien réagi lorsque je leur ai proposé cette échelle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les patientes ont accepté de réaliser cette échelle.                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Les questions suivantes vont être sous la forme d'affirmations. A chaque affirmation proposée, vous allez devoir répondre par un chiffre entre 1 et 5 (1 étant pas du tout d'accord 2 pas d'accord 3 d'accord 4 tout à fait d'accord) \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q24]' (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

|                                                                                                                                | Pas du tout d'accord  | Pas d'accord          | D'accord              | Tout à fait d'accord  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| J'ai trouvé le résultat fourni par l'échelle concordant avec mon ressenti clinique.                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J'ai trouvé que l'utilisation de cette échelle améliorerait la communication avec les patientes                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J'ai trouvé que cette échelle m'aidait au dépistage de la dépression du post-partum                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je pense réutiliser cette échelle à l'avenir.                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Je pense que le dépistage de la dépression du post partum via cette échelle est faisable en consultation de médecine générale. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Pensez vous à d'autres avantages concernant cette échelle de dépistage?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q24]' (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Réponse libre

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Quels seraient les freins, à votre réutilisation de cette échelle à l'avenir?</p> <p>Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :<br/>La réponse état 'Oui' à la question " [001024] (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)</p> <p>Veuillez écrire votre réponse ici :</p> <div></div> <p>Réponses multiples autorisées. N'hésitez pas à détailler tout ce qu'il y a pu vous poser problème ou vous empêcherait de ré-utiliser cette échelle à l'avenir.</p> <p>Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à-réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.</p> | <p>Combien de femmes ayant acouché dans l'année pensez-vous voir chaque mois? (en moyenne)</p> <p>Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.<br/>Veuillez écrire votre réponse ici :</p> <div></div> <p>Vous pouvez répondre avec un chiffre entier ou décimal.</p>                                                                                                                                         |
| <p>Suite à la non utilisation de cette échelle.</p> <p>Cette partie du questionnaire va s'intéresser aux raisons qui vous ont empêché d'utiliser cette échelle.</p> <p>Vous aurez d'abord une liste d'affirmations puis une réponse en texte libre pour détailler les raisons de votre absence d'utilisation.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Réalisez-vous une consultation dédiée pour les femmes ayant accouché dans l'année? *</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                     |
| <p>Je n'ai pas eu le temps d'utiliser cette échelle. *</p> <p>Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :<br/>La réponse état 'Non' à la question " [001024] (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Avez-vous effectué une ou des formations complémentaires en pédiatrie?</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p>Pour cette question, considérez les formations type DuSDU ou les formations réalisées dans le cadre du DPC.</p> <p>Vous pouvez répondre oui même si cette formation est encore en cours.</p>   |
| <p>J'ai oublié d'utiliser cette échelle. *</p> <p>Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :<br/>La réponse état 'Non' à la question " [001024] (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Avez-vous effectué une ou des formations complémentaires en gynécologie?</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p>Pour cette question, considérez les formations type DuSDU ou les formations réalisées dans le cadre du DPC.</p> <p>Vous pouvez répondre oui même si cette formation est encore en cours.</p> |
| <p>Je n'ai pas eu assez de patientes à qui proposer cette échelle. *</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Avez-vous eu ou avez vous actuellement un exercice complémentaire en gynécologie en plus de votre activité de médecin généraliste?</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p>ex: exercice en structure de PMI, centre de planning familial...</p>                                                               |
| <p>Je trouve que Je n'ai pas assez de connaissances sur le sujet. *</p> <p>Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :<br/>La réponse état 'Non' à la question " [001024] (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Avez-vous eu ou avez vous actuellement un exercice complémentaire en pédiatrie en plus de votre activité de médecin généraliste?</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p>ex: exercice en structure de PMI, centre de planning familial...</p>                                                                 |
| <p>Il n'y a pas de cotation spécifique pour la passation de cette échelle. *</p> <p>Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :<br/>La réponse état 'Non' à la question " [001024] (Avez-vous utilisé l'échelle EPDS durant votre participation à cette étude?)</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Connaissances sur la dépression du post-partum avant la participation à cette étude</p> <p>Cette partie a pour objectif d'étudier vos connaissances préalables sur la dépression du post-partum.</p>                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Si vous pensez à d'autres raisons vous ayant empêché d'utiliser cette échelle, vous pouvez les préciser ici.</p> <p>Veuillez écrire votre réponse ici :</p> <div></div> <p>Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à-réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Avant de participer à cette étude, connaissiez-vous la dépression du post partum?</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Avant de participer à cette étude, connaissiez vous l'échelle EPDS ?</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Avant de participer à cette étude, aviez-vous déjà diagnostiqué au moins une dépression du post-partum?</p> <p>Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>                                                                                                                                                                  |

**Vous êtes-vous aidé d'un outil pour diagnostiquer cette (ou ces) dépression(s) du post-partum?**

Répondez à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Le repère doit "OUI" à la question " [000009] (avant de participer à cette étude, aviez-vous déjà diagnostiqué ou même une dépression du post-partum?)

