

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Camille BARNICAUD

Née le 26/01/1989 à Carpentras (84)

TITRE

Repérage et prise en charge des conséquences pédiatriques de la dépression du post-partum : le point de vue des médecins généralistes du Loiret

Présentée et soutenue publiquement le **mardi 13 octobre 2020** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Wissam EL HAGE, psychiatrie adultes, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Delphine MITANCHEZ, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Annick TOUTAIN, Génétique, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Adrien DUMAS, Médecine Générale – Saint-Jean-de-Braye

Directeur de thèse : *Docteur Christelle CHAMANT, Médecine Générale - Saint-Jean-de-Braye*

Résumé

Introduction

La prévalence mondiale de la dépression du post-partum (DPP) est de 17,7%. Les conséquences pédiatriques de la DPP peuvent être psychologiques, comportementales, physiques ou cognitives. Les généralistes assurent le dépistage, le suivi et la coordination des soins de la mère et de l'enfant.

L'objectif de cette étude était d'explorer le point de vue des médecins généralistes du Loiret sur le repérage et la prise en charge des conséquences sur l'enfant de la dépression post-partum.

Méthode

Étude qualitative par théorisation ancrée à partir d'entretiens individuels semi dirigés menés auprès de médecins généralistes du Loiret.

Résultats

Le repérage et la prise en charge des conséquences pédiatriques est difficile pour la majorité des 13 médecins interrogés. Parmi les difficultés mises en avant, ils signalent notamment leur manque d'expérience de la DPP, la non-spécificité des conséquences chez l'enfant, la gestion d'une dyade en consultation. Les médecins se sentent dans une incertitude et utilisent le gut-feeling. Ils considèrent leur rôle comme central, du fait de leur relation de confiance avec le patient et sa famille. Le suivi s'effectue sur le long terme, les médecins généralistes assurant une coordination des soins, en s'appuyant sur leur réseau médico-psycho-social et l'environnement familial et scolaire des patients.

Conclusion

Les conséquences pédiatriques de la DPP mettent le généraliste face à des difficultés diagnostiques et de prise en charge. La création d'outils de repérage, de réseaux identifiés de soins ou de formation pourrait être une aide.

Mots - clés : Dépression du post-partum, enfant, conséquences, médecine générale

Abstract

Introduction

The global prevalence of postpartum depression (PPD) is 17.7%. The pediatric consequences of PPD can be psychological, behavioral, physical or cognitive. General practitioners handle the screening, follow-up care and organization of the treatment followed by the mother and the child.

The present study aims to examine the views and attitudes of general practitioners from the Loiret department towards the detection and treatment of the consequences of PPD on the child.

Methodology

Qualitative analysis using the grounded theory method, from data collected through a series of semi-structured interviews with general practitioners from the Loiret department.

Results

The detection and treatment of pediatric consequences of PPD appear difficult for most of the thirteen general practitioners questioned. Among the difficulties they encounter, they put emphasis on their lack of experience with PPD, the lack of specificities of said pediatric consequences, as well as the specific management of mother-newborn dyads. General practitioners experience a feeling of uncertainty that they compensate using gut feeling. They perceive themselves as occupying a central position, due to the trusting relationships they develop with patients and their families. Follow-up is carried out over the long term, during which GPs ensure the coordination of care and rely on their patients' medico-psychosocial network, as well as on their family and school environment.

Conclusions

The pediatric consequences of PPD put general practitioners in front of difficulties in diagnosis and management. The implementation of tools for detecting such situations, the identification of specific care networks as well as the creation of training tools could be of a significant help.

Key-words : post-partum depression, child, consequences, general medicine

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Universit *
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l' cole de Médecine – 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN
– J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN
– M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE –
AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C.
MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER –
J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédéric.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

3

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VIUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Sommaire

Introduction	14
Méthode	15
PARTICIPANTS.....	15
Echantillonnage.....	15
Recrutement.....	15
DONNEES.....	15
Recueil.....	15
Analyse.....	16
ASPECTS ETHIQUES.....	16
Résultats	17
CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	17
LES ENTRETIENS	17
LE MEDECIN ET LA MERE	18
Intérêt du médecin pour le sujet.....	18
Pratiques du médecin.....	18
Avantages du généraliste.....	19
Difficultés	21
Liées au médecin	21
Liées à la maladie	22
Par rapport à la patiente	24
LE MEDECIN ET L'ENFANT	24
Pratiques du médecin	24
Avantages du généraliste	26
Difficultés	26
Par rapport au médecin	26
Par rapport au lien à la mère	28
Par rapport à l'enfant	28
LE MEDECIN ET L'ENTOURAGE	29
Avantages	29
Freins	30

LE MEDECIN ET LE RESEAU.....	30
Avantages.....	30
Freins	32
Le médecin	32
Le réseau	33
Le patient	33
RESSENTIS DU MEDECIN	34
MECANISMES D'ADAPTATION DU MEDECIN	36
Discussion	38
LE MEDECIN FACE A UNE DYADE	38
LE MEDECIN FACE A SES INCERTITUDES	40
LE MEDECIN ENTRE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE ET IMPLICATION PERSONNELLE	42
LE MEDECIN AMBIVALENT.....	44
LE MEDECIN ET LES OUTILS	45
FORCES ET LIMITES	45
PERSPECTIVES	47
Conclusion	48
Références	49
Annexes	51
Formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche.....	51
Sept questions	52
Fiche de recueil des données démographiques	52
Guide d'entretien	53

Introduction

La dépression du post-partum (DPP) est un épisode dépressif caractérisé.

Comme tout épisode dépressif caractérisé la DPP associe une humeur dépressive ou une anhédonie à des symptômes spécifiques. La définition qu'en propose la Cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-V) fait actuellement référence (1). Le DSM-V inclut la notion de "peri-partum" par rapport à la version antérieure. Les éléments dépressifs peuvent survenir pendant la grossesse et jusqu'à 4 semaines après l'accouchement (2).

La DPP peut avoir des conséquences à court, moyen ou long terme sur l'enfant et son développement. Ces conséquences peuvent être psychologiques : dépression (3), des troubles anxieux (4), et des troubles de l'attachement (5). Elles peuvent également être comportementales : troubles du sommeil (6), agitation (7). Enfin, l'état cognitif et physique de l'enfant peut être perturbé avec une réduction du quotient intellectuel (8) ou une stagnation pondérale (9).

La prévalence mondiale de la DPP est de 17,7 % (10). En France elle varie entre 10 et 15% des femmes (11).

88% des enfants français sont suivis par leur généraliste. Le médecin est susceptible d'être confronté dans sa pratique à cette problématique de santé.

Il assure le dépistage, le suivi et la coordination des soins de la mère et de l'enfant. Sa place est donc au cœur de la prise en charge de cette dyade.

Pour limiter l'apparition des conséquences de la DPP sur l'enfant et leur pérennisation, une vigilance précoce du généraliste est nécessaire.

Plusieurs travaux se sont intéressés au diagnostic de la DPP par le médecin généraliste, mais peu à la prise en charge des éventuelles conséquences sur l'enfant.

L'objectif de cette étude était d'explorer le point de vue des médecins généralistes du Loiret sur le repérage et la prise en charge des conséquences sur l'enfant de la dépression post-partum.

Méthode

Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée.

Les « 7 questions » ont été utilisées avant de débiter le recueil et l'analyse des données, pour expliciter les a priori des chercheurs.

Participants

Echantillonnage

L'échantillonnage théorique recherchait initialement la variation maximale en termes d'âge, de genre, de parentalité, de lieu d'exercice, de type d'exercice (isolé, cabinet de groupe, maison de santé), d'implication universitaire, de suivi pédiatrique et gynécologique, de formations.

Il a ensuite été complété en fonction de la progression de l'analyse.

Recrutement

Les participants ont été recrutés parmi les médecins généralistes du Loiret. Ils ont été contactés par téléphone ou par mail. Les grandes lignes de l'étude leur étaient présentées lors d'un premier contact. En cas de réponse positive, un entretien physique était organisé. En cas de non réponse, aucune relance n'a été faite car un nombre suffisant de médecins avait déjà accepté de participer.

Les participants ont tous été informés des conditions de recueil et d'anonymisation des données, par écrit.

Il leur a été remis un formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche.

Données

Recueil

Un entretien individuel a été réalisé avec chaque participant.

La trame d'entretien a été élaborée sur les bases de techniques générales des grilles d'entretien (12, 13) et en fonction de l'objectif et du paradigme d'analyse (14).

Elle explorait la prise en charge habituelle des mères et des enfants par le médecin généraliste dans le cadre de la dépression du post-partum, ainsi que leur point de vue dans le repérage et la prise en charge de ces enfants.

La trame d'entretien a été adaptée au cours des entretiens en fonction des résultats recueillis.

Analyse

Les données ont été analysées selon la méthode de théorisation ancrée.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot et anonymisés pour constituer le verbatim d'analyse.

Dans un premier temps, un codage ouvert a été réalisé à partir du verbatim. Des codes ont été associés à des éléments identifiés du verbatim.

Ces codes ont permis de déterminer des concepts regroupés en catégories.

Les catégories ont été mise en relation pour proposer un modèle explicatif global.

Aspects éthiques

Une autorisation de conduire l'étude a été obtenue auprès du comité d'éthique du Collège national des généralistes enseignants (numéro en attente).

Résultats

Caractéristiques des participants

13 entretiens ont été réalisés. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1.

