



---

# **La dépression du postpartum en première ligne**

---

*Etude qualitative sur l'expérience des médecins généralistes belges sur la  
prévention et le dépistage de la dépression du postpartum*

**Dr Alina Bousmar**

**2022-2023**

**Université Catholique de Louvain**

**Master complémentaire en médecine générale**

**Promoteur :**

**Dr Marie-Eve Bousmar**

## Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidées de près ou de loin lors de mes études de médecine.

En premier lieu mon père, qui m'a transmis sa passion pour les Sciences de manière générale tout au long de mon enfance et adolescence en investissant son temps précieux dans mon éducation scolaire. Merci pour ton soutien sans faille et de m'inspirer à faire de même avec mes propres enfants.

Je tiens à remercier ma sœur, Marie-Eve, qui a traversé toutes les épreuves des études de médecine en premier et qui m'a toujours soutenue et guidée dans mon parcours universitaire. Merci pour ta bienveillance et ta générosité.

Je tiens à remercier mes maîtres de stage, le Dr Claudine Vande Wal, qui m'a appris à travailler rigoureusement et en restant à jour dans les dernières connaissances scientifiques, qui m'a formée tout en me laissant m'épanouir. Merci au Dr Philippe Kaisin qui m'a appris à gérer les pathologies et questions compliquées avec plus de confiance, et à me guider dans ma vie professionnelle en me donnant le goût des formations complémentaires.

Merci à tous les amis que j'ai rencontrés lors des études de médecine, de m'avoir fait vivre des expériences inoubliables et de m'avoir soutenue dans des épreuves de vie difficiles. Merci Danya, Izumi, Mathilde, Sahra, Cécile, vous qui faites partie de ma famille maintenant.

Merci aux médecins animateurs de séminaire de m'avoir prodigué des conseils précieux et de m'avoir donné une nouvelle vision de mon travail et de ma responsabilité en tant que médecin.

Merci aux professeurs de médecine, et aux médecins rencontrés lors des stages pour leur apprentissage.

## **Abstract**

---

### **Objectif :**

Etudier le vécu et l'expérience des médecins généralistes en région de Bruxelles capitale et dans les communes à facilité dans le dépistage et la prévention de la dépression du postpartum. Investiguer leur approche personnelle, leurs interrogations et les difficultés auxquelles ils font face dans le contexte de cette pathologie.

### **Méthode :**

Une recherche bibliographique a été effectuée dans un premier temps afin de définir la question de recherche. Une étude qualitative a été conduite pour y répondre en procédant à une analyse de contenu thématique d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés avec guide d'entretien auprès de sept médecins généralistes belges.

### **Résultats :**

Différents thèmes sont ressortis de ces entretiens individuels, notamment, la difficulté de poser le diagnostic, la stigmatisation associée à la pathologie, les avis divergents concernant la prévention, la place privilégiée du médecin généraliste tant pour le dépistage que pour le suivi, le manque d'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation, le manque de psychothérapeutes pour assurer la continuité des soins.

### **Conclusion :**

Le médecin généraliste a une place de choix pour prévenir et dépister la dépression du postpartum, pathologie fréquente aux conséquences lourdes. Ce travail vise à faire ressortir des approches permettant d'aider les médecins généralistes à identifier précocement les patientes souffrant de cette pathologie en tenant compte des circonstances individuelles propres à chaque femme. De plus, il souhaite évaluer la viabilité et le bénéfice éventuel d'une stratégie préventive vis-à-vis de la dépression périnatale.

**Indexation :** P76 - W18 - QC22 - QS41 - QR31

**Mots clés :** dépression postpartum, médecin généraliste

## Tables des matières

---

<b>1. Introduction</b> .....	7
1.1 Intérêts personnels de l'étude.....	7
1.2 Intérêts scientifiques et sociologiques de l'étude .....	8
1.3 Généralités sur la dépression du postpartum .....	11
1.3.1 Définition.....	11
1.3.2 Etat des lieux des soins postnataux en Belgique.....	13
1.3.3 Screening et diagnostic.....	13
1.3.4 Prise en charge recommandée.....	15
1.3.4.1 Psychothérapie .....	16
1.3.4.2 Pharmacologie.....	17
<b>2. Méthodologie</b> .....	19
2.1 Méthodologie générale de la recherche et objectifs de l'étude .....	19
2.2 Méthodologie de la recherche bibliographique.....	19
2.3 Méthodologie de l'étude.....	21
2.3.1 Type d'étude .....	21
2.3.2 Stratégie d'échantillonnage et de recrutement .....	22
2.3.3 Déroulement des entretiens et mode de recueil des données .....	23
2.3.4 Analyse.....	23
2.3.5 Ethique .....	24
<b>3. Résultats</b> .....	24
3.1 Résultats de l'étude .....	24
3.1.1 Echantillon .....	24
3.1.2 Les thèmes.....	25
3.1.2.1 Thème n°1 : un diagnostic difficile à poser.....	25
3.1.2.1.a La boîte noire du postpartum.....	25
3.1.2.1.b Une impression générale mène au diagnostic .....	26
3.1.2.1.c Les contacts à répétition qui mettent la puce à l'oreille .....	27

3.1.2.1.d Les questionnaires d'auto-évaluation peu populaires .....	28
3.1.2.2 Thème n°2 : le médecin généraliste et sa place privilégiée .....	29
3.1.2.2.a Evaluation des ressources et mise en place d'un réseau thérapeutique.....	29
3.1.2.2.b L'habitude du suivi des patients souffrant de dépression .....	30
3.1.2.2.c La facilité de programmer un suivi rapproché.....	30
3.1.2.3 Thème n°3 : la stigmatisation et la culpabilité qui isolent.....	31
3.1.2.3.a Le peu d'attention accordé aux mères en post partum.....	31
3.1.2.3.b La stigmatisation de la dépression .....	31
3.1.2.4 Thème n°4 : pas d'avis unanime concernant la prévention .....	32
3.1.2.4.a Quelque chose d'inévitable ? .....	32
3.1.2.4.b Les avis divergent concernant la prévention .....	33
3.1.2.5 Thème n°5 : les freins au traitement préventif et curatif .....	34
3.1.2.5.a Difficultés logistiques .....	34
3.1.2.5.b Le manque de psychothérapeutes .....	34
3.1.2.5.c La barrière linguistique .....	35
<b>4. Discussion.....</b>	<b>35</b>
4.1 Interprétations des résultats.....	35
4.1.1 Le diagnostic .....	35
4.1.2 La prévention .....	38
4.1.3 Référer pour de la psychothérapie.....	40
4.1.4 La formation des médecins généralistes .....	41
4.2 Limites de la recherche .....	42
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>43</b>
<b>6. Bibliographie.....</b>	<b>45</b>
<b>7. Annexes.....</b>	<b>50</b>
7.1 Annexe 1 : Prévalence de la dépression du postpartum au niveau mondial .....	50
7.2 Annexe 2 : Edinburgh postnatal depression scale (Français) .....	51
7.3 Annexe 3 : Guide d'entretien.....	52
7.4 Annexe 4 : Equations de recherche.....	53

7.5 Annexe 5 : Formulaire de consentement.....	54
7.6 Annexe 6 : Retranscription des entretiens.....	55
7.5.1 Entretien médecin n°1 .....	55
7.5.2 Entretien médecin n°2 .....	61
7.5.3 Entretien médecin n°3 .....	71
7.5.4 Entretien médecin n°4 .....	78
7.5.5 Entretien médecin n°5 .....	85
7.5.6 Entretien médecin n°6 .....	95
7.5.7 Entretien médecin N°7 .....	102

## Liste des abréviations

---

AFTCC : Association française de Thérapie Comportementale et Cognitive  
BDI : Beck Depression Inventory  
BIM : Bénéficiaire d'Intervention Majorée  
CTFPHC : Canadian Task Force on Preventive Health Care  
DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition  
DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition  
EBM : Evidence-Based Medicine  
EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale  
GEIMG : Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale  
HAS : Haute Autorité de Santé  
INAMI : Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité  
MeSH : Medical Subject Headings  
NICE : National Institute for Health and Care Excellence  
ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance  
PPD : Dépression Postpartum / Postpartum Depression  
TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive  
TFE : Travail de Fin d'Études  
TIP : Thérapie interpersonnelle  
UCL : Université Catholique de Louvain  
USPSTF : United States Preventive Services Task Force  
WHO : World Health Organization

# 1. Introduction

## 1.1 Intérêts personnels de l'étude

Mon parcours a débuté avec une année de spécialisation en anesthésie-réanimation, suivie d'une année en médecine d'urgence en tant que médecin triple zéro, ceci en attendant de me réorienter vers une spécialisation en médecine générale.

Durant ces deux années, je me suis retrouvée insatisfaite de la place que j'occupais dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique, ainsi que de la nature superficielle et mécanique de mes interactions avec les patients, souvent brèves et limitées. Ce qui me manquait vraiment, c'était une relation plus profonde et centrée sur le patient dans son contexte de vie.

Mon désir était de pouvoir aider les patients de manière plus globale, en prenant en compte leur histoire personnelle, leurs émotions et leur environnement. Je cherchais à établir des connexions plus significatives avec eux, afin de mieux comprendre leurs besoins et de les soutenir de manière plus holistique. C'est pourquoi j'ai décidé de me tourner vers une spécialisation en médecine générale, où je pourrais développer une approche plus humaine et globale de la santé, en plaçant le patient au cœur de mes préoccupations.

Lors de mes deux premières années d'assistantat en médecine générale, j'ai pu travailler en tant que médecin chez Kind en Gezin, pour la prévention chez les enfants d'un âge allant de 4 semaines à 2 ans et demi.

Lors des cours de formation en ligne pour Kind en Gezin, on nous a appris à faire attention à la dépression du postpartum chez les mères, ceci devait être réalisé en posant les questions de Whooley à la mère :

“avez-vous dans le dernier mois eu une perte de plaisir ou une perte d'intérêt dans vos activités?” et “avez-vous dans le dernier mois eu des sentiments dépressifs, de désespoir ou d'abattement?”. Deux questions simples et rapides à poser lors d'une consultation de très courte durée.

C'est en posant ces questions à toutes les mères, 10 à 15 mères différentes par jour, 3 fois par semaine, que j'ai constaté que le problème était suffisamment fréquent, et que, dans mon expérience, les mères n'allaient jamais soulever la question par elles-mêmes. Il fallait leur

demander, et souvent l'emprise des sentiments dépressifs était profonde et leur origine multifactorielle, complexe et individuelle.

Un screening positif n'est néanmoins pas un diagnostic, et il fallait qu'il y ait une demande d'aide de la part de la mère.

La suite de la prise en charge était alors de les référer chez leur *médecin généraliste* pour la suite de la prise en charge.

C'est ainsi que j'ai compris l'importance de la place du médecin généraliste chez ces femmes, de leur place dans l'organisation d'un réseau de soutien pour soulager ces mères.

Je me suis alors demandé quelle était l'expérience des médecins généralistes dans la prise en charge de la dépression du postpartum et comment améliorer la qualité des soins chez ces femmes.

Une dernière raison pour laquelle cette pathologie m'a interpellée est le fait qu'une de mes amies a failli être la victime d'un infanticide en étant nouveau-né, cela m'a fort marquée.

## 1.2 Intérêts scientifiques et sociologiques de l'étude

Au niveau mondial, la prévalence de la dépression périnatale est de **17.22%**<sup>1</sup>, et si l'on se concentre sur l'Europe de l'Ouest on retrouve une prévalence de **12,9%**<sup>1</sup>.

Ce taux varie d'un pays à l'autre suivant la taille de l'échantillon, le niveau socio-économique, la situation géographique et en fonction de la période à laquelle le screening a été réalisé; l'incidence étant plus faible dans les pays développés ou à revenu élevé (cf. annexe 1).

En **Belgique** la prévalence varie en fonction des études et se trouverait entre **13 et 16%**<sup>2</sup>.

La prévalence est fort différente en fonction de l'échelle de mesure utilisée : par exemple, l'utilisation du Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) donne la prévalence la plus élevée (37.23%, 95% CI 21.47–56.27) alors que le Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) donne la prévalence la plus basse (10.11%, 95% CI 3.75–24.48)<sup>1</sup>.

Il s'agit d'une pathologie à prévalence élevée mais qui reste **sous-diagnostiquée**. En effet, environ 50% des cas de dépression périnatale ne sont pas diagnostiqués <sup>3</sup>.

Ceci peut être expliqué par une culpabilité des nouvelles mères à ressentir des émotions négatives à un moment où elles sont supposées être heureuses, ainsi qu'une réticence à en parler ouvertement par pression sociale ou une difficulté à identifier une situation pathologique chez elle-même <sup>4</sup>.

Le diagnostic et le traitement précoce est important car, non traitée, la dépression périnatale peut **compliquer le développement psycho-affectif du bébé, retarder l'établissement du lien mère-enfant**, voire mener à un **suicide de la mère** ou un **infanticide** dans les cas extrêmes <sup>5,6</sup>.

Le **développement psychomoteur de l'enfant** sera affecté en cas de dépression périnatale chez la mère, et l'effet sera d'autant plus important en fonction de la sévérité de la dépression maternelle <sup>7</sup>.

Les enfants ayant une mère souffrant d'une dépression périnatale présentent également **plus fréquemment des troubles du comportement** et ont un **risque accru de faire une dépression** dans l'adolescence <sup>5</sup>.

Une étude réalisée en 2018 a trouvé que les mères souffrant de dépression étaient plus à risque de ne pas se présenter aux consultations de suivi du nourrisson, **menant ainsi à un moindre suivi préventif et entraînant ainsi un retard dans le schéma de vaccination, voire une absence de vaccination** <sup>8</sup>.

La dépression périnatale devrait ainsi être **dépistée systématiquement** au vu de sa fréquence et des conséquences nombreuses et néfastes pour la mère et pour l'enfant.

Le médecin généraliste devrait avoir une place privilégiée pour réaliser ce dépistage.

Ceci par leur proximité avec les patients, les contacts fréquents en cours de grossesse et en postpartum, et la connaissance de leurs trajets de vie et de leur contexte social.

La dépression périnatale devrait être **prévenue “si possible”**.

Ceci s'accorde avec la démarche préventive d'un médecin généraliste : dépister les patients à risque de développer une pathologie avec des conséquences de morbidité physique, mentale et sociétale élevée et proposer des interventions ayant démontré une efficacité dans l'amélioration ou la prévention de l'outcome.

En 2019, la **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)** a mis à jour ses guidelines<sup>9</sup> concernant le screening des femmes enceintes et en période postpartum.

Ils recommandent de rechercher parmi les patientes enceintes celles présentant des facteurs de risque de développer une dépression périnatale, et de les référer auprès de psychothérapeutes pour une intervention psychothérapeutique (thérapie comportementale et cognitive ou bien la thérapie interpersonnelle) dans l'optique de prévenir le développement d'une dépression périnatale.

Qu'en est-il néanmoins de la faisabilité dans la pratique de tous les jours d'un médecin généraliste belge?

Les femmes à risque qui sont référées chez les psychothérapeutes vont mobiliser des ressources déjà limitées, et potentiellement priver des femmes souffrant d'une dépression périnatale avérée de trouver une consultation de psychothérapie rapidement.

Il faut aussi considérer que les femmes sans facteurs de risque de présenter une dépression périnatale peuvent quand même développer cette pathologie, et nous ne pouvons pas les oublier.

## 1.3 Généralités sur la dépression périnatale :

### 1.3.1 Définition :

Il faut en premier lieu différencier la dépression postpartum du **Baby Blues**, qui touche environ **70%** des mères dans les **2 à 5 jours postpartum**, caractérisé par une labilité émotionnelle, de la fatigue, une anxiété, des pleurs et des troubles de l'humeur ou du sommeil, avec **disparition progressive des symptômes après deux semaines** <sup>10</sup>.

Cette manifestation n'affecte pas la mère dans ses capacités fonctionnelles ou sa capacité maternante.

Il faut aussi différencier la dépression du postpartum de la **psychose puerpérale**, pathologie rare (1 à 2 cas pour 1,000 <sup>10</sup>) mais caractérisée par des symptômes psychotiques, avec délires et hallucinations nécessitant l'hospitalisation urgente de la mère suite au risque d'infanticide ou de suicide maternel <sup>6, 11, 12</sup>.

La définition d'une dépression périnatale selon le DSM V est la suivante <sup>13</sup> :

***“Coexistence d’au moins 5 des 9 symptômes suivants pendant au moins deux semaines consécutives ayant débuté pendant la grossesse ou étant apparus jusqu’à quatre semaines postpartum.***

*Il doit nécessairement y avoir des sentiments dépressifs ou une perte d’intérêt ou de plaisir.”*

- *Sentiments de tristesse ou sentiments dépressifs présents la majorité de la journée*
- *Perte d’intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles (anhédonie)*
- *Hypersomnie ou insomnie*
- *Agitation psychomotrice (nervosité, faire les cent pas) ou lenteur psychomotrice*
- *Sentiments de culpabilité ou sentiment d’absence de valeur*
- *Perte d’énergie vitale ou asthénie*
- *Pensées morbides récurrentes, pensées suicidaires*
- *Troubles de concentration, difficulté à prendre des décisions (aboulie)*
- *Modification d’appétit ou de poids (modification du poids de 5% sur 1 mois)*

Le terme “post partum” a été modifié pour “périnatal” dans le DSM V par rapport au DSM IV <sup>14</sup>, parce que la dépression peut survenir pendant la grossesse également, et pas seulement après la délivrance.

Le DSM V déclare que **la dépression périnatale ne peut survenir que jusqu’à 4 semaines postpartum**, or la majorité des articles de recherche et le World Health Organization disent que **les symptômes peuvent apparaître jusqu’à un an postpartum** <sup>15</sup>.

Les causes de la dépression périnatale sont mal connues, mais on incrimine notamment des causes génétiques, épigénétiques, hormonales, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des femmes <sup>10</sup>. L’exclusion d’une pathologie organique doit bien sûr être réalisée : dépister un hypothyroïdie ou hyperthyroïdie par exemple.

Les **facteurs de risque** recensés par l’Haute Autorité de Santé (HAS) pour la dépression du postpartum sont les suivants <sup>11</sup> :

- **“Corrélation forte** : *antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques, soutien social faible, vie conjugale peu satisfaisante, bouleversements récents, baby blues qui perdure, labilité de l’humeur.*
- **Corrélation faible** : *grossesse pathologique, antécédent de maltraitance, revenus faibles, situation professionnelle modeste.*
- **Autres facteurs de risque identifiés** : *grossesse non planifiée, chômage, stress parental anténatal, retard à la conception, dépression du père, risques ou problèmes graves de santé de l’enfant.”*

Il n’est pas possible de savoir avec certitude si une femme va faire une dépression périnatale, les femmes sans aucun facteur de risque peuvent également présenter des dépressions périnatales.

Il faut néanmoins garder à l’esprit qu’un antécédent d’épisode dépressif majeur augmente le risque de développer une dépression périnatale par un facteur 20. <sup>16</sup>

### 1.3.2 Etat des lieux des soins postnataux en Belgique

D'après une étude publiée en décembre 2021 par le service d'études de la Mutualité Chrétienne <sup>17</sup>, en Belgique, dans les mois qui suivent l'accouchement, les mamans auront vu un gynécologue entre 4 et 6 fois (nombre médian de contacts en 2019).

Par ailleurs, les mamans BIM seront nettement moins suivies que les mamans non BIM.

De plus, on observe généralement une diminution des contacts avec le corps médical après la naissance.

Heureusement, l'activité de suivi en postnatal des sages-femmes est en progression en Belgique : le taux de suivi est passé de 42% en 2011 à 86% en 2019 <sup>17</sup>.

L'autre point positif est que la fréquence de suivi des mamans BIM par les sages-femmes est presque identique à celle des mamans non BIM, notamment grâce au fait qu'elles ne demandent en général pas de ticket modérateur <sup>17</sup>.