Vous sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui
 ☐ Non

Caractéristiques socio-démographiques

Pour terminer, nous allons vous poser quelques questions d'ordre socio-démographique.

**Quelle est votre année de naissance?**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez entrer votre réponse ici :

**Quel est votre sexe?**

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Femme
 ☐ Masculin
 ☐ Autre

**Dans quel(s) département(s) exercez-vous durant votre participation à cette étude?**

Cocher tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

☐ Nord
 ☐ Pas de Calais
 ☐ Oise
 ☐ Aisne
 ☐ Somme

Possibilité de cocher plusieurs départements, notamment pour les remplaçants qui remplacent dans plusieurs lieux sous dans des départements différents.

Pour les médecins dont le lieu d'exercice changerait régulièrement, mentionnez les départements où vous avez exercé durant votre participation à cette étude.

**Quel était votre statut professionnel durant votre participation à cette étude?**

Cocher tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

☐ Interne de médecine générale
 ☐ Remplaçant non titré
 ☐ Remplaçant titré
 ☐ Médecin généraliste installé en libéral
 ☐ Médecin généraliste salarié

Vous pouvez cocher autant de réponses que nécessaire.

ex. un interne qui remplace pour un coiffeur, interne de médecine générale + "remplaçant non titré"

un remplaçant titré qui exercerait aussi en tant que salarié pour un coiffeur "remplaçant titré" et "médecin généraliste salarié" etc

**Quelles ont été vos modalités d'exercice durant votre participation à cette étude?**

Cocher tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

☐ Cabinet de médecine générale seul
 ☐ Cabinet de médecine générale de groupe
 ☐ MSP
 ☐ Centre de santé
 ☐ Autre

Sélectionnez toutes les modalités qui s'appliquent.

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponses libres. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [marie.debove.stu@univ-lyo2.fr](mailto:marie.debove.stu@univ-lyo2.fr)

31/01/2026 - 23:59

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

## Annexe 5 - Récépissé attestation de déclaration DPO



### 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.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Traitement exonéré

**Intitulé :** Faisabilité du dépistage de la dépression du post partum en médecine générale dans les Hauts-de-France (via l'échelle EPDS)

**Responsable chargé(e) de la mise en œuvre :** Mme Isabelle BODEIN  
**Interlocuteur (s) :** Mme Marie DEBOVE

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous vous engagez à supprimer les adresses mails/numéros de téléphone des personnes contactées.
- Vous vous engagez à ne publier votre étude que sur des groupes privés sur les réseaux sociaux.
- Vous vous engagez à informer que, si une personne clique sur le lien du questionnaire via un réseau social, certaines données seront transmises à ce dernier.
- Vous vous engagez à mettre en place des urnes pour récolter les questionnaires en format papier.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 21 mars 2025

Délégué à la Protection des Données

 Direction Données personnelles et archives  
42 rue Paul Duez  
59000 Lille  
[dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr) | [www.univ-lille.fr](http://www.univ-lille.fr)

## Annexe 6 - Extrait du fichier statistique de données

*Ci-dessous un extrait du fichier d'analyse (Excel), obtenu après recodage et préparation des données avant import dans Jamovi. Les variables principales relatives à l'utilisation de l'EPDS et aux diagnostics de DPP y figurent.*

