

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Dépression anténatale en médecine générale : étude qualitative
chez des médecins généralistes des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 9 Janvier 2026 à 16h au Pôle
Formation
Par Margot FEYS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Madame le Docteur Lucile DEFFENSE

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.**

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| RESUME | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| I. La grossesse..... | 3 |
| II. Remaniements psychologiques de la grossesse | 3 |
| III. Troubles psychiatriques rencontrés chez la femme enceinte..... | 4 |
| A. Trouble anxieux | 4 |
| B. Dépression anténatale..... | 4 |
| C. Trouble bipolaire | 4 |
| D. Trouble schizophrénique | 4 |
| E. Trouble des conduites alimentaires | 5 |
| IV. La dépression anténatale..... | 5 |
| A. Facteurs de risque | 5 |
| B. Dépistage et diagnostic | 6 |
| C. Complications possibles | 6 |
| V. Rôle du médecin généraliste..... | 7 |
| VI. Objectif de l'étude | 8 |
| MATERIELS ET METHODES | 9 |
| I. Type d'étude | 9 |
| II. Population étudiée et recrutement | 9 |
| III. Le guide d'entretien | 9 |
| IV. Réalisation des entretiens et recueil des données..... | 10 |
| V. L'analyse des données | 11 |
| VI. Cadre éthique et légal..... | 11 |
| RESULTATS | 12 |
| I. Description de l'échantillon..... | 12 |
| II. Dépression anténatale en Médecine Générale | 12 |
| A. Dépistage | 12 |
| 1. Peu de suivi de grossesse..... | 12 |
| 2. Grossesse désirée ou non..... | 14 |
| 3. Recherche de facteurs de risque..... | 15 |
| 4. Dépistage somatique au 1er plan | 16 |
| 5. Questions addictologie avant psychologie..... | 16 |
| 6. Signes cliniques évocateurs | 17 |
| 7. Outils de dépistage | 18 |
| B. Diagnostic et prise en charge | 19 |
| 1. Peu confrontés | 19 |
| 2. Prise en charge non médicamenteuse en 1er lieu..... | 20 |
| 3. Prise en charge médicamenteuse | 22 |
| C. Connaissances | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 1. Peu formés | 24 |
| 2. Post-partum plus connu..... | 25 |
| D. Modèle intégratif | 26 |
| DISCUSSION | 28 |
| I. Dépression anténatale | 28 |
| A. Dépistage dans les hôpitaux des Hauts-de-France | 29 |
| B. Dépistage et prise en charge à l'étranger | 30 |
| C. Complications et potentiels enjeux | 32 |
| D. Prise en charge | 33 |
| II. Perspectives | 34 |
| III. Forces et limites de l'étude | 35 |
| A. Forces de l'étude | 35 |
| 1. Entretiens compréhensifs | 35 |
| 2. Triangulation des données | 35 |
| 3. Grille COREQ | 36 |
| 4. Modélisation et ouverture | 36 |
| B. Limites de l'étude..... | 36 |
| 1. Sujet peu connu des médecins généralistes | 36 |
| 2. Inexpérience | 36 |
| 3. Lieu des entretiens | 37 |
| 4. Littérature | 37 |
| CONCLUSION..... | 38 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 40 |
| ANNEXES | 44 |

RESUME

Contexte : La grossesse est une période durant laquelle s'effectuent plusieurs remaniements psychologiques pouvant devenir pathologiques. Parmi ces remaniements pathologiques, la dépression anténatale et la dépression du post-partum sont des troubles psychiatriques touchant environ 10% des femmes enceintes. Non dépistée et non soignée, la dépression anténatale peut causer diverses complications, obstétricales et maternelles mais également sur le futur enfant à naître. L'objectif de l'étude était d'étudier la pratique des médecins généralistes en terme de dépistage et de prise en soins de la dépression anténatale.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France. La saturation théorique des données a été obtenue. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée des verbatims a été réalisée avec triangulation des données. Cette analyse a abouti à la réalisation d'un modèle intégratif.

Résultats : Les médecins généralistes ne connaissent pas ou que très peu la dépression anténatale et ce par manque de formation mais également par manque de pratique. Lorsqu'ils suivent des femmes enceintes, ils se concentrent majoritairement sur les dépistages somatiques et ne recherchent des signes de souffrance psychique qu'en fonction des patientes et des signes cliniques évocateurs. Le dépistage n'est pas systématique et les outils spécifiques ne sont ni connus ni utilisés. Ainsi, les médecins généralistes y sont peu confrontés et lorsqu'ils y sont confrontés, la prise en charge passe avant tout par des thérapeutiques non médicamenteuses dont le recours aux confrères et si besoin par l'instauration de traitements anxiolytiques puis d'antidépresseurs

Conclusion : Dans la pratique des médecins généralistes, la dépression anténatale est peu connue et peu recherchée. Les médecins généralistes y sont donc peu confrontés et peu amenés à la prendre en charge. Des formations spécifiques ou des campagnes de sensibilisation pourraient être intéressantes afin d'améliorer les pratiques.

INTRODUCTION

I. La grossesse

La grossesse est un phénomène naturel concernant environ 950 000 par an en France (1) aboutissant en 2024 à 663 000 naissances. Ce phénomène naturel est source de nombreux changements physiques mais également psychologiques.

II. Remaniements psychologiques de la grossesse

Durant la grossesse, la femme enceinte va se préparer progressivement à l'arrivée de son propre enfant ; passant alors du statut de fille au statut de mère. Les remaniements psychiques permettent également de s'adapter aux bouleversements corporels, d'anticiper l'accouchement et la rencontre avec le nouveau-né et de se façonner une identité de parent. (2)

Pour certains auteurs, ces remaniements débuteraient même en amont de la grossesse, dès le désir d'avoir un enfant et de devenir mère selon un processus de maternalité se composant de plusieurs mécanismes de changement. (3)

Ces divers mécanismes de changement ne sont pas anodins et peuvent devenir pathologiques. 10% des femmes enceintes souffriraient de dépression anté et post-natale. Bien que les troubles psychiatriques après la naissance soient plus connus des médecins généralistes (baby blues, dépression post-partum, psychose puerpérale, etc...), des troubles psychiatriques peuvent également être rencontrés chez la femme enceinte, avant l'accouchement.

III. Troubles psychiatriques rencontrés chez la femme enceinte

A. Trouble anxieux

Le syndrome anxieux est fréquent au cours de la grossesse (4). Les sources de l'anxiété varient en fonction du terme de la grossesse ; au premier trimestre, on retrouve la peur d'avoir un enfant anormal, de le perdre, de ne pas être à la hauteur alors qu'au troisième trimestre on retrouve plus fréquemment la peur de l'accouchement. Le trouble anxieux toucherait entre 5 et 15% des femmes dans la période prénatale (5).

B. Dépression anténatale

La dépression anténatale est une maladie fréquente qui toucherait 10 à 20% des femmes enceintes. (5)

C. Trouble bipolaire

Un trouble bipolaire peut débuter pendant la grossesse ou être préexistant et se manifester durant la grossesse. (4) Il existe dans ces circonstances un fort risque de rechute en post-partum sous forme d'épisode dépressif, maniaque ou d'un tableau de psychose puerpérale.

D. Trouble schizophrénique

On estime en France que 3 500 à 5 000 grossesses par an concerneiraient des femmes souffrant de troubles schizophréniques ; troubles existants avant la grossesse dans ce cas précis (4). Pour ces patientes, les risques de complications obstétricales peuvent être dues à un suivi irrégulier, à une mauvaise hygiène de vie,

à une méconnaissance des signes devant faire consulter mais également aux traitements pouvant avoir un effet délétère sur le futur bébé.

E. Trouble des conduites alimentaires

On estime que jusqu'à 3 % des femmes enceintes présentent un trouble des conduites alimentaires de type boulimie ou anorexie restrictive (4). Les grossesses se déroulent le plus souvent sans complication majeure, il peut exister un risque de diabète gestationnel en cas de boulimie ou un risque de petit poids à la naissance en cas d'anorexie. Des vomissements gravidiques importants isolés peuvent être un signe d'alarme et inciter à orienter vers une consultation psychiatrique.