### 1.3.3 Screening et diagnostic

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant le screening de la dépression du postpartum et leur grade sont <sup>11</sup> :

- *“À chaque examen post-partum, le ressenti et le bien-être des femmes devraient être évalués ainsi, et les professionnels devraient s'enquérir du soutien dont elles bénéficient. Les femmes et les personnes de leur entourage devraient être averti de l'intérêt de signaler aux professionnels tout changement dans l'humeur, l'état émotionnel et le comportement inhabituel de la patiente [D(GPP)].*

- *Dans les 10-14 jours après la naissance, les professionnels devraient s'assurer de la disparition des signes de baby blues (ex. : pleurs, anxiété, baisse d'humeur). Si ces symptômes persistent, des investigations supplémentaires sont nécessaires, afin d'exclure une dépression du postpartum [D(GPP)]”.*

Le World Health Organization (WHO) recommande également dans ses guidelines un screening systématique de la dépression périnatale <sup>18</sup>.

Le National Institute for Health and Care Excellence du Royaume Uni (NICE) <sup>19</sup> recommande de poser de manière systématique et répétée les deux questions suivantes à toutes les femmes lors des consultations de suivi de grossesse et jusqu'à un an postpartum :

**Les questions de Whooley :**

- *Durant le mois qui a précédé, est-ce que vous vous êtes sentie triste, déprimée, désespérée ?* OUI / NON
- *Durant le mois qui a précédé, avez-vous ressenti un manque d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités que d'habitude vous appréciez ?* OUI / NON

Ces questions de Whooley sont utilisées dans le dépistage de la dépression en médecine de première ligne et ont une haute sensibilité (0,95) et une spécificité modeste (0,65) dans la détection de la dépression <sup>20</sup>.

Si la femme répond de manière positive à l'une des questions il est nécessaire de compléter les investigations par des questionnaires d'auto-évaluation comme par exemple l'**Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**<sup>19</sup> (cf. annexe 2).

Il existe plusieurs échelles d'autoévaluation pour le screening, celui utilisé le plus fréquemment et étant recommandé par l' American College of Obstetricians and Gynecologists <sup>21</sup> est l'**Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** , il s'agit d'un questionnaire à 10 items qui existe dans 12 langues différentes et ne prend que 5 minutes à remplir par la patiente.

Il faut un score supérieur ou égal à 10 pour qu'il y ait dépression périnatale *possible*, et un score supérieur ou égal à 12 pour qu'il y ait dépression périnatale *probable* <sup>12</sup>.

D'autres outils de screening utilisés dans la pratique sont le **Patient Health Questionnaire-9** (PHQ9) <sup>22</sup> et le **Beck Depression Inventory II** (BDI-ii) <sup>23</sup>.

Un screening positif ne permet pas un diagnostic de dépression périnatale, il faudra compléter les investigations avec l'aide de questionnaires d'auto-évaluation. Un diagnostic pourra être posé avec certitude en référant la patiente chez un psychothérapeute ou un psychiatre.

Il est intéressant de noter que la **Canadian Task Force on Preventive Health Care** (CTFPHC) <sup>24</sup> ne recommande pas de faire un screening systématique des femmes enceintes et en postpartum.

Néanmoins, les chercheurs de cette Task Force se basent sur un seul essai clinique randomisé réalisé sur un échantillon de 462 femmes chinoises à Hong Kong où ils ont cherché une différence entre le *usual clinical care* (soins cliniques habituels : poser des questions sur le bien-être mental, l'appétit, l'enfant et les idées suicidaires); et le screening systématique (défini comme un dépistage systématique de toutes les femmes enceintes ou en postpartum avec le questionnaire EPDS).

Leur conclusion est que cela ne réduirait pas de manière significative la morbidité de la dépression périnatale.

#### 1.3.4 Prise en charge recommandée

Chez les femmes souffrant de dépression modérée à sévère pendant la grossesse ou en période postpartum, le **National Institute for Health and Care Excellence** (NICE) propose comme prise en charge de référer les patientes pour des séances de psychothérapie intense (comme la thérapie comportementale et cognitive), ou l'utilisation d'un antidépresseur (TCA, SSRI ou SNRI) si elle a exprimé une préférence pour les médicaments ou qu'elle ne souhaite pas de psychothérapie ou dans le cas d'un échec de psychothérapie seule <sup>19</sup>.

Les traitements disponibles sont la psychothérapie et les antidépresseurs. S'il est nécessaire d'introduire un antidépresseur dans le traitement de la mère, il faut néanmoins tenir compte des contre indications médicamenteuses lorsque la mère allaite son enfant.

#### 1.3.4.1 Psychothérapie

Les types de psychothérapie recommandées pour la prévention de la dépression périnatale (par l'USPSTF) et le traitement (par le NICE) sont la thérapie comportementale et cognitive (cognitive behavioral therapy), et la thérapie interpersonnelle (interpersonal therapy).

##### La **thérapie comportementale et cognitive** (TCC) :

La définition de la thérapie comportementale et cognitive donnée par l'Association française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC) sur son site internet est la suivante <sup>25</sup> :

*“ Le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement.*

*La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie thérapeutique adaptée.”*

##### La **psychothérapie interpersonnelle** (TIP) :

Hovaguimian T. et Markowitz J., décrivent brièvement la thérapie interpersonnelle dans leur article sur la formation en psychothérapie interpersonnelle <sup>26</sup> :

*“ Cette méthode se focalise sur des événements de vie entourant l'épisode dépressif, et postule que leur compréhension et le réaménagement du rôle du patient envers les personnes qui comptent dans sa vie actuelle sont essentiels pour sa rémission et la prévention des rechutes. En observant les événements de vie précipitant une dépression, Gerald Klerman et ses collaborateurs (1984) ont identifié dans l'anamnèse récente de leurs patients quatre domaines à problèmes interpersonnels fortement corrélés à leur dépression, à savoir :*

*a) le deuil ; b) les transitions de rôle ; c) les disputes ; d) l'isolement social. (...) L'approche propose une série de stratégies pragmatiques qui visent, selon le cas, à faciliter le deuil, résoudre les disputes, achever les transitions de vie difficiles, ou sortir de l'isolement social.”*

#### 1.3.4.2 Pharmacologie

Le traitement par antidépresseurs s'avère nécessaire si les interventions de psychothérapie ne suffisent pas, si la dépression est sévère ou si la patiente souhaite un traitement antidépresseur d'emblée. <sup>19</sup>

En outre, l'arrêt ou la modification d'un traitement antidépresseur initié avant la grossesse ne doit être fait que si la balance bénéfice-risque le justifie ou si la classe thérapeutique est contre-indiquée pendant la grossesse. <sup>19</sup>

D'autre part, si l'on suspecte un trouble bipolaire chez une femme, il ne faut pas initier de traitement antidépresseur en médecine de première ligne, mais plutôt référer directement chez un psychiatre, ceci car les antidépresseurs en monothérapie risquent de déclencher chez elles un épisode maniaque ou une psychose <sup>21</sup>.

Il est également important de surveiller à l'hôpital les nouveau-nés de mères prenant des antidépresseurs pendant la grossesse car il y a un risque d'apparition d'un **poor neonatal adaptation syndrome (PNAS)** suite au sevrage après la naissance.

Notons aussi qu'il n'y a que peu d'informations sur les effets à long terme sur le développement neurologique chez les enfants ayant été allaités par des mères sous antidépresseurs. Les médecins doivent ainsi se renseigner concernant les dernières recommandations avec l'aide de sites de ressources informatiques concernant les dernières recommandations sur la prescription des médicaments chez la femme enceinte ou allaitante.

Les médecins peuvent par exemple trouver les dernières recommandations sur la prescription d'antidépresseurs pendant la grossesse ou l'allaitement sur ces sites :

- Australian categorisation system for prescribing medicines in pregnancy (Gouvernement Australien) <sup>27</sup>
- Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) <sup>28</sup>
- Drugs and Lactation Database (LactMed) <sup>29</sup>

Les classes d'antidépresseurs disponibles sont les suivantes :

- **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI)**

(paroxétine, fluvoxamine, fluoxétine, sertraline, citalopram et escitalopram)

- **Grossesse** : pourront être utilisés quel que soit le terme de la grossesse <sup>28</sup>.
- **Allaitement** : en cas d'allaitement, parmi les SSRI, les deux molécules qui devraient être choisies en premier lieu sont la **paroxétine** et la **sertraline**, car elles ont le profil le moins à risque chez les mères qui allaitent leurs enfants <sup>28</sup>.

- **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline (SNRI)**

(venlafaxine et duloxétine)

- **Grossesse** : Pourront être utilisés quel que soit le terme de la grossesse <sup>28</sup>
- **Allaitement** : en cas d'allaitement, préférer dans la mesure du possible la paroxétine ou la sertraline, qui sont mieux connus en cours d'allaitement. <sup>28</sup>

- **Antidépresseurs tricycliques (TCA)**

(amitriptyline, clomipramine)

- **Grossesse** : pourront être utilisés quel que soit le terme de la grossesse <sup>28</sup>.
- **Allaitement** : pourront être utilisés en cas d'allaitement maternel. <sup>28</sup>

- **Mirtazapine**

- **Grossesse** : l'utilisation de mirtazapine lors de la grossesse est possible car il n'y a pas de rapport de causalité mis en évidence avec son utilisation et l'apparition de malformations congénitales. <sup>28</sup>
- **Allaitement** : son utilisation pendant l'allaitement est déconseillé, d'une part car les concentrations plasmatiques sont variables chez l'enfant, et d'autre part car la demi-vie d'élimination et de son métabolite actif est longue, ceci peut donner lieu à une accumulation chez l'enfant. <sup>28</sup>

## 2. Méthodologie

### 2.1 Méthodologie générale de la recherche et objectifs de l'étude

La recherche d'informations sur la question de la prévention et de la prise en charge de la dépression du postpartum a nécessité une recherche bibliographique qui a été menée en deux temps.

La première étape visait à dresser un tableau des connaissances actuelles sur la dépression du postpartum, ainsi que les recommandations de bonne pratique dans des pays développés (Etats-Unis, Canada, France, Royaume-Uni).

Le dépistage systématique de la dépression périnatale est nécessaire, et son développement devrait être prévenu si cela serait de l'ordre du possible.

Ensuite les objectifs de notre étude se sont précisés : comprendre l'expérience des médecins généralistes belges en région bruxelloise et dans les communes à facilité quant à la prévention et le dépistage de cette pathologie.

Mettre en évidence les difficultés, les hésitations et les réserves rencontrées dans la pratique quotidienne.

Investiguer la faisabilité des recommandations de bonne pratique, les freins à leur application dans la réalité et leurs éventuelles solutions.

Pour réaliser ce travail, une étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés, sur base d'un guide d'entretien (cf. annexe 3).

### 2.2 Méthodologie de la recherche bibliographique

Pour commencer ce travail, il a fallu faire des recherches sur les connaissances actuelles de la dépression du postpartum.

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>e</sup> édition (DSM V) est le livre de référence mondial pour les troubles psychiatriques, il a ainsi été consulté en premier pour définir le sujet et dresser un état des lieux des connaissances les plus récentes.

Pour dresser un tableau des recommandations de bonne pratique les plus récentes en termes de prévention et de dépistage dans les pays développés, nous avons consulté les guides de bonne pratique clinique et guidelines des autorités publiques à caractère scientifique telles

que la Haute Autorité de Santé (HAS), le U.S. Preventive Task Force (USPSTF), le Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), et le National Institute for Health Care and Excellence (NICE), et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO).

Le méta-moteur de recherche Evidence Based Medicine TripDataBase a été consulté pour ce faire.

Pour focaliser notre questionnement plus spécifiquement sur la place des médecins généralistes dans le dépistage et la prévention, il a fallu faire une recherche de littérature plus ciblée via PubMed, Embase, Cochrane et Medline en s'aidant des termes Medical Subject Headings (MeSH) et d'équations de recherche spécifiques à la médecine générale. Enfin, nous avons consulté la littérature grise et Google Scholar.

La liste des termes MeSH a été définie comme suit :

- **Dépression postpartum (Postpartum depression) :**

Postnatal Depression - Depression, Postnatal - Post-Partum Depression - Depression, Post-Partum - Post Partum Depression - Postpartum Depression - Post-Natal Depression - Depression, Post-Natal - Post Natal Depression - Postnatal Dysphoria - Dysphoria, Postnatal - Post-Partum Dysphoria - Dysphoria, Post-Partum - Post Partum Dysphoria - Postpartum Dysphoria - Dysphoria, Postpartum - Post-Natal Dysphoria - Dysphoria, Post-Natal - Post Natal Dysphoria

- **Medecine générale (General Practice) ou Soins de santé primaires (Primary Health Care) ou Médecine de famille (Family Practice) :**

Family Practices - Practice, Family - Practices, Family - Practice, General - Care, Primary Health - Health Care, Primary - Primary Healthcare - Healthcare, Primary - Primary Care - Care, Primary

- **Médecins généralistes (General Practitioners) :**

Family Physician - Family Physicians - Physician, Family - General Practitioner - Practitioner, General - Practitioners, General - Physicians, General Practice - General Practice Physician - General Practice Physicians - Physician, General Practice - Practice Physicians, General

Les équations de recherche se trouvent en annexe. (cf. annexe 4 )

Grâce à cette recherche bibliographique, nous avons retenu un total de 437 articles via PubMed, Embase et Cochrane. Seuls les articles rédigés en français ou en anglais ont été retenus.

Les articles datant d'il y a plus de 10 ans ont été exclus, sauf en ce qui concerne les articles ou livres portant sur les psychothérapies.

Les articles ne traitant pas du sujet de la dépression périnatale ont également été exclus. Après lecture des abstracts, un total de 17 articles ont été retenus et lus en entier, l'accès au texte intégral étant nécessaire, soit directement sur le site, soit via le portail proxy de l'Université Catholique de Louvain.

Nous avons donné une attention particulière aux études menées en Suède, au Danemark, au Royaume-Uni, aux Etats-Unis ou au Canada, une exception a été faite pour Singapour sur le continent Asiatique car lors de la recherche bibliographique nous nous sommes rendus compte qu'ils réalisaient des études intéressantes sur le sujet de la dépression périnatale.

Il a fallu tenir rigueur des différences dans les systèmes de soins de santé entre la Belgique et les pays cités plus haut, les différences dans l'accès aux spécialités paramédicales ou la psychothérapie. Il a fallu aussi tenir compte des différences dans la formation des psychiatres et psychologues en Belgique, le système de remboursement des soins pour la santé mentale, les soins dans la période du postpartum, etc.

## 2.3 Méthodologie de l'étude

### 2.3.1 Type d'étude

Pour cette étude, nous avons opté pour une méthodologie qualitative. Cette décision a été prise au vu de la variabilité des représentations de la dépression en médecine générale, de l'affinité plus ou moins grande pour la question. Le but de notre recherche était de relever les idées, sentiments et opinions des médecins généralistes, ces derniers n'étant pas généralisables. Une étude qualitative semblait donc la plus pertinente.

Au vu des différences de prise en charge effectuées en pratique par les médecins généralistes, chacun ayant son ressenti, son approche, sa manière de converser avec les patientes, nous avons estimé qu'il serait plus intéressant de recenser l'approche de médecins généralistes avec des années d'expériences différentes, des parcours professionnels différents pour voir quelles étaient les différences en termes de screening et prévention de la dépression du postpartum, et les raisons pour lesquelles ils agissent de cette manière.

L'idée de ce travail était d'identifier des pistes pour aider les médecins de première ligne à détecter plus rapidement une souffrance maternelle pendant la grossesse ou lors de la période postpartum et de proposer des solutions pour la mise en place d'un réseau thérapeutique pour les soutenir.

### 2.3.2 Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

Un total de 10 médecins généralistes ont été contactés suite à du bouche à oreille parmi les collègues médecins et assistants, dont 7 ont répondu à notre invitation.

Les médecins généralistes ayant participé à ce travail de recherche ont été recrutés par téléphone ou par email, avec présentation de l'identité de l'enquêteur, de la question de recherche et avec des explications quant au mode déroulement de l'interview.

Nous leur avons expliqué la durée de l'interview, le lieu, présenté l'option de refuser, demandé de signer un formulaire de consentement éclairé (cf. annexe 5), en leur assurant que les réponses seraient anonymes.

L'anonymat a été assuré en anonymisant les entretiens et en détruisant les enregistrements. Les transcriptions sont sauvegardées de manière sécurisée.

Une fois l'accord oral ou écrit du participant obtenu, le formulaire de consentement signé, une date, une heure et un lieu ont été décidés pour le déroulement d'un entretien.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste agréé et actif ou en formation de médecine générale
- Exercer en région de Bruxelles capitale ou dans une des communes à facilité en périphérie bruxelloise (Kraainem, Drogenbos, Linkebeek, Rhode-Saint-Genèse, Wemmel et Wezembeek-Oppem)

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne pas être médecin généraliste agréé et actif ou en formation de médecine générale
- Ne pas exercer en région de Bruxelles capitale ou dans une des communes à facilité en périphérie bruxelloise
- Le refus de participation à l'étude
- Le refus d'être enregistré

Notre objectif était de recueillir un échantillon de médecins d'âges différents, pratiquant avec des populations de niveau socio-économique différentes, ayant ou non de l'expérience en médecine préventive de la petite enfance, avec une proportion équitable entre genres.

### 2.3.3 Déroulement des entretiens et mode de recueil des données

Les entretiens se sont déroulés entre mars et juin 2023, dans des pièces fermées dans un lieu choisi par le participant, en face à face sans tierce personne.

Au début de l'entretien, nous avons rappelé les objectifs de l'étude et exposé brièvement le guide d'entretien sur lequel nous nous sommes appuyés pour poser nos questions. Les réponses données par les participants lors de l'entretien motivaient parfois l'ajout ou la soustraction de certaines questions du guide d'entretien.

Nous avons rappelé aux participants que les entretiens seraient anonymes et qu'ils pouvaient demander d'interrompre ou mettre fin à l'entretien à n'importe quel moment.

Le mode de recueil des données s'est fait par enregistrements audio de l'entretien dans son intégralité, avec des pauses occasionnelles lorsque le participant le demandait.

La durée d'un entretien était entre 28 et 49 minutes, la moyenne était de 34 minutes.

### 2.3.4 Analyse

Les entretiens ont été retranscrits par écrit intégralement (cf. annexe 6) sous forme de texte informatique sur ordinateur. Ceci a rendu possible l'annotation du document pour l'analyse du contenu thématique.

Nous avons choisi une approche générale d'analyse inductive dans l'optique de donner un sens à des données brutes et complexes et d'identifier des catégories et des thèmes pour les mettre en lien avec l'objectif de notre étude et faire naître des nouvelles questions.

Les entretiens ont été relus plusieurs fois pour s’imprégner des réponses, interpréter les données brutes récoltées et développer des catégories, et sous-catégories, qui ont ensuite été conceptualisées en thèmes.

Les résultats de cette analyse sont illustrés par des extraits verbatim repris des retranscriptions des entretiens.

### 2.3.5 Ethique

Nous avons soumis notre projet de recherche auprès du Groupe d’Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG), qui a donné son accord le 04/12/2022 et a décidé à l’unanimité que le projet ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité éthique de l’université.

## 3. Résultats

### 3.1 Résultats de l’étude

#### 3.1.1 Echantillon

Nous avons eu à notre disposition 7 entretiens complets pour réaliser notre étude qualitative. Leurs caractéristiques des participants ont été notées dans le tableau ci-dessous (tableau 1).

*Tableau 1 : caractéristiques des médecins généralistes participants*

	Genre	Tranche d’âge	Type de pratique	Acte/forfait	Université
<b>Médecin 1</b>	M	50-60 ans	Association	Acte	ULB
<b>Médecin 2</b>	M	30-40 ans	Association	Acte	UCL
<b>Médecin 3</b>	F	30-40 ans	Cabinet pluridisciplinaire	Acte	UCL
<b>Médecin 4</b>	F	40-50 ans	Cabinet pluridisciplinaire	Acte	UCL
<b>Médecin 5</b>	F	< 30 ans	Association	Acte	UCL
<b>Médecin 6</b>	F	40-50 ans	Solo	Acte	ULg
<b>Médecin 7</b>	M	< 30 ans	Maison médicale	Forfait	UCL

### 3.1.2 Les thèmes

Les entretiens ont été relus plusieurs fois pour s'imprégner des réponses, interpréter les données brutes récoltées et développer des catégories, et sous-catégories, qui ont ensuite été conceptualisées en thèmes.