Médecins	Age	Sexe	Parentalité	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Temps d'installation	MSU	Compétences spécifiques	Autre mode d'exercice	Suivi pédiatrique ROSP (0-6 ans)	Suivi de grossesse	Formation sur la dépression du post-partum ou le lien mère-enfant
M1	47	F	non	urbain	MSP	20 ans	non	capacité gériatrie	non	oui 4,6%	oui	non
M2	52	F	oui	urbain	seul	8 ans	non	non	non	oui 10%	non	non
M3	57	M	oui	urbain	groupe	25 ans	non	dommages corporels	médecin conseil	oui 10%	non	non
M4	29	F	oui + enceinte	urbain précarité	MSP	6 mois	non	non	non	oui pas de ROSP	oui	non
M5	37	F	oui	semi-rural	MSP	6 ans	non	non	médecin PMI	oui environ 30%	oui	oui
M6	48	F	oui	urbain précarité	MSP	19 ans	oui	gynécologie / diabétologie / obésité / échographie	non	oui 15%	oui	non
M7	63	M	oui	rural	MSP	29 ans	oui	attestation de pédiatrie	médecin coordonnateur EHPAD	oui environ 10%	oui	oui
M8	31	F	non	semi-rural	MSP	2 ans	non	non	non	oui 6,6%	oui	non
M9	35	M	oui	semi-rural	MSP	4 ans	oui	non	non	oui 6,7%	non	non
M10	31	F	non	semi-rural	MSP	5 ans	oui	addictologie / sommeil	non	oui 9,5%	oui	oui
M11	41	F	oui	semi-rural	groupe	11 ans	oui	DIU gynéco-obstétrique	non	oui ROSP non connu	oui	non
M12	59	M	oui	semi-rural	groupe	33 ans	oui	non	non	oui ROSP 5%	oui	non
M13	32	M	non	semi-rural et urbain défavorisé	remplacement	2 ans de remplacement	non	DIU médecin correspondant SAMU	non	oui pas de ROSP	oui	non

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

MSU : Maîtres de stage des universités ; ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique ; F : Féminin ; M : Masculin ; MSP : Maison de santé pluridisciplinaire ; PMI : Protection maternelle et infantile ;

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; DIU : Diplôme inter universitaire ; SAMU: Service d'aide médicale urgente

Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés de janvier à août 2020. Ils ont duré de 11 à 30 minutes. 12 entretiens ont eu lieu dans les cabinets médicaux, 1 au domicile du médecin, et 1 par téléphone.

La suffisance des données a été atteinte.

Le médecin et la mère

Intérêt des médecins pour le sujet

Certains soulignaient leur intérêt pour le sujet et leur désir de l'approfondir : "non mais c'est bien qu'on s'y intéresse" (M11) ; "comme souvent, quand on parle d'un sujet, que ce soit (rires) d'ailleurs pour une thèse, ou quelquefois dans, dans le cadre de l'organisation de groupes de pratique, par exemple, on a toujours l'impression, tiens dit donc, faudrait que je revois ça, (rires) comme nous sommes tout le temps confrontés aux limites de notre savoir, euh ..., on est souvent. Donc voilà quoi, se dire, tiens faudrait que je potasse un peu ... les spécificités de cette dépression" (M7)

Pratiques du médecin

Ecouter

L'écoute des dires de la patiente permettait à celle-ci de se confier : "et elle finit par me dire qu'elle ne se sent pas bien, que toute façon elle peut pas aller bien, parce qu'elle est toute seule à s'occuper des enfants, que c'est trop difficile, que c'est trop dur. Et heu ... et qu'elle n'y arrive pas." (M11)

Observer

La plupart des médecins accordaient une place primordiale à l'observation du comportement de la maman avec son enfant, dans le dépistage de la DPP :

"je pense qu'on les observe beaucoup, du coup c'est important d'observer la maman, d'observer comment elle ... comment elle tient son bébé, comment elle le pose sur la table d'examen, comment elle le déshabille, voilà un peu ces gestes aussi, voir ce qu'elle fait du coup avec son bébé, si le toucher le contact avec son bébé c'est quelque chose de facile pour elle, pas facile, enfin, je pense qu'il y a beaucoup d'observation, euh ..." (M5)

Soutenir

"montrer vraiment qu'on est présent quand on ressent une difficulté" (M4)

Dépister

"on a un rôle clairement de dépistage de ces difficultés" (M4)

Informier, expliquer

Les praticiens prennent le temps d'expliquer la maladie, ses signes, les circonstances d'apparition : "donc j'essaie de lui expliquer un p'tit peu le ... la fatigue du post-partum, le ... le pourquoi de..., qu'on peut faire une dépression, faire un baby-blues, mais qu'on peut faire aussi une dépression, qui est quand même plus profonde, plus importante. (M11)

Déculpabiliser, rassurer

Les médecins souhaitent déculpabiliser les mères : "que le fait que je lui avais dit qu'elle n'allait pas bien et qu'elle avait le droit de pas aller bien, qu'elle avait le droit d'être fatiguée, qu'il fallait qu'elle lâche du lest, finalement ça lui avait fait beaucoup de bien" (M11)

"oui c'est essayer de rassurer la maman sur le fait qu'elle n'est pas mauvaise mère simplement parce qu'elle déprime" (M12)

Prévenir

Dans le suivi des patients, les médecins donnent une place à la prévention de la DPP, notamment pour les grossesses suivantes : "et que la vrai, et que ça faut le dire, faut le montrer, faut le promouvoir, de dire que c'est dur" (M11) ; " parce qu'elle a eu deux autres grossesses qui ont été, heu, qui ont été surveillées de très très près" (M11)

Mettre en place un suivi personnalisé

La mise en place d'une prise en charge centrée sur la mère et ses besoins est instaurée par les médecins : "je trouve que les prises en charge elles sont très individuelles en fait, très, c'est en fonction de la situation, de la maman, de ... du suivi qui est déjà mis en place ou pas, si elle voit déjà euh, un ... un psychiatre pour elle ou pas" (M5)

Avantages du généraliste

Relation médecin - patiente

Les médecins créent une relation de confiance avec leurs patientes, facilitant la communication et le repérage des troubles pendant la consultation : "ben le fait de les connaître, déjà quand on a la chance de déjà les connaître déjà depuis un petit moment, euh" (M3) ; "si les gens ont des bonnes relations avec nous, mais c'est quand même plus simple" (M10)

Connaissance des antécédents et de l'environnement de la patiente

Les généralistes assurent le suivi de leurs patientes, et ont connaissance de leurs antécédents : "en tout cas c'est sur un fond d'atteinte psychiatrique déjà préexistant. euh ... de dépression sévère, et plutôt récurrente. euh ... j'ai une anorexique boulimique" (M7)

Ils connaissent aussi ses conditions de vie, ses proches, son travail :

"la simplicité, ben non, pas la simplicité, l'avantage plutôt d'avoir, de connaître la famille souvent" (M8) ; "c'est une jeune maman, euh, qui a une trentaine d'années, euh ..., qui s'est mariée très jeune, qui avait moins de vingt ans, euh ..., pas très heureuse dans son couple, pas très soutenue" (M6) ;

"moi maintenant qui suis vieux, c'est que je vois des enfants de 4 - 5 ans, j'ai connu leurs parents quand ils avaient 4 - 5 ans (sourit), donc c'est ... c'est trente ans d'évolution d'une famille, donc oui y a un tas de choses ... oui évidemment quand c'est encore plus intéressant quand on est un vieux médecin généraliste. Parce qu'on a une expérience pro et on a pour les familles qui sont restées sur place, on a toute l'histoire de la famille" (M12)

Mise en évidence d'une rupture avec l'état antérieur

Certains médecins ont assuré eux-mêmes le suivi de la grossesse de leur patiente. En assurant la continuité des soins, il leur est plus facile de repérer une différence chez leur patiente en période post-partum : "moi je fais des suivis de grossesse, je me suis rendue compte sur les six mois, que j'avais la chance de suivre la maman pendant sa grossesse, et de continuer à suivre après avec l'arrivée du bébé et de voir tout ce qui s'y passe" (M4)

Prendre le temps

Les médecins se donnent du temps et en laissent à leurs patientes pour favoriser la communication : "mais ça, à partir du moment où, faut juste être prêt dans sa tête. c'est comme le reste. celui-là je sais il va me prendre du temps, euh ... mais oui ... ça c'est ... ça prend ... du temps chronologique" (M7) ; "la maman vient, on prend le temps de discuter, on prend le temps de discuter jusqu'à ce que je demande à la maman, "vous n'avez pas d'autres questions?" (M11)

Accessibilité

Les généralistes insistent sur leur rôle de premier recours : "voilà elles ont l'habitude de venir au cabinet médical pour un problème de santé, donc elles peuvent nous l'exprimer un petit peu facilement quand on, quand on les connaît, euh hum Et puis voilà oui la facilité d'accès je pense du coup pour la consultation". (M5) ; "et souvent on est quand même le soin de premier, de premier sec..., enfin le soin de premier secours quoi, les gens vont souvent se retourner vers le médecin généraliste quand il y a des soucis" (M8)

L'expérience du médecin

Expérience professionnelle

Ils s'appuient aussi sur leurs expériences professionnelles : "après y a le recul et l'expérience (sourires), parce que je pense que j'étais pas la même il y a vingt ans et aujourd'hui, je pense qu'on grandit aussi avec nos expériences, nos erreurs, etc...." (M6)

Expérience personnelle

Les généralistes n'hésitent pas à partager leurs propres expériences avec leurs patientes : "moi-même j'ai quatre enfants, ça m'est déjà arrivé, comme je vous comprends, comme c'est difficile". (M11)

Difficultés

Liées au médecin

Manque d'expérience

La quasi-totalité des praticiens signalaient leurs faibles expériences de la DPP : "déjà on l'a rarement cette spécificité" (M10) ; "ben j'en ai pas eu non plus énormément" (M6), "ça reste une situation qui est pas très fréquente, donc on n'a pas une expertise euh ... importante, de, de cette situation-là" (M7)

Manque de connaissances

Le manque de connaissances de la maladie est une des difficultés soulignées par les médecins : "donc pas forcément un sujet que je maîtrise parfaitement non plus" (M9) ; "euh... je sais pas si je suis dans les critères, euh... si c'est une dépression du post-partum ou si c'est une dépression autre, j'en sais rien" (M10)

La médecine générale est vaste

L'exercice de la médecine générale est fait de multiples pathologies, au risque de ne pas voir celles que l'on maîtrise moins comme la DPP : "la médecine générale, c'est vague, c'est vaste" (M3)

Ignorance

Certains avouent ne pas y penser lors de leurs consultations : "puis le fait d'y penser alors que dans des consultations de médecine générale y a souvent beaucoup de motifs qui ressortent, euh ... et penser à l'évoquer euh c'est pas forcément évident" (M4) ; "c'est pas quelque chose que j'ai forcément à l'esprit, euh ..., un peu comme on peut un réflexe de ..." (M3) ; "j'aurais peut-être moins le réflexe d'aller sur le terrain psy, euh ... dans le cadre d'une consult de, la visite post-natale" (M3)

Crainte d'instaurer un traitement

"et si besoin de médicament, là je réoriente sur un psychiatre, je le ferais, je me lancerai pas toute seule à mettre un traitement" (M8)

Liées à la maladie :

Chronique

La DPP entrait dans le champ des maladies chroniques, nécessitant un suivi long, et parfois fastidieux : "mais globalement ça reste comme tous les accompagnements de phénomènes dépressifs très compliqués, très longs, très lourds pour les personnes." (M12)