IV. La dépression anténatale

La dépression anténatale toucherait donc 10 à 20% des femmes enceintes (5).

A. Facteurs de risque

Il existe plusieurs facteurs de risque reconnus de dépression anténatale, ou plus généralement de dépression périnatale (qui inclut dépression anténatale et dépression du post-partum) (6).

Parmi ces facteurs de risque, on retrouve : (7)

- Antécédents de troubles dépressifs, anxieux, bipolaires
- Antécédents de dépression du post partum
- Antécédents de troubles dysphoriques prémenstruels
- Antécédents familiaux psychiatriques
- Antécédents de maltraitance durant l'enfance

- Jeune âge maternel
- Grossesse non désirée
- Ambivalence ou sentiments négatifs à propos de la grossesse
- Grossesse monoparentale
- Conflits conjugaux / violences conjugales
- Grand nombre d'enfants
- Isolement social
- Faible niveau socio-économique
- Addiction : tabagisme et toxicomanie

B. Dépistage et diagnostic

Le diagnostic de dépression anténatale peut être difficile à poser du fait de symptômes atypiques principalement somatiques notamment algiques ou fonctionnels. (5)

Il n'existe pas actuellement d'échelle spécifique ou d'outil spécifique pour dépister ou diagnostiquer la dépression anténatale. Cependant, l'échelle d'Edimbourg ou EPDS (Annexe 1) peut être un outil de dépistage intéressant pour la dépression anténatale (7). Il s'agit en réalité d'une échelle qui a été validée afin de dépister la dépression du post-partum mais des études ont démontré son efficacité pour dépister des dépressions majeures chez les femmes durant la grossesse (8).

C. Complications possibles

La dépression anténatale est un facteur de risque de complications obstétricales (5). Chez les patientes non traitées, on retrouve une incidence plus élevée d'accouchements prématurés, de pré éclampsie, de faible poids à la

naissance mais également de troubles du comportement chez le nouveau-né et de suicide maternel (6). Ces patients sont également plus fréquemment sujet à des diabètes gestationnels, des accouchements par césarienne ou a contrario une faible prise de poids durant la grossesse et un risque de consommation de substances psycho actives (9).

V. Rôle du médecin généraliste

D'après le code de Santé Publique, le médecin généraliste a 8 missions principales (10) :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins

- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

On retrouve donc dans ces missions une action de prévention et de dépistage.

Le médecin généraliste pourrait alors essayer de prévenir et de dépister la dépression anténatale.

VI. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est donc d'étudier la pratique des médecins généralistes des Hauts de France en 2024 en terme de dépistage et de prise en soins de la dépression anténatale.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes volontaires installés ou remplaçants dans les Hauts-de-France.

II. Population étudiée et recrutement

La population étudiée concernait des médecins généralistes, installés ou remplaçants, exerçant dans les Hauts-de-France. Les médecins généralistes ayant une pratique hospitalière étaient exclus de l'étude.

Afin de recruter les participants de l'étude, des secrétariats de médecins généralistes installés dans l'ensemble des Hauts-de-France ont été contactés afin d'obtenir leurs adresses mails. Une fois l'adresse obtenue, un mail leur expliquant l'objectif de cette étude ainsi que la méthodologie leur a été envoyé, les invitant à répondre si le sujet les intéressait et s'ils étaient volontaires pour participer. Un rendez-vous était ensuite fixé avec les médecins volontaires.

III. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été rédigé, composé de plusieurs axes (Annexe 2). Cet entretien était composé de questions ouvertes et neutres avec des relances afin de recentrer le médecin interviewé ou de préciser le sujet abordé.

La première partie de l'entretien consistait en une présentation brève du médecin et de son mode d'exercice. Le deuxième axe de l'entretien concernait le

projet de grossesse des patientes et la façon dont les médecins l'abordaient. Le troisième axe visait à rechercher comment les médecins abordaient la première consultation de grossesse. Le quatrième axe concernait le dépistage de la femme enceinte. Le dernier axe recherchait les méthodes de repérage de la souffrance psychologique des patientes enceintes. En fin d'entretien, les médecins généralistes étaient également questionnés sur leur vécu vis-à-vis de la dépression pré-partum et étaient invités à compléter librement l'entretien s'ils souhaitaient ajouter des choses à ce sujet.

IV. Réalisation des entretiens et recueil des données

11 entretiens ont été réalisés entre le 1er août 2024 et le 28 décembre 2024. Le lieu d'entretien était choisi par le médecin interviewé, dans un endroit calme (cabinet, salle de pause, domicile du médecin interviewé).

En début d'entretien, le sujet de l'étude et les conditions de l'entretien (enregistrement audio et anonymisation lors de la retranscription) étaient rappelées aux participants.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone grâce à l'application Enregistreur vocal d'Android sous format M4A. Chaque enregistrement a été retranscrit de façon anonymisée à l'aide d'un ordinateur et du logiciel Microsoft Word. Pour garantir l'anonymat, les entretiens ont été classés par ordre chronologique de rendez-vous et les médecins nommés selon leur ordre de rendez-vous (par exemple : 1er médecin interviewé nommé médecin 1 ou M1).

V. L'analyse des données

L'ensemble des verbatims a été analysé grâce au logiciel Microsoft Excel selon une méthode s'inspirant de la théorisation ancrée. La triangulation des données a été réalisée indépendamment entre le cherche novice en recherche qualitative et un médecin généraliste remplaçant également novice en recherche qualitative. L'analyse a été réalisée selon les principes de C.Lejeune (11).

Des codages ouverts avec étiquettes expérimentielles et propriétés ont été réalisés et ont ainsi permis l'apparition de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'un modèle intégratif.

VI. Cadre éthique et légal

Le consentement oral de chaque médecin interviewé a été recueilli avant enregistrement et retranscription de chaque entretien. Les médecins interviewés étaient libres de mettre fin à tout moment à l'entretien s'ils le souhaitaient. Les données ont été anonymisées comme décrit précédemment et les fichiers audios ont été détruits après retranscription.

Par ailleurs, cette étude n'a pas fait l'objet de déclaration de conformité auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et n'a également pas nécessité d'accord préalable auprès du Comité de Protection des Personnes

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

Au total, du mois d'août au mois de décembre 2024, onze médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France ont participé à l'étude dont 6 femmes et 5 hommes.

Les entretiens ont duré de six minutes quarante et une seconde à dix-huit minutes dix seconde, avec une moyenne de dix minutes cinquante-neuf secondes.

La plupart des entretiens ont été réalisés en présentiel, un entretien a été réalisé en visioconférence grâce au logiciel Discord sans visuel caméra.

Les caractéristiques des participants ont été retranscrites dans le tableau en Annexe 3.

II. Dépression anténatale en Médecine Générale

A. Dépistage

1. Peu de suivi de grossesse

Dans un premier temps, les médecins généralistes recherchent peu de manière spontanée s'il existe ou non un désir de grossesse chez les patientes.

M5 : « *Spontanément, je ne pense pas. Ou Vraiment, exceptionnellement, mais sinon c'est plutôt la dame qui vient me dire [...] Ça m'est déjà arrivé spontanément, mais c'est pas souvent.* »

Dans les autres cas, ils peuvent être amenés à aborder le désir de grossesse en fonction des circonstances ; lors de renouvellement de pilule, lors de signes

cliniques gynécologiques ou encore quand les patientes elles-mêmes abordent le sujet.

M1 : « *C'est souvent par hasard qu'on aborde le projet de grossesse. Euh ... Quand, euh ... on a affaire éventuellement à des euh ... des difficultés contraceptives ou des euh ... des soucis de type dysménorrhées ou des choses comme ça. Ou quelquefois, quand on parle à bâton rompu de...Leur vie en général.* »

M3 : « *Alors, quand elles arrivent et qu'elles me disent qu'elles veulent arrêter ou changer leur contraception, en général, j'en profite pour discuter un petit peu.* »

Dans un second temps, une fois la grossesse démarrée, les médecins généralistes font peu de suivi de grossesse.