| Participant | date_début_participation             | duree_participation | utilisation_echelle_pdt_etude | frequence_estimee_utilisation_echelle | nombre_EPDS_distribuees | moyenne_EPDS_par_mois | total_diag_DPP | moyenne_diag_DPP_par_mois | rapidite_echelle     | score | augmentation_duree_consue |
|-------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------|---------------------------|----------------------|-------|---------------------------|
| 1           | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Souvent                               | 4                       | 1                     | 3              | 0,75                      | Tout à fait d'accord | 3     | Pas d'accord              |
| 2           | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Non                           |                                       |                         |                       |                |                           |                      |       |                           |
| 3           | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Souvent                               | 21                      | 5,25                  | 2              | 0,5                       | Tout à fait d'accord | 3     | Pas d'accord              |
| 4           | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Non                           |                                       |                         |                       |                |                           |                      |       |                           |
| 5           | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Rarement                              | 1                       | 0,25                  | 1              | 0,25                      | Tout à fait d'accord | 3     | D'accord                  |
| 6           | Entre le 11/11/2024 et le 10/12/2024 | 7                   | Oui                           | Rarement                              | 2                       | 0,285714286           | 0              | 0                         | Pas d'accord         | 1     | Tout à fait d'accord      |
| 7           | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 15                      | 5                     | 3              | 1                         | Tout à fait d'accord | 3     | Tout à fait d'accord      |
| 8           | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 3                       | 1                     | 0              | 0                         |                      |       | Pas d'accord              |
| 9           | Entre le 11/12/2024 et le 10/01/2025 | 6                   | Oui                           | Parfois                               | 3                       | 0,5                   | 1              | 0,166666667               | Pas d'accord         | 1     | Tout à fait d'accord      |
| 10          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Parfois                               | 6                       | 1,2                   | 0              | 0                         | Tout à fait d'accord | 3     | Pas du tout d'accord      |
| 11          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Rarement                              | 5                       | 1                     | 2              | 0,4                       | Pas du tout d'accord | 0     | Tout à fait d'accord      |
| 12          | Entre le 11/11/2024 et le 10/12/2024 | 7                   | Oui                           | Parfois                               | 10                      | 1,428571429           | 1              | 0,142857143               | Tout à fait d'accord | 3     | Pas d'accord              |
| 13          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Parfois                               | 5                       | 1,25                  | 2              | 0,5                       | Pas d'accord         | 1     | D'accord                  |
| 14          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Rarement                              | 2                       | 0,4                   | 2              | 0,4                       | Pas du tout d'accord | 0     | Tout à fait d'accord      |
| 15          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Parfois                               | 2                       | 0,4                   | 1              | 0,2                       | D'accord             | 2     | D'accord                  |
| 16          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Rarement                              | 2                       | 0,4                   | 0              | 0                         | Pas d'accord         | 1     | Tout à fait d'accord      |
| 17          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Souvent                               | 5                       | 1,25                  | 0              | 0                         | D'accord             | 2     | Pas d'accord              |
| 18          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Souvent                               | 10                      | 2,5                   | 2              | 0,5                       | D'accord             | 2     | Tout à fait d'accord      |
| 19          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 4                       | 1,333333333           | 3              | 1                         | Tout à fait d'accord | 3     | Pas du tout d'accord      |
| 20          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 5                       | 1,666666667           | 1              | 0,333333333               | D'accord             | 2     | Pas d'accord              |
| 21          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 5                       | 1,666666667           | 2              | 0,666666667               | Tout à fait d'accord | 3     | Pas d'accord              |
| 22          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Rarement                              | 2                       | 0,666666667           | 1              | 0,333333333               | Pas d'accord         | 1     | Tout à fait d'accord      |
| 23          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Rarement                              | 3                       | 1                     | 0              | 0                         | Tout à fait d'accord | 3     | D'accord                  |
| 24          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Non                           |                                       |                         |                       |                |                           |                      |       |                           |
| 25          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Souvent                               | 7                       | 1,75                  | 2              | 0,5                       | Tout à fait d'accord | 3     | Pas du tout d'accord      |
| 26          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Parfois                               | 4                       | 1                     | 1              | 0,25                      | Tout à fait d'accord |       | D'accord                  |
| 27          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 4                       | 1,333333333           | 0              | 0                         | D'accord             | 2     | Pas d'accord              |
| 28          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Parfois                               | 7                       | 1,4                   | 3              | 0,6                       | Tout à fait d'accord | 3     | D'accord                  |
| 29          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 4                       | 1,333333333           | 0              | 0                         | Tout à fait d'accord | 3     | Pas du tout d'accord      |
| 30          | Entre le 11/12/2024 et le 10/01/2025 | 6                   | Non                           |                                       |                         | 0                     |                | 0                         |                      |       |                           |
| 32          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Rarement                              | 4                       | 0,8                   | 2              | 0,4                       | D'accord             | 2     | D'accord                  |
| 33          | Entre le 11/11/2024 et le 10/12/2024 | 7                   | Oui                           | Rarement                              | 3                       | 0,428571429           | 1              | 0,142857143               | Pas d'accord         | 1     | D'accord                  |
| 34          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Rarement                              | 2                       | 0,4                   | 2              | 0,4                       | D'accord             | 2     | D'accord                  |
| 35          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Rarement                              | 2                       | 0,5                   | 0              | 0                         | D'accord             | 2     | Pas d'accord              |
| 36          | Entre le 11/12/2024 et le 10/01/2025 | 6                   | Oui                           | Souvent                               | 10                      | 1,666666667           | 1              | 0,166666667               | D'accord             | 2     | Pas d'accord              |
| 37          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Souvent                               | 5                       | 1                     | 1              | 0,2                       | Tout à fait d'accord | 3     | Pas d'accord              |
| 38          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 7                       | 2,333333333           | 0              | 0                         | D'accord             | 2     | Pas d'accord              |
| 39          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Toujours                              | 1                       | 0,333333333           | 1              | 0,333333333               | Tout à fait d'accord | 3     | D'accord                  |
| 40          | Entre le 11/12/2024 et le 10/01/2025 | 6                   | Oui                           | Souvent                               | 12                      | 2                     | 1              | 0,166666667               | Pas d'accord         | 1     | Tout à fait d'accord      |
| 41          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Oui                           | Souvent                               | 5                       | 1,666666667           | 3              | 1                         | Tout à fait d'accord | 3     | Pas du tout d'accord      |
| 42          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Non                           |                                       |                         |                       |                |                           |                      |       |                           |
| 43          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Non                           |                                       |                         |                       |                |                           |                      |       |                           |
| 44          | Entre le 11/12/2024 et le 10/01/2025 | 6                   | Oui                           | Rarement                              | 4                       | 0,666666667           | 0              | 0                         | D'accord             | 2     | D'accord                  |
| 45          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Non                           |                                       |                         |                       |                |                           |                      |       |                           |
| 46          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Parfois                               | 3                       | 0,75                  | 1              | 0,25                      | Tout à fait d'accord | 3     | D'accord                  |
| 47          | Entre le 11/01/2025 et le 10/02/2025 | 5                   | Oui                           | Parfois                               | 2                       | 0,4                   | 1              | 0,2                       | D'accord             | 2     | D'accord                  |
| 48          | Entre le 11/03/2025 et le 10/04/2025 | 3                   | Non                           |                                       |                         |                       |                |                           |                      |       |                           |
| 49          | Entre le 11/02/2025 et le 10/03/2025 | 4                   | Oui                           | Rarement                              | 3                       | 0,75                  | 0              | 0                         | D'accord             | 2     | Pas d'accord              |