Une maladie taboue

Certains avaient des difficultés à comprendre qu'une femme puissent être déprimée pendant cette période où l'injonction sociale est au bonheur, et trouvaient cette situation dérangeante : "et je trouve ça terrifiant de penser que ... euh ... enfin de ... de constater qu'une mère soit déprimée après cet évènement qui est supposé être heureux. Et effectivement euh ... euh ... je pense aussi qu'on, qu'on peut avoir un ... un certain déni de la situation, de la gravité de la situation. Euh ... parce qu'elle nous dérange trop, ça c'est un ..." (M7)

Multiplés symptômes aspécifiques d'alerte

"une description d'extrême fatigue" (M12) ; "la maman avec une hypervigilance, complètement sur le qui-vive, il se passe quelque chose, il se passe quelque chose" (M11) ; "autour du sommeil aussi et de l'impact sur son sommeil" (M7) ; "la mère elle pleure" (M2) "une mère qui va être passive, euh ... dans l'impression tout à faire claire qu'elle investit pas cet enfant, ce bébé qu'elle a" (M7)

Difficultés à diagnostiquer :

Les médecins ont des difficultés pour faire la différence entre la normalité et le pathologique de la situation :

Baby-blues et DPP : "peut-être être dans l'hésitation, sur la réalité d'un épisode dépressif, justement avec cette notion un peu floue et, de baby-blues qu'on a presque considéré comme physiologique, ou, en tout cas dans mon esprit c'est peut-être totalement erroné" (M3)

Fatigue maternelle et DPP : " avec en plus dans le post-partum c'est j'ai pas le temps parce qu'avec les six ou sept biberons, etc., donc voilà que ... c'est peut-être un petit peu différent" (M12) ; "parce que du coup dans le contexte des suivis de, de, après un accouchement on a souvent des mamans qui sont fatiguées, qui sont pas bien, qui heu voilà, souvent attribué à voilà c'est normal c'est la fatigue post heu, post-accouchement" (M5)

Diagnostiques différentiels

"quand bien même t'es déprimée, je demande un bilan biologique [...], hypothyroïdie du post-partum, on en voit" (M3)

Sous-estimation de la pathologie

"c'est un diagnostic qui est certainement très très sous-estimé" (M5)

Plusieurs degrés de sévérité

"parce qu'il y a quand même des situations où, des situations où la dépression du post-partum est pas si sévère, où elle va durer 3, à 6 mois, 9 mois puis ensuite, la mère va, va récupérer une (claquement de langue) un ... une capacité à prendre en charge et à s'investir dans le soin de ses enfants, de son enfant " (M7)

Notion de gravité, d'urgence

Il s'agit d'une maladie pouvant avoir un risque mortel : "c'était une, c'était une sale histoire, elle s'est passée par-dessus, par la fenêtre. C'est vraiment une sale histoire" (M10)

Le médecin ressent l'urgence possible et le besoin de prendre en charge rapidement : "je dis immédiate je veux dire au moment où la situation se présente pour nous, euh ... ça serait sûrement quelque chose qui serait aidant" (M7).

Par rapport à la patiente

Consultation double

La particularité du contexte réside dans la prise en charge d'une dyade : "c'est souvent des consultations où la maman vient avec le bébé, son enfant" (M4) ; "je me suis d'abord occupée de l'enfant, parce qu'elle venait pour l'enfant, elle venait pas pour elle" (M11)

Les médecins ressentaient le besoin de réévaluer la maman seule, lors d'une nouvelle consultation : "je pense qu'il faut voir la mère toute seule, puis essayer de voir ce qu'il se passe de son côté à elle." (M10)

Perte de vue des patientes

Dans le suivi, les médecins s'inquiètent des patientes perdues de vue : "oui, alors la difficulté ça peut être des mamans qui ... qui justement ne reviennent pas, ou euh, voilà ne viennent pas à des rendez-vous, du coup, ben, on est un petit peu toujours dans la difficulté de se dire que ben, elles sont pas venues pourquoi, parce qu'elles sont bien suivies ailleurs et que ça va ou que ..." (M5)

Le médecin et l'enfant

Pratiques du médecin

Evaluation de l'enfant

Psychologie

"je pense qu'il faut les surveiller sur le plan psychologique et voir un petit peu" (M9) ;

"ce qu'il me fait penser que quelquefois ils peuvent être psychiquement assez ... assez collés ... assez adhérents (claquement de langue) à l'état psychique ... à l'état psychique de leur mère." (M7)

Comportement

"puis l'attitude de l'enfant, mais bon, quelle attitude exactement est-ce que je sais pas, est-ce que ça pleure plus, est-ce que euh ..." (M10) ; "d'avoir un peu ces deux profils là de bébés, qui soit au contraire sont très anormalement calmes on va dire, ou d'autres effectivement très ... euh ... difficilement consolables quoi" (M5) ; "hyperactif" (M6)

Cognitif

"un langage qui est tout à fait adapté à son âge" (M2) ; "ensuite quand ils vont à l'école, éventuellement, ce que j'appelle la courbe du carnet scolaire" (M7)

Physique

"il peut y avoir un retentissement sur les courbes staturo-pondérales, des choses comme ça. Sur l'effectif". (M9)

Observation du lien mère - enfant

"on s'attache surtout à voir si effectivement ce lien-là il s'établit avec la maman" (M5) ; "les enfants ont besoin du lien d'attachement, le lien à la maman est très fort" (M4)

Comparaison aux autres enfants

Les médecins comparent l'enfant aux autres enfants du même âge ou aux autres enfants de la fratrie : "pas jouées comme peuvent l'être des enfants qu'on voit au cabinet, où ils arrivent au cabinet, salut docteur et tout" (M11) ; "quand on a la chance de suivre beaucoup d'enfants, on a quand même ... une habitude. Et on voit que certains comportements d'enfants ne sont pas ... logiques on va dire, ou ne sont pas habituels" (M12)

Dépister

"on a un rôle clairement de dépistage de ces difficultés" (M4) "enfin moi je suis généraliste, je suis là pour ce genre de chose, pour essayer de ... effectivement voir s'il y a une anomalie de ... dans le développement de l'enfant" (M12)

Expliquer

"d'abord pour faire comprendre" (M3)

Prévenir

"d'accompagner pour que ces enfants ne soient pas en souffrance". (M6)

Suivre sur le long terme

Les médecins suivent les enfants régulièrement : "donc ça c'est, c'est une visite annuelle, voir biannuelle impérative à mon avis sur le suivi de l'enfant, peut-être à proposer connaissant les antécédents, et la, et les difficultés du post-partum. Je pense effectivement qu'il faut être vigilant pour avoir un suivi régulier de l'enfant sur la suite, tout à fait, en relais du pédiatre". (M9)

Avantages du généraliste

Vision globale

Les généralistes prennent en charge l'enfant dans toutes ses dimensions : "c'est notre approche un peu globale quoi je dirais" (M9)

A l'aise avec les patients

"j'ai pas assez de distance avec les enfants, je suis plutôt proche d'eux ... plutôt on joue beaucoup, la consultation c'est souvent tourné autour du jeu [...] ça permet de lâcher des infos" (M13)

Capacité d'adaptation

Les médecins mettent en place une prise en charge personnalisée selon les besoins de l'enfant : "se mettre à la hauteur de l'enfant et pouvoir avancer à son rythme" (M1)

Connaissance du mode de vie de l'enfant

"l'intégration du coup à l'école, les apprentissages, euh, euh ... voilà, les liens qu'il peut établir au sein de sa fratrie, au sein de l'éco..., de la famille, euh, les liens amicaux, voilà on essaie d'élargir un petit peu, savoir dans quel environnement vit cet enfant et puis si, s'il arrive à s'intégrer correctement, faut avoir, à établir des liens facilement" (M5)

Connaissance des antécédents de l'enfant

"j'ai déjà noté dans le dossier, c'est à dire que ces enfants-là je pense mettre à jour les antécédents au fur et à mesure, et notamment familiaux." (M6)

Difficultés

Par rapport au médecin

Manque de confiance

Les difficultés générées par la prise en charge créent un manque de confiance chez le généraliste : " même si c'est difficile à évaluer chez un enfant, quoi." (M8) ; "moins fréquent donc peut-être moins à l'aise" (M9) ; "je ne sais pas si je fais bien" (M6)

Difficultés au diagnostic

Les intervenants se préoccupaient de repérer un changement chez l'enfant, plutôt que de l'étiqueter : "enfin moi je suis généraliste, je suis là pour ce genre de chose, pour essayer de ... effectivement voir s'il y a une anomalie de ... dans le développement de l'enfant, mais l'étiqueter je ne sais pas" (M12)

Difficultés avec la prise en charge psychologique des enfants

Certains n'étaient pas à l'aise pour faire une évaluation psychologique de l'enfant : "c'est pas moi qui ferait le suivi psychologique de ces enfants hein. Je n'ai pas les bagages, je n'ai pas" (M6)

Manque de connaissances

"aussi parce qu'on connaît moins quand même, on n'est pas pédiatre, hein (rires)". (M8)

Manque de temps

" et les infirmières de PMI qui ont l'habitude et qui ont du temps" (M10) ; "peut-être que sur quinze minutes de consultations c'est pas forcément évident à déceler non plus." (M4)

Absence d'outil

"j'ai pas, je sais pas de ... si tu entendais des tests ou des machins comme ça, je ... j'ai pas de test spécifique que j'utilise ..." (M7)

Crainte d'instaurer un traitement

"après si je devais le "thérapeuter" (souffle), quand même je préfère CMPP, ouais. j'irais pas mettre un traitement" (M13)

Absence de suivi de l'enfant

Le fait de ne pas suivre régulièrement l'enfant pouvait créer une difficulté pour le généraliste pour dépister les troubles : "c'est pas moi non plus qui est fait le suivi de l'enfant, c'est un pédiatre" (M9)

Par rapport au lien à la mère

Crainte d'une négligence

"mais euh... ouais c'est surtout la protection de l'enfant initiale, parce qu'on en voit des maltraitements d'enfants sur les dépressions du post-partum malheureusement". (M11) ; "je voudrais pas quand même qu'elle le jette pas la fenêtre, ou que elle se mette à le secouer ou j'en sais rien, parce qu'elle est épuisée ou etc." (M3)

Notion de cercle vicieux

Les signes de l'enfant peuvent aggraver ceux de la mère et les signes dépressifs de la mère entraînent des conséquences chez l'enfant : "il faut faire très attention parce qu'après c'est le cercle vicieux comme les mamans sont pas bien, elles ont du mal à créer un lien d'attachement, et si l'enfant a pas de lien d'attachement, lui il va pas être bien non plus, il va pleurer et ce qui va ... c'est le cercle vicieux, la boule ..." (M11)