M8 : « *Je pose la question comment elle voit son suivi de grossesse, avec qui ? (laisse une pause) 100% c'est une sage-femme ou un gynéco. [...] Quasiment. De toute façon je n'ai jamais effectué une grossesse entière. Alors je débute, je dépanne, ça peut des fois aller jusqu'à 4-5 mois mais c'est rare.* »

Ou alors les médecins généralistes voient les patientes pour des autres problèmes somatiques annexes.

M11 : « *Déjà, on en voit très peu, on ne va pas se mentir. C'est surtout ... On les voit surtout entre deux si le gynéco n'a pas fait la déclaration de grossesse. Et si elles sont malades entre deux quoi, elles ont besoin de médicaments.* »

2. Grossesse désirée ou non

Même si les médecins généralistes ne semblent pas réaliser beaucoup de suivi de grossesse, la plupart d'entre eux semble cependant rechercher tout de même si la grossesse était désirée ou s'il s'agit d'une bonne nouvelle.

M6 : « *Systématiquement. Ouais. Ah ouais non mais plus que systématiquement ouais. Ouais et je... C'est une question que j'ai tendance à reposer quand il y a de l'incertitude* »

M10 : « *(Marque une pause, réfléchit) Alors, déjà, je demande quand même si c'était attendu, si c'était désiré, d'une façon, on va dire, avec bienveillance, mais voilà. [...] Voilà. C'est une bonne nouvelle, voilà, comment ça se passe.* »

Bien que certains médecins généralistes demandent cela de manière systématique, d'autres vont quant à eux poser la question aux patientes en fonction du ressenti qu'ils auront de ces patientes.

M1 : « *Surtout quand le non-verbal n'est pas ... euh ... n'est pas très franc à ce sujet. Et quand elles me disent que oui, c'est une bonne nouvelle, mais que leur non-verbal dit plus ou moins le contraire, je les interroge. Je les interroge volontiers sur leur propre arrivée sur Terre. Savoir si quelque chose a coincé, qui pourrait faire qu'elles aient des ... euh comment dire ... de la retenue par rapport à la réjouissance qu'on a d'habitude.* »

M7 : « Alors, ça m'est arrivé deux, trois fois en 20 ans d'avoir un doute et de demander si c'est une bonne nouvelle. Voilà, bon. Mais très souvent, on le sait en amont. Donc, effectivement, cette question, je ne la pose pas parce que je le ressens à travers ce qu'elles m'expriment. »

3. Recherche de facteurs de risque

La recherche des facteurs de risque semble être réalisée de manière plus approfondie quand la grossesse n'est pas désirée, n'est pas une bonne nouvelle.

M2 : « On gratouille. On essaie de savoir pourquoi ce n'est pas une bonne nouvelle. [...] Voilà, alors, après, on essaie de gratter, voir si, dans l'enfance, il n'y a pas eu quelque chose qui a pu expliquer qu'il y a eu une phase d'angoisse, une phase de déprime, ou autre. Ou un passé autre, avant, avec la patiente, s'il n'y a pas eu une grossesse mal vécue avant ou auparavant. On essaie de gratter ... »

D'autre part, les médecins généralistes suivant en général leurs patientes depuis longtemps, ils connaissent leurs patientes et l'entourage ; expliquant donc que la recherche de facteurs de risque de dépression anténatale n'est pas systématique, notamment l'étayage familial par exemple.

M4 : « Je pense que c'est l'avantage d'être le médecin en famille. C'est qu'on sait. Enfin, la plupart du temps, on sait, quoi, si la personne va être seule à gérer ou... Parce que des fois, il y a des couples, mais on sait très bien que le compagnon ou la compagne ne sera pas présente, quoi. »

M10 : « Alors, je ne le recherche pas systématiquement, quand je connais le contexte familial, en tant que médecin généraliste, ou comme même si je suis un installé que depuis huit ans, je commence à connaître, des fois, quatre générations dans la famille [...]. Après, c'est sûr que si c'est une personne que je ne connais pas, 'et le conjoint ?' [...] Voilà, j'aime bien savoir dans quel contexte, mais je le pose rarement, puisque je le connais de base. »

4. Dépistage somatique au 1er plan

Quand on parle de dépistage à réaliser durant la grossesse, les médecins généralistes vont plutôt évoquer et réaliser dans un premier temps de manière spontanée les dépistages somatiques : prise de sang, sérologies, examens obligatoires et recommandés, échographies, supplémentations vitaminiques, conseils diététiques, examen clinique somatique ...

5. Questions addictologie avant psychologie

Lors des premières consultations de grossesse, lorsqu'elles sont réalisées avec des médecins généralistes, sur le plan psychiatrique, les questions d'addictologie que ce soit au tabac ou à l'alcool semblent passer devant le dépistage psychologique à proprement parler.

M1 : « Et la nécessité de faire le point sur le tabac et l'alcool. L'alcool, c'est récent parce que pour moi, ça allait de soi. [...] Il y en a sans doute qui ont zappé les consignes, mais pas toutes. Donc, depuis, j'intensifie ce genre de consignes et de conseils. »

6. Signes cliniques évocateurs

Le dépistage d'une souffrance psychologique quant à lui n'est pas évoqué par les médecins généralistes de manière systématique quand on les interroge.

M8 : « *Non, je ne vais pas forcément penser à poser la question sauf si elle me dit quelque chose. [...] Je lui demande si ça va. (air peu convaincu par sa réponse, un peu mal à l'aise) Et je prends ce qu'elle répond et après je rebondis.* »

Quand on leur pose la question d'un tel dépistage, les médecins généralistes affirment le réaliser en fonction de signes évocateurs présentés par leurs patientes. Ces signes évocateurs peuvent être des plaintes somatiques qui vont alerter le médecin généraliste.

M5 : « *Peut-être s'il y a beaucoup de plaintes somatiques, voilà, c'est ça. (Hochement de tête) C'est quand elles ont beaucoup de nausées ou que ça ne va pas, c'est à ce moment-là, s'il y a beaucoup de plaintes somatiques. [...] Je pense que c'est à partir des plaintes somatiques que je pose la question.* »

Ces signes évocateurs peuvent également être un faciès ou une communication non verbale ; les médecins généralistes connaissant en général leurs patientes.

M2 : « *Moi, c'est plus le comportement du début, après, dans la prolongation, et puis l'aspect... L'aspect personnel, quoi, je veux dire. Tout le monde connaît, on sait que d'habitude elle est souriante, là elle n'est plus souriante.* »

Parmi les médecins interrogés, l'un d'entre eux rapportait cependant que la santé mentale des patientes enceintes occupait une place importante dans la prise en charge de ces patientes.

M6 : « *C'est des questions en fait qui sont abordées hyper souvent dans mes consultations. [...] Mais sachant la vulnérabilité des personnes enceintes, on en parle systématiquement. Mais ça c'est aussi pour lever un peu la culpabilité autour de certains symptômes qui sont ressentis.* »

7. Outils de dépistage

Pour le dépistage de la dépression anténatale, les questionnaires de dépistage semblent être peu connus.

M7 : « *Ah, des outils, ah non. En questionnaire automatisé tu veux dire ? ah non. Non, j'ai pas. Non, j'ai pas. Vraiment, j'ai pas de truc. Ça existe, des trucs ? (rigole) [...] Non. Et l'échelle d'Edimbourg, je connais pas.* »

L'entretien prénatal semble être lui un peu plus connu mais non réalisé par les médecins généralistes ni proposés.

M2 : « *Ça, ça me parle, j'ai vu, on le voit passer maintenant. Il y en a pas mal, à l'hôpital, ils font ça maintenant. Je le vois beaucoup passer. Non, on n'a pas encore eu l'occasion de s'y mettre, on va dire.* »

M3 : « *C'est en général fait par la sage-femme, en fait. Comme il est plutôt fait au troisième, quatrième mois de grossesse. C'est là où je les ai perdus.* »

Ainsi, les médecins généralistes ne semblent pas utiliser d'outils de dépistage particulier pour la dépression anténatale.