Les résultats de cette analyse sont illustrés par des extraits verbatim repris des entretiens, repris en italique avec mention du médecin en question.

#### 3.1.2.1 Thème n°1 : un diagnostic difficile à poser

Ce qui a été observé au cours des entretiens est la complexité à laquelle font face les médecins généralistes lorsqu'il s'agit de diagnostiquer la dépression périnatale. Cette complexité découle notamment du fait que les bouleversements de la vie liés à l'arrivée d'un nouveau-né peuvent justifier la fatigue et la diminution de l'énergie, ce qui rend le diagnostic difficile :

*“Est-ce qu'il s'agit vraiment d'une dépression? Je pense que c'est une baisse d'énergie avec le changement dans le style de vie, les nuits blanches, euh, je ne sais pas si on peut vraiment parler d'une réelle dépression.” (Médecin 1)*

##### 3.1.2.1.a La boîte noire du postpartum

La dépression du postpartum peut être comparée à une "boîte noire" car elle implique des éléments internes complexes qui ne sont pas toujours visibles de l'extérieur, et parfois difficiles à identifier.

Cette dépression peut souvent sembler inexplicable pour la personne qui en souffre, ce qui rend parfois la patiente inconsciente de ses sentiments négatifs :

*“Ce que j'ai observé, c'est que les mamans déjà, elles ont du mal à admettre qu'elles sont en dépression. Elles ont du mal à se l'avouer. Parce que c'est difficile, je pense (...) parce qu'avoir un enfant, c'est censé être quelque chose de merveilleux. C'est censé être quelque chose d'épanouissant et en fait c'est pas facile et on en parle pas nécessairement dans notre société.” (Médecin 6)*

*“Moi je pense que la patiente doit d'abord accepter le truc et se dire, ouais, il y a peut-être quelque chose qui ne va pas et donc venir en parler.” (Médecin 2)*

*“Je trouve que c'est quelque chose qui est quand même assez difficile à suspecter si on n'y est pas éveillé.” (Médecin 7)*

Les femmes ne partagent pas toujours leurs sentiments dépressifs avec leurs familles, proches ou leurs conjoints, ce qui rend plus difficile à détecter un dysfonctionnement :

*“Alors moi en tout cas les patientes que j'ai vues, partagent parfois avec leurs maris, donc des fois c'est vrai qu'il y en avait qui en parlaient avec leur mari en me disant quand même “voilà j'ai pas non plus envie de me plaindre trop parce que lui il travaille, parce qu'il a quand même pas beaucoup de temps pour ça”, mais le mari, souvent, était au courant. Par contre, souvent, il y avait des histoires de belles familles qui n'étaient pas du tout au courant parce que là justement, on en revient sur le thème : le sujet est tabou.” (Médecin 5)*

*“Je n'ai pas observé ça, non.” (Médecin 6)*

*“C'est pas la famille qui lui a dit de venir en fait. Donc non, ça j'ai pas vu.” (Médecin 5)*

*“Pas toujours parce qu'il y a vraiment cette culpabilité où les mamans disent : “je suis sensée être super heureuse parce que j'ai un beau bébé qui va bien et je le suis pas, et donc personne va me comprendre et tout le monde va m'en vouloir””. (Médecin 4)*

Le genre masculin du médecin généraliste a été identifié par certains comme frein au partage des sentiments négatifs :

*“Une patiente pourrait peut-être se dire qu'un homme pourrait moins comprendre, un homme qui n'a jamais dû accoucher et vivre un postpartum en tant que mère. Et il pourrait peut être moins bien comprendre et alors elle pourra se sentir illégitime dans son affect dépressif, ce qui est souvent le cas d'ailleurs hein, c'est c'est des femmes qui culpabilisent à fond de ressentir ça parce qu'elles devraient en fait être heureuse parce qu'elles viennent d'accoucher d'un beau bébé et ce n'est pas le cas.” (Médecin 3)*

*“Je pense que d'autres médecins, entre autres, qui n'ont pas d'enfants ou qui sont masculins n'auront peut-être pas la même sensibilité.” (Médecin 4)*

*“J'aurais tendance à dire (...) que les patientes, parfois, ont facile à se confier aussi, notamment par rapport à peut être certaines cultures ou c'est plus simple de se confier à une femme, surtout pour des choses on va dire qui sont relativement intimes. Enfin je sais pas, si j'avais été un homme, je sais pas si les patientes auraient peut être aussi simple à me parler de ça.” (Médecin 5)*

### 3.1.2.1.b Une impression générale qui mène au diagnostic

Ce qui semble mener le plus souvent à la suspicion clinique est une impression générale de mal-être chez les patientes, cette impression est souvent décrite de manière vague, en raison de son caractère subjectif, ou bien parce que la patiente en question semble dévier de son comportement habituel :

*“Je leur pose régulièrement la question, comme je les connais bien, euh, si je vois qu’elles ne vont pas bien je leur pose la question. (...) Quand je vois que ce sont des femmes qui ont accouché qui ne vont pas bien.” (Médecin 1)*

*“Être alerté sans poser de questions, ça arrive aussi. Je trouve qu’on a quand même une intuition qu’il se passe quelque chose visuellement. Déjà l’expression du visage, on voit que la personne est fatiguée et bah oui, des larmes qui sortent.” (Médecin 4)*

*“Ce qui m’y a fait penser, c’est surtout la manière dont elle se présente, donc elles arrivent en consultation, et je ne les ai pas nécessairement vues avant, mais de manière générale, elles ont déjà d’emblée un aspect très - elles ont l’air fatiguées et un peu plus apathiques. Et voilà. En général, on voit quand même, on a quand même des signes comme en fait, on verrait chez n’importe quelle personne, n’importe quel autre patient qui serait pas bien quoi.” (Médecin 6)*

*“Si je vois que la patiente ne va pas bien. Euh ou voilà qu’elle en pleure ou que j’entends une certaine détresse dans ce qu’elle me raconte clairement, là, je vais essayer de creuser.” (Médecin 3)*

La question du bien être mental n’est pas toujours une question dont on s’enquiert face à une nouvelle mère :

*“C’est quand je sens que y’a quelque chose. Je ne pose pas la question systématiquement.” (Médecin 6)*

### 3.1.2.1.c Les contacts à répétition qui mettent la puce à l’oreille

Souvent les médecins généralistes suspectent qu’il y a un problème quand les patientes se présentent plus fréquemment en consultation, soit pour des plaintes somatiques (lombalgies, cervicalgies), soit pour une inquiétude supranormale par rapport à la santé de l’enfant. Quatre des médecins généralistes interrogés ont soulevé ceci :

*“Elles venaient pour des inquiétudes quant à la santé de l’enfant, que ce soit des choses au niveau du corps de l’enfant qui se développe ou que ce soit des infections à répétition. Voilà,*

*c'est surtout une inquiétude par rapport à la fragilité de l'enfant et à ce moment-là, on se rend compte qu'elles sont vraiment épuisées et qu'en fait toute leur attention et leur énergie est dirigée vers cet enfant et qu'elles sont, elles, se sentent débordées.” (Médecin 6)*

*“J’y pense d’autant plus (...) si je vois souvent la maman, soit parce que le bébé a des problèmes de santé, donc qui vient souvent en consultation.” (Médecin 2)*

*“Si je vois une patiente qui revient souvent parfois pour des bêtises, une fatigue, elle va revenir pour un mal de gorge. Je (...) me dis toujours que c'est quelqu'un vient souvent, c'est qu'il y a probablement quelque chose qui est psychologique derrière et du coup j'imagine qu'à ce moment-là je penserai.” (Médecin 2)*

*“En fait, elle est venue me voir pour quelque chose de tout à fait autre. Elle est venue me voir parce qu'elle avait des lombalgies. En fait, des lombalgies qui avaient commencé depuis la fin de grossesse et qui continuaient à persister (...) après son accouchement. (...) Elle se plaignait juste de douleurs et du fait qu'elle dormait pas, donc c'est trompeur, hein? Parce qu'elle avait une plainte plus somatique.” (Médecin 5)*

#### 3.1.2.1.d Les questionnaires d'auto-évaluation peu populaires

Les questionnaires d'auto-évaluation n'ont pas la côte parmi tous les médecins généralistes interrogés, en effet, deux des médecins généralistes ne les utilisent que rarement, et un pas du tout :

*“Je n'ai pas d'échelle ou de questionnaire. (...) Je n'aime pas toutes ces échelles et tous ces questionnaires. Je n'ai pas le temps en consultation de faire remplir ça. Et je ne vais pas proposer en salle d'attente vu qu'il n'y a pas de screening avant les consultations. Les questionnaires c'est bien pour les spécialistes, comme pour les problèmes de prostate. Chez nous ça ne se fait pas.” (Médecin 1)*

*“Je pense que de manière générale, les médecins généralistes ne les utilisent pas tant que ça, hein. C'est peut être mon idée, mais je pense qu'ils les utilisent pas tant que ça dans leur pratique parce qu'ils ont pas le temps, ils ont un petit peu leur manière de fonctionner, leur petit dada (...) c'est des outils un peu trop mathématiques à mon goût.” (Médecin 6)*

Ceux qui s'en servent semblent surtout le faire pour montrer à un patient qui est incapable de voir par lui-même qu'il a des sentiments dépressifs en remplissant des questionnaires d'autoévaluation :

*“Lorsque le patient reste très réfractaire pendant un certain temps, ou qui a voilà une dissociation qui fait que la personne ne veut pas se rendre compte, Il y a un moment où, en*

*tant que médecin, on peut pas vraiment les laisser continuer à ne pas se rendre compte et donc à ce moment-là ça aide justement de le faire.” (Médecin 6)*

Un les utiliserait s’il en connaissait l’existence :

*“Je pense que si j’étais effectivement au courant des échelles qui existent par rapport à la dépression du post-partum, que c’est quelque chose que j’utiliserai peut-être de façon plus systématique face à ce genre de patientes, ouais.” (Médecin 7)*

L’utilisation des questions de Whooley semble plus faisable dans la pratique de tous les jours, plutôt que demander aux patientes de remplir des questionnaires d’auto-évaluation avant ou pendant une consultation :

*“C’est simple et je trouve que ça a tout à fait sa place dans la mesure où c’est, on peut l’intégrer dans une consultation pour tout à fait autre chose. Clairement vu la facilité de la - de la demande, c’est quelque chose que je me verrai tout à fait intégrer.” (Médecin 7)*

### 3.1.2.2 Thème n°2 : la place privilégiée du médecin généraliste

De manière générale il y a un accord pour dire qu’un médecin généraliste a une place de choix pour créer un espace de parole et de confiance pour les femmes, grâce à la flexibilité de la profession et la proximité avec les patientes et leur entourage :

*“Les gens viennent facilement nous en parler. Oui. Aux consultations d’ONE ça doit aller vite donc elles viennent chez nous pour en parler. Je ne pense pas qu’il y a beaucoup de freins du côté médical. (...) Je connais toute sa famille, je connais le conjoint d’habitude, je connais la façon dont elle vit, donc ça fait que c’est beaucoup plus facile. Elle viendra plus facilement parler chez nous.” (Médecin 1)*

*“C’est vrai qu’il faut poser peut-être un peu des questions, laisser l’espace ouvert, laisser de la place aux patients pour répondre, mais souvent en fait, cet espace est rempli par la patiente parce qu’elle a besoin d’en parler quoi.” (Médecin 6)*

#### 3.1.2.2.a Evaluation des ressources et mise en place d’un réseau thérapeutique

Il est souvent plus aisé de créer un réseau de soutien pour les patientes en tant que médecin généraliste, d’identifier les ressources sociales et économiques, et de les mettre en lien avec d’autres acteurs du monde médical et paramédical :

*“Souvent, il y a aussi des soucis à ce niveau-là donc c'est un peu l'occasion de creuser ce qui se passe dans la famille. Est-ce que le compagnon aide? Est-ce qu'elle se sent toute seule? Est-ce qu'elle a des ressources familiales ou autres? Enfin, voilà, ça, ça va très très loin cette investigation là quand on a le cas quoi.” (Médecin 6)*

*“Je pense en effet de toute façon qu'il faut un réseau de soutien chez toutes les futures mères et chez toute future femme qui va accoucher, que soit le premier ou le 2e ou 3e ou 4e bébé voire plus.” (Médecin 3)*

*“Je pense qu'il faut quand même qu'il y ait quelqu'un qui centralise un peu tout. (Médecin 5) J'essaierai de garder au mieux une place centrale mais plutôt de coordinateur et moins de thérapeute. Ouais.” (Médecin 7)*

*“L'élaboration d'un réseau compétent, donner suffisamment de ressources au niveau du thérapeute pour qu'il puisse travailler avec suffisamment d'acteurs compétents. Ainsi qu'un peu plus de précisions concernant les ressources de la maman. Donc pouvoir directement mettre en jeu et bien évaluer le type de ressources ainsi que qualifier le niveau de sévérité.” (Médecin 7)*

#### 3.1.2.2.b L'habitude du suivi des patients souffrant de dépression

Deux des médecins généralistes se sentent à l'aise face à ce genre de consultations car ils font régulièrement le suivi de patients souffrant de dépression dans leur pratique :

*“Ca n'est pas différent des consultations de suivi de patients déprimés que je fais habituellement.” (Médecin 1)*

*“Moi j'ai plutôt tendance à faire le travail psychologique avant le psychologue, et si je vois que la patiente revient d'office, je revois la patiente hein, mais je veux dire, si je vois que voilà, on stagne un petit peu qu'il y a pas vraiment d'effet ou que ça s'en empire alors là j'initie un antidépresseur.” (Médecin 2)*

#### 3.1.2.2.c La facilité de programmer un suivi rapproché

La profession du médecin généraliste lui confère une flexibilité particulière dans la programmation des rendez-vous de suivi et de la nature des consultations, ceci crée une occasion de suivre régulièrement les patientes et leur donner la un espace de parole :

*On peut pas tout faire en une consultation, mais généralement j'essaie de revoir la personne assez rapidement, en tout cas dans un premier temps pour pas l'assaillir.” (Médecin 6)*

### 3.1.2.3 Thème n°3 : la stigmatisation et la culpabilité qui isolent

#### 3.1.2.3.a Le peu d'attention accordé aux mères en post partum

Les femmes n'ont que peu de place après la naissance de leur enfant :

*“Il n'y a pas de place pour elles après la naissance. On leur dit “ton fils est beau, il est en bonne santé, alors sois souriante et tais-toi”. Même s'il t'a bousillé le corps, bousillé la vie.” (Médecin 1)*

Après une grossesse où elles ont été accompagnées fréquemment tout du long, vient ensuite la période postpartum où les contacts médicaux s'étiolent et n'ont souvent comme seul objet l'enfant :

*“Enfin, on est vraiment en première place. En fait, on est les premières personnes qui vont recevoir, recevoir les mamans. Bon, on a les gynécologues aussi. Mais c'est vrai qu'après la grossesse ils ont un peu tendance à dire “ciao, bye bye” (...) Et donc bah moi j'estime qu'on est quand même en première ligne pour réagir sur ce sujet-là quoi.” (Médecin 6)*

*“Lors de la grossesse, on est fort soutenues (...) et une fois qu'on accouche, tout d'un coup, y'a plus personne en fait ou très peu. Voilà y'a quelques passages de la sage femme à la maison et puis c'est terminé. Et donc c'est des femmes qui vont sentir très seules tout d'un coup.” (Médecin 3)*

*“Les gynécos souvent revoient la patiente à 6 semaines et puis basta. Et pourtant, ils ont un lien par rapport à cette grossesse et à ce bébé aussi.” (Médecin 4)*

#### 3.1.2.3.b La stigmatisation de la dépression

Le jugement d'autrui peut réduire au silence les femmes atteintes de dépression périnatale, rendant leur isolement d'autant plus profond :

*“La peur d'être jugée par sa famille, par son compagnon, le manque de compréhension de son entourage. Surtout si elle est la première à ressentir ça dans sa famille. Je pense que ça doit être quelque chose d'assez lourd au quotidien.” (Médecin 6)*

*“Ça doit être dur à accepter pour la maman. Ça doit être parce que c'est un gros sentiment d'échec ou de culpabilité. (...) j'ai l'impression que les gens trouvent que c'est un diagnostic un peu honteux et c'est un espèce de faiblesse comme ça.” (Médecin 2)*

*“Y a des femmes qui ont honte de parler de ça et qui ont honte de dire que ça se passe mal parce que la société veut quand même que quand on a une grossesse on est heureuse d'être enceinte. On est heureuse d'avoir un enfant et peut-être que le thème est - oui - c'est peut-être un sujet qui est tabou.” (Médecin 5)*

L'isolement social peut exister avant la grossesse, surtout si la patiente ne parle pas la langue du pays :

*“Au fur et à mesure des consultations (...) j'ai commencé à comprendre beaucoup mieux le contexte, l'environnement de la patiente, le fait qu'elle soit isolée, que ce soit une femme qui travaille pas, qui parle pas très bien la langue.” (Médecin 5)*

La culture de la patiente peut aussi générer plus de pression suite aux attentes socio-culturelles rattachées au rôle de mère :

*“Je dirais peut-être la culture aussi, parce que j'imagine, il y a quand même des cultures dans lesquelles on met peut être plus de pression par rapport à la mère.” (Médecin 5)*

*“Pour moi, c'est aussi quelque chose qui a une forte dimension culturelle (...) je pratique aussi dans des milieux qui sont plus défavorisés et des cultures où on est moins à montrer ses émotions et où l'aspect psy est très, très vite mal considéré.” (Médecin 7)*

### 3.1.2.4 Thème n°4 : pas d'avis unanime concernant la prévention

#### 3.1.2.4.a Quelque chose d'inévitable ?

La dépression du postpartum est parfois vue par certains comme quelque chose d'inévitable, qu'on ne pourrait pas prévenir :

*“Mais je ne suis pas sûr qu'il y ait un moyen de prévenir cela car c'est un changement hormonal, et je ne suis pas sûr qu'il y ait moyen de prévenir ça. Mais c'est parce que je n'y connais pas grand chose.” (Médecin 1)*

D'autres pensent pouvoir agir en amont en prévenant les patientes que c'est une possibilité, et que c'est fréquent. Ceci dans l'idée d'aider la mère à réagir plus rapidement par la suite :

*“Ca pourrait être utile de sensibiliser la maman déjà à l'avance sur ce risque et de déculpabiliser, de dire que voilà, ça arrive, ça arrive beaucoup, elles seraient pas les seules mais que voilà, c'est bien de le savoir pour réagir au plus vite possible, quoi.” (Médecin 6)*

*“Il faut au moins l'aborder peut-être une fois, moi ça me semble être (...) un bon moyen de sensibiliser la patiente. Voilà tout simplement qu'elle soit au courant que ça existe, que c'est pas honteux. Que si elle en souffre elle peut venir en parler.*

*Moi ça me semble (...) une bonne idée d'inclure ça dans les consultations prénatales.”*  
(Médecin 2)

#### 3.1.2.4.b Les avis divergent concernant la prévention

La connaissance des facteurs de risque ne suffit pas pour enclencher une prise en charge préventive, par peur d'effet nocebo :

*“Je voudrais pas influencer la mère en disant “attention, vous allez peut être faire une dépression”. Donc non, je pense pas que j'en parle avant. Je sais pas, je me pose la question, est-ce que c'est bien d'en parler avant que la maman soit déprimée de dire, “vous savez, vous pourriez devenir déprimée” parce que là j'aurais peur d'avoir un effet nocebo, donc voilà, mais peut-être que j'ai tort, mais moi je le fais pas en tout cas.”* (Médecin 4)

Chez certains médecins généralistes la connaissance de ces facteurs de risque les encouragerait éventuellement à référer les patients pour de la psychothérapie préventive :

*“S'il y a quelque chose pour prévenir, sûrement. Parce que les repérer c'est très bien, mais s'il y a vraiment moyen d'améliorer les choses, sûrement, oui.”* (Médecin 1)