Méconnaissance des antécédents de la mère

Le fait de ne pas connaître les antécédents de la mère pouvait retarder le dépistage des troubles de l'enfant : "et je suis pas sûre que si je reprends des dossiers, si on me dit j'ai fait une dépression, je suis pas sûre d'avoir l'information sur le fait que c'était une dépression du post-partum. Donc la spécificité de la dépression du post-partum sur un dossier quand tu le récupères, tu l'as pas. Je pense pas que tu l'ai. En tout cas moi je suis sûre que je l'ai pas". (M10)

Par rapport à l'enfant

Absence de signe spécifique

"On peut avoir toutes manifestations, je pense" (M1)

Gravité, conséquences sur le long terme

Les répercussions chez l'enfant peuvent avoir des conséquences importantes sur celui-ci, tant sur le plan de la gravité que sur son développement futur : "mais faut être vigilant, euh ... à ça, parce que ça peut être aussi bien délétère pour la mère que pour l'enfant derrière et ..." (M8) ; "s'il y a un problème du lien-mère enfant potentiellement lié à cette dépression du

post-partum ça peut se ressentir sur la façon dont l'enfant va évoluer, en collectivité et avec les personnes par la suite" (M4)

Difficulté en fonction de l'âge

Certains généralistes étaient plus en difficulté pour évaluer les nourrissons : "chez petit, petit, petit, je penserai pas à regarder autre chose, je pense qu'on a toujours la même chose, enfin tu vois. Je suis pas sûre que ..." (M10)

L'enfant n'est pas au cœur de la prise en charge

"c'est plus par rapport à la maman que je peux voir s'il y a ... un problème ou pas" (M4)

Diagnostics tardifs

"et souvent déjà c'est bien ancré" (M1)

Le médecin et l'entourage

Avantages

Les personnes ressources

Les généralistes s'appuient sur les différentes personnes de l'entourage comme soutien : "si y a quelqu'un ou des aidants derrière qui peuvent aussi venir récupérer le ... entre guillemets la défaillance que la mère peut avoir liée à ... à une dépression ou quoi" (M8) ; "c'était qu'il y avait soutien du père" (M10)

Différences culturelles

Dans certaines cultures, l'accompagnement de la mère et des enfants par l'entourage est très présent : "le lien familial et les conditions d'accompagnement du post-partum par la famille, soit africaine, sub-saharienne, ou bien nord-africaine, c'est pas le même que celui du caucasien." (M6)

Relation de confiance entre le médecin et l'entourage

"donc heu ... les avantages c'est qu'on connaît la famille" (M12) ; "l'avantage du généraliste, c'est vrai que pour ça c'est facile en plus souvent, on connaît le frère, la sœur, le grand-père, la cousine, la voisine" (M10)

La vigilance de l'entourage

"Parce qu'autour d'un enfant il y a quand même pas mal de personnes qui gravitent, ne serait-ce que la famille proche, les parents d'abord mais aussi les frères et sœurs, savoir comment sont vécus les relations. Il y a les grands parents, y a la famille proche" (M1)

Freins

Le manque d'implication de l'entourage

"par contre dans ces cas-là le père je suis pas sûr qu'on le voit beaucoup". (M12) ; "lui il est assez, assez narcissique, il était complètement, complètement centré vélo, il faisait du vélo à outrance tous les week-ends, euh ... il partait tous les week-ends, il faisait du vélo." (M7)

Difficulté à faire accepter la situation

Les généralistes trouvaient difficile de faire accepter à des parents qu'un enfant ait des troubles notamment psychologiques : "si les parents veulent bien s'adresser à un psychologue pour avoir un avis" (M12) ; "pour faire ouvrir les yeux aux parents et à l'enfant s'il est en âge de comprendre deux trois trucs," (M12)

Le médecin et le réseau

Avantages

La variété

Les généralistes s'appuient sur un réseau médico-psycho-social : "tout enfant qui ... que je sens comme allant mal, j'en parle aux parents et dans ces cas là quand vraiment je pense que l'enfant a besoin d'aide, je suggère psychologue spécialisé" (M12) ; "et puis je parle aussi assez facilement de la PMI, [...] des sages-femmes," (M4) ; "pour le bébé, c'est vrai que je vais avoir tendance à penser au pédiatre" (M4) ; "y a les consultations de maternologie" (M5) ; "bon y a le CAMPS ou le CMPP, donc y a ... y a un suivi" (M7) ; "et ben

pédopsychiatres, euh ... psychologues , euh ... ergothérapeutes dans certains cas et ... euh ... orthophonistes quand y a besoin" (M7) ; "les associations comme Parentèle par exemple, des acteurs éduc... éducatifs" (M6) ; "le petit a été hospitalisé en pédiatrie" (M10)

La proximité

"mais on a cette possibilité au sein de la maison de santé, d'avoir accès à des différents professionnels, à avoir nous au sein de cette ville de C., un CMP, donc on arrive quand même à faire le lien" (M9)

La disponibilité

"j'ai aussi des référents, parce que l'on est un groupe avec F., où j'ai des pédiatres et une psychiatre sous la main. J'ai une psychologue ici, un pédiatre et une psychiatre de l'autre côté. Donc si je rencontre une difficulté qui, moi, où j'ai besoin d'une réponse tout de suite, j'ai la réponse tout de suite". (M6)

Leurs habitudes de travail

Les médecins favorisaient les professionnels avec lesquels ils ont l'habitude de travailler : "donc nous c'est vraiment avec la psychologue, qui a travaillé longtemps en pédiatrie, qu'on essaie de travailler un maximum" (M9)

La connaissance du réseau

"je pense que, quand on est installé dans un secteur donné, on a développé un maillage de connaissances, donc euh, on a pris conscience, de ..., euh ..., du maillage bien entendu médical, du social, du psychiatri., du médico-psychologique, et ça nous permet d'identifier quelles sont les personnes ressources qui pourraient répondre de manière spécifique à telle ou telle problématique." (M6)

Le soutien des collègues de travail

Chez les praticiens exerçant en groupe, le soutien des collègues de travail était important : "le besoin il tient à la ... à la réassurance que l'on obtient dans un travail d'équipe" (M7)

L'orientation du patient

Après le dépistage des troubles, les médecins guidaient les patients pour organiser leur prise en charge : "authentifier et éventuellement la nécessité d'avoir recours à ... alors soit un

traitement particulier, soit euh ... une ... (claquement de langue) une prise en charge particulière" (M7)

La coordination de la prise en charge

"un centre, une sorte de point de ralliement en fait" (M1) ; "je joue un rôle si vous voulez de coordinateur, de soutien mais aussi de coordinateur " (M6)

Freins

Le médecin

Peur de perdre la confiance des patients

En adressant les patients, les médecins craignaient de perdre leur confiance en n'arrivant pas à les suivre : "parce qu'elle pourrait dire, en fait elle a pas su me suivre" (M2)

Peur de ne plus suivre les patients

Les médecins craignaient que les patients ne reviennent plus les voir après avoir débuté leur suivi ailleurs : "donc ma crainte après en fait, que si je lui montre la psychologue ou le CMP, que je ne vois plus la petite" (M2)

Manque de confiance dans le réseau

Certains praticiens manquaient de confiance dans certains intervenants, souvent liés à une mauvaise expérience : "et qui sont, sur le coup, pas trop psychorigides-interventionnistes à l'extrême. C'est là où on peut essayer de décanter des situations sans que ça parte dans des délires judiciaires. (Sourires) tu vois ce que je veux dire. "(M10) ; "et je trouve toxiques certaines, certaines sages-femmes heu ... qui disent il faut le réveiller toutes les deux heures pour lui donner à manger, heu ... il faut pas le tenir, il faut pas le porter, il faut faire-ci il faut faire-ça" (M11)

La volonté de limiter les intervenants

Les généralistes souhaitaient éviter un trop grand nombre d'intervenants, par crainte de dispersion du suivi : "où tu as un pédiatre à O., qui est pas disponible pour les urgences, un pédiatre qui est pas disponible, on le voit pour les urgences, vite fait entre deux, machin

truc, t'as pas le suivi; ou entre deux à la PMI, bon euh, c'est un peu le bordel; la mère qui a le gynéco et la sage-femme" (M10)

Manque de communication entre les intervenants

"je pense que personne ne sait ce qu'il se passe au final" (M10) ; "nous on n'a jamais de retour en fait" (M1)

Le réseau

Manque de réseau

"est-ce que j'ai un réseau ? " (M13) ; "quand on est encore une fois géographiquement éloigné les uns des autres" (M7)

Manque d'accessibilité

"voilà, CMPP, on voit P. sur le secteur qu'ils ont, ben oui forcément ils ne sont pas accessibles facilement" (M12)

Manque de disponibilité

"et les pédopsychiatres sur O., on en a deux, heu ... et le temps d'avoir le rendez-vous avec une que j'aime bien, qui bosse bien, bin l'enfant il est majeur quoi" (M12)

Manque de connaissance du réseau

"ça et puis du coup, euh Euh, oui, oui, ça, ces consultations-là effectivement je pense que pour mes collègues, même au sein du cabinet je ne suis pas sûre qu'ils en aient connaissance". (M5)

Le patient

Financement

"et puis si ils ont de l'argent" (M10) ; "sans ... sans dépense pour les parents, s'il y a pas de place au CMPP, que c'est des parents qui ont peu de moyens, qui peuvent pas payer un psychologue (ouverture de la bouche, tape dans les mains). Et bin on est coincé". (M12)

Mobilité

"c'est une mère [...] qui peut se déplacer... [...] mais bon, si elle a un gosse en bas-âge, elle habite à C., faut aller en consult au CHRO, à trente-cinq minutes de bagnole (souffle) avec un gosse si elle allaite, l'enfer quoi". (M10)

Ressentis du médecin

Incertitudes

"A me dire je sens qu'il y a quelque chose qui cloche, euh, je vois pas forcément d'où ça vient" (M4) ; "il y a la question du doute du coup sur notre efficience qui reste une difficulté" (M7)

Inquiétudes

"et je trouve ça terrifiant de penser que ... euh ... enfin de ... de constater qu'une mère soit déprimée après cet évènement qui est supposé être heureux" (M7) ; "je suis un peu inquiète" (M2) ; "elle est arrivée en pleurs un jour, elle en pouvait plus, et puis elle commençait à avoir des discours, un peu de "je vais lui faire du mal", euh ... "j'en peux plus, je le supporte plus"" (M10)