M4 : « *Expérience, feeling, je pense. J'avoue que, je sais pas par rapport aux autres médecins que tu as interviewés, je ne fais jamais de score, d'échelle de dépression.*
[...] *Je dirais, c'est vraiment un ressenti, un feeling.* »

Cependant, l'un des médecins interrogés évoquait également ne pas connaître les outils de dépistage spécifiques mais rapportait utiliser des outils de dépistage plus standard, validés pour la population générale.

M6 : « *J'utilise des outils standardisés spécifiques pour la femme enceinte euh... En post-partum du coup. Euh... Par contre en pré-partum. Je sais pas si ça se dit pré-partum. En per-partum plutôt. Euh... Pendant la grossesse. Là j'utilise euh... Des outils plus génériques. [...] Alors selon la plainte, si c'est une plainte euh... dépression. Euh... Je vais utiliser par exemple plutôt euh... Le PHQ-9. Si c'est euh... plutôt une plainte anxieuse, le GAD-7.* »

B. Diagnostic et prise en charge

1. Peu confrontés

La plupart des médecins généralistes interviewés semblaient ne jamais avoir été confrontés à une dépression anténatale.

M8 : « *Non. En tout cas, si c'est une dépression déclenchée par la grossesse, non. Moi, ce que je vois beaucoup, c'est des dépressions préexistantes avec une grossesse.* »

M10 : « *Je réfléchis. Parce que je crois que je vais dire non. Désolé. [...] Ça m'évoque qu'il faudrait que je regarde un petit peu les chiffres, savoir si on a beaucoup ou pas (rigole). Parce que s'il y a un pourcentage non négligeable de grossesse avec des troubles pré-partum, c'est que je passe à côté.* »

Certains médecins évoquaient cependant avoir été quelques fois confrontés à de telles situations mais cela restait cependant peu fréquent.

M11 : « *Surtout une fois, c'était une demoiselle qui avait euh ... (souffle) 28, 33 ans à peu près. Euh... C'était une deuxième ou une troisième grossesse. C'était il y a un an, à peu près un an et demi. [...] C'est surtout ça qui m'avait marqué. Je crois que c'est la seule que j'ai eu durant mes sept années.* »

M6 : « *Donc. À la question, est-ce que j'en croise souvent, je pense que j'en croise plus que ce que je m'en rends compte. [...] Mais ce n'est pas des fois nombreuses.* »

2. Prise en charge non médicamenteuse en 1er lieu

Dans un premier temps, les médecins généralistes semblent privilégier les techniques non médicamenteuses dans la prise en charge de la dépression anténatales. Le premier élément semble être un suivi régulier de ces patientes.

M9 : « *Enfin, on discute quand même, je prends le temps, même s'il faut 20 minutes, je prends 20 minutes avec elle ou je demande à les revoir régulièrement en consultation.* »

M3 : « *Après du coup accompagnement psychologique plus plus plus plus plus* »

M4 : « *Donc, beaucoup de discussions, revoir souvent. Ouais.* »

En plus d'un suivi régulier, les médecins généralistes peuvent avoir recours à d'autres moyens de prise en charge non médicamenteuse ou en dernier recours ils peuvent également adresser à un confrère psychiatre.

M3 : « *Donc, on parle un peu phytothérapie, homéopathie, psychologue, sophrologie, hypnose, acupuncture, venir vider son sac avec son médecin traitant, accompagnement, entourage familial. En fait, tout ce qu'on peut mettre en place pour essayer de compenser un petit peu, de les restimuler, de leur faire revoir le côté positif des choses. Et... euh ... vraiment vraiment antidépresseurs en prénatal, j'en n'ai jamais eu finalement besoin.* »

M2 : « *Bon, moi, je leur dis qu'ils revoient bien avec leur gynéco. Et surtout, après, qu'ils voient quand même quelqu'un psycho. [...] Ouais, un psychologue. On n'a pas l'habitude d'être psychologue. Pour pouvoir préparer, etc. Pour expliquer que, voilà, ça risque d'être compliqué. Psycho et leur gynéco.* »

M6 : « *Proposition d'un plan d'action. Alors ça va dépendre vraiment. Là c'est difficile de généraliser. Mais euh... Des plans d'action euh... On va parler de règles hygiéno-diététiques, d'activité physique. Euh... De techniques de gestion de l'anxiété par exemple, du stress. Euh ... qui sont non médicamenteuses en l'occurrence. Plus ou moins psycho selon les possibilités à la fois d'organisation et financières de la personne* »

Cependant, les médecins généralistes interviewés n'ont pas eu nécessité d'hospitaliser les patientes pour une dépression anténatale ; réussissant alors à les prendre en charge en ville ou à les adresser à des confrères.

M4 : « *Après, je n'ai jamais eu le cas de risque suicidaire, ni de vraiment une grosse dépression à devoir hospitaliser.* »

M6 : « *Mais s'il y a une nécessité d'hospitalisation pour mise en sécurité. Ouais. Je pense notamment à des contextes sociaux difficiles ou quoi. Bon voilà. On peut organiser ça. Avec le consentement de la personne. Ouais. La plupart du temps. Euh... J'ai jamais eu à faire de soins sous contraintes pour une personne enceinte. Euh... Donc euh... Si ça devait arriver ça passerait par les urgences. Sinon c'est une démarche particulière. Mais là j'ai pas d'expérience à ce sujet* »

3. Prise en charge médicamenteuse

Vient ensuite la question de la prise en charge médicamenteuse, certains médecins ont dû instaurer un traitement médicamenteux. Avant toute prescription

médicamenteuse, les médecins rapportaient se référer au CRAT pour vérifier la compatibilité avec la grossesse.

M6 : « *J'ouvre le CRAT et on regarde ensemble comme ça, ça permet de rassurer.*

Aussi bien il y a des personnes qui sont en attente d'un traitement mais en réalité mon expérience chez les personnes enceintes c'est plutôt de méfiance globale vis-à-vis des médicaments. Et utiliser le CRAT ça permet de lever certaines craintes. »

Lorsqu'ils avaient besoin d'instaurer un traitement, la plupart du temps cela commençait par un traitement anxiolytique toujours en vérifiant la compatibilité avec la grossesse des patientes.

M9 : « *Du coup, j'ai prescrit du SERESTA, elle se sent mieux. J'ai vérifié sur le CRAT ce qu'on pouvait prescrire. »*

M8 : « *Et si vraiment nécessité, on va partir sur la benzodiazépine la plus légère possible. (air hésitant) Parce que pareil, tout ce qui est phyto et tout ça, il n'y a pas moyen de vérifier si pendant la grossesse c'est vraiment sur ou quoi, parce que c'est pas référencé sur le CRAT ou des trucs comme ça ou dès qu'on ouvre le VIDAL bah c'est le vide sidéral (soupir). Donc on file vite sur la petite benzodiazépine. Et après, selon évolution et tout ça, on monte progressivement en puissance. »*

Arrivait ensuite si nécessaire le recours aux antidépresseurs.

M11 : « *Et à la fin, je l'ai quand même mis sous antidépresseur. ESCITALOPRAM, si je ne me trompe pas, je m'étais basé sur le CRAT. [...] Tout s'est bien passé. Mais je crois même que l'ESCITALOPRAM a suffi. À petite dose, a suffi à l'aider.*

C. Connaissances

1. Peu formés

Enfin, quand on demandait au médecin ce que la dépression anténatale leur évoquait, certains médecins généralistes avouaient ne jamais en avoir entendu parler auparavant.

M5 : « *Même avant je ne savais pas que ça existait en fait, avant ton mail.*

M8 : « *Ça ne me parle pas du tout. Ça n'a jamais été abordé en stage, en cours, des trucs comme ça. C'est pour ça que...*

La plupart des médecins généralistes semblaient cependant en avoir déjà entendu parler mais reconnaissaient ne pas avoir été formés ou sensibilisés à dépister la dépression anténatale.