La question du bien-être mental ne semble pas beaucoup se poser pendant la grossesse, mais seulement après la naissance, ce qui peut être un frein au dépistage des femmes à risque de dépression périnatale et la prévention du développement de cette pathologie :

*“Avant la naissance, non, mais après la naissance, lorsqu'une femme vient avec un enfant, peu importe l'âge.”* (Médecin 6)

*“C'est plutôt après puisque, bah ouais avant la naissance évidemment non. Ouais je pense pas que ça fait partie des questions que je pose. C'est plus après que c'est vraiment un truc que j'ai tendance à quand même aborder.”* (Médecin 2)

*“Très superficiellement, mais oui je demande si elles vont bien, mais je pose pas beaucoup de questions, quoi, c'est “tu vas bien?” “Oui”, “OK” voilà.”* (Médecin 5)

*“Moi, je me concentre en tout cas généralement plus sur le somatique. Au niveau psychologique, c'est un sujet qui vient, mais qui pour moi est aussi le plus souvent amené par la patiente elle-même, dans la mesure où je vois relativement peu de femmes enceintes et je*

*vais plutôt m'intéresser à leur grossesse plus qu'à leur état psychologique, surtout si je n'ai pas de contexte.” (Médecin 7)*

### 3.1.2.5 Thème n°5 : les freins au traitement préventif et curatif

#### 3.1.2.5.a Difficultés logistiques

Plusieurs points posent problème pour l'accès aux soins de psychothérapie préventive, notamment le fait de trouver le temps dans sa journée, trouver quelqu'un pour garder les enfants :

*“Elles ont en tête des priorités des autres, elles se disent “oui mais voilà, elle me dit qu'il faut aller là, là et là, et faire signer ça. Moi, j'ai trois enfants à garder, j'ai la maison qu'il faut que je lave. J'ai la cuisine à faire, j'ai mon mari” enfin et donc c'est peut être des personnes je pense qui parfois se font aussi - se laissent passer après tout ça.” (Médecin 5)*

Les consultations en psychothérapie coûtent de l'argent, ressource qui manque parfois :

*“L'accès aux soins psychothérapeutiques (...) c'est assez cher. Les patientes peuvent pas toujours se le permettre. Et alors - oui, il y a les prescriptions de renvoi pour le réseau Psy 107 mais voilà, ce n'est que huit séances par an à 11 ou 4€ en fonction du statut du patient.” (Médecin 3)*

*“Le coût du psychologue par contre, ça c'est cher, et c'est pas bien remboursé. Enfin y'a un petit remboursement mais c'est mal remboursé.” (Médecin 4)*

#### 3.1.2.5.b Le manque de psychothérapeutes

Le manque de psychothérapeutes est décrié par trois médecins, qu'ils soient spécialisés dans les thérapies comportementales et cognitives ou non :

*“C'est un des freins les plus importants dans la prise en charge des patients déprimés. En Belgique nous ne sommes pas très bien fournis en accès à tout soin de psychothérapie. Effectivement c'est difficile d'avoir un rendez-vous tout de suite, et souvent ce sont chez des gens qui en ont vraiment besoin. Et il faut aussi que le psychologue ait une affinité pour ce genre de question. Et une formation spécifique probablement.” (Médecin 1)*

*“Il faut aussi qu'elles puissent trouver un rendez-vous chez un bon psy avec qui le patient a une affinité, le contact qui passe et c'est assez difficile.” (Médecin 3)*

*“La thérapie comportementale, j'en cherche toujours, moi, des personnes qui font ça, donc y' a pas assez de psychologues qui sont formés là-dedans. Et ceux qui sont formés sont overbookés donc voilà, parce que les cognitivo comportementalistes sont - enfin, on sait qu'en EBM on voit vraiment des efficacités pour plein de choses et donc je pense qu'ils sont très demandés et pas assez nombreux.” (Médecin 4)*

#### 3.1.2.5.c La barrière linguistique

Si la prévention est envisagée et financièrement possible, encore faut-il trouver un psychothérapeute qui puisse converser dans la langue de la patiente :

*“Quand c'est dans une autre langue, hein ? Parfois la difficulté de communiquer.” (Médecin 4)*

*“Je pense que c'est parfois des gens qui parlent pas très bien la langue, ça veut dire qu'il faut trouver un psychologue qui parle cette langue là ?” (Médecin 5)*

## 4. Discussion

### 4.1 Interprétation des résultats

Grâce à ces entretiens, plusieurs notions intéressantes sont ressorties.

Nous allons nous pencher plus spécifiquement sur la place du médecin généraliste dans le screening et la prévention de la dépression périnatale.

#### 4.1.1 Le diagnostic

Comme nous l'avons constaté, d'une part au travers des entretiens, et d'autre part dans la recherche bibliographique réalisée : le diagnostic est difficile à poser.

- Difficulté pour les femmes de reconnaître qu'il y a un problème <sup>30</sup>
- L'absence de plaintes spontanées dans la majorité des cas
- La stigmatisation provenant à la fois de l'intérieur et de l'extérieur <sup>30</sup>

Il semble que le screening systématique en interrogeant les mères sur leur ressenti et leur bien être pourrait grandement améliorer le dépistage de la dépression périnatale.

Il est important de garder à l'esprit que les femmes peuvent choisir de ne pas partager leurs émotions négatives, et que cette dynamique pourrait évoluer en fonction de l'attitude adoptée par le médecin généraliste. En tant que tel, le médecin généraliste peut jouer un rôle de facilitateur dans la recherche d'aide. Il a la possibilité de démystifier la dépression périnatale en informant sur sa fréquence réelle, contribuant ainsi à atténuer la culpabilité associée aux sentiments négatifs.

De plus, il peut faire comprendre à la femme qu'il existe des approches thérapeutiques viables pour traiter cette situation.

Un des médecins généralistes interrogé a mentionné *“une sorte de décalage entre la demande de l'enfant et la réponse de la mère”* lorsque l'enfant pleurait en consultation.

Tsang et al. 2019 <sup>31</sup> propose aux médecins généralistes de rechercher des red flags (drapeaux rouges) signalant une dysfonction dans la dyade mère-enfant (tableau 1 repris de l'article et traduit en français) :

**Tableau 1 : Red flags pour la dysfonction dans la dyade mère-enfant**

Facteur	Mère	Enfant
<b>Red flags</b>	<p><b>Accordage affectif maternel réduit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affectivité émoussée</li> <li>- Moins de contact visuel avec l'enfant ou le médecin</li> <li>- Manque/ralentissement de réponse aux pleurs de l'enfant</li> <li>- Labilité émotionnelle</li> <li>- Irritabilité</li> </ul>	<p><b>Réponse à la mère réduite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de contact visuel avec la mère</li> <li>- Enfant irritable</li> <li>- Comportement résistant</li> <li>- Rejet de la mère après séparation</li> </ul> <p><b>Retard de développement et de croissance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retard de langage</li> <li>- Retard du développement</li> <li>- Retard de croissance</li> </ul>

Table I. Red flags for dysfunction in the mother-child dyad; Tsang LPM, Ng DCC, Chan YH, Chen HY. Caring for the mother-child dyad as a family physician. Singapore Med J. 2019;60(10):497-501. doi:10.11622/smedj.2019128

Ces signes devraient alerter le clinicien, et le motiver à éventuellement poser des questions sur le bien être mental de la mère, le sommeil de l'enfant, la vie à la maison, etc.

## **Qu'est-ce qui retiendrait une femme à partager ses sentiments dépressifs avec son médecin traitant?**

Button et al. ont réalisé une méta synthèse sur l'expérience des femmes qui cherchaient de l'aide pour la dépression périnatale <sup>30</sup>, ceci a mis en lumière que les femmes trouvaient que la familiarité avec le soignant était importante, et qu'elles étaient plus ouvertes à la discussion auprès de professionnels caractérisés comme empathiques, ouverts et réellement intéressés par leur bien-être.

Ceci a été soulevé par trois médecins généralistes interrogés, en suggérant par la même occasion que le genre masculin semblait être lié à une réticence à parler.

Une autre étude réalisée au Royaume-Uni s'est intéressée aux barrières à la recherche d'aide auprès de la première ligne <sup>4</sup>, les obstacles les plus importants à la recherche d'aide étaient la peur et la stigmatisation, la volonté de demander de l'aide, reconnaître qu'il y a un problème et la logistique d'assister à un rendez-vous.

Une enquête téléphonique a été réalisée en 2014 auprès de 1207 personnes de nationalité canadienne pour les sonder concernant le screening et le traitement des troubles psychologiques périnataux <sup>32</sup>. La majorité étaient d'accord qu'il fallait que toutes les femmes soient dépistées en pré-partum (63.0%) et en post-partum (72.7%). Il a également été signifié que si elles étaient à la recherche d'aide, leur premier choix serait de se tourner vers leur médecin généraliste.

### **Le médecin généraliste est donc un acteur clé dans le screening.**

Si remplir un questionnaire d'autoévaluation (comme l'EPDS) ne semble pas convenir à tout le monde d'après les entretiens, poser les questions de Whooley pour réaliser un screening rapide et facile en consultation semblait être quelque chose de réalisable.

Cette notion est intéressante car nous pourrions élaborer à partir de là, par exemple en proposant aux médecins généralistes d'imprimer un questionnaire EPDS que la femme pourrait remplir chez elle en cas de screening positif aux questions de Whooley et prévoir une

consultation par la suite, soit chez le médecin traitant, soit chez un psychothérapeute ou chez l'ONE/Kind en Gezin.

### **Quelles seraient les barrières au screening de la dépression périnatale par les médecins généralistes?**

Evans et al. 2015 <sup>33</sup> a cherché à comparer les habitudes de screening de la dépression postpartum des gynécologues, médecins généralistes et pédiatres, ceci a mis en évidence que 90% des médecins généralistes trouvaient que c'était leur rôle d'identifier une dépression postpartum, mais qu'ils étaient moins confiants dans leur capacité à la reconnaître que les gynécologues. Ils trouvaient également difficile de faire un screening en raison d'un manque de temps, d'un manque de formation et de connaissances suffisantes.

Il serait donc utile de sensibiliser les médecins généralistes aux outils de screening disponibles (questions de Whooley, EPDS, BDI-ii, PHQ-9, etc.) ainsi que de leur signifier qu'ils ont une place privilégiée auprès des patientes pour réaliser ce screening.

#### **4.1.2 La prévention**

Nous nous sommes basés pour ce travail sur les guidelines de l'USPSTF en provenance des Etats-Unis <sup>9</sup> et celles du World Health Organization <sup>34</sup> concernant la prévention. Ils recommandent de référer les femmes enceintes à risque de développer une dépression périnatale pour des interventions de psychothérapie (thérapie comportementale et cognitive, ou thérapie interpersonnelle).

### **Verrions-nous réellement un effet bénéfique en cas d'intervention psychothérapeutique préventive chez la femme enceinte?**

Une revue systématique de la littérature de 2013 de la Cochrane Database of Systematic Reviews faite par Dennis et al. <sup>35</sup> a étudié la question : *psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*.

Ils ont indiqué à juste titre qu'il n'y a pas encore d'outil de screening standardisé qui aurait une validité prédictive suffisamment haute que pour dépister les "femmes à risque" de développer une dépression périnatale.

Ils ne trouvent actuellement aucune preuve solide pour recommander la thérapie comportementale et cognitive comme action préventive. Par contre, la thérapie interpersonnelle a montré des résultats prometteurs.

Ils suggèrent néanmoins de réduire l'exposition de la femme aux facteurs de risque si possible, ou en tout cas d'en atténuer l'impact.

Il faut donc tenter de détecter les femmes enceintes avec des vulnérabilités psychosociales.

Pour faire ceci, nous avons une place privilégiée en tant que médecin généraliste.

### **Quelles ressources sont disponibles en Belgique pour aider les médecins généralistes dans l'identification des femmes enceintes avec des vulnérabilités psychosociales ?**

Une plateforme appelée **Born In Belgium Professionals** <sup>36</sup> a été développée par l'INAMI en 2019, il s'agit d'un outil numérique pour les prestataires d'aide et de soins qui permet de "*identifier les besoins psychosociaux des femmes enceintes (vulnérables) et de mieux les encadrer. L'outil représente un soutien administratif et une aide à la pratique pour les prestataires d'aide et de soins qui sont en contact avec des femmes enceintes.*"

On peut grâce à cet outil dépister les vulnérabilités psychosociales chez les femmes enceintes afin d'agir de manière proactive pour qu'elles aient moins d'impact sur la mère et l'enfant en postpartum.

Parmi les médecins généralistes interrogés, l'un d'eux a soulevé une inquiétude quant à un possible effet nocebo induit par la discussion du risque de dépression du postpartum en anténatal.

Ceci est une inquiétude valable et judicieuse, qui mériterait une recherche plus spécifique.

#### 4.1.3 Référentiel pour de la psychothérapie

Autant pour la prévention que pour le traitement de la dépression périnatale, le traitement passe le plus souvent par de la psychothérapie, qu'elle soit de type comportementale et cognitive (TCC) ou interpersonnelle (TIP) ou non.

L'efficacité supérieure de la psychothérapie comme intervention thérapeutique a été démontrée par une méta-analyse réalisée en 2016 par Stephens et al.<sup>37</sup> En effet, ils ont conclu que les interventions psychosociales (TCC, TIP, etc.) diminuaient significativement les symptômes dépressifs, et cela avec une action rapide et durable dans le temps.

L'accessibilité aux consultations en psychothérapie semble donc être un point essentiel pour le traitement ainsi que la prévention de la dépression périnatale, pathologie fréquente.

Or la majorité des médecins interrogés s'accordent sur le fait qu'il manque cruellement de psychothérapeutes, et plus spécifiquement des psychothérapeutes formés en TCC.

Le nombre de psychothérapeutes formés en TIP et TCC devrait ainsi être en fonction de la prévalence de la dépression périnatale.

**La question du coût des consultations a été soulevée comme un frein à la psychothérapie.**

Depuis le 1er septembre 2021, l'INAMI a renforcé l'accessibilité aux soins psychologiques de première ligne et spécialisés en créant un réseau de santé mentale sur toute la Belgique pour rendre la psychothérapie plus accessible à la population (tant pour les enfants, que pour les adolescents et les adultes).

Le réseau propre à la région de Bruxelles Capitale est subdivisé en plusieurs antennes avec leurs propres coordinateurs (Rezone, Réseau Rorwest, Réseau Hermes+, Réseau Bruxelles-Est<sup>38</sup>).

La mutuelle prend en charge la majorité du prix de la séance par système de tiers payant et le patient paie 11€, ou 4€ s'il est BIM.

La première séance individuelle est gratuite. Il faut noter que seulement 8 séances individuelles sont remboursées.

Ceci est un pas dans la bonne direction car elle encourage les personnes peignées économiquement de bénéficier de soins de santé mentale qui sont parfois indispensables.

**Outre les aides financières pour les soins de psychothérapie, il existe des ressources pour trouver de l'aide spécifique pour les parents.**

Une plateforme en ligne appelée **Born in Brussels** <sup>39</sup>, lancée en 2022 et créée par l'Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles, regroupe des informations et ressources autour de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance. On y trouve un grand nombre de ressources et d'informations précieuses, notamment une rubrique avec tous les centres d'aide psychologique à Bruxelles.

Il y a également une rubrique spécifique pour la santé mentale des personnes issues de l'immigration.

#### 4.1.4 La formation des médecins généralistes

Les médecins généralistes ayant un tropisme pour la prise en charge psychologique pourraient éventuellement suivre des formations en TIP ou TCC s'ils ont le temps et qu'ils le souhaitent.

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) a été développée par un psychiatre américain appelé Dr Aaron Temkin Beck, sa fille, le Dr Judith Beck a écrit un livre reprenant les bases de la TCC <sup>40</sup>.

Il est intéressant de noter que le Dr Beck est également le père du Beck Depression Inventory.

Le père et la fille ont créé ensemble le Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, où on peut trouver des formations de TCC en ligne <sup>41</sup>.

## 4.2 Limites de la recherche

Ce travail a pour but de réaliser une investigation sur l'expérience des médecins généralistes dans la région de Bruxelles capitale et dans les communes à facilités concernant le dépistage et la prévention de la dépression du postpartum.

L'idée était de faire ressortir des nouvelles questions et des pistes pour faciliter la prévention et le screening de cette pathologie qui est fréquente mais sous-diagnostiquée.

La première limite était le nombre de participants dans l'échantillon. Un nombre plus conséquent de participants aurait été plus significatif, permettant d'en tirer plus de conclusions, notamment parce que la saturation des données n'a pas pu être atteinte pour toutes les questions du guide d'entretien.

Nous avons tenté de rassembler un échantillon le plus hétérogène possible, avec une proportion équitable d'hommes et de femmes, d'âge et de type de pratique variés.

Les médecins généralistes exerçant en région rurale et semi-rurale n'ont pas été interrogés, et ne sont ainsi pas représentés dans cette étude.

Il faut aussi noter que les médecins généralistes interrogés n'étaient pas représentatifs des médecins généralistes néerlandophones ou germanophones.

Le travail de recherche bibliographique s'est focalisé uniquement sur la dépression périnatale alors qu'il existe un spectre de troubles mentaux dans le postpartum, tels que le trouble de stress post-traumatique, ou l'anxiété postnatale.

La dépression périnatale chez le père n'a pas été prise en compte, même si nous avons posé une question allant dans ce sens lors des entretiens.

Une question intéressante ressortie des entretiens mériterait plus d'attention : y a-t-il possibilité d'induire un effet nocebo si l'on suggère à une femme enceinte qu'elle soit à risque de développer une dépression postpartum?

## 5. Conclusion

La dépression périnatale est une pathologie fréquente, sous-diagnostiquée et associée à une morbidité élevée pour la mère et l'enfant.

Néanmoins, il y a de moins en moins de contacts avec le corps médical et paramédical : gynécologues et sage-femmes ne suivent les femmes que très brièvement après la naissance. Le médecin généraliste a une place privilégiée pour réaliser un dépistage systématique de la dépression périnatale, du fait de son suivi régulier en consultation de la mère comme de l'enfant.

Le dépistage systématique de la dépression périnatale est nécessaire en raison de sa difficulté diagnostique. En effet, plusieurs freins ont été identifiés : un manque de communication fréquent de la mère sur ses sentiments dépressifs, une difficulté à l'auto-identification de sa souffrance, et de la stigmatisation sociale liée aux affects dépressifs.

Parmi les médecins interrogés, seul l'un d'entre eux avait connaissance de l'existence de l'Edinburgh Postnatal Depression Score. Cependant, la connaissance de ces échelles d'autoévaluation offre une possibilité d'optimisation du dépistage de la dépression du postpartum.

Il serait souhaitable que les autorités compétentes réalisent une campagne d'information destinée aux médecins généralistes pour les sensibiliser quant à la fréquence réelle de la dépression postpartum, ainsi qu'à l'existence de ces questionnaires disponibles pour le screening (EPDS, PHQ 9, etc.).

Le manque de temps en consultation a également été identifié comme un frein à la réalisation de ce screening par questionnaires d'autoévaluation.

Pour remédier à ceci, les médecins généralistes pourraient envisager de réaliser un screening rapide en posant les *questions de Whooley* lors des consultations dans la première année suivant l'accouchement :

- *Durant le mois qui a précédé, est-ce que vous vous êtes sentie triste, déprimée, désespérée ?* *OUI / NON*

- *Durant le mois qui a précédé, avez-vous ressenti un manque d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités que d'habitude vous appréciez ? OUI / NON*

Une réponse positive à l'une des deux questions, ainsi qu'une demande d'aide de la part de la patiente laisserait le choix au médecin généraliste :

- revoir la patiente à une consultation ultérieure portant l'attention sur le bien-être mental, la situation socio-économique, les ressources disponibles tant dans l'entourage que dans le milieu médical et paramédical
- référer la patiente directement en psychothérapie
- référer la patiente à l'ONE ou Kind en Gezin

Un accès adéquat aux soins de psychothérapie est une condition nécessaire à la continuité des soins et devrait être possible pour toutes les mères.