"si on a des inquiétudes même sur l'examen clinique ça peut être une hospitalisation en pédiatrie pour le bébé et dans ce cas là on se met en lien avec les pédiatres du CHRO" (M5)

Culpabilité

"mais que c'est pas du .. enfin, c'est mieux que rien, mais c'est absolument pas l'idéal, puisque je n'ai pas la formation .. ben voilà. c'est .. on fait ce qu'on peut" (M12)

Des sentiments d'échec, de tristesse, de douleur

"malheureusement. Malheureusement," (M1) ; " et ça prend du temps psychique... euh ... parce que c'est évidemment se percuter à quelque chose de ... de ... de douloureux quoi, ce que vivent les autres et donc forcément, ça, ça percute l'humain que nous sommes." (M7)

Peur de l'erreur

" et puis ben on espère ne pas faire trop d'âneries ..." (M12)

Isolement

Un sentiment de solitude était souligné par certains des professionnels : "je me sens un peu seul" (M3)

Une légitimité

Ils sont le premier recours

"oui, y a peu de parents qui d'emblée avant d'en avoir parlé à leur généraliste vont dire on a pris rendez-vous chez le pédopsychiatre" (M12) ; "oui le rôle du médecin généraliste en première ligne c'est évident" (M12) ; "on est facile d'accès aux soins, enfin les soins primaires c'est la médecine générale, donc on est une première porte d'entrée dans le soin" (M4)

Il existe une confiance réciproque entre le médecin et ses patients :

"elle a confiance dans ce que je dis" (M2) ; "un climat plutôt de bienveillance, de confiance et de recours" (M3) ; "y a un lien de confiance très fort avec les patients" (M4)

Ils ont le premier rôle :

Les généralistes ont une place importante dans la prise en charge de ses patients : "elle est ÉNORME, elle est ÉNORME, c'est notre boulot, c'est là qu'on est bon, c'est là qu'on doit être bon" (M11)

Satisfaction :

Les médecins étaient heureux de pratiquer leur spécialité : "de toute façon y a que des avantages à être médecin généraliste par rapport à d'autres spécialités (rires) donc moi c'est simple. (Rires). J'aurais pas pu en faire une autre et je m'éclate dans mon travail." (M12)

Réassurance :

"aujourd'hui tout le monde va bien. Aujourd'hui tout le monde va bien". (M11)

Remise en question :

L'expérience des DPP et le suivi des enfants étaient analysées rétrospectivement par les praticiens, qui évoluaient dans leur future prise en charge : "rétrospectivement j'ai pas réfléchi mais aujourd'hui je le ferai" (M11) ; "oui je pense, que, du fait que vous évoquiez ce

sujet avec moi, ça me fait prendre conscience que c'est un truc que j'ai pas trop en tête"
(M3)

Mécanismes d'adaptation du médecin

Pour pallier les difficultés, les généralistes mettent en œuvre différentes stratégies :

Gut-feeling :

Les médecins utilisent leur intuition, selon le concept de gut-feeling : "c'est vraiment plutôt le feeling" (M6) ; "bin y a un truc très instinctif" (M10)

Vigilance :

"puis du coup effectivement la vigilance elle est d'autant plus accrue sur le développement du bébé parce que si on passe à côté de ça, voilà, ça peut, ça peut être, ça peut être embêtant et gênant du coup même pour la maman pour la suite de l'évolution avec son enfant". (M5) ; "donc il y en a quelques-uns, on est un peu vigilant" (M11)

Maintien des habitudes :

Les médecins poursuivent leur façon de travail, ils restent systématiques dans leur prise en charge : "pendant l'examen, t'observe les trucs habituels, c'est un peu toujours la même chose de toute façon, dépression ou pas dépression" (M10) ; "ensuite, pas forcément un suivi très particulier" (M7)

Déresponsabilisation :

Certains généralistes se sentent moins concernés par la DPP que par d'autres pathologies auxquelles ils sont plus souvent confrontés : "peut-être que j'ai tort, mais maintenant ça va être trop tard pour que je change (rires)" (M12) "je sais pas moi, surpoids, ben, tous les trucs du quotidien, où on est en alerte, euh, tabac, tout ce qui est de l'ordre de la prévention, euh, autant la dépression du post-partum non, voilà". (M3)

Déléguer :

Adresser les patients permettait de partager la responsabilité avec d'autres professionnels : "ma porte de sortie" (M2) ; " je pense que c'est un élément majeur dans notre métier de généraliste, c'est de le faire ... c'est de faire essentiellement ce qu'on a la sensation de faire

le mieux possible. bien si c'est possible aussi. Mais heu ... laisser aux autres ce qu'on gère pas" (M12)

Désir de formation :

"je me rends compte que j'aurais besoin d'une formation" (M4) ; "déjà il faudrait une formation, déjà, il faudrait faire l'effort de se former volontairement" (M11)

Discussion

Le médecin face à une dyade

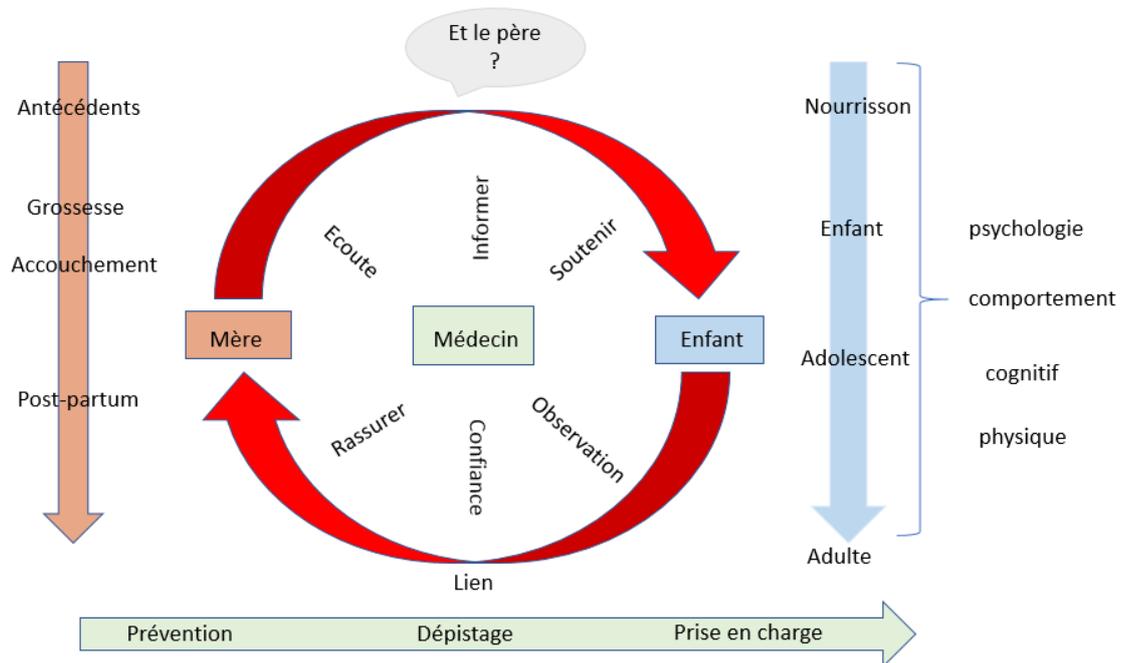


Schéma 1 : Le médecin au cœur de la dyade

Lors d'une consultation pédiatrique, le médecin se retrouve face à une famille. C'est un moment privilégié pour observer la dynamique de la dyade ou de la triade. Le médecin occupe alors une place d'écoute, d'observateur et de récepteur des informations transmises par les parents ou par l'enfant.

L'une des difficultés exprimées par les médecins lors de cette consultation était d'analyser à la fois l'enfant, mais également la mère et le lien entre eux. La DPP est une pathologie à l'interface de la psychiatrie de l'adulte et de celle de l'enfant. Ce qui rend sa prise en charge complexe car il est difficile de les dissocier l'un de l'autre.

Les médecins parlaient d'un phénomène de cercle vicieux. En effet, les difficultés maternelles engendrent des conséquences chez l'enfant pouvant à leurs tours aggraver les troubles de la mère. (15)

Il serait donc plus adapté d'envisager une prise en charge concomitante des deux parties, ainsi que de leur relation. Peu de médecins interrogés envisageaient une telle option. Plusieurs travaux de psychanalyse sur la préoccupation maternelle primaire (16), ont montré les bénéfices de la thérapie de la relation mère - bébé sur la DPP. Ils existent quelques structures dans la région Centre pouvant effectuer cette thérapie.

Par leur statut de médecin des soins primaires, les praticiens occupent une place centrale dans la prise en charge de la mère et de l'enfant. Ils assurent un suivi sur le long terme des

deux parties. Cette position affirmée par les participants favorisait la détection des ruptures avec l'état antérieur.

Les conséquences de la dépression maternelle ne se limitent pas aux nourrissons. Le risque de voir se développer des psychopathologies (troubles anxieux, troubles dépressifs ou troubles des conduites par exemple) chez l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent est plus important chez les enfants de parents dépressifs. (17)

Les médecins exprimaient facilement les troubles chez le nourrisson, mais peu chez l'enfant plus grand. Donc au cours des entretiens une question sur cette tranche d'âge a été introduite. Les médecins avaient connaissance des conséquences décrites dans la littérature. On peut se demander si les réponses obtenues n'ont pas été induites par l'enquêteur.

Les médecins étaient attentifs à l'environnement du patient. Le père était rarement mentionné par les participants. Il est souvent absent des consultations. Cette absence questionne sur les représentations sociales des rôles de la mère et du père autour de l'enfant.

Le rôle du père est le sujet de plus en plus de travaux actuellement (18). L'existence d'une DPP a aussi été prouvée chez les pères, avec une influence négative sur l'enfant.

Les pères peuvent également être un soutien, une sorte de compensation pour l'enfant. A l'inverse, des difficultés coparentales peuvent être néfastes pour le développement de l'enfant (15). Une prise en charge familiale de la DPP semble pertinente.

Le schéma 1 est une explication de l'analyse de ces données.

Une des informations retrouvées chez tous les participants, est leur manque d'expérience de la DPP et de ses conséquences dans leur pratique. Même les médecins installés depuis plusieurs années ou ceux ayant une pratique importante de la gynécologie et de la pédiatrie ont signalé n'avoir rencontré que très peu de cas de DPP.