M4 : « *Je ne l'ai jamais étudié. Je ne m'en souviens pas l'avoir étudié. Je ne l'ai pas étudié pendant mon internat, externat. Je ne vois pas si c'est au programme, d'ailleurs. Et en fait, je pense que je l'ai plus vu chez le prat ou pendant le SASPAS, en fait, parce que dans le suivi, dans le stage de gynécologie, on ne voit pas ça. Ouais, je ne me souviens pas avoir vu ça. (laisse une pause) Je pense qu'on n'est pas assez formés et pas assez... Ouais. Peut-être qu'on n'a pas les... les bons*

discours, les bons réflexes. C'est sûr que ça devrait faire l'objet de plus de formations. »

M9 : « *J'en avais déjà entendu parler, mais je ne l'ai jamais vu en stage. Je ne l'ai jamais vu en vrai.* »

M8 : « *Ça n'a jamais été abordé en stage, en cours, des trucs comme ça.* »

M11 : « *Le problème, c'est qu'en médecine générale, on n'a pas... On n'est pas formé.* »

2. Post-partum plus connu

Parmi les troubles psychiatriques retrouvés dans le per-partum, les médecins généralistes reconnaissaient avoir plus de connaissances et avoir été davantage sensibilisés à la dépression du post-partum.

M2 : « *Ben non, on n'est plus sensibilisés au post-partum, parce que ça, on sait que, malheureusement, ça arrive, c'est assez fréquent, dans la population.* »

M7 : « *Le post-partum, j'ai dû en voir quelques-uns. Tu vois, il y a pas beaucoup, hein. Je pense 3-4. Tu vois, en 20 ans, vraiment pas beaucoup. Mais le pré-partum, non. Ça me dit rien.* »

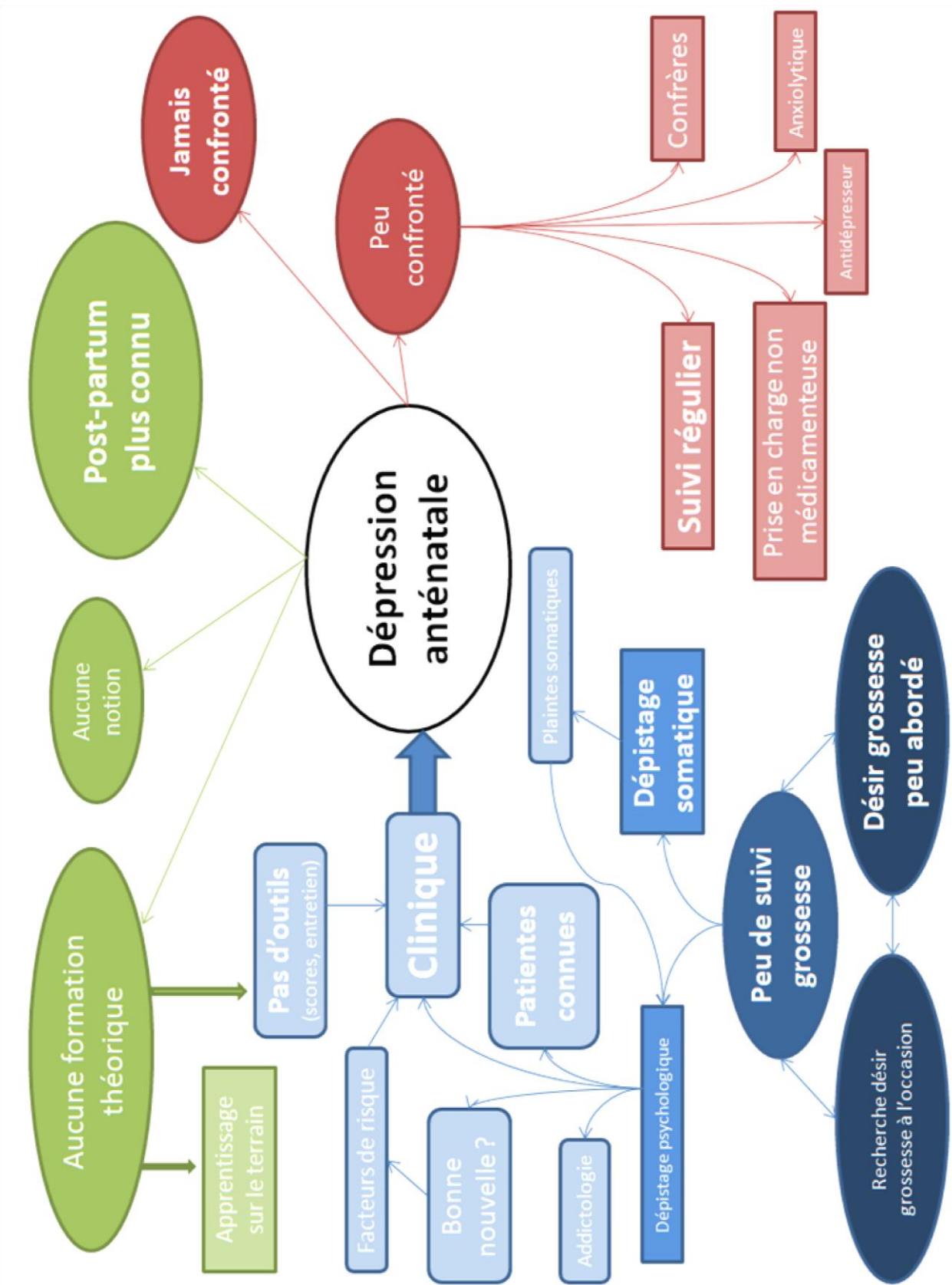
M8 : « *La dépression post-partum, oui, ça c'est bien connu dans les livres et tout ça.*

»

M10 : « *Maintenant, on est vachement formé sur le post-partum mais moi, j'ai pas l'impression d'en avoir eu tant que ça, alors qu'on est très, très sensibilisés à ça.* »

D. Modèle intégratif

L'analyse des verbatim a permis la réalisation d'un modèle intégratif :



DISCUSSION

I. Dépression anténatale

Environ 10% des femmes enceintes souffriraient donc de dépression anténatale et du post-partum (12). La dépression anténatale est associée à différents facteurs de risque : suivi de grossesse irrégulier, mauvaise hygiène diététique, addictions ... Il existerait également un lien avec un retard de croissance fœtale et la dépression paternelle. De plus, les patientes souffrant de dépression anténatale seraient deux fois plus exposées à un risque de dépression du post-partum (13).

Dans les Hauts-de-France, la dépression anténatale semble donc cependant peu connue des médecins généralistes, que ce soit par manque de formation théorique mais également par des suivis de grossesses peu réalisés par les médecins généralistes.

Lorsque les médecins généralistes sont confrontés à un début de grossesse, il ressort majoritairement des dépistages et une prise en charge somatique. La question du dépistage psychologique pour recherche un syndrome anxi-o-dépressif anténatal semble se poser principalement quand les patientes présentent des signes cliniques évidents évocateurs ou lorsque les patientes, connues de leur médecin traitant, montrent un comportement inhabituel ou des réactions inattendues. Les outils de dépistage et l'entretien prénatal ne semblent pas être utilisés par les médecins généralistes.

Ainsi les médecins généralistes des Hauts-de-France semblent peu confrontés à la dépression anténatale. Lorsqu'ils y sont confrontés, le premier axe de prise en charge qui semble être primordial pour les médecins concernés est le suivi régulier de ces patientes. Le deuxième axe de prise en charge est également non

médicamenteux que ce soit la psychothérapie de soutien avec un psychologue, l'hypnose, la sophrologie, ... et éventuellement le recours à un confrère spécialiste (gynécologue ou psychiatre). Vient enfin en dernier recours, après vérification sur le CRAT pour les médecins concernés, la prise en charge médicamenteuse par anxiolytiques ou plus rarement le recours à des antidépresseurs.

A. Dépistage dans les hôpitaux des Hauts-de-France

Dans les Hauts-de-France, le dépistage et la prise en charge de la dépression anténatale semblent être davantage réalisés par les sages-femmes et gynécologues des Hôpitaux.