La réforme de l'INAMI créant un réseau de santé mentale accessible et mieux remboursé nous semble être une première étape à la sensibilisation à ce problème de santé.

Pour ce qui est de la prévention, même s'il n'existe pas encore d'outil de screening standardisé qui aurait une validité prédictive suffisamment haute que pour dépister les "femmes à risque" de développer une dépression périnatale, ceci pourrait changer dans le futur. Il y a de plus en plus de recherches sur le sujet, et une formation continue au sujet des dernières recommandations nous paraît judicieuse pour espérer un jour réduire la prévalence de la dépression du postpartum.

Il est néanmoins possible de réduire l'exposition de la femme enceinte aux facteurs de risque à développer une dépression postpartum, ou en tout cas d'en atténuer l'impact.

Il faut donc tenter de détecter les femmes enceintes avec des vulnérabilités psychosociales. Pour ce faire, nous occupons une place privilégiée en tant que médecin généraliste.

Les initiatives nationales belges récentes telles que *Born in Brussels* et *Born in Belgium Professionals* apportent des ressources précieuses pour soutenir les mères et montrent un intérêt dans la volonté de venir en aide aux femmes avec une vulnérabilité psychosociale.

Les médecins généralistes devraient être mis au courant de l'existence de ces outils pour les épauler dans la prise en charge de leurs patientes en souffrance.

Il nous semble opportun de démystifier le postpartum dans la société et de poursuivre les efforts de prise de conscience collective de cette période à risque et des conséquences que peuvent avoir la dépression périnatale non traitée.

## 6. Bibliographie

1. Wang Z, Liu J, Shuai H, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543. Published 2021 Oct 20.  
doi:10.1038/s41398-021-01663-6
2. Arifin SRM, Cheyne H, Maxwell M. Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health*. 2018;5(3):260-295. Published 2018 Jul 20.  
doi:10.3934/publichealth.2018.3.260
3. Sudhanthar S, Sheikh Z, Thakur K. Postpartum depression screening: are we doing a competent job? *BMJ Open Quality* 2019;8:e000616.  
doi:10.1136/bmjopen-2018-000616
4. Ford E., Roomi H., Hugh H., Understanding barriers to women seeking and receiving help for perinatal mental health problems in UK general practice : development of a questionnaire. *Primary health care research & development*. 2019. 20 (e156)  
doi: 10.1017/S1463423619000902
5. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(3):247-253. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
6. Meltzer-Brody S, Stuebe A. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):49-60.  
doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.009
7. Tuovinen S, Lahti-Pulkkinen M, Girchenko P, et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. *Depress Anxiety*. 2018;35(8):732-741. doi:10.1002/da.22756

8. Lyngsoe B.K, Vestergaard C.H, Rytter D, Attendance of routine childcare visits in primary care for children of mothers with depression : a nationwide population-based cohort study. *British Journal of General Practice* 2018. 68:667 (e97-e104)  
doi: 10.3399/bjgp18X694565
9. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(6):580–587.  
doi:10.1001/jama.2019.0007
10. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177-2186.  
doi:10.1056/NEJMcp1607649
11. Haute Autorité de Santé (HAS) Service des bonnes pratiques professionnelles. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-nés. Mars 2014 [Internet]  
Accessible via :  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire\\_scientifique\\_-\\_sortie\\_de\\_maternite\\_apres\\_accouchement.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf)  
(consulté le 3/07/2023)
12. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47(3):409-419.  
doi:10.1016/j.ogc.2020.05.001
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington D.C. 2013
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV. 4th ed. Washington, D.C., 1994.
15. World Health Organization (WHO) Mental health and substance use : maternal mental health [Internet]  
Accessible via :  
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>  
(Consulté le 12/07/2023)
16. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017;34(2):178-187.  
doi:10.1002/da.22597

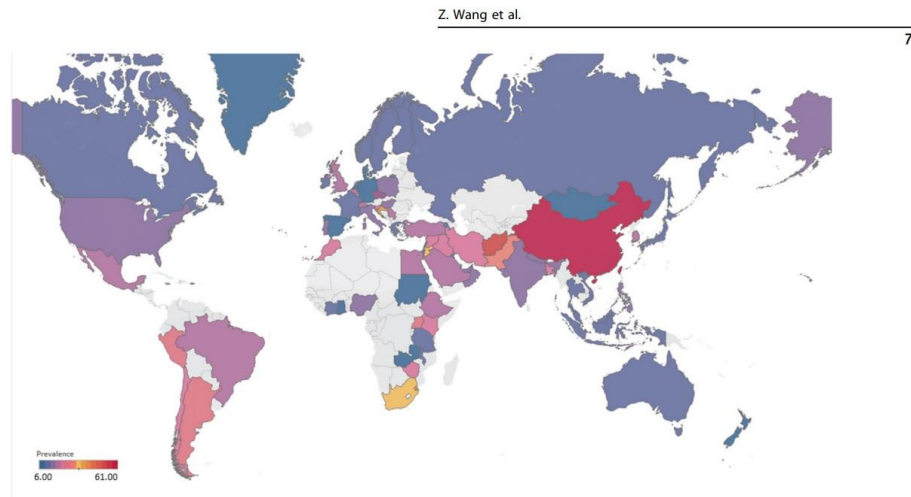
17. Gauthier Vandeleene et Hervé Avalosse : Évolution de la durée de séjour en maternité : vers davantage de courts séjours - Mutualité Chrétienne - Informations 285 - septembre 2021 (Service d'études) - p29-30 [Internet]  
(Consulté le 28/08/2023)  
Accessible via :  
[https://www.mc.be/media/21\\_0654\\_studiedienst\\_magazine\\_A4\\_FR\\_CM-info285\\_Soins%20de%20sant%C3%A9\\_tcm49-71605.pdf](https://www.mc.be/media/21_0654_studiedienst_magazine_A4_FR_CM-info285_Soins%20de%20sant%C3%A9_tcm49-71605.pdf)
18. World Health Organisation. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
page 84  
[Internet]  
(Consulté le 11/07/2023)  
Accessible via : <file:///D:/Downloads/9789240045989-eng.pdf>
19. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192] Published 17 December 2014, last updated 11 February 2020. [Internet]  
Accessible via : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>  
(Consulté le 12/07/2023)
20. Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, et al. Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. *BMJ Open*. 2015;5(12):e008913. Published 2015 Dec 9.  
doi:10.1136/bmjopen-2015-008913
21. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*. 2015;125(5):1268-1271.  
doi:10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc
22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613.  
doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
23. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry*. 2013;35(4):416-431.  
doi:10.1590/1516-4446-2012-1048
24. Lang E, Colquhoun H, Leblanc J. Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. *CMAJ* 2022. July 25;194:981-9  
doi: 10.1503/cmaj.220290

25. Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC) Les Thérapies Comportementales et Cognitives [Internet]  
Consulté le 08/08/2023  
Accessible via :  
<https://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>
26. Hovaguimian, T., Markowitz, J. La formation en psychothérapie interpersonnelle: De sa conception aux USA à son adaptation à Genève. *Psychothérapies* (2006), 26, 221-232.  
doi: 10.3917/psys.064.0221
27. Australian Government. Department of Health and Aged Care. Therapeutic Goods Administration. Prescribing medicines in pregnancy database [Internet]  
(Consulté le 12/08/2023)  
Accessible via :  
<https://www.tga.gov.au/products/medicines/find-information-about-medicine/prescribing-medicines-pregnancy-database>
28. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) [Internet]  
(Consulté le 12/07/2023)  
Accessible via : <http://www.le-crat.fr/>
29. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006-. The LactMed® database contains information on drugs and other chemicals to which breastfeeding mothers may be exposed. [Internet]  
(Consulté le 12/08/2023)  
Accessible via : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/?report=classic#IX-M>
30. Button S., Thornton A., Lee S. Seeking help for perinatal psychological distress : a meta-synthesis of women's experiences. *British Journal of General Practice* 2017; 67 (663): e692-e699  
doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692549>
31. Tsang LPM, Ng DCC, Chan YH, Chen HY. Caring for the mother-child dyad as a family physician. *Singapore Med J.* 2019;60(10):497-501.  
doi:10.11622/smedj.2019128
32. Kingston D, McDonald S, Tough S, Austin MP, Hegadoren K, Lasiuk G. Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: a population based survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:67. Published 2014 Feb 12.  
doi:10.1186/1471-2393-14-67
33. Goldin Evans M, Phillippi S, Gee RE. Examining the Screening Practices of Physicians for Postpartum Depression: Implications for Improving Health Outcomes. *Womens Health Issues.* 2015;25(6):703-710. doi:10.1016/j.whi.2015.07.003

34. World Health Organisation. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
page 88 [Internet]  
(Consulté le 11/07/2023)  
Accessible via : <file:///D:/Downloads/9789240045989-eng.pdf>
35. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD001134. Published 2013 Feb 28.  
doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
36. Born in Belgium Professionals  
Born in Belgium Professionals [Internet]  
(consulté le 13/07/2023)  
Accessible via : <https://borninbelgiumpro.be/fr/>
37. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med.* 2016;14(5):463-472.  
doi:10.1370/afm.1967
38. Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale [Internet]  
(Consulté le 08/08/2023)  
Accessible via : <https://platformbxl.brussels/fr/besoin-daide/ou-madresser/antennes>
39. Born in Brussels [Internet]  
(consulté le 13/07/2023)  
Accessible via : <https://www.bornin.brussels/>
40. Beck AT, Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond.* 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2011 [Internet]  
Accessible via : <https://img3.reoveme.com/m/be38edbbfc79330a.pdf>  
(Consulté le 15/08/2023)
41. CBT and CT-R Training Catalog. Beck Institute of Cognitive Behavior Therapy.  
[Internet]  
Accessible via :  
[https://learn.beckinstitute.org/s/category/all-products/training/0ZG4M000000004EWAQ?c\\_\\_results\\_layout\\_state=%7B%7D](https://learn.beckinstitute.org/s/category/all-products/training/0ZG4M000000004EWAQ?c__results_layout_state=%7B%7D)  
(Consulté le 15/08/2023)

## 7. Annexes

### 7.1 Annexe 1 : Prévalence de la dépression du postpartum au niveau mondial



**Fig. 2 Global prevalence of postpartum depression.** (Unbalanced prevalence of postpartum depression was observed between different continents, countries and regions).

**Figure 2 (page 7)** Wang Z, Liu J, Shuai H, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543. Published 2021 Oct 20. doi:10.1038/s41398-021-01663-6

## 7.2 Annexe 2 : Edinburgh postnatal depression scale (Français)



### Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale EPDS (Français)

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant 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:

<b>Pendant la semaine qui vient de s'écouler ...</b>	<b>points</b>
<b>1. ... j'ai pu rire et prendre les choses du bon côté</b>	
<input type="checkbox"/> Aussi souvent que d'habitude.....	0
<input type="checkbox"/> Pas tout-à-fait autant.....	1
<input type="checkbox"/> vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci.....	2
<input type="checkbox"/> absolument pas.....	3
<b>2. ... je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir</b>	
<input type="checkbox"/> autant que d'habitude.....	0
<input type="checkbox"/> plutôt moins que d'habitude.....	1
<input type="checkbox"/> vraiment moins que d'habitude.....	2
<input type="checkbox"/> pratiquement pas.....	3
<b>3. ... je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal</b>	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, jamais.....	0
<b>4. ... je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs</b>	
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
<input type="checkbox"/> presque jamais.....	1
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	3
<b>5. ... je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons</b>	
<input type="checkbox"/> oui, vraiment souvent.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> non, pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
<b>6. ... j'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements</b>	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.....	2
<input type="checkbox"/> non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.....	1
<input type="checkbox"/> non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.....	0
<b>7. ... je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil</b>	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
<b>8. ... je me suis sentie triste ou peu heureuse</b>	
<input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> Oui, très souvent.....	2
<input type="checkbox"/> Pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> Non, pas du tout.....	0
<b>9. ... je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré</b>	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	2
<input type="checkbox"/> seulement de temps en temps.....	1
<input type="checkbox"/> Non, jamais.....	0
<b>10. ... il m'est arrivé de penser à me faire du mal</b>	
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	3
<input type="checkbox"/> parfois.....	2
<input type="checkbox"/> presque jamais.....	1
<input type="checkbox"/> jamais.....	0

**Comptez les points. Si vous avez un total de 10 points ou plus, contactez un/une spécialiste pour poser un diagnostic.**

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of

Association Dépression Postpartale Suisse  
Case postale 41 | 1096 Cully | Tél. 021 525 77 51  
info@depression-postpartale.ch | www.depression-postpartale.ch  
PC: 60-606252-7 | IBAN: CH82 0900 0000 6060 6252 7

## 7.3 Annexe 3 : Guide d'entretien

### **1/ Profil de l'intervenant :**

Quelle pratique exercez-vous? (Maison médicale, cabinet privé, en association)

Depuis combien d'années exercez-vous?

Dans quelle région exercez-vous?

Voyez-vous souvent en consultation des femmes enceintes ou des nouvelles mères?

Quelle proportion de vos patients cela concerne-t-il dans votre patientèle?

Journée type?

Activités en dehors du cabinet?

### **2/ Thème n°1 : Prévention de la dépression du postpartum :**

La question du bien-être mental de la mère est-il un point que vous abordez?

Si oui, de quelle manière abordez vous le sujet?

Avez-vous déjà entendu parler de la PPD?

Dans quel contexte?

Pensez-vous qu'il y ait des facteurs de risque à développer une PPD?

Lesquels?

Ce sujet vous intéresse t-il?

### **3/ Thème n°2 : Screening de la dépression du postpartum:**

Quand suspectez-vous une PPD chez vos patientes?

Vous sentez vous suffisamment formé en termes de dépistage?

Si une de vos patientes vous semble différente depuis un accouchement, soulevez-vous la question?

Qu'en faites vous?

Vous servez-vous d'outils particuliers pour vous aider au dépistage? Par exemple, le questionnaire de Whooley.

Connaissez-vous le Edinburgh Postnatal Depression Score (EDPS), outil servant à mesurer l'importance de la PPD?

### **4/ Thème n°3 : Implications perçues de la dépression postpartum sur la dyade mère-enfant :**

Pensez-vous qu'une PPD puisse avoir un effet à long terme sur l'enfant? La mère? La relation mère-enfant?

L'enjeu en termes de santé publique vous semble t-il important?

### **5/ Freins :**

o Freins organisationnels

o Freins au niveau des MG

o Freins au niveau des patientes, selon les MG

o Frein lié à la relation médecin - patient

### **5/ Solutions :**

- o Solutions proposées pour lever les freins au niveau de l'organisation du dépistage du CCU
- o Solutions proposées pour lever les freins au niveau des MG
- o Solutions proposées pour lever les freins au niveau des patients
- o Solutions proposées pour lever le frein lié à la relation médecin-patient

## 7.4 Annexe 4 : Equations de recherche

Base de données : **Pubmed**

<b>Equations</b>	<b>Resultats</b>	<b>Commentaire</b>
(postpartum depression[MeSH Terms]) AND (family practice[MeSH Terms])	50	
(postpartum depression[MeSH Terms]) AND (general practice[MeSH Terms])	60	
(depression, postnatal[MeSH Terms]) AND (primary care[MeSH Terms])	193	peu d'articles spécifiques à la médecine générale

Base de données : **Embase**

<b>Equations</b>	<b>Résultats</b>	<b>Commentaire</b>
('postnatal depression'/exp OR 'postnatal depression') AND ('general practice'/exp OR 'general practice') AND [2013-2023]/py	134	

## 7.5 Annexe 5 : Formulaire de consentement

### DOCUMENT DE DEMANDE DE CONSENTEMENT

Cher confrère, chère consoeur, vous êtes invité à participer à une interview destinée à la réalisation de mon travail de fin d'étude concernant l'expérience des médecins généralistes en Belgique francophone concernant la détection et la prévention de la dépression du postpartum en médecine générale.

Ce travail repose sur une étude qualitative.

Avant que vous acceptiez de participer à cette interview, veuillez lire ce document d'information et n'hésitez pas à me poser toutes les questions que vous souhaitez.

Si vous participez à ce projet, vous devez savoir que :

Cette enquête n'a lieu qu'après l'information et l'aval du conseil Éthique Interuniversitaire (GEIMG).

Votre participation est volontaire : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Si certains thèmes, certaines questions vous paraissent embarrassantes, vous êtes libres de ne pas y répondre.

Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité à signer un consentement. Je signerai également ce document et confirmerai ainsi que je vous ai fourni les informations nécessaires sur l'enquête et que je m'engage à ne conserver aucune information qui pourrait permettre plus tard de faire le lien entre les propos exprimés au cours de l'entretien et une personne donnée.

L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone qui me permettra de retranscrire de manière manuscrite intégralement les informations données mais qu'aucun lien ne sera conservé entre votre identité et l'interview (vous serez identifié par un chiffre, aucune identification ne sera notée sur le support d'enregistrement), et je m'engage à détruire l'enregistrement après sa retranscription. Mon travail de fin d'étude finalisé, il sera disponible sur le site [mgtfe.be](http://mgtfe.be), vous pourrez par ailleurs évidemment avoir accès à ce travail si vous m'en faites la demande.

En vous remerciant pour votre collaboration

Fait en 2 exemplaires, le ..... à .....

Signature de l'assistant

Signature du participant

## 7.6 Annexe 6 : Retranscription des entretiens

### 7.5.1 Entretien médecin n°1

**A.B. Alors. Bonjour, vous êtes médecin généraliste?**

M.G.1: Oui.

**A.B. Depuis combien d'années exercez-vous?**

MG.1: Depuis plus de 30 ans.

**A.B. Ok. Dans quelle pratique exercez-vous? Maison médicale, cabinet privé, associations de médecins?**

MG.1 : Cabinet de groupe, cabinet de groupe.

**A.B.: Dans quelle région exercez-vous?**

MG1 : Bruxelles.

**A.B.: Alors, quel type de patientèle avez-vous?**

MG1 : Euh, variée, euh, aisée.

**A.B.: Dans quel range d'âge?**

MG1 : Tous les âges.

**A.B.: Est-ce que vous avez des activités médicales en dehors du cabinet?**

MG1 : Non, des activités médicales, non.

**A.B.: Est-ce que vous pourriez décrire une journée type dans votre cabinet?**

MG1 : Euh, quelques consultations le matin, tôt, à partir de huit heures. Visites toute la matinée et consultations tout le reste de la journée.

**A.B.: Tous les âges, ok. Voyez-vous souvent en consultation des femmes enceintes et des nouvelles mères?**

MG1 : Des femmes enceintes oui, régulièrement, oui.

**A.B.: Est-ce que le sujet de la dépression du postpartum vous est connu?**

MG1 : Oui.

**A.B.: Qu'est ce que (...) quand est-ce que cela vous a été introduit ?**

MG1 : Connus, c'est à dire que j'ai rencontré beaucoup de patientes qui en ont souffert. Oui.

**A.B.: Est-ce que la question s'est posée car vous connaissez les patientes? Qu'est ce qui vous a mis la puce à l'oreille?**

MG1 : Quand on parle avec les patientes après leur accouchement, elles viennent après leur accouchement et parlent de leurs problèmes.

**A.B.: Et elles le soulèvent spontanément ou est-ce que vous leur posez la question?**

MG1 : Je leur pose régulièrement la question, comme je les connais bien, euh, si je vois qu'elles ne vont pas bien je leur pose la question.

**A.B.: Ok. Est-ce que la question du bien être mental de la mère est un point que vous abordez avant la naissance?**

MG1 : Non.

**A.B.: Ok. Pensez-vous qu'il y a des facteurs de risque à développer une dépression du post partum?**

MG1 : Je ne crois pas. Parce que j'ai vu des gens de toutes sortes qui l'ont fait et même des gens tout à fait heureux qui l'ont fait. Des gens chez qui je n'aurais pas pensé. Oui.

**A.B.: Ce sujet vous intéresse t-il?**

MG1 : Euh, comme tous les autres sujets, oui, sûrement.