Selon les études la DPP toucherait dans les pays développés entre 13 et 20 % des femmes (19, 20). Selon les relevés en 2017 des patientèles des médecins généralistes du Loiret, la patientèle moyenne est de 2150 patients par professionnels de santé (21).

Certains travaux soulignent que près de 50% des DPP ne seraient pas dépistées (22, 23). Dans notre travail, les difficultés explicitées, par les généralistes étaient propres au médecin (méconnaissance de la pathologie), à la pathologie elle-même (multiplicité des symptômes...), ou à la patiente (nécessité d'une consultation dédiée, risque de perdre de vue la patiente...).

D'autres réponses retrouvées dans l'analyse du verbatim sont implicites. En post-partum, il existe une banalisation des symptômes de DPP probablement induite par la non-spécificité des symptômes de cette pathologie et de ses conséquences.

On peut également s'interroger sur la représentation de la maternité. Une femme qui vient d'accoucher peut-elle être en difficulté, déprimée ? Dans une période où l'injonction sociale est au bonheur de la maternité, reconnaître ses troubles et demander de l'aide peut être vécu comme une difficulté pour une mère. (24)

Le médecin peut également être mis face à ses propres représentations, et connaître des difficultés à admettre sa patiente comme déprimée.

Le sous-diagnostic de la DPP peut entraîner sa pérennisation.

Le médecin face à ses incertitudes

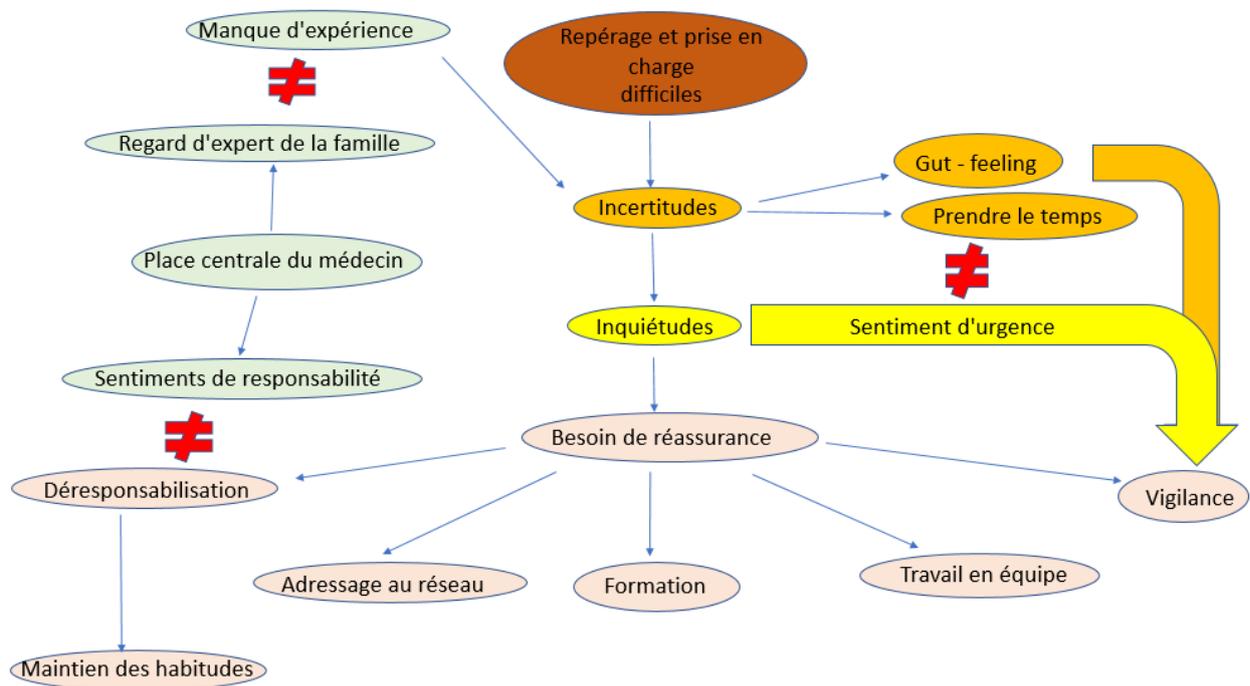


Schéma 2 : Le médecin face à ses incertitudes

Outre le sentiment d'échec, le repérage et la prise en charge des conséquences pédiatriques de la DPP nourrit également un sentiment d'incertitude auprès des professionnels de santé.

L'incertitude et la tolérance de celle-ci sont des phénomènes connus en médecine générale, ayant fait l'objet de plusieurs recherches. L'incertitude peut reposer sur le diagnostic, le traitement ou la relation avec le patient (25). Pour la diminuer, le médecin peut adopter différentes stratégies, parmi celles-ci, deux sont mises en évidence dans ce travail.

Premièrement la notion de temps permet d'affiner le raisonnement et de diminuer l'incertitude. Certains généralistes mettaient en évidence la durée limitée de la consultation. Mais ils soulignaient également le fait de pouvoir revoir l'enfant. En effet, les généralistes

suivent l'enfant sur plusieurs années, lors des consultations obligatoires et des consultations pour des problématiques aiguës.

L'autre stratégie utilisée par les généralistes pour gérer l'incertitude, est issue du concept de "gut-feeling" (25). Ce concept d'origine néerlandaise correspondant à l'intuition, qui peut être :

- Soit un sentiment positif de réassurance
- Soit un sentiment négatif d'alarme

Parmi les autres stratégies de gestion de l'incertitude, certains se fondent sur leur expérience. Cette stratégie est très peu employée dans la DPP car les professionnels rapportent une faible représentativité de cette pathologie dans leur patientèle.

Afin de pallier les inquiétudes nées de l'incertitude, les professionnels ont besoin de réassurance. Pour l'obtenir nous avons retrouvé plusieurs moyens mis en place de façon consciente ou inconsciente.

La vigilance, renforcée par le temps et le gut-feeling. Les généralistes réévaluent régulièrement les enfants. Certains proposaient d'augmenter les fréquences de consultation pour les enfants ayant une notion de DPP dans leurs antécédents familiaux.

Les professionnels soulignaient la possible gravité de la DPP sur l'enfant. Pourtant le déroulement de leurs consultations restait sensiblement les mêmes entre les enfants ayant un antécédent ou non de DPP. Le maintien des habitudes de travail, notamment en pédiatrie, où pour les généralistes la prise en charge de l'enfant découlait d'un schéma habituel, était perçu comme un moyen de réassurance inconscient.

Le travail en équipe était également une stratégie mise en place par les généralistes. Parmi l'échantillon interrogé, plusieurs médecins travaillaient dans des structures de groupes ou des maisons de santé pluridisciplinaires. La présence de leurs collègues de travail était pour eux une source de confort, ils citaient la possibilité de demander conseil auprès des autres médecins ou des autres professionnels de santé. La tenue de réunions pluridisciplinaires était aussi un moment propice à la discussion des cas complexes.

La possibilité d'adresser leurs patients à d'autres professionnels de santé rassuraient les médecins. Les praticiens insistaient sur leur rôle de dépistage des troubles chez l'enfant, mais se sentaient ensuite plus démunis pour les étiqueter ou les prendre en charge. A ce stade-là, ils se tournaient vers un réseau médico-psycho-social pour prendre la suite.

Le besoin de formation était également mis en évidence lors des entretiens. Les praticiens signalaient leurs manques de connaissance tant sur la DPP que sur ses conséquences.

Le schéma 2 illustre ces données.

Le médecin entre responsabilité professionnelle et implication personnelle

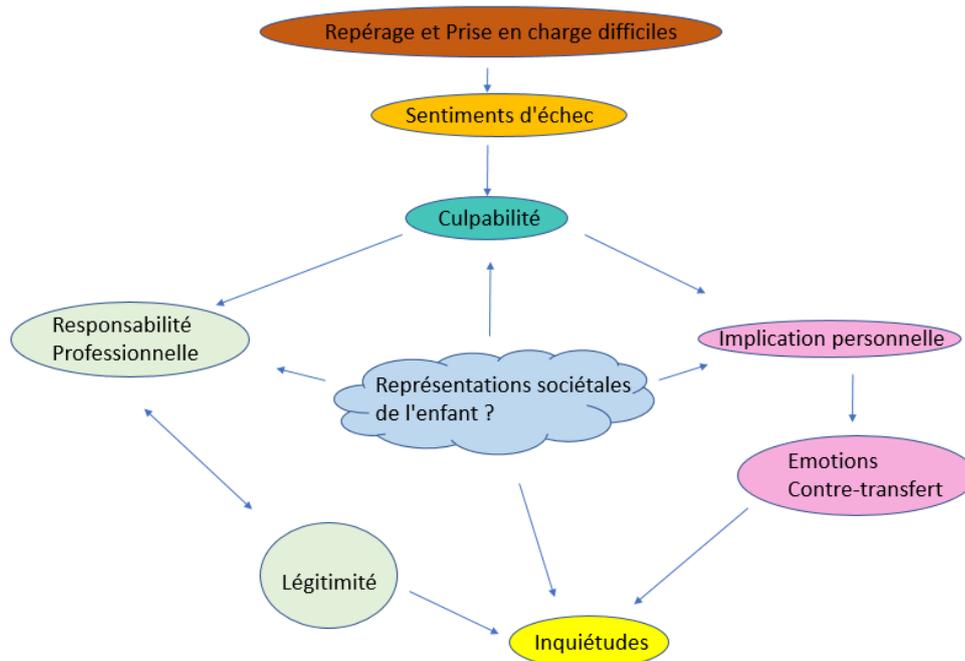


Schéma 3 : Le médecin entre responsabilité professionnelle et implication personnelle

La difficulté du repérage et de la prise en charge des conséquences pédiatriques de la DPP crée un sentiment d'échec chez les médecins généralistes. En découle une culpabilité inconsciente qui renforce leur sentiment de responsabilité.

En analysant et interprétant les verbatims, on peut observer :

La responsabilité professionnelle

Les professionnels ont insisté sur leur rôle de médecin de famille. Ils suivent généralement l'enfant et ses deux parents. Ils établissent une relation de confiance. Ils sont au centre de la vie familiale et ont une connaissance de l'environnement, ce qui conforte leur place primordiale. Les participants avaient le sentiment d'être les plus qualifiés pour reconnaître rapidement toute rupture avec l'attitude antérieure de la dyade.

Les généralistes de par leur position centrale insistaient sur leur rôle de coordination des soins. Tous les acteurs gravitant autour de l'enfant étaient amenés si besoin à faire part de leurs inquiétudes au généraliste. La mise en place d'une prise en charge personnalisée s'établit en lien avec les différents protagonistes.