Des médecins interviewés dans la Somme ont évoqués avoir reçu divers documents récemment du CHU d'Amiens pour les informer sur l'entretien prénatal réalisé dans leur établissement notamment par les sages-femmes.

Au CH de Calais, un questionnaire de prévention global est remis aux patientes lors de la consultation du troisième mois avec des questions axées sur l'alimentation, l'addiction alcoololo-tabagique mais également des questions concernant leur moral ; en fonction de leurs réponses, les patientes sont éventuellement appelées pour un rendez-vous avec une sage-femme et si nécessaire un suivi avec la psychologue du service. Lors du rendez-vous avec la sage-femme, celle-ci peut ainsi être amenée à utiliser les outils de dépistages notamment l'échelle d'Edimbourg. Dans le service, des flyers concernant l'entretien prénatal que les patientes peuvent demander sont affichés dans les salles d'attente et l'entretien est proposé de manière quasi-systématique par les sages-femmes et gynécologues lors des consultations de suivi.

Au CHU de Lille, le site internet de la maternité de Jeanne de Flandres permet aux patientes d'être informées sur l'ensemble de leur grossesse (14). Afin de préparer au mieux les patientes à la naissance et de dépister un éventuel syndrome anxiо-dépressif anténatal, l'entretien prénatal avec une sage-femme est proposé au quatrième mois ainsi que 7 séances de préparation à la naissance (préparation classique, sophrologie, chant, ...) ; l'objectif étant de renforcer la confiance en soi, le bien-être et le lien parent-enfant. Sophrologie et chant pouvant également être proposés pour la prise en charge non médicamenteuse du syndrome anxiо-dépressif anténatal.

La maternité du CH de Dunkerque dispose également d'un site internet informant également les patientes afin de les préparer à la naissance et à la parentalité (15). A partir du 4e mois, les patientes peuvent ainsi bénéficier de l'entretien prénatal par une sage-femme. L'hôpital propose également des séances d'acupuncture et d'hypnose pouvant être proposées dans le syndrome anxiо-dépressif anténatal.

B. Dépistage et prise en charge à l'étranger

En 2022, une revue systématique de littérature a étudié les modalités du dépistage de la dépression périnatale dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (16). Cette organisation réunit 38 pays à travers le monde entier (dont la France) leur permettant de discuter, de revoir et d'améliorer leur politique économique, des finances, de l'éducation, scientifique, sociale, de l'environnement et de développement (17).

Dans cette étude, alors que le dépistage de la dépression du post-partum semble chez toutes les femmes, cela est un peu plus flou pour la période anténatale.

D'autre part, cette étude évoquait également une hétérogénéité quant au professionnel de santé devant réaliser le dépistage. Il semble important qu'un tel dépistage puisse être réalisé dans des centres de soins primaires comprenant notamment des médecins généralistes et des pharmacies (18). Cependant, même si tout professionnel de santé exerçant dans de tels centres pourrait réaliser le dépistage, cela nécessiterait tout de même une formation spécifique et suffisante (19) (20). Ce qui dans les Hauts-de-France, d'après les divers entretiens menés avec les différents médecins généralistes interviewés, semble manquer. Manque de formation relevé également dans cette revue de littérature évoquant une formation en santé mentale périnatale insuffisante (21) (22).

Le Collège Américain de Gynécologie-obstétrique recommande aux gynécologues obstétriciens et à tous les professionnels de santé assurant le suivi de grossesse de rechercher à l'aide d'outils standardisés au moins une fois durant le suivi des signes de dépression et d'anxiété (23).

Une revue systématique de littérature a étudié en 2016 la prise en charge de la dépression périnatale par les médecins généralistes aux Etats-Unis, en Australie, au Royaume-Uni, au Canada et aux Pays-Bas (24). Il existait cependant peu de données et celles-ci étaient peu généralisables. Les médecins généralistes semblaient cependant sensibilisés à la dépression périnatale. Au Royaume-Uni, les médecins généralistes semblaient connaître davantage les outils de dépistage qu'aux Etats-Unis par exemple. Concernant la prise en charge, le traitement de première intention semblait être les antidépresseurs avec notamment les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine. Quant au soutien psychologique réalisé par les médecins généralistes et l'orientation vers des spécialistes, cela semblait peu

fréquent durant la grossesse. Les choix thérapeutiques étant fonction des ressources disponibles, des connaissances et des formations des médecins généralistes.

C. Complications et potentiels enjeux

La dépression anténatale peut avoir des retentissements à la fois durant la grossesse et après la grossesse.

Sur le plan obstétrical, des études ont montré un risque accru de césarienne mais également un risque d'accouchement prématuré par exemple (25). Complications obstétricales qui concerneraient donc plus les sages-femmes et gynécologues obstétriciens que les médecins généralistes ; ces derniers semblant effectuer peu de suivi de grossesse notamment dans les Hauts-de-France.

Concernant davantage les médecins généralistes, la dépression anténatale semble avoir également des complications en post-partum que ce soit sur les nourrissons mais également les patientes. Par exemple, une étude réalisée au début des années 2000 mettait en évidence que parmi les mères incluses dans l'étude souffrant de dépression du post-partum, 50% d'entre elles avaient présenté des signes anxiо-dépressifs durant la grossesse et les patientes ayant souffert de dépression anténatale avaient un risque 2.4 fois plus important de développer une dépression du post-partum (13). D'autre part, des études ont montré également des complications sur l'enfant après la naissance (26). Une étude de cohorte a montré un risque de retard de développement chez des enfants de 18 mois dont les mères avaient souffert de dépression anténatale non suivie de dépression du post-partum (27). Des complications de la dépression anténatale peuvent également être observées chez des enfants plus âgés voir des adolescents avec une réponse au stress altérée, un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, la dépression et

des troubles anxieux (28). Par ailleurs, des études ont également montré que prendre en charge et traiter la dépression anténatale pourraient prévenir la dépression chez l'enfant à l'âge adulte (29).

Il semble donc important de rechercher et prendre en charge la dépression anténatale afin de limiter ces diverses complications que ce soit sur le plan obstétrical ou après la grossesse.

De plus, une revue systématique de littérature réalisée en 2020 a montré qu'une intervention psychologique durant la grossesse pourrait être bénéfique dans la prévention de la dépression anténatale, mais également du post-partum (30).

D. Prise en charge

Dans l'objectif de minimiser l'exposition aux médicaments durant la grossesse, les thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être utilisées en traitement unique en première intention (26). D'une part, des études ont montré que les patientes elles-mêmes préféreraient la psychothérapie pour le traitement de la dépression anténatale (31). D'autre part, la psychothérapie interventionnelle, thérapie brève pragmatique et structurée nécessitant la participation active du patient, bien que peu répandue en France (32), semble également utile avec l'éducation parentale pour apaiser les symptômes dépressifs durant la grossesse (33). De plus, selon des études observationnelles, la pratique d'une activité physique régulière pourrait soulager les symptômes de dépression durant la grossesse (34). Enfin, des études montrent également un bénéfice à la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (35) ainsi qu'à l'électro convulsivothérapie (36). Cependant, devant un risque létal fœtal important, cette dernière thérapeutique devrait être utilisée en dernier recours. Les études concernant les acides gras oméga-3, l'acide folique, le

millepertuis, la luminothérapie et l'acupuncture retrouvent quant à elles des effets mitigés non significatifs sur les signes de dépression (26).

Concernant la prise en charge médicamenteuse et les traitements médicamenteux possibles durant la grossesse, les traitements antidépresseurs peuvent être utilisés durant la grossesse (26). En première intention, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SERTRALINE et PAROXETINE en premier lieu, puis FLUOXETINE, CITALOPRAM et ESCITALOPRAM,) sont recommandés avec un profil d'efficacité et de tolérance adapté durant la grossesse, suivis des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (VENLAFAZINE, DULOXETINE, ...) (37). La prescription d'anxiolytiques quant à elle doit rester exceptionnelle et ne doit pas se faire au détriment des antidépresseurs. Si des anxiolytiques sont prescrits, il semble préférable de privilégier une courte durée de prescription, environ 1 à 2 semaines, et de relayer ensuite par des antidépresseurs si les symptômes persistent (37).