**A.B.: Quand suspectez-vous une dépression du postpartum chez vos patientes?**

MG1 : Quand je vois que ce sont des femmes qui ont accouché qui ne vont pas bien.

**A.B.: Est-ce que c'est subjectif?**

MG1 : Je n'ai pas d'échelle ou de questionnaire.

**A.B.: Connaissez-vous le Edinburgh postnatal depression score?**

MG1 : Non.

**A.B.: Alors. Pensez-vous qu'une dépression du postpartum puisse avoir un effet à long terme sur la santé de l'enfant?**

MG1 : Non.

**A.B.: Sur la mère?**

MG1 : Non. A long terme, je ne crois pas.

**A.B.: Sur la relation mère-enfant?**

MG1 : Sûrement, temporairement, oui.

**A.B.: L'enjeu en termes de santé publique vous semble t-il important?**

MG1 : Euh, santé publique? Je ne pense pas que, euh, pas spécialement. Je crois que c'est temporaire. (pause) Non, car la durée est limitée dans le temps, il n'est question que de deux - trois mois de dépression. C'est temporaire.

**A.B. : Lorsqu'une patiente vous dit souffrir d'une PPD, quelle est votre prise en charge habituelle ?**

MG1 : Tout dépend de si elle allaite ou pas. Lorsqu'elle allaite on est fort limités dans ce qu'on peut donner.

Dans ce cas-là je lui propose de la psychothérapie uniquement.

Si elle n'allait pas alors c'est la même prise en charge qu'avec tous les patients déprimés : les anti-dépresseurs, la psychothérapie, euh, et un accompagnement régulier.

**A.B. : Proposez-vous des consultations de suivi rapprochées?**

MG 1 : Oui, comme avec tous les gens qui sont déprimés.

**A.B. OK. Avez vous le sentiment d'être à l'aise face à ce genre de consultations?**

MG 1 : Euh.... oui... ça n'est pas différent des consultations de suivi de patients déprimés que je fais habituellement.

**A.B.: Quels seraient les freins à votre avis aux traitements chez ces patientes?**

M.G 1 : Euh... Je ne vois pas très bien.. je n'ai pas tout à fait bien compris ta question. Qu'est ce que je vais faire pour voir si une femme va faire une dépression par après? Je ne vois pas beaucoup de freins aux traitements.

**A.B. : Comme par exemple un manque de place chez les psychothérapeutes dans le quartier?**

MG 1 : Ah! Bien sûr, mais ça c'est pour tous les patients hein! C'est un des freins les plus importants dans la prise en charge des patients déprimés.

En Belgique nous ne sommes pas très bien fournis en accès à tout soin de psychothérapie. Effectivement c'est difficile d'avoir un rendez-vous tout de suite, et souvent ce sont chez des gens qui en ont vraiment besoin.

Et il faut aussi que le psychologue ait une affinité pour ce genre de question. Et une formation spécifique probablement.

**A.B.: Et en parlant des anti-dépresseurs. Instaurez-vous souvent des anti-dépresseurs chez les patientes?**

MG1 : Oui.

**A.B.: Pendant combien de temps?**

MG1 : Le temps que la personne s'en sorte, oui, je pense que c'est une maladie qui est transitoire. Je pense que ça dure moins longtemps qu'une personne qui a vraiment une dépression d'une autre cause, oui.

**A.B.: Est-ce qu'il y a des freins dans la relation médecin-patient?**

MG1 : Justement pas, justement, les gens viennent facilement nous en parler. Oui. Aux consultations d'ONE ça doit aller vite donc elles viennent chez nous pour en parler. Je ne pense pas qu'il y a beaucoup de freins du côté médical.

**A.B.: Est-ce que vous pensez que c'est parce que vous avez un lien privilégié avec la patiente? Parce que vous connaissez bien les antécédents?**

MG1. : Je connais toute sa famille, je connais le conjoint d'habitude, je connais la façon dont elle vit, donc ça fait que c'est beaucoup plus facile. Elle viendra plus facilement parler chez nous.

**A.B.: Est-ce que les patientes partagent leurs sentiments dépressifs avec leur famille ?**

MG1 : Elles préfèrent en discuter avec le médecin parce que justement, elles viennent d'avoir petit bébé donc tout doit être magnifique. (rire)

**A.B.: Quelle solution voyez-vous pour favoriser la prévention de la dépression du postpartum?**

MG1 : Mais je ne suis pas sûr qu'il y ait un moyen de prévenir cela car c'est un changement hormonal, et je ne suis pas sûr qu'il y ait moyen de prévenir ça. Mais c'est parce que je n'y connais pas grand chose (rire).

**A.B.: Est-ce que ce serait intéressant si on proposait une liste avec les facteurs de risque de développer une DPP?**

MG1 : Sûrement, oui.

**A.B.: Est-ce que ce serait une question que vous penseriez poser dans le futur à vos patientes qui sont enceintes, dans l'idée de possiblement dépister les patientes qui sont à risque?**

MG1 : Tout à fait, s'il y a quelque chose pour prévenir, sûrement. Parce que les repérer c'est très bien, mais s'il y a vraiment moyen d'améliorer les choses, sûrement, oui.

**A.B.: Dans les patientes que vous avez pu suivre pendant cette période du**

**postpartum, est-ce qu'il y en a certaines qui vous ont marquées, avec par exemple ce qu'elles ont dit?**

MG1 : Non. Pas spécialement. (rire) Non. Je n'en ai pas eu beaucoup, sur ma carrière je crois que j'en ai eu une dizaine. Mais qui m'ont vraiment marquées.. euh.. je ne m'attendais pas à ce que ces femmes aisées, euh, heureuses, fassent une dépression du postpartum. Oui.

**A.B.: Combien de temps environ direz-vous qu'il faut pour guérir d'une DPP dans votre expérience?**

MG1 : Euh, je dirais entre un et trois mois. Y'a des gens chez qui ça dure beaucoup plus longtemps.

**A.B. : Un des facteurs de risque de développer une DPP est un niveau socio-économique faible, quel est votre avis là-dessus?**

MG 1 : Alors. Pour moi c'est plutôt l'inverse, euh, un niveau économique plus aisé va être un facteur de risque parce que justement ce sont des femmes qui travaillent, qui sortent, qui boivent plus, qui ont une vie active beaucoup plus riche, et ce sont ces dames là qui vont se retrouver avec un bébé qui les bloque tout à fait. Elles ne peuvent plus boire, elles doivent rester à la maison, ne peuvent plus faire leurs activités et, euh, elles ne s'attendaient pas du tout à ça.

Alors que des femmes donc, euh, d'un milieu plus, euh, moins aisé, sont des gens qui ont plus envie d'avoir un petit bébé et qui vont trouver beaucoup plus de richesse là dedans.

**A.B. Mhm. Et le facteur de risque d'une mauvaise relation avec le conjoint?**

MG 1 : Ca c'est une grande question (rire), je n'y ai jamais vraiment réfléchi mais euh oui, c'est bien possible, je pense que oui. Si le conjoint n'est jamais présent, ça peut sûrement jouer sur la dépression. Surtout avec les premiers enfants. Oui.

**A.B. Un des facteurs de risque est le fait d'avoir eu recours à une aide médicale pour tomber enceinte, comme la procréation médicalement assistée, quel est votre avis là dessus?**

MG 1 : Pour moi ça serait justement l'inverse. Des gens qui ont vraiment difficile auront plus de plaisir et plus de volonté par après d'avoir leur bébé que quelqu'un chez qui c'est venu tout seul, et voilà. C'est plutôt - j'aurais dit l'inverse.

**A.B. : Pensez-vous que ces patientes là pensent justement moins justifié de se plaindre par la suite?**

M.G 1 : Oui, ça je crois aussi parce que justement elles ont eu un trajet difficile donc pour être enceinte. Elles vont plus difficilement de plaindre qu'elles ont des effets secondaires ou des plaintes. Alors qu'elles ont eu un trajet médical beaucoup plus difficile avant.

**A.B.: Les guidelines suggèrent que chez toutes les patientes chez qui on a plusieurs**

**de ces facteurs de risque, proposent de les envoyer pour la psychothérapie comportementale avant la naissance pour prévenir le développement d'une dépression du postpartum. Qu'en pensez-vous?**

MG1 : Euuuh, je pense que c'est une bonne chose. Si jamais il y a vraiment des facteurs de risque concordants. Leur proposer déjà avant, donc, avant l'accouchement, de faire une psychothérapie. Sûrement.

Si les facteurs de risque sont vraiment, donc euh, concordants, oui.

**A.B.: Connaissez-vous des psychologues chez qui vous pouvez référer pour ce genre de questions?**

MG1 : Il y a beaucoup de psychologues chez nous dans le quartier, des dames, chez qui je réfère, et donc comme je n'ai pas beaucoup d'expérience, je prendrais contact avec elles pour savoir si elles sont - si elles aiment - si elles ont une affinité pour faire ça.

**A.B. Il existe un questionnaire pour dépister la dépression postpartum, il s'appelle l'EPDS. Penseriez-vous à le proposer à vos patientes?**

MG 1 : (Rire) Je n'aime pas toutes ces échelles et tous ces questionnaires. Je n'ai pas le temps en consultation de faire remplir ça. Et je ne vais pas proposer en salle d'attente vu qu'il n'y a pas de screening avant les consultations.

Les questionnaires c'est bien pour les spécialistes, comme pour les problèmes de prostate. Chez nous ça ne se fait pas.

**A.B.: Combien de temps après la naissance pensez-vous qu'il y a un risque de développer une DPP?**

MG1 : Ca c'est une bonne question, je ne sais pas.

**A.B.: Est-ce que vous pensez qu'après un an on peut encore faire une DPP?**

MG1 : Je crois pas. Pour moi c'est surtout le changement hormonal qui provoque ça, donc c'est assez rapide après la naissance. Après un an je pense que c'est toujours possible de faire une dépression mais je ne pense pas que ce soit en rapport avec la naissance.

**A.B. Chez Kind en Gezin pour dépister la DPP on pose les questions de Whooley aux mamans, ce sont deux questions les interrogeant sur l'existence d'une perte d'intérêt ou une perte de plaisir au cours du dernier mois. Si elle répond oui à au moins une des deux questions il faut la référer. Ceci vous semblerait-il plus réalisable?**

MG 1 : Deux questions simples comme ça, mais pas une échelle complète.

Mais je suis surpris qu'on réalise un dépistage pour ça à l'ONE. Il n'y a pas de temps pour ça, ça va en général très très vite.

(pause)

D'ailleurs, est-ce qu'il s'agit vraiment d'une dépression? Je pense que c'est une baisse d'énergie avec le changement dans le style de vie, les nuits blanches, euh, je ne sais pas si on peut vraiment parler d'une réelle dépression.

**A.B. : C'est vrai qu'on ne parle pas souvent des aspects difficiles et négatifs de la vie avec des enfants.**

MG 1 : Bien sûr que non! On n'a pas idée de la différence que c'est d'avoir des enfants. C. (une de ses filles) n'a pas dormi pendant 4 ans ! Ça perturbe toute la vie, on ne dormait pas, on ne vivait pas. Tout change, ton corps, tes nuits, ta vie sexuelle, mais de là à dire que c'est une dépression du postpartum ...

On a des cours sur tout mais pas on ne nous apprend pas comment être parent.

**A.B. Pensez-vous que les hommes puissent faire des DPP?**

MG 1 : Oui

**A.B. En avez-vous connu parmi vos patients?**

MG 1 : Euh, non, mais les hommes en parlent entre eux. Mon fils m'a dit "je commence la longue traversée du désert" quand il a appris que sa femme était enceinte.

**A.B. Trouvez-vous le sujet intéressant?**

MG1 : Oui, très intéressant. C'est un sujet important. Il n'y a pas de place pour elles après la naissance.

On leur dit "ton fils est beau, il est en bonne santé, alors sois souriante et tais-toi". Même s'il t'a bousillé le corps, bousillé la vie.

### 7.5.2 Entretien médecin n°2

**AB : Bonjour, vous êtes médecin généraliste. Depuis combien d'années exercez-vous ?**

MG2 : Je suis sorti en 2020. En comptant l'assistantat, ça fait 5 ans.

**AB : Dans quel type de pratique exercez-vous, maison médicale, pratique de groupe? Association?**

MG2 : C'est une association où on est quatre médecins généralistes et deux assistantes.

**AB : Et dans quelle région exercez-vous ?**

MG2 : A Bruxelles à Laeken.

**AB : Quel type de patientèle avez-vous ?**

MG2 : Bah c'est plutôt des patients, je trouve, aisés. Parce qu'on n'est pas conventionnés. J'ai pratiquement que ça, ouais. Je crois que j'ai une patiente du CPAS.

Et en termes d'âge, c'est vraiment très varié, ça va de ouais, franchement, ça c'est hyper variable.

**AB : Est-ce que vous avez des activités médicales en dehors du cabinet ?  
Le planning familial ou les gardes ?**

MG2 : Ah oui, c'est ça. Ah non, non, non, ouais, c'est ça. Je fais des gardes de jour, généralement deux par mois. Deux gardes de nuit en périphérie. Ouais, je fais des gardes de nuit, sinon j'ai pas d'autres activités médicales.

**AB : Ok, est-ce que vous pouvez décrire une journée type dans votre cabinet ?  
Point de vue consultations, tout ça.**

MG2 : Quoi ? Comment se déroule une ? Décrire une journée normale. Ben, généralement, début de consultations à 8h. On fait des consultations jusque 10h et puis je fais des visites à domicile et je reprends les consultations de 14h00 jusqu'à généralement 19h, 19h30.

**AB : Alors, est-ce que vous voyez souvent en consultation des femmes enceintes et des nouvelles mères ?**

MG2 : Oui, parce que j'ai quand même des patientes je trouve, bah ça va de tout âge mais j'ai des patientes assez jeunes donc ça arrive très souvent. Ouais.

**AB : Est-ce que le sujet de la dépression du postpartum vous est connu ? Qu'est ce que... comment est-ce que cela vous a été introduit comme notion ? Dans quel contexte ?**

MG2 : J'en ai surtout entendu parler pendant mon stage de gynécologie parce que j'ai fait beaucoup, bah de gynéco. J'y ai presque fait un an et là on en a beaucoup parlé. Donc c'est là où surtout où j'ai abordé le sujet.

Beaucoup moins je trouve pendant mes consultations ici. Depuis que je suis médecin généraliste.

Pas que j'y pense pas, mais je crois pas avoir encore, enfin je me souviens pas en tout cas avoir été confronté à une vraie dépression du post-partum.

Je sais que j'ai eu une patiente, où c'était au début, mais je trouvais ça plutôt un baby blues qu'une dépression post-partum.

Mais je crois pas que j'ai, en tout cas en consultation dans ma patientèle, eu une dépression post-partum.

**AB : Est-ce que la question s'est posée car vous connaissiez les patientes ? Par exemple, pendant le stage de gynécologie, est-ce que c'était un dépistage systématique?**

MG2 : C'était des suivis quoi. C'était vraiment des suivis. C'était pas un diagnostic de nouveau quoi tu vois ? C'était ça. C'était vraiment des suivis de dépression post-partum. C'était des patientes qui avaient accouché à Saint Luc et c'était une consultation de suivi qui se faisait chez moi.

En fait, je ne sais plus son nom, mais c'est un médecin qui est psychiatre et qui en même temps bah gère la dépression du post-partum. En gynécologie à Saint Luc.

**AB : Et d'où venaient ces patientes ?**

MG2 : C'est lui qui les référait. J'avais fait quelques journées de consultation avec lui et donc c'est comme ça qu'on en avait parlé, donc c'était des consultations, juste de suivi. Des dépressions du post-partum.

Y avait pas que ça, mais il y'en avait pas mal, ouais, franchement.

**AB : Est-ce que vous posez parfois la question quand vous êtes en consultation de l'état d'esprit d'une d'une nouvelle mère?**

MG2 : Ouais ouais, ça m'arrive très souvent de demander comment ça se passe à la maison. Comment est-ce qu'elle le vit? Surtout, j'y pense plus, à mon avis, pour un premier enfant, peut-être moins pour un 2e ou un 3e. Mais c'est vrai que pour un premier accouchement, ça je l'aborde souvent et je dirais que j'y pense d'autant plus.

Si je vois souvent la maman, soit parce que le bébé a des problèmes de santé, donc qui vient souvent en consultation. Au plus je vais la voir au plus je me dis bah, je sais pas, si peut-être elle vient souvent même si elle est malade ou quoi, c'est que peut-être qu'elle se sent pas bien.

J'avoue, du coup, ouais je parle pas directement de dépression mais simplement j'essaye de savoir comment elle se sent, comment ça se passe à la maison. Si elle arrive à trouver son rythme et comment ça se passe avec le papa.

Je pense que c'est, c'est comme ça que j'aborde souvent la dépression. Je pense pas directement à la dépression, mais simplement de savoir comment elle se sent quoi.

**AB : Donc la question du bien-être mental de la mère est un point que vous abordez avant la naissance de manière générale.**

MG2 : Avant la naissance ?

**AB : Avant la naissance, ou plutôt après?**

MG2 : Enfin, c'est plutôt après puisque, bah ouais avant la naissance évidemment non.

Ouais je pense pas que ça fait partie des questions que je pose. C'est plus après que c'est vraiment un truc que j'ai tendance à quand même aborder.

Mais aussi parce que un truc qui m'influence c'est que ma belle-sœur a eu pas une dépression du post-partum mais pas loin et du coup ayant vécu ça dans la famille, ça c'est un événement qui marque. Du coup j'y pense peut-être plus quoi, ouais.

**AB: Et pensez-vous qu'il y a des facteurs de risque ? À développer une dépression du postpartum?**

MG2 : Probablement. Ouais, ça c'est sûr. Bah je pense que quelqu'un qui a la base à mon avis a déjà une dépression où est déjà sensible sur le plan psychologique, à mon avis, va être plus susceptible.

Probablement, c'est souvent le cas, mais j'imagine qu'une patiente qui a déjà une dépression du post partum sur une première grossesse a probablement plus de risques de développer une sur les suivantes j'imagine. Et j'imagine, moi je pense aussi que si l'enfant a peut-être aussi eu un trouble à la naissance, un truc qu'on avait pas prévu ou que ça se passe pas bien. Un peu l'attente qui est pas, qui est pas tout à fait idéale ça j'imagine aussi que ça prédispose à développer une dépression. Avec la fatigue j'imagine. Enfin voilà, une tristesse qui s'installe et ça accélère en tout cas le processus pour arriver à une dépression quoi.

**AB : Ce sujet vous intéresse t-il ?**

MG2 : Très fort.

**AB : Quand suspectez-vous une dépression du post partum chez vos patientes ?**

MG2 : Ben donc ouais c'est ça. Franchement j'ai pas souvenir que j'ai le cas d'une dépression mais j'imagine que bah une personne qui va pas bien, je dirais. Un peu comme une dépression classique, donc avoir une instabilité sur le plan des émotions, quelqu'un qui va être - je sais pas - très vite peut être irritable. Qui va présenter des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit. Ouais un peu ce qu'on voit dans une dépression classique. Mais bah évidemment, sachant que si la patiente a accouché, je pense que c'est quelques semaines. On parlera plus d'une dépression du post-partum.

Ouais c'est peut-être avec ça que je vais commencer.

Peut-être que parce que ça doit être, je pense très dur à en parler enfin, en parler pour la patiente et donc je pense aussi que si je vois une patiente qui revient souvent parfois pour des bêtises, une fatigue, elle va revenir pour un mal de gorge. Je ne - je sais pas, je me dis toujours que c'est quelqu'un vient souvent, c'est qu'il y a probablement quelque chose qui est psychologique derrière et du coup j'imagine qu'à ce moment-là je penserai.

**AB : Est-ce que vous connaissez le edinburgh postnatal dépression scale?**

MG2 : Pas du tout.

**AB : Alors, pensez-vous qu'une dépression du post-partum puisse avoir un effet à long terme sur la santé de l'enfant ?**

MG2 : Ah oui. Alors j'imagine que ça joue, ouais, ça c'est, je sais franchement pas à quel point, mais j'imagine que oui ça joue sûrement sur. Ouais, ça joue probablement sur l'état de santé de l'enfant, ouais.