Le médecin généraliste est un des représentants des soins primaires, comme peut l'être également le pédiatre de ville. Son accessibilité en fait le premier maillon de la chaîne, ce qui renforce le sentiment de responsabilité.

L'implication personnelle

Les participants de l'étude ont transmis ou laissé paraître leurs ressentis vis à vis de la dépression du post-partum et de ses conséquences.

Lorsque les patients consultent, ils ne consultent pas seulement un médecin, ils ont également face à eux une personne, avec son vécu personnel.

Pour les généralistes interrogés, leurs expériences de la maternité ou de la paternité étaient importantes dans leur prise en charge de la mère et de l'enfant. Le fait d'avoir déjà vécu des périodes compliquées en tant que parents leur permettait d'appréhender différemment cette période du post-partum.

A contrario, certains des généralistes non parents s'inquiétaient de leur statut de "non-mère" ou "non-père" pour donner des conseils, ils pouvaient se sentir non légitimes du fait de leur absence de vécu.

Nous avons été étonnés lors de ce travail par l'implication émotionnelle importante présente chez tous les participants, parents ou non-parents.

Les émotions pouvaient être particulièrement négatives, comme la tristesse, la douleur ou la peur de l'échec. Ces sentiments étaient le reflet plus de la personne que du professionnel lui-même.

Dans la littérature, le climat d'empathie entre le jeune patient et son médecin est décrit. Le médecin est à l'écoute de l'enfant, il se met dans un "état de disponibilité psychique bienveillante". (26)

La notion de "contre-transfert" a été mise aussi en avant par ce travail. Les professionnels peuvent ressentir un contre-transfert négatif à l'égard du parent défaillant. Cette complexité dans la gestion des émotions peut mettre en difficulté le professionnel, en lui faisant ressentir des sentiments d'impuissance ou d'échec. (27)

On pourrait se demander si ce contexte émotionnel est accentué par les représentations de l'enfant dans la société.

D'après L. Gavarini (28), la période de l'enfance est le moment "où tout se joue".

La préoccupation première des soignants dans cette prise en charge est de protéger l'enfant. L'importance de l'enfant dans la société est soulignée par "la mobilisation pour la cause des enfants" de Dolto.

Le protéger en prenant en charge la pathologie de la mère avant que la dépression ne soit pourvoyeuse de conséquences, protéger l'enfant en limitant la pérennisation des conséquences pédiatriques de la DPP.

Le médecin est un adulte, qui dans la théorie freudienne, garde une part de l'enfance, c'est la survivance de l'enfant en l'adulte. Cette persistance permet au médecin de se référer à sa propre expérience de l'enfance. On peut se demander si cette survivance renforce la part émotionnelle du praticien.

La figure 3 propose un schéma de cette analyse.

Le médecin ambivalent

Durant notre étude, plusieurs ambivalences ont été soulignées dans les façons d'agir ou de penser des praticiens, de façon consciente ou inconsciente.

Premièrement, lors des consultations, les participants ont exprimé prendre le temps avec leurs patients. Les consultations dans le cadre du post-partum ou du suivi de l'enfant nécessitent plus de temps que pour d'autres.

La connaissance des antécédents maternels préparait également les médecins à des consultations plus longues pour laisser la place à la parole.

Comme nous l'avons cité précédemment, prendre le temps était aussi une stratégie de gestion de l'incertitude.

Mais la temporalité était également un frein à la prise en charge des généralistes.

Le temps de consultation d'environ une quinzaine de minutes pouvait limiter les possibilités d'entrevoir une rupture avec l'état antérieur chez les patients.

Le sentiment d'urgence contrastait également avec la volonté de prendre le temps.

La place du généraliste dans la relation avec la dyade était aussi une source d'ambivalence.

Les participants ont souligné leur rôle primordial dans la connaissance de leurs patients, leur place centrale au cœur de la prise en charge. Ils connaissaient à la fois l'histoire médicale et personnelle de leur patientèle. Nous pourrions les qualifier "d'expert de la famille".

Mais a contrario, leur manque d'expérience de la DPP et de ses conséquences était un fait notable de notre étude.

Par leur rôle "d'expert de la famille", de premier recours et de coordonnateur des soins, les généralistes ont insisté sur leur responsabilité professionnelle.

Mais même si cette responsabilité était soulignée par tous, les difficultés engendrées par la DPP et ses conséquences pouvaient conduire certains praticiens à s'en déresponsabiliser.

La recherche de cette pathologie complexe, peu perçue dans leurs patientèles, n'était pas une priorité pour eux.

Mais une notion supplémentaire s'ajoutait lorsque l'on évoquait les enfants. L'évocation des enfants ajoutait une dimension personnelle. L'implication personnelle du médecin et la place sociétale de l'enfant n'autorisaient pas le médecin à ignorer la question.

Les médecins généralistes par leur qualité "d'expert de la famille" se sentaient plus légitimes dans la prise en charge. Pour autant, ils ressentaient le besoin de déléguer une partie du suivi à leur réseau. De plus certains exprimaient même une peur de perdre le suivi de leurs patients.

Le médecin et les outils

La très grande majorité des participants à l'étude ont déclaré n'utiliser aucun outil de dépistage que ce soit pour la mère ou pour l'enfant. Ils ne semblaient pas les connaître ou n'en avaient pas l'utilité.

Par contre, lorsqu'on leur demandait ce qu'il pourrait leur être utile dans leur pratique, plusieurs médecins ont émis le souhait d'avoir un outil de repérage, simple, des conséquences pédiatriques de la DPP.

Les plus étudiées par la littérature comme l'Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) et les questions de Whooley, outils de dépistage de la DPP, n'étaient pas connus par les participants. Certaines études se sont intéressées à l'utilisation de ces outils par les médecins généralistes. (24, 29) Ces derniers ne pensaient pas réutiliser ces outils dans ces consultations déjà complexes.

Pour les enfants, des échelles comme le Neonatal Behavioural Assessment Scale (NBAS) de Brazelton, les échelles de Bayley ou la grille des interactions précoces de Bobigny n'ont été citées à aucun moment. Dans la littérature, l'utilisation de ces échelles ne semblait pas compatible avec l'exercice de la médecine générale. (30)

Limites et forces de l'étude

La principale limite mise en évidence lors des entretiens était la difficulté de faire parler des conséquences pédiatriques plutôt que de la DPP. Les participants développaient plus facilement le sujet de la DPP que celui des enfants. On peut interpréter cet élément comme une des conséquences de la difficulté de repérage et de prise en charge des complications chez l'enfant. Le manque d'expérience de l'enquêteur dans ce genre de recherche a pu limiter la qualité des informations recueillies.

Les entretiens se sont déroulés dans un climat de confiance, avec les jours, heures et lieux convenus par les participants. Le contexte sanitaire de l'épidémie de COVID-19 a obligé certains entretiens à se dérouler avec un masque, diminuant la communication non verbale.

Le confinement lié à l'épidémie a retardé la survenue de certains des entretiens, allongeant la période de recueil des résultats.

Un seul entretien s'est déroulé par téléphone, l'absence de communication non verbale a probablement causé une perte d'informations.

Les participants ont été recrutés parmi les connaissances de l'enquêteur ou par courrier électronique.

Le fait de connaître l'enquêteur a pu faciliter le climat de confiance des discussions et améliorer le recueil de données. On pourrait penser également que le fait de connaître l'enquêteur pouvait gêner le participant dans son discours. L'enquêteur a pu apporter de la subjectivité à l'analyse.

Un mail de participation à l'étude a été adressé à un grand nombre de médecins généralistes du Loiret. Très peu de réponses ont été obtenus, certaines réponses étaient négatives. Les réponses négatives concernaient des médecins à la retraite, ou d'autres n'effectuant que très peu de suivis pédiatriques ou n'ayant jamais été concerné par le sujet. Il peut exister un biais dans le recrutement des participants, qui se sentaient plus concernés par le sujet.

La présentation du sujet quelques jours avant l'entretien, a pu permettre aux participants de réfléchir au sujet, et limiter la spontanéité des réponses.

On peut également s'interroger sur la notion de remise en question évoquée par plusieurs participants en fin d'entretien. Cette remise en question était-elle induite par l'entretien lui-même ?

Les données ont été recueillies par un seul enquêteur limitant le potentiel de recueil des informations. Les participants exerçaient uniquement dans le département du Loiret, ce qui peut limiter également le recueil des informations.

L'échantillon permettait une variation maximale en termes d'âge, de sexe, de parentalité, de lieu d'exercice, etc.

L'analyse des données a fait l'objet d'une triangulation avec un autre chercheur pour limiter la subjectivité de l'analyse.

Perspectives

Le repérage et la prise en charge des conséquences pédiatriques de la dépression du post-partum sont sources de difficultés pour les généralistes.

Parmi les souhaits exprimés par les participants à l'étude afin de pallier les difficultés, plusieurs pistes sont à explorer :

- L'étude a montré un intérêt des professionnels pour le sujet, et leur volonté de se former à ce repérage.
- La mise en évidence de réseaux de soins, ou l'amélioration de la visibilité des réseaux actuels pourraient être une piste pour simplifier le parcours des enfants. La multiplicité des conséquences pédiatriques et leur potentielle gravité nécessiteraient un parcours de soin plus personnalisée.
- Certains médecins ont également exprimé le souhait d'avoir un outil de repérage. A condition que celui-ci soit simple et d'utilisation pratique, sans entraver la qualité de la relation de soin entre le médecin et ses patients.

Des perspectives ont également émergé de notre travail.

Les pères étaient peu cités par les praticiens. Il pourrait être intéressant d'étudier la perception des médecins généralistes sur le rôle du père dans la DPP et ses conséquences. Comment intégrer la présence paternelle dans une approche familiale de cette pathologie.

Notre travail était centré sur le point de vue des généralistes sur la DPP et ses conséquences pédiatriques. Questionner les autres acteurs du suivi, comme par exemple les pédopsychiatres, sur la coordination avec les médecins traitants, pourrait être une piste de travail complémentaire.

Conclusion

L'analyse des données recueillies lors des entretiens réalisés auprès des généralistes du Loiret, confirme leur place dans le repérage et la prise en charge des conséquences pédiatriques de la DPP.

Les médecins généralistes évoquent des difficultés dans le dépistage, la prise en charge et le travail avec le réseau. Pour autant la relation de confiance établie avec les patients confirme la légitimité de sa place centrale.