II. Perspectives

Le syndrome anxiо-dépressif et la dépression anténatale semblent donc être fortement méconnus des médecins généralistes. Que ce soit par manque de formation théorique, par manque de formation pratique ou tout simplement par absence de suivi des femmes enceintes.

Il pourrait être intéressant de proposer des formations tout d'abord théoriques aux médecins généralistes exerçant mais également aux internes de médecine générale durant leur formation afin qu'ils aient connaissance de la dépression anténatale et de ses répercussions potentielles afin qu'ils soient sensibilisés et la

recherchent de manière plus systématique pour mieux la prendre en charge au décours.

Des campagnes de sensibilisation pour les professionnels de santé mais également pour la population générale pourraient être également bénéfiques comme il existe pour la dépression du post-partum sur le site des 1000 premiers jours (38) par exemple ou encore les campagnes publicitaires sur la santé mentale passant actuellement sur les différents médias, télévision et antennes radio notamment (39).

Enfin, il pourrait être également intéressant d'étudier l'utilité et la réalisation d'un éventuel guide au dépistage et à la prise en charge de la dépression anténatale à visée des médecins généralistes.

III. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

1. Entretiens compréhensifs

L'étude a été menée grâce à des entretiens compréhensifs semi-dirigés permettant de laisser place aux ressentis des médecins interviewés. La réalisation d'entretiens compréhensifs semi-dirigés laissait place à l'expression

2. Triangulation des données

La triangulation des données entre le chercheur et un médecin débutant en recherche qualitative a permis une analyse des données qui limite la subjectivité des résultats.

3. Grille COREQ

Les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research) ont été respectés.

4. Modélisation et ouverture

L'analyse des verbatim a permis la réalisation d'un modèle explicatif qui peut être ouvert aux médecins généralistes prenant en charge des patientes enceintes souffrant ou étant susceptibles de souffrir d'un trouble anxio-dépressif anténatal.

B. Limites de l'étude

1. Sujet peu connu des médecins généralistes

Le sujet de la dépression anténatale est peu abordé durant les études de médecine et peu fréquent dans la pratique des médecins généralistes, d'autant plus s'ils ne font pas ou peu de suivi de grossesse. Les médecins interviewés se sont donc sentis parfois mal à l'aise, perdus ou embarrassés ; ce qui a engendré des entretiens de courte durée (moyenne dix minutes et cinquante-neuf secondes).

2. Inexpérience

L'inexpérience du chercheur a retenti sur sa capacité à rebondir lors des entretiens et à approfondir son guide d'entretien au fil de l'étude.

De plus, le chercheur et le médecin ayant contribué à l'analyse des données étaient tous les deux débutants en recherche qualitative. De ce fait, la saturation des données est arrivée assez rapidement, après 11 entretiens.

3. Lieu des entretiens

Le choix de l'environnement des entretiens était laissé aux médecins interviewés. Certains d'entre eux pouvaient parfois ne pas être adaptés à la réalisation des entretiens. De plus, un des entretiens a été réalisé en visioconférence.

4. Littérature

Les données de la littérature semblent assez rares notamment en ce qui concerne le dépistage. Il existait majoritairement des articles concernant la période du post-partum ou périnatale et non la période anténatale en elle-même. De plus, peu d'articles concernaient les médecins généralistes.

CONCLUSION

La dépression anténatale et la dépression du post-partum sont des troubles psychiatriques touchant environ 10% des femmes enceintes. Bien que peu connue des professionnels de santé et du grand public, la dépression anténatale peut avoir de multiples complications que ce soit obstétricales et maternelles mais également des retentissements sur le futur enfant et son développement ultérieur.

Malgré sa prévalence et ses répercussions sur la future maman et son enfant à naître, les médecins généralistes ne connaissent pas ou que très peu cette maladie mentale. Et ce par manque de pratique mais également par manque de formation.

Ainsi le dépistage de la dépression anténatale n'est que très peu réalisé par les médecins généralistes notamment en début de grossesse. Ces derniers ne la réalisant majoritairement que si leurs patientes présentent des signes cliniques évocateurs ou en connaissance de leur patientèle. Les outils de dépistage validés ne sont quant à eux pas utilisés par les médecins généralistes. Les médecins généralistes effectuant majoritairement des dépistages et une prise en charge somatiques.

De ce fait, les médecins généralistes ne semblent que peu ou pas confrontés à la dépression anténatale. Les modalités de prise en charge varient alors en fonction des médecins généralistes avec cependant une prise en charge non thérapeutique dans un premier temps avec un suivi très régulier de ces patientes. Parfois ils peuvent être amenés à prescrire des traitements, notamment anxiolytiques et en dernier recours antidépresseurs.

Cependant, devant la prévalence de la dépression anténatale et ses potentielles complications, dont la dépression du post-partum qui elle est plus connue des professionnels de santé, il pourrait donc être intéressant de réaliser des formations spécifiques ou encore des campagnes de sensibilisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cohen J, Madelenat P, Levy Toledano R. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. Grossesse 1. In 2000 [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_07.htm
2. Alvarez L, Cayol V. Psychologie et psychiatrie de la grossesse - Éditions Odile Jacob [Internet]. [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychologie-generale/psychologie-et-psychiatrie-de-la-grossesse_9782738132284.php
3. Racamier PC, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. In: Maternités [Internet]. Presses Universitaires de France; 2019 [cité 1 mars 2025]. p. 157-73. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/maternites--9782130786986-page-157>
4. Dubertret C, Pradier M de. Chapitre 46. Liaison en obstétrique et en périnatalogie. In: Psychiatrie de liaison [Internet]. Lavoisier; 2018 [cité 1 mars 2025]. p. 502-9. Disponible sur: <https://stm-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-page-502>
5. Élise Riquin, Katell Faure, Matthieu Legras, Anne-Sophie Chocard, Philippe Gillard, Philippe Descamps, et al. TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM. La revue du praticien. mai 2015;65.
6. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. Cleve Clin J Med. mai 2020;87(5):273-7.
7. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. Can Fam Physician. 10 août 2005;51(8):1087-93.
8. Park SH, Kim JI. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. mai 2023;307(5):1331-45.
9. Stewart AL, Payne JL. Perinatal Depression: A Review and an Update. Psychiatric Clinics of North America. 1 sept 2023;46(3):447-61.
10. Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2) - Légifrance [Internet]. [cité 9 avr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155058/
11. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. De Boeck Supérieur; 2019 [cité 27 oct 2025]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582>

12. Yasuma N, Narita Z, Sasaki N, Obikane E, Sekiya J, Inagawa T, et al. Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 1 août 2020;273:231-9.
13. Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal Depression Strongly Predicts Postnatal Depression in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1 déc 2012;34(4):446-50.
14. Se préparer à la naissance et à la parentalité [Internet]. Maternité Jeanne de Flandre. [cité 15 nov 2025]. Disponible sur: <https://maternite.chru-lille.fr/mgrossesse/preparation-a-laccouchement/>
15. Me préparer à la naissance et la parentalité [Internet]. Mini site Maternité. [cité 15 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.ch-dunkerque.fr/maternite/mgrossesse/me-preparer-a-la-naissance-et-la-parentalite/>
16. 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(5):871-93.
17. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [Internet]. [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.eda.admin.ch/eda/fr/dfae/politique-exterieure/organisations-internationales/ocde.html>
18. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313-27.
19. Buist A, Ellwood D, Brooks J, Milgrom J, Hayes BA, Sved-Williams A, et al. National program for depression associated with childbirth: the Australian experience. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 avr 2007;21(2):193-206.
20. El-Den S, O'Reilly CL, Chen TF. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *J Affect Disord*. 1 déc 2015;188:284-303.
21. Legere LE, Wallace K, Bowen A, McQueen K, Montgomery P, Evans M. Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 24 juill 2017;17:239.
22. Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open*. 24 janv 2019;9(1):e024803.
23. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. nov 2018;132(5):e208-12.