**AB : Sur la santé de la mère?**

MG2 : Évidemment, ouais aussi.

**AB : Et sur la relation mère-enfant?**

MG2 : Certainement, j'en suis persuadé.

**AB : L'enjeu en termes de santé publique vous semble il important ?**

MG 2 : Ouais, je pense qu'on en parle probablement pas assez, mais de nouveau oui. C'est vrai que j'ai jamais été confronté donc je me dis. On en parle pas assez en même temps j'ai pas souvenir de l'avoir vu en consultation donc je sais pas.

Donc d'un point de vue santé publique, c'est pas un truc qu'on aborde ou qu'on voit souvent des affiches sur ça.

En tout cas, moi, ça me semble important. En tout cas, que cette notion là existe. Quoi que les patientes, je pense qu'elles doivent savoir que ça existe. Et que c'est pas anormal. Parce qu'il y en a beaucoup enfin ouais, moi j'ai l'impression qu'il y a de plus en plus d'attentes de l'enfant parfait et ça se passe jamais comme ça.

Et du coup, j'ai l'impression que les parents aussi se mettent beaucoup de pression. Par rapport à la naissance de l'enfant, à comment ça doit aller et ça se passera de toute manière pas comme ils l'ont imaginé et ça, à mon avis, ça doit être probablement un facteur qui favorise la dépression du post-partum.

**AB : Avez-vous une idée de la prévalence de la dépression du post-partum en Belgique ?**

MG2 : Aucune, non franchement je sais pas peut être 5% des grossesses peut être. Plus? Je sais pas.

**AB : C'est entre 10 et 15%**

MG2 : Entre 10 et 15%, c'est énorme. Ouais voilà, c'est énorme.

**AB : Alors lorsqu'une patiente vous dit souffrir d'une dépression du post-partum, quelle est votre prise en charge habituelle ?**

MG2 : Ouais probablement que bah d'office, je dirais que je réfère pour un suivi psychologique. Ce sera probablement la première chose que je vais faire. Plutôt encourager vers une psychologue qui s'y connaît parce que j'imagine que bah ça ne se traite pas de la même manière qu'une dépression normale, donc plutôt d'aller vers un centre, en tout cas qui ont l'habitude de gérer ça.

Et puis généralement, d'un point de vue médicamenteux, sauf vraiment devant des symptômes qui sont hyper importants, que ça se voit vraiment que la patiente est pas bien je pense que je lancerais assez vite un antidépresseur.

Enfin, moi j'ai plutôt tendance à faire le travail psychologique avant le psychologue, et si je vois que la patiente revient d'office, je revois la patiente hein, mais je veux dire, si je vois que voilà, on stagne un petit peu qu'il y a pas vraiment d'effet ou que ça s'en empire alors là j'initie un antidépresseur.

**AB : Proposez-vous des consultations de suivi rapprochées avec ces patientes ?**

MG2 : Ouais. Généralement rapprochées je dirais au début en tout cas quand je le soupçonne, même devant une dépression du coup normale. Mais j'ai tendance à revoir le patient dans les 2 semaines.

**AB : Avez-vous le sentiment d'être à l'aise face à ce genre de consultation ?**

MG2 : Ouais, ça ouais.

**AB : Quels seraient les freins, à votre avis, au traitement chez ces patientes ?**

MG2 : Ben par rapport à un traitement médicamenteux ou par rapport à un suivi psy ?

**AB : Tout ce qui va la soigner. Quoi faire, traiter, qu'est-ce qui pourrait l'empêcher de suivre un traitement?**

MG2 : Bah moi je pense que ça doit être dur à accepter pour la maman. Ça doit être parce que c'est un gros sentiment d'échec ou de culpabilité, oui et donc à mon avis, ça doit être très dur, je pense, à accepter de souffrir de ça et ça, ça doit être un gros frein. Parce que je pense qu'une fois qu'elles l'ont accepté, je pense que de faire un suivi psychologique et de prendre un antidépresseur c'est beaucoup plus facile mais ça je pense ouais. Une question d'acceptation de la maladie quoi, ça va être dur, encore plus qu'une dépression classique je pense.

**AB : Pendant combien de temps instaurez-vous un traitement antidépresseur chez les patientes?**

MG2 : Bah ça va dépendre du suivi généralement. Quand j'initie un traitement, je préviens toujours la patiente qu'on part souvent sur un traitement de minimum, vraiment minimum 3 mois. Généralement, je fais pas moins de 6 mois en fait. Mais je préviens toujours la patiente parce que je pense qu'elles doivent être au courant que si on commence ça, elles doivent savoir que c'est un traitement qui va prendre du temps - qu'on doit parfois switcher. On va trouver le bon traitement mais que ça prend du temps pour avoir un effet. Donc ça j'aime bien l'expliquer aux patientes parce que je trouve que c'est important dans la - ouais - dans le fait de bien prendre son traitement dans la compliance en tout cas. Et après ? En terme de durée, ça dépend vraiment du suivi. J'imagine que probablement parfois ça peut durer plusieurs années. Mais de nouveau, j'ai jamais eu de cas, donc je sais pas trop mais je fais un peu le parallélisme à une dépression classique. Moi j'imagine que ça peut durer plusieurs années. Mais je les mets toujours au courant, ça, c'est un truc que je fais toujours quoi.

**AB : Est-ce qu'il y a des freins dans la relation médecin-patient ? Des freins, des réticences d'en parler, que le sujet soit tabou.**

MG2 : Bah j'ai pas l'impression enfin. En tout cas s'il y a bien quelqu'un à qui il faut le dire, je pense, c'est au médecin généraliste. Mais de nouveau, enfin, moi je pense que la patiente doit d'abord accepter le truc et se dire, ouais, il y a peut-être quelque chose qui ne va pas et donc venir en parler. Mais en tout cas s'il y a bien une relation qui doit être en pleine confiance, c'est celle entre le médecin et le patient quoi. Donc ouais, moi j'espère qu'il y a pas de frein..

**AB : Alors, est-ce que vous pensez que c'est parce que vous avez un lien privilégié avec la patiente - parce que vous connaissez bien les antécédents et l'histoire de vie - que vous avez une place privilégiée auprès de la patiente ?**

MG2 : Pour parler de ça, pour parler du sujet, ça ouais, ça j'en suis sûr. Ouais parce que globalement on crée une relation médecin-patient je dirais, on voit le patient fréquemment, il y a vraiment une relation qui se crée. Au plus on aborde facilement tous les sujets. Moi, j'ai l'impression de ça et vu que c'est un sujet difficile, je vois mal une patiente arriver avec des symptômes comme ça après une première ou une 2ème consultation, aborder un sujet qui est quand même très très personnel. Euh ouais je vois mal une patiente faire ça donc je pense que oui, et ça facilite à mon avis grandement le traitement aussi.

**AB : Est-ce que les patientes partagent leurs sentiments dépressifs avec leur famille ?**

MG2 : Bah moi je pense que ça doit être très dur, et à mon avis ça ne doit pas être fréquemment le cas. Ouais je te dis moi j'ai jamais eu le cas, mais je me dis que déjà pour une dépression j'ai l'impression que les gens trouvent que c'est un diagnostic un peu honteux et c'est un espèce de faiblesse comme ça. Alors que ça peut arriver à tout le monde, mais c'est une espèce d'aveu de faiblesse, alors je me dis que pour une dépression du post-partum, tout est accentué donc j'ai l'impression que ça doit être encore plus dur d'en parler.

Et que probablement qu'il va y avoir la peur du jugement des autres, de se dire, bah elle sera peut être pas une bonne maman alors que - enfin - ça n'a pas de sens.

Mais ouais, je pense que y a probablement un gros ressenti sur ce que les autres vont en penser et à mon avis ça doit être un sujet très difficile.

C'est un sujet que la patiente doit à mon avis garder beaucoup pour elle. Et par rapport à son compagnon, je sais pas si c'est aussi très facile à aborder hein, je crois pas que ça doit être aussi facile à aborder ? Parce que si c'est pas le cas, si pour le le mari tout se passe très bien, de commencer à mettre du coup, peut-être plus de pression sur le compagnon. Il y a aussi peut-être une forme de réticence à en parler. Donc ouais, ça doit être dur d'en parler.

**AB : Quelles solutions voyez-vous pour favoriser la prévention de la dépression post-partum ?**

MG2 : Bah je pense que ce qui serait intéressant - bon ici, évidemment, c'est moins - enfin en médecine générale, je trouve qu'on fait un suivi des femmes enceintes mais globalement, si la grossesse se passe bien, on voit pas forcément une femme enceinte.

Et donc j'imagine que moi, je trouve plus important le rôle du gynécologue, ou en tout cas de l'obstétricien. Ou même la sage femme à la limite. Et j'imagine qu'il faut en parler d'office, d'avoir une consultation centrée sur ça, en tout cas d'aborder le sujet.

Il faut au moins l'aborder peut-être une fois, moi ça me semble être une, enfin un bon moyen de sensibiliser la patiente. Voilà tout simplement qu'elle soit au courant que ça existe, que c'est pas honteux. Que si elle en souffre elle peut venir en parler.

Moi ça me semble, ouais, ça serait en tout cas une bonne idée d'inclure ça dans les consultations prénatales. Peut-être pas de faire une consultation d'une heure pour en parler, mais juste d'en parler à un moment.

Ça me paraît important et je ne sais pas si c'est le cas en fait. Je sais pas s'il doit y avoir des consultations - en tout cas en obstétrique je me souviens pas qu'on faisait ça.

**AB : Est-ce que ce serait intéressant si on vous proposait une liste avec les facteurs de risque de développer une dépression du post-partum ?**

MG2 : Ouais, ça peut sensibiliser. Ouais, c'est aussi une idée de faire un fascicule ou quoi, ou en tout cas quelque chose qui permet d'y penser de temps en temps, ouais.

**AB : Est-ce que ce serait une question que vous penseriez poser dans le futur, à vos patientes qui sont enceintes? Dans l'idée de possiblement dépister les patientes qui sont à risque ?**

MG2 : Ouais, j'y penserai plus en tout cas, parce que je ne crois pas que j'y pense pas assez. Et donc oui, c'est de nouveau que mettais le rôle sur le gynécologue où l'obstétricien, mais globalement, quand on voit une patiente enceinte, je pense que c'est important de juste lui demander comment elle va, comment elle se sent, comment elle vit sa grossesse etc. Et c'est vrai qu'on le fait peut-être pas d'office et peut-être par manque de temps probablement, mais je pense qu'il faudrait y penser probablement beaucoup plus. D'être plus dans la prévention. Ce serait bien.

**AB : Dans les patientes que vous avez pu suivre pendant cette période du post-partum, est-ce qu'il y en a certaines qui vous ont marquées avec par exemple ce qu'elles ont dit ?**

MG2 : Ouais ouais, j'avais une patiente mais c'était plus un problème d'attachement à l'enfant. Où vraiment elle me disait qu'elle ne ressentait mais aucun amour pour son enfant, mais vraiment rien. Elle disait ça.

Ouais, je me rappelle qu'elle me disait que si - ben - il serait pas là, ça ne changerait rien. En fait, ça n'a vraiment rien changé à sa vie la naissance de l'enfant.

Ouais, c'était une jeune en plus, c'était une jeune maman.

J'avoue que c'est une patiente que du coup j'ai renvoyée faire un suivi psy rapidement.

Parce que je trouve que c'était un discours qui était inquiétant.

Alors on peut évidemment créer la relation après, mais c'est quand même un discours que j'avais jamais entendu et qui était quand même ouais, hyper interloquant.

Alors je sais pas finalement c'est ça ?

J'ai pas suivi le truc parce que c'était quand j'étais assistant à Evere et du coup je ne sais pas exactement ce qui s'est passé pour la patiente et donc je ne sais pas si ça rentrait dans le cadre d'une dépression ou pas. Je ne sais pas.

Mais oui, ça, c'était vraiment un truc qui m'a choqué.

**AB : Combien de temps environ diriez-vous qu'il faut pour guérir d'une dépression du post-partum ? Dans votre expérience?**

MG2 : Je pense entre 6 mois et un an.

**AB : Un des facteurs de risque de développer une dépression du post-partum est un niveau socio-économique faible. Quel est votre avis là-dessus ?**

MG2 : Bah j'imagine ouais. Je sais pas. Ouais, je me dit que l'arrivée d'un enfant c'est plus de dépenses donc plus de stress donc évidemment ça les stresse. On s'angoisse un peu plus donc on est peut être moins à l'écoute de soi-même. Ouais, j'imagine que ça favorise la dépression. Ça devrait pas être le cas, mais c'est de pire en pire, donc j'imagine que ce sera de pire en pire.

**AB : Et le facteur de risque d'une mauvaise relation avec le conjoint qu'en pensez-vous ?**

MG2 : Bah ça ouais, ça m'étonne pas. Enfin j'imagine aussi que si la relation ne se passe pas bien, que du coup on peut voir dans l'enfant quelque chose qui n'était peut-être pas attendu ou voulu, ou que - bah - s'il y a des disputes qui arrivent pendant la grossesse, on pourrait remettre la cause sur l'enfant.

Et j'imagine que ouais, c'est de nouveau un facteur de risque qui ne m'étonne pas quoi. Enfin, on doit y être attentif aussi évidemment.

**AB : Un des facteurs de risque est le fait d'avoir eu recours à une aide médicale pour tomber enceinte, comme la procréation médicalement assistée. Quel est votre avis là-dessus ?**

MG2 : Alors ça, je savais pas du tout ça, ça m'étonne. Enfin, ça m'étonne parce ce que j'avais jamais entendu.

On parle pas d'adoption? On parle vraiment de procréation médicalement assistée hein? Ok je vois pas trop le lien. Parce que globalement, il y a quand même bah toute la grossesse qui est - qui est plutôt - enfin. Ouais, je vois pas ouais, ça m'intéresse du coup parce que je vois pas vraiment. Du coup, je serai plus attentif.

**AB : Les guidelines suggèrent pour toutes les patientes qui ont plusieurs de ces facteurs de risque, si on propose de les envoyer faire de la psychothérapie comportementale avant la naissance - pour prévenir - qu'il y a une certaine proportion de ces patientes qui ont moins de sentiments dépressifs par la suite, qu'en pensez-vous ?**

MG2 : OK. Ouais, ça me paraît de nouveau très bien. Parce que globalement, ben de nouveau, c'est dans la prévention et donc je me dis que si on prévient ça, on évite probablement des antidépresseurs et un suivi, parfois pendant des mois après, c'est simplement en étant attentif sur les facteurs de risque.

Mais de nouveau enfin ça, il faut qu'il y ait le temps quoi. C'est un truc je pense qu'il faut instaurer dans des consultations prénatales, moi ça me semble vraiment le plus important. Parce que je vois mal une patiente refuser un truc qui serait un peu poussé par le médecin spécialiste.

À mon avis, il y a beaucoup de patientes qui seraient favorables et ça, probablement que ça aiderait pas mal de patientes, hein.

**AB : Connaissez-vous des psychologues chez qui vous pouvez référer pour ce genre de questions?**

MG2 : Pour la dépression en tout cas oui. Oui, j'en ai une avec qui - enfin je sais qu'elle, elle le gère en tout cas.

**AB : Est-ce que vous pensez à utiliser un questionnaire pour le dépistage de la dépression du postpartum ?**

MG2 : Euh ouais en pratique je suis pas très questionnaire donc j'avoue que moi, c'est un truc que j'ai un peu du mal parce que j'ai l'impression que c'est plus un feeling et un ressenti de la part du médecin et par rapport au discours de la patiente. Mais s'il y a un doute, pourquoi pas ?

Mais souvent, il y a un truc qu'on qu'on ressent. Et ouais, sauf que c'est plus un ressenti qu'on a.

Et donc pour un questionnaire, c'est un peu - c'est un peu bizarre, je trouve les questionnaires, c'est un truc que j'utilise pas beaucoup. Surtout quand ça concerne quelque chose qui est de l'ordre du psychologique, parce que c'est tellement interpersonnel.

**AB : Combien de temps après la naissance ? Pensez-vous qu'il y a un risque de développer une dépression du post-partum ?**

MG2 : Bah je sais que qu'y a la différence entre le baby blues et la dépression postpartum. C'est quelque chose qui est beaucoup plus précoce. Donc, à mon avis, la dépression du post-partum, pourrait commencer j'imagine après une ou deux semaines à mon avis.

**AB : Est-ce que vous pensez que jusqu'à un an, on peut encore faire une dépression du post-partum ?**

MG2 : Bonne question. Ben ouais probablement. Après je sais pas si on la qualifierait de dépression post-partum mais peut-être ouais peut-être que ça peut je sais pas. C'est long, déjà. Et sans signe précurseur. Je trouverais ça un peu étrange, mais peut-être ouais. Peut-être. Je sais pas du tout.

**AB : Un outil pour dépister la dépression du post-partum, c'est poser deux questions de Whooley aux mamans. Ce sont deux questions qui les interrogent sur l'existence d'une perte d'intérêt ou d'une perte de plaisir au cours du dernier mois. Si elles répondent par oui à une des deux questions, il faut la référer. Cela vous semblerait-il plus réalisable qu'un questionnaire ?**

MG2 : Et c'est deux questions de quel type ?

**AB : C'est juste deux questions, est-ce que vous avez une perte d'intérêt ou une perte de plaisir au cours du dernier mois. Et si c'est oui, alors il faut la référer.**

MG2 : Bah ouais, d'ailleurs c'est un peu ce qu'on pose comme question dans la dépression classique donc ça me semble une bonne idée.

**AB : OK. Alors on ne parle pas souvent des aspects difficiles et négatifs de la vie d'avoir des enfants, qu'en pensez-vous ?**

MG2 : C'est vrai, oui. On n'aborde pas assez souvent le sujet. De nouveau en étant dans la prévention, je trouve pas enfin en tout cas je m'attendais en tant que médecin généraliste à faire beaucoup plus de prévention et finalement j'ai l'impression qu'on a pas le temps et donc ce serait bien mais une mise en pratique ça me paraît tellement compliqué. En même temps, c'est une consultation qui est improbable. J'ai l'impression qu'elle arrivera jamais, une consultation comme ça. Les gens ils viendront pas juste pour ça, entre guillemets.

**AB : Pensez-vous que les hommes puissent faire une dépression du postpartum ? En avez-vous connu parmi vos patients ?**

MG2 : Non, mais je sais que les hommes peuvent avoir des dépressions post-partum.

**AB : Est-ce que vous trouvez le sujet intéressant ?**

MG2 : Je trouve que la dépression post-partum est super intéressante.

**AB : Merci beaucoup pour votre temps et bonne continuation. Au revoir.**

### 7.5.3 Entretien médecin n°3

**AB : Bonjour, vous êtes médecin généraliste.**

MG3 : Oui.

**Depuis combien d'années exercez-vous ?**

Eh bien j'ai fini mon assistantat en 2019, donc ça fait 4 ans. Ouais 4 ans. Si on prend mon assistantat, ça fait 6 ans déjà.

**Dans quelle type de pratique exercez-vous ?**

Ben je suis dans un cabinet pluridisciplinaire et j'exerce dans la région de Bruxelles.

**Avec quelle type de patientèle ?**

C'est assez, c'est assez varié. Mais j'ai quand même beaucoup de jeunes, beaucoup de jeunes et de milieux, assez dans un milieu assez aisé, beaucoup d'étudiants.

**Dans quelle tranche d'âge ?**

Donc ben voilà, c'est je te dis comme un peu plus de - un peu plus de jeunes quand même, mais ça va, je commence à avoir quand même pas mal de patients âgés qui viennent de médecins, qui arrêtent autour de moi.

**Est-ce que vous avez des activités médicales en dehors du cabinet ?**

Oui, je travaille à l'ONE. J'ai 2 consultations par semaine.

Enfin, de une et demie plutôt. Et je travaille aussi avec SOS Médecins, plusieurs fois par semaine, donc des visites à domicile avec la garde.