**AUTEUR : Nom :** DEBOVE      **Prénom :** Marie

**Date de Soutenance :** 10/03/1998

**Titre de la Thèse :** Faisabilité du dépistage de la Dépression du Post-Partum en médecine générale dans les Hauts-de-France (via l'utilisation de l'échelle EPDS)

**Thèse - Médecine - Lille 2025**

**Cadre de classement :** Médecine Générale

**DES + FST ou option :** Médecine Générale

**Mots-clés :** Dépression du Post-Partum (DPP) ; Dépression Post-Natale (DPN) ; Edimburg-Post-Partum Depression Scale (EPDS) ; Médecine générale (MG)

### **Résumé :**

**Contexte :** La dépression du post-partum (DPP) concerne environ une femme sur six, reste sous-diagnostiquée et entraîne des conséquences importantes pour la mère et l'enfant.

L'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), validée en français, constitue un outil de dépistage pertinent. Le médecin généraliste, acteur de première ligne, pourrait jouer un rôle clé, mais aucune organisation de dépistage systématique n'existe actuellement en France.

**Matériel et Méthodes :** **Étude observationnelle transversale** menée entre **novembre 2024 et août 2025** auprès de MG installés, remplaçants et internes en SASPAS des **Hauts-de-France**. Après une **formation distancielle** sur la DPP et l'EPDS, les participants ont utilisé l'échelle **pendant au moins trois mois**. Un **questionnaire** diffusé en juillet-août 2025 a recueilli les données sociodémographiques, l'usage de l'outil, les freins et les perceptions cliniques.

**Résultats :** 50 des 53 participants ont répondu au questionnaire (médiane d'âge : 31,5 ans ; 88 % de femmes). 80% ont utilisé l'EPDS, en médiane une fois par mois, permettant un diagnostic médian d'une DPP sur la durée de l'étude. L'outil était jugé facile d'intégration, utile pour le diagnostic et la communication, et bien accepté par les patientes (92,5–95 %). Les principaux freins identifiés étaient le manque de temps, l'oubli, la charge cognitive et la rigidité perçue de l'échelle. Aucun facteur professionnel étudié n'était significativement associé à la volonté de réutiliser l'EPDS.

**Conclusion :** L'EPDS apparaît **faisable et bien acceptée en médecine générale**. Malgré des obstacles organisationnels et l'absence de cadre institutionnel, son intégration semble pertinente pour améliorer le repérage précoce de la DPP. **Une réflexion sur la systématisation du dépistage et la structuration d'un parcours post-partum en soins primaires est nécessaire.**

### **Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

**Assesseurs :** Madame le Docteur CHARBONNIER-DINNER Leslie

**Directeur :** Madame le Docteur BODEIN Isabelle