24. Ford E, Shakespeare J, Elias F, Ayers S. Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners: a systematic review. Fam Pract. févr 2017;34(1):11-9.
25. Zhang ZY, Yu JJ, Zeng WT, Zhou MC, Duan CC, Zhu LL. Association between antenatal depression and adverse perinatal outcomes: a prospective cohort study. Journal of Affective Disorders. 15 févr 2023;323:490-5.
26. Pearlstein T. Depression during Pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. juill 2015;29(5):754-64.
27. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. BJOG. juill 2008;115(8):1043-51.
28. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. The Lancet. 15 nov 2014;384(9956):1800-19.
29. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal Depression During Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and Possible Mechanisms for Offspring Depression at Age 18 Years. JAMA Psychiatry. 1 déc 2013;70(12):1312-9.
30. Yasuma N, Narita Z, Sasaki N, Obikane E, Sekiya J, Inagawa T, et al. Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 1 août 2020;273:231-9.
31. Dimidjian S, Goodman SH. Preferences and attitudes toward approaches to depression relapse/recurrence prevention among pregnant women. Behaviour Research and Therapy. 1 mars 2014;54:7-11.
32. Neveux D. Références en psychiatrie et santé mentale. 2011 [cité 19 nov 2025]. Thérapie Interpersonnelle (TIP): modèles, principes et efficacité. Disponible sur: <https://e-psychiatrie.fr/sante-mentale-paris-psy-psychiatre/therapie-interpersonnelle-tip-psy-paris/>
33. Spinelli MG, Endicott J, Leon AC, Goetz RR, Kalish RB, Brustman LE, et al. A controlled clinical treatment trial of interpersonal psychotherapy for depressed pregnant women at 3 New York City sites. J Clin Psychiatry. avr 2013;74(4):393-9.
34. Shivakumar G, Brandon AR, Snell PG, Santiago-Muñoz P, Johnson NL, Trivedi MH, et al. Antenatal Depression: A Rationale for Studying Exercise. Depress Anxiety. mars 2011;28(3):234-42.
35. Hızlı Sayar G, Ozten E, Tufan E, Cerit C, Kağan G, Dilbaz N, et al. Transcranial magnetic stimulation during pregnancy. Arch Womens Ment Health. août 2014;17(4):311-5.
36. Leiknes KA, Cooke MJ, Jarosch-von Schweder L, Harboe I, Høie B. Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. Arch Womens Ment Health. 1 févr 2015;18(1):1-39.

37. Bottemanne H, Joly L, Javelot H, Ferreri F, Fossati P. Guide de prescription psychiatrique pendant la grossesse, le postpartum et l'allaitement. *L'Encéphale*. 1 août 2023;49(4):408-21.
38. Le baby blues et la dépression post-partum [Internet]. [cité 19 nov 2025]. Disponible sur: https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-baby-blues-et-la-depression-post-partum?at_medium=sl&at_campaign=2024-02-01-Changer-SEA-SPF-1000+Jours_ApresGrossessePHRASE_Textuelle-602196&at_format=R-Visibilite-dCPC-GA-GrandPublic-Psychoaffectif-RSA&gclsrc=aw.ds&gad_source=1&gad_campaignid=20982480441&gbraid=0AA-AAABcKPCbZeFLyDobUHJFfo8epn_Inr&gclid=CjwKCAiA8vXIBhAtEiwAf3B-g0oIFsd4s1JbPCuLI0ZC0CxJPPJKllvJMVbdyFHO3wSZERLTw3xtRoCyMsQAvD_BwE
39. info.gouv.fr [Internet]. [cité 19 nov 2025]. Parlons santé mentale ! Grande cause nationale 2025. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/grand-dossier/parlons-sante-mentale>

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle d'Edimbourg ou EPDS

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

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

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

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 2 : Guide d'entretien

Présentation de la chercheuse et demande d'autorisation

Préambule avec caractéristiques de l'interview et objectif de l'étude

Interview

- Présentation du médecin interviewé : temps d'exercice, zone d'exercice et département
- Comment abordez-vous le projet de grossesse chez vos patientes ?
- Comment abordez-vous la première consultation de grossesse ?
 - o Leur demandez-vous si cette grossesse est une bonne nouvelle ?
- Parlez-moi du dépistage chez la femme enceinte ?
 - o Et sur le plan psychologique ?
- Comment repérez-vous la souffrance psychique chez vos patientes enceintes ?
 - o Utilisez-vous des outils ?
 - o Connaissez-vous l'échelle d'Edimbourg ou EPDS ?
 - o Connaissez-vous l'entretien prénatal ?
- Avez-vous déjà été confronté à cette situation ? quelle prise en charge ?
- Qu'est-ce que ce sujet vous évoque ? des choses à ajouter ?

Annexe 3 : Caractéristiques des participants

| Médecin | Sexe | Expérience | Milieu | Département | Durée | Lieu |
|----------------|-------------|-------------------|---------------|--------------------|--------------|-----------------|
| M1 | F | 31 ans | semi rural | 59 Nord | 11min12 | Cabinet |
| M2 | M | 30 ans | semi rural | 80 Somme | 9min43 | Cabinet |
| M3 | F | 5 ans | semi rural | 59 Nord | 11min59 | Domicile |
| M4 | F | 15 ans | semi rural | 80 Somme | 12min11 | Cabinet |
| M5 | F | 12 ans | rural | 62 Pas de Calais | 7min32 | Salle de pause |
| M6 | M | 7 ans | semi rural | 59 Nord | 18min10 | Visioconférence |
| M7 | F | 24 ans | urbain | Calais | 12min12 | Cabinet |
| M8 | M | 9 ans | semi rural | 59 Nord | 6min41 | Cabinet |
| M9 | F | 3 ans | urbain | 59 Nord | 7min27 | Domicile |
| M10 | M | 11 ans | semi rural | 59 Nord | 12min41 | Salle de pause |
| M11 | M | 7 ans rempla | semi rural | 80 Somme | 10min56 | Domicile |

AUTEUR(E) : Nom : FEYS

Prénom : Margot

Date de soutenance : 9/01/2026

Titre de la thèse : Dépression anténatale en médecine générale : étude qualitative chez des médecins généralistes des Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Grossesse ; dépression post-partum (dépression périnatale synonyme CISMeF) ; recherche qualitative ; médecine préventive

Contexte : La grossesse est une période durant laquelle s'effectuent plusieurs remaniements psychologiques pouvant devenir pathologiques. Parmi ces remaniements pathologiques, la dépression anténatale et la dépression du post-partum sont des troubles psychiatriques touchant environ 10% des femmes enceintes. Non dépistée et non soignée, la dépression anténatale peut causer diverses complications, obstétricales et maternelles mais également sur le futur enfant à naître. L'objectif de l'étude était d'étudier la pratique des médecins généralistes en termes de dépistage et de prise en soins de la dépression anténatale.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France. La saturation théorique des données a été obtenue. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée des verbatims a été réalisée avec triangulation des données. Cette analyse a abouti à la réalisation d'un modèle intégratif.

Résultats : Les médecins généralistes ne connaissent pas ou que très peu la dépression anténatale et ce par manque de formation mais également par manque de pratique. Lorsqu'ils suivent des femmes enceintes, ils se concentrent majoritairement sur les dépistages somatiques et ne recherchent des signes de souffrance psychique qu'en fonction des patientes et des signes cliniques évocateurs. Le dépistage n'est pas systématique et les outils spécifiques ne sont ni connus ni utilisés. Ainsi, les médecins généralistes y sont peu confrontés et lorsqu'ils y sont confrontés, la prise en charge passe avant tout par des thérapeutiques non médicamenteuses dont le recours aux confrères et si besoins par l'instauration de traitements anxiolytiques puis antidépresseurs

Conclusion : Dans la pratique des médecins généralistes, la dépression anténatale est peu connue et peu recherchée. Les médecins généralistes y sont donc peu confrontés et peu amenés à la prendre en charge. Des formations spécifiques ou des campagnes de sensibilisation pourraient être intéressantes afin d'améliorer les pratiques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs : Madame le Docteur Lucile DEFFENSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Isabelle BODEIN