La consultation pédiatrique est une consultation particulière, le médecin est au cœur de la dyade mère-enfant. La DPP, elle-même, est source de difficultés pour le généraliste. Les conséquences pédiatriques rajoutent une dimension à cette complexité. Celle-ci génère de l'incertitude et amène le praticien à développer des moyens de réassurance, comme la vigilance, le maintien des habitudes du médecin et le travail en réseau.

La dualité entre la responsabilité professionnelle et l'implication personnelle est une source d'ambivalence dans la pratique du généraliste.

L'utilisation d'outils pratiques de repérage en consultation, le développement de formation ou la création de réseaux de soins identifiés sont des pistes proposées par les médecins généralistes pour faire face à leurs difficultés.

Parmi les perspectives, une approche intégrant le père dans la gestion de la DPP et de ses conséquences pédiatriques pourrait avoir un intérêt.

Il serait possible de compléter ce travail de recherche, en demandant l'avis des autres acteurs intervenant dans le parcours de santé de la mère et l'enfant afin d'améliorer le travail de collaboration avec le généraliste.

Références

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association;2013.
2. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major Depressive Disorder in DSM-5 : Implications for clinique practice and research of changes from DSM-IV. Review : Major Depressive Disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*. juin 2014;31(6):459-71.
3. 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.
4. Favez N, Tissot H, Frascarolo F, Fivaz-Depeursinge E. Dépressivité maternelle au post-partum et symptomatologie du bébé à trois mois : l'effet modérateur de l'alliance familiale et de la satisfaction conjugale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juin 2014;62(4):203-11.
5. Emery J. The effects of maternal depression on the mother–infant relationship during the first three years of life: The state of current research and critical analysis. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. août 2001;42(3):153-72.
6. Halal C, Dâmaso A, Silveira M, Domingues M, Santos I, Franco P, et al. Influence de la dépression périnatale sur le sommeil des nourrissons à 1 an – étude de cohorte. *Médecine du Sommeil*. mars 2018;15(1):53.
7. Paris R, Bolton RE, Spielman E. Evaluating a home-based dyadic intervention : Changes in postpartum depression, maternal perceptions, and mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*. 5 juin 2011;32(3):319-38.
8. Van Der Waerden J, Galéra C, Sutter-Dallay AL, Saurel-Cubizolles MJ, Bernard JY, De Agostini M, et al. Dépression maternelle et développement de l'enfant : résultats de la cohorte EDEN. *European Psychiatry*. 1 nov 2015;30(8, Supplement):S35.
9. Dalibon P. Le post-partum, une période de transition. *Actualités Pharmaceutiques*. mars 2017;56(564):40-4.
10. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence : A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2017;8:248.
11. Dugravier R, Guedeney N, SaOas T, Tereno S, Greacen T, Guedeney A, et al. Prévenir la dépression postnatale. Les résultats de la recherche CAPEDP. *European Psychiatry*. 1 nov 2015;30(8, Supplement):S35-6.
12. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2^e éd. Malakoff : Armand Colin; 2015.
13. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer*. 3^e éd. Louvain La-Neuve : De Boeck Supérieur;2014.
14. Revillard A. *Méthodes qualitatives 2 L'entretien biographique 2016*. Disponible sur : <https://annerevillard.files.wordpress.com/2017/05/syllabus-entretien-biog-2016-2017.pdf>
15. Tissot H, Favez N, Despland J-N. Dépression parentale dans la période du post-partum : six arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychothérapies*. 2019;Vol. 39(4):217-23.
16. Rabain J-F. L'empathie maternelle de Winnicott. *Revue française de psychanalyse*. 2004;Vol. 68(3):811-29.
17. Société canadienne de pédiatrie. La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Paediatr Child Health*. oct 2004;9(8):589-98.
18. Thomas B, Grisi S, Georgieff N, Thevenet M. Dispositifs d'accompagnement prenant en compte les conjoints en cas de dépression du post-partum maternelle : revue de la littérature internationale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. août 2020;S0222961720301355.
19. Cooper P, Murray L, Halligan S. Traitement de la dépression post-partum. Mai 2010 Dans : Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, édés. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Disponible sur :

<http://www.child-encyclopedia.com/maternal-depression/according-experts/treatment-postpartum-depression> .

20. Gavin N. I., Gaynes B. N., Lohr K. N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G., Swinson T. (2005) : Perinatal depression : a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106 (5) : 1071–1083. doi :10.1097/01. AOG.0000183597.31630.db
21. L'Assurance Maladie (2019, 24 juin). Ameli.fr. Données statistiques sur la patientèle des professionnels de santé libéraux. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>
22. Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P, et al. Postnatal depression in the community. *Br J Gen Pract.* mars 1998;48(428):1064-6.
23. Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. Moins de la moitié des patientes atteintes sont dépistées. *Rev Prat.* févr 2016;66(2):211-5.
24. Marine Vergnaud. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde. *Médecine humaine et pathologie.* 2018. ffdumas-01970259
25. J Gelly, A Janczewski, L. Mathieu. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. *Exercer* 2014;112(suppl 1):S6-S7.
26. Frisch-Desmarez C, Vriendt-Goldman CD. Particularités du contre-transfert dans les psychothérapies psychanalytiques précoces. *La psychiatrie de l'enfant.* 28 déc 2011;Vol. 54(2):309-54.
27. Feldman M, Champion M, Bitu M, Gayraud-Vergier B. Le contre-transfert dans le soin du lien parent/bébé. *La psychiatrie de l'enfant.* 2012;Vol. 55(2):485-526.
28. Gavarini L. Figures et symptômes actuels de l'enfance : l'enfant victime ou la construction d'une mythologie et d'une normativité éducative. *Le Telemaque.* 2006;n° 29(1):91-110.
29. Asdaghi P, Gelly J, Santana P. La dépression au cours de la grossesse : construction et validation d'un outil d'aide au diagnostic en médecine générale. *exercer, la revue francophone de médecine générale.* oct 2014;(115):228-36.
30. Glatigny-Dallay E, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Sutter A-L. Évaluation des interactions précoces. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 1 juill 2005;163(6):535-40.

Annexes

Formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche

Les sept questions

- 1) Quelle est ma question initiale ?
- 2) Comment en suis-je venue à me poser cette question ?
- 3) Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?
- 4) Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?
- 5) Quelles sont les réponses que j'attends des participants ? celles qui sembleraient aberrantes ?
- 6) Quelle est finalement ma question de recherche ?

Fiche de recueil des données démographiques

Age :

Sexe :

Avez-vous des enfants ?

Lieu d'exercice (entourez la réponse) :

- Rural
- Semi rural
- Urbain :
 - quartier défavorisé
 - quartier aisé
 - ni l'un ni l'autre

Mode d'exercice (MSP, seul, groupe, remplacement) :

Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Êtes-vous maître de stage universitaire ?

Avez-vous une spécialité, une formation spécifique ?

Avez-vous un autre type d'exercice que la médecine générale ? si oui lequel ?

Suivez-vous des enfants de 0 à 6 ans ? Quels pourcentages (ROSP) ?

Faites-vous des suivis de grossesse ?

Avez-vous suivi une formation sur la dépression post-partum ou le lien mère-enfant ?

Guide d'entretien

Expérience Dépression post-partum :

Avez-vous déjà eu une expérience de DPP que vous pouvez me raconter ? Ou quelle est votre expérience de la DPP ?

Comment l'avez-vous géré ? Que s'est-il passé ?

Expérience / Perception des conséquences sur l'enfant :

Qu'avez-vous pensé de l'enfant ?

Qu'avez-vous pensé de la relation de la mère et l'enfant ? **OU** Que pensez-vous des enfants de maman ayant une DPP ?

ou : Comment suivez-vous ces enfants-là ?

avez-vous une surveillance particulière, oui ou non, pourquoi ?

que surveillez-vous ?

Pratique du médecin :

Comment faites-vous en consultation dans ces situations (pour ces enfants) ?

Comment évaluez-vous ces enfants ?

Comment faites-vous en cas de problèmes ? vers qui orientez-vous ces enfants en difficulté ?

Quelles sont vos ressources / quels sont les moyens que vous utilisez ? Faites-vous appel à d'autres intervenants ? Utilisez-vous des outils ?

Place et rôle du médecin :

A votre avis, quels sont les atouts du médecin généraliste dans l'évaluation des conséquences infantiles d'une DPP ?

Quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge ? quelle est votre place ?

et dans le suivi des enfants

Quelles sont, selon vous, les difficultés du médecin généraliste ?

Quels sont vos besoins et attentes dans ce domaine ?

Remarques : **Voulez-vous ajouter quelque chose ?**

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a horizontal line extending to the right.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Barnicaud Camille

56 pages – 1 tableau – 3 figures

Résumé :

Introduction : La prévalence mondiale de la dépression du post-partum (DPP) est de 17,7%. Les conséquences pédiatriques de la DPP peuvent être psychologiques, comportementales, physiques ou cognitives. Les généralistes assurent le dépistage, le suivi et la coordination des soins de la mère et de l'enfant.

L'objectif de cette étude était d'explorer le point de vue des médecins généralistes du Loiret sur le repérage et la prise en charge des conséquences sur l'enfant de la dépression post-partum.

Méthode : Étude qualitative par théorisation ancrée à partir d'entretiens individuels semi dirigés menés auprès de médecins généralistes du Loiret.

Résultats : Le repérage et la prise en charge des conséquences pédiatriques est difficile pour la majorité des 13 médecins interrogés. Parmi les difficultés mises en avant, ils signalent notamment leur manque d'expérience de la DPP, la non-spécificité des conséquences chez l'enfant, la gestion d'une dyade en consultation. Les médecins se sentent dans une incertitude et utilisent le gut-feeling. Ils considèrent leur rôle comme central, du fait de leur relation de confiance avec le patient et sa famille. Le suivi s'effectue sur le long terme, les médecins généralistes assurant une coordination des soins, en s'appuyant sur leur réseau médico-psycho-social et l'environnement familial et scolaire des patients.

Conclusion : Les conséquences pédiatriques de la DPP mettent le généraliste face à des difficultés diagnostiques et de prise en charge. La création d'outils de repérage, de réseaux identifiés de soins ou de formation pourrait être une aide.

Mots clés : **dépression du post-partum, enfant, conséquences, médecine générale**

Jury :

Président du Jury : Professeur Wissam EL HAGE

Directeur de thèse : Docteur Christelle CHAMANT

Membres du Jury : Professeur Delphine MITANCHEZ
Professeur Annick TOUTAIN
Docteur Adrien DUMAS

Date de soutenance : mardi 13 octobre 2020