**Est-ce que vous pourriez décrire une journée type dans votre cabinet ?**

Ben écoute, je commence, je commence vers 10h00 parce que je suis pas du matin, je vois 6 ou 7 patients, puis je fais une pause de 45 Min à 1h où souvent je fais d'ailleurs de l'administratif à ce moment-là.

Et puis je continue, je vois encore, peut-être 8 ou 9 patients l'après-midi, et parfois je fais des visites à domicile après ça.

**Voyez-vous souvent en consultation des femmes enceintes et des nouvelles mères ?**

Oui, surtout dans le cadre de l'ONE, mais dans le cabinet, oui, disons, disons que j'en vois, mais c'est vraiment clairement pas majoritairement ma patientèle, hein, mais disons que j'en vois.

**Est-ce que le sujet de la dépression post-partum vous est connu?**

Oui, ça m'est connu, Ouais. Ouais.

**Et quand est-ce que cela vous a été introduit ?**

Mais disons que moi, c'est plus que dans mon propre parcours.

Enfin, je l'ai vu, j'en ai clairement entendu parler d'abord dans mes études, mais clairement, il a été mis en lumière quand moi je suis tombée enceinte et que j'ai eu un enfant.

**Est-ce que la question s'est posée car vous connaissez bien ces patientes, qu'est-ce qui vous a mis la puce à l'oreille ?**

Ben disons que j'ai rarement eu des patientes qui m'en ont parlé, je n'arrive pas à me remémorer.

J'en ai une en particulier, enfin j'en vois une à part en particulier que j'ai donc - que j'ai mis en certificat pour prolonger son arrêt, enfin son congé maternité. Mais je ne me vois pas la diagnostiquer en dépression post-partum.

**Alors, est-ce qu'elles le soulèvent spontanément ou est-ce que vous leur posez la question ?**

Je vais quand même poser la question de leur bien-être. Et montrer beaucoup d'empathie pour les - pour les femmes enceintes et les nouvelles mères, ça oui.

**Est-ce que la question du bien-être mental de la mère est un point que vous abordez avant la naissance ?**

Euh, je t'avoue que non. Ce n'est pas - euh - quoique. Je ne sais pas si je l'aborde vraiment en tant que tel, mais peut-être que je peux en tout cas leur signifier qu'elles auront besoin de soutien.

Si, disons que d'une certaine manière, indirectement, je l'aborde. Je vais l'aborder - oui - en disant, voilà, pour qu'elles se préparent au mieux, qu'elles se créent un réseau, qu'elles auront besoin de soutien. Oui, si je peux, si j'en ai l'occasion, je le fais.

**Est-ce que pensez-vous qu'il y a des facteurs de risque à développer une dépression du post-partum ?**

Alors des facteurs de risque - mmmh - oui, moi je pense que clairement une maman qui a - qui a déjà été confrontée à un épisode dépressif aura probablement plus de chance d'en

faire une - plus de risque d'en faire une. Une maman qui, qui se trouve isolée, par exemple une maman expatriée qui n'a pas de parents ou pas d'amis autour d'elle pour l'épauler ou une maman qui s'est mal préparée, qui ne s'est pas projetée dans ce qui venait après l'accouchement. Pour moi ce sont des mamans qui ont plus de risques de faire une dépression du post-partum. Oui.

**Est-ce que ce sujet vous intéresse?**

Oui grandement, tout à fait, et j'aimerais bien pouvoir clairement mieux épauler mes patientes qui en souffriraient.

**Quand suspectez-vous une dépression du post partum chez vos patientes ?**

Ben comme j'en ai pas, j'ai pas encore eu le cas de figure. Je dirais qu'en tout cas, si je vois que la patiente ne va pas bien. Euh ou voilà qu'elle en pleure ou que j'entends une certaine détresse dans ce qu'elle me raconte clairement, là, je vais essayer de creuser.

**Est-ce que c'est subjectif ?**

Bah totalement sur le coup.

**Connaissez-vous le Edinburgh postpartum dépression scale?**

Non pas du tout.

**Pensez-vous qu'une dépression du post-partum puisse avoir un effet à long terme sur la santé de l'enfant ?**

La santé. Peut-être pas. Je ne pense pas. Maintenant il peut éventuellement y avoir négligence de la part de la mère, peut-être que ça pourrait créer peut-être une insécurité chez l'enfant, une insécurité affective. Mais je ne dirais pas que ça pourrait avoir un effet à long terme sur la santé de l'enfant

**Et un impact à long terme sur la santé de la mère ?**

Bah probablement. Disons que c'est une patiente qui aura peut-être plus de risques de refaire des symptômes d'un syndrome dépressif, oui.

**Et sur la relation mère-enfant?**

Oui. Clairement, en tout cas pour un temps.

**Alors, l'enjeu en termes de santé publique vous semble-t-il important?**

Pas l'impression, non, pas l'impression que ça a un énorme impact sur la santé publique.

**Lorsqu'une patiente vous dit souffrir d'une dépression du postpartum, quelle est votre prise en charge habituelle ?**

Voilà, maintenant, je me projette, si ça devait m'arriver, je pense que clairement, je proposerai un accompagnement rapproché et évidemment des séances de psychothérapie. Et alors si, si vraiment besoin, et qu'on peut le faire par rapport à l'allaitement, c'est éventuellement l'antidépresseur, oui.

**Proposez-vous des consultations de suivi rapprochées ?**

Oui, clairement. Comme en tout cas avec tous mes patients dépressifs.

**Avez-vous le sentiment d'être à l'aise face à ce genre de consultation ?**

Oui, oui.

**Quels seraient les freins, à votre avis, au traitement chez ces patientes ?**

Bah disons l'allaitement déjà. Maintenant je t'avoue que je dois - je - je dois - je devrais regarder dans le CBIP ce qui serait possible de donner. Je ne suis pas sûre que ce soit une très bonne idée de faire les antidépresseurs et l'allaitement. Et bah j'imagine aussi l'accès aux soins psychothérapeutiques, dans le sens où souvent, c'est assez cher. Les patientes peuvent pas toujours se le permettre. Et alors - oui, il y a les prescriptions de renvoi pour le réseau Psy 107 mais voilà, ce n'est que huit séances par an à 11 ou 4€ en fonction du statut du patient.

Donc c'est pas non plus énorme, c'est déjà ça, mais c'est pas énorme donc ça ce serait quand même les freins. Il faut aussi qu'ils puissent trouver un rendez-vous chez un bon psy avec qui le patient a une affinité, le contact qui passe et c'est assez difficile.

Voilà.

**En parlant d'antidépresseurs, instaurez-vous souvent des antidépresseurs chez les patientes ?**

Oui quand même.

**Et pendant combien de temps ?**

Bah au moins 6 mois mais souvent, c'est rare que je fasse que 6 mois, il faut souvent un an, un an et demi.

Ah, je pense que tu parlais des patients, des patientes en dépression du post-partum. Du coup là non, j'ai jamais eu le cas de figure d'une - enfin j'ai jamais dû traiter de dépression post-partum.

**Est-ce qu'il y aurait des freins dans la relation médecin patient ?**

Bah ça peut exister clairement hein, ça dépend quel médecin on a en face de soi aussi. Ben voilà. Une patiente pourrait peut-être se dire qu'un homme pourrait moins comprendre, un homme qui n'a jamais dû accoucher et vivre un postpartum en tant que mère. Et il pourrait peut être moins bien comprendre et alors elle pourra se sentir illégitime dans son affect dépressif, ce qui est souvent le cas d'ailleurs hein, c'est c'est des femmes qui culpabilisent à fond de ressentir ça parce qu'elles devraient en fait être heureuse parce qu'elles viennent d'accoucher d'un beau bébé et ce n'est pas le cas. Elles culpabilisent vraiment à fond donc je pense que - je pense que ça doit pas être évident d'en parler à quelqu'un.

Et donc je pense que le médecin doit montrer quand même une certaine empathie, bienveillance et écoute pour que la patiente puisse se confier au mieux et ose se confier.

**Est-ce que vous pensez que c'est parce que vous avez un lien privilégié avec la patiente parce que vous connaissez bien les antécédents que vous pouvez le déceler plus rapidement ?**

Oui, c'est clair que voilà, moi j'essaye en effet de faire comme je viens de te dire.

Je connais ses antécédents. Et puis les consultations ONE. Bah voilà, je suis déjà l'enfant maintenant, je sais pas à l'ONE on peut éventuellement repérer ça, mais malheureusement, c'est le lieu pour se centrer sur l'enfant principalement. Maintenant, on peut réorienter et ça

peut arriver aussi que la PEPS reprenne contact avec la maman pour faire une consultation rien qu'à deux.

Mais donc oui, c'est ça, j'essaie de créer de toute façon déjà de base le lien privilégié pour que les patientes puissent se confier à moi facilement.

**Est-ce que les patients partagent leurs sentiments dépressifs avec leur famille ?**

Aucune idée.

Mais je suppose que ça doit être difficile comme je, comme je viens de te le dire, c'est déjà, c'est difficile de l'exprimer donc je ne suis pas sûre qu'elles le font toutes.

**Quelles solutions voyez-vous pour favoriser la prévention de la dépression du post-partum ?** Informer. Informer les futures mères, informer les futurs parents de ce qui les attend et les moyens à mettre en place pour être soutenu au mieux.

**Est-ce que ce serait intéressant si on proposait une liste avec les facteurs de risque à développer une dépression du post-partum ?**

Ah oui, clairement je suis preneuse.

**Est-ce que ce serait une question que vous penseriez poser dans le futur à vos patientes qui sont enceintes dans l'idée de possiblement dépister les patients à risque ?**

Alors oui, ça clairement j'ai un petit tropisme pour les femmes enceintes et les jeunes mamans, donc aucun problème, je prendrai le temps pour faire ça.

**Dans les patientes que vous avez pu suivre pendant cette période du post-partum, est-ce qu'il y a certaines qui vous ont marquées, par exemple avec ce qu'elles ont dit ?**

Bah. Non, du coup ici parce que j'ai pas encore eu de dépression du post-partum à suivre, heureusement.

**Combien de temps pensez-vous qu'il faut pour guérir d'une dépression du postpartum dans votre expérience?**

Du coup, voilà, j'en ai pas. Mais du coup j'imagine ça peut prendre quelques mois à voir un an quand même hein. Et puis il y a une sage femme très sage qui dit que le post-partum - pas la dépression - mais le post-partum dure 3 ans donc tout ce qui touche - tout le chamboulement suivant la naissance de l'enfant - peut mettre du temps à rentrer dans l'ordre. Et donc je suppose qu'on va faire une dépression du post-partum dans les 3 ans qui suivent la naissance de l'enfant et qui peut durer quand même un petit bout de temps.

**Un des facteurs de risque de développer une dépression du post-partum est un niveau socio-économique faible. Quel est votre avis là-dessus ?**

Eh bien c'est mitigé parce que le niveau socio-économique faible fait peut-être que ce sont peut-être des femmes qui sont moins informées du coup, qui ont moins facilement accès à une information sur ce qui les attend. Y'a peut-être plus de tabou aussi.

Quoique dans les familles aisées, y'a beaucoup de tabous aussi, donc je pense peut-être que l'impact pourrait être aussi assez grand chez des femmes qui ont justement moins de soutien.

Alors je pense que ça touche tous les niveaux socio-économiques, et des femmes qui ont une vie riche avant, quand même d'un niveau socio-économique aisé. Enfin ça dépend. C'est aussi culturel quoi, des femmes qui sont de base au foyer, qui sont faites pour être au foyer, qui enfin voilà, dont le rôle était de ne pas travailler et qui se retrouvent à avoir accouché, mais voilà, sachant que leur vie n'a pas fondamentalement changé, donc je suppose que c'était moins marquant.

Certaines femmes qui, en effet, qui avaient une vie trépidante et puis qui se retrouvent à la maison avec un nouveau-né, c'est pas aussi évident.

### **Et le facteur de risque d'une mauvaise relation avec le conjoint ?**

Certainement, certainement hein. Le conjoint est l'aidant majeur lors de la naissance du bébé. Et s'il y a une mauvaise relation, j'imagine que le soutien, il n'est pas là.

### **Un des facteurs de risque est le fait d'avoir eu recours à une aide médicale pour tomber enceinte, comme la procréation médicalement assistée. Quel est votre avis là-dessus ?**

Bah ça m'étonne pas. Il me semblait que j'avais déjà vu des témoignages sur les réseaux sociaux parce que je suis pas mal, enfin je m'informe pas mal là-dessus sur les réseaux sociaux et je pense qu'en effet. Voilà il y avait plusieurs personnes qui avaient fait - qui avaient en effet eu recours à une PMA - je pense que ça, ça tombe sous le sens, dans le dans le sens où c'est des femmes qui ont eu tellement d'attentes et qui ont tellement désiré ce bébé et qui ont peut être pas du coup pu anticiper l'après mais plus tout le chemin pour y arriver. Et qui du coup, tombent des nues une fois, une fois, une fois bébé arrivé et surtout, c'est des femmes qui ont été tellement médicalisées et soutenues dans leur parcours de procréation et c'est souvent ça aussi qui est mis en avant jusqu'à l'accouchement.

Enfin lors de la grossesse, on est fort soutenues, on est fort médicalisé.

Enfin, ça dépend un petit peu mais voilà, fort soutenues quand on est en enceinte et une fois qu'on accouche, tout d'un coup, y'a plus personne en fait ou très peu.

Voilà y'a quelques passages de la sage femme à la maison et puis c'est terminé.

Et donc c'est des femmes qui vont sentir très seules tout d'un coup.

### **Pensez-vous que ces patientes-là se sentiraient moins justifiées de se plaindre par la suite?**

Oui, c'est ça. Je pense aussi que d'autant plus ça doit être encore plus culpabilisant pour elles de ressentir ce genre d'émotion, de sentiment, parce qu'elles ont tellement désiré et elles ont tellement mis de temps et d'énergie à la création, à la procréation de ce bébé qu'en effet, elles doivent se sentir illégitimes totalement dans ce qu'elles ressentent. Et c'est un cercle vicieux du coup, qui vont participer à ce qu'elles s'enfoncent dans leur dépression.

### **Les guidelines suggèrent que chez toutes les patientes chez qui on a plusieurs facteurs de risques proposent de les envoyer pour la psychothérapie comportementale avant la naissance pour prévenir l'apparition de dépression du postpartum. Et il y a une certaine proportion de ces patientes qui ont moins de sentiments dépressifs par la suite. Qu'en pensez-vous ?**

Mais pourquoi pas en fait, vraiment, pourquoi pas ?

Je pense en effet de toute façon qu'il faut un réseau de soutien chez toutes les futures mères et chez toute future femme qui va accoucher, que soit le premier ou le 2e ou 3e ou 4e bébé voire plus.

Et que du coup, peu importe les facteurs de risque présents ou non, de toute façon, ça fait partie du coup d'un réseau de soutien supplémentaire, enfin d'un ajout au réseau de soutien, donc tout bénéfique.

**Alors, connaissez-vous des psychologues chez qui vous pouvez référer pour ce genre de question?**

Non, du coup, je n'en connais pas, mais non, j'imagine que tout le monde n'a pas, en effet, de tropisme ou d'affinité pour la question. Donc ouais, c'est sûr que je pourrais contacter, je devrais peut-être contacter l'un ou l'autre dans mon quartier pour voir s'ils accepteraient de prendre ce genre de patientes. Maintenant, je suis pas sûre que ce soit si difficile à suivre.

**Alors, il existe un questionnaire pour dépister la dépression du post-partum. Il s'appelle l'EPDS. Penseriez-vous le proposer à vos patientes?**

Pourquoi pas ? Peut-être pas stricto sensu le proposer à mes patientes, mais peut-être m'en inspirer pour mon anamnèse ça, oui.

**Combien de temps après la naissance pensez-vous qu'il y a un risque de développer une dépression du post-partum ?**

Alors je t'ai dit un moment jusqu'à 3 ans, mais je suis pas sûr qu'après la première année de vie, on pourrait vraiment appeler ça une dépression du post partum. Mais clairement pour moi, dans la première année de vie du bébé, ça c'est clair.

**Est-ce que vous pensez qu'après un an on peut encore faire une dépression du post-partum?**

Du coup je suis pas sûre, maintenant je pense que ça peut arriver clairement.

**Chez Kind en Gezin pour dépister la dépression du post-partum, on pose les questions de Whooley aux mamans. Ce sont deux questions les interrogeant sur l'existence de sentiments dépressifs, d'une perte d'intérêt ou plaisir au cours du dernier mois. Si elle répond oui à au moins une des deux questions il faut la référer. Cela vous semblerait-il plus réalisable ?**

Oui c'est pas mal, c'est déjà c'est déjà pas mal hein. En effet et ça va, ça serait assez rapide à priori assez rapide, hein parce qu'alors les mamans peuvent se lâcher et se dire "tiens on s'intéresse à moi et pas qu'à bébé. C'est peut être le lieu pour un peu déballer", mais pourquoi pas. Moi y'a aucun problème de prendre le temps en consultation ONE, maintenant c'est clair que ça nous met en retard du coup. On doit voir beaucoup, beaucoup de bébés en consultation ONE mais pour moi c'est réalisable.

**C'est vrai qu'on ne parle pas assez souvent des aspects difficiles et négatifs de la vie avec des enfants?**

Mais non. Maintenant, je tends à penser que les langues se délient et que les tabous se dé-tabouisent si on peut le dire comme ça et qu'en effet, il faut en parler parce que tout n'est

pas rose et c'est vrai que voilà, que les photos qu'on peut poster sur les réseaux sociaux ça pourrait peut être tronquer la réalité.

Donc en effet, je suis pour parler de tout et éventuellement en parler avec la future maman et évidemment dans son cercle d'amis d'en parler, de l'évoquer avec les femmes, les femmes autour de nous qui sont enceintes ou qui voilà ou qui ont un désir de grossesse.

**Alors, pensez-vous que les hommes puissent faire des dépressions du post-partum ?**

Je pense qu'en fonction de l'implication de l'homme, du mari, enfin du papa, oui, pourquoi pas, pourquoi pas, mais j'en ai - j'en ai pas encore entendu parler, mais pourquoi pas ?

Parce que, en effet, ça change la vie des parents. Alors on parle souvent des mères parce que finalement c'est les mères qui sont le plus impactées, surtout si elles sont allaitantes et puis parce qu'elles ont le congé maternité.

Mais le papa, lui, il l'a pas. Et voilà, à un moment, il retourne au boulot et donc il est clairement moins dans cette réalité autour du bébé.

Voilà, maintenant, y'a des papas très impliqués et des papas qui prennent un congé paternité plus long et voilà, et donc je pense qu'en effet ils peuvent en faire une aussi parce que ça va changer leur réalité totalement aussi entre l'avant bébé et l'après bébé. Donc oui clairement moins fréquent je pense, mais oui.

**Trouvez-vous le sujet intéressant ?**

Bah clairement oui. Ça me parle clairement.

**7.5.4 Entretien médecin n°4**

**AB : Je vérifie que ça marche bien. Voilà, alors bonjour. Êtes-vous médecin généraliste ?**

MG4 : Oui.

**Depuis combien d'années exercez-vous ?**

J'ai commencé en 2006. Enfin, je suis diplômée de 2006 agrément 2008.

Donc si tu comptes depuis 2006 ou depuis 2008 ?

**Depuis 2006.**

Depuis 2006, donc 17 ans.

**Ok, dans quelle type de pratique exercez-vous ?**

Un cabinet multidisciplinaire.

**Dans quelle région exercez-vous ?**

Dans le Brabant flamand à la limite de Bruxelles, donc urbain.

**Quel type de patientèle avez-vous ?**

Quel type de patientèle ? Milieu favorisé je dirais.

**Dans quelle range d'âge ?**

On va dire principalement de 10 à 60 ans. Et puis ça va de 0 à 94 je crois, la plus âgée.

**Est-ce que vous avez des activités médicales en dehors du cabinet ?**

Non.

**Est-ce que vous pouvez décrire une journée type dans votre cabinet?**

Euh, une journée type ? Ben je regarde mon agenda. D'abord, je me réveille, et voir un peu ce qui est planifié. Je commence vers 08h45.

J'essaie de regarder un peu mon courrier ou les messages du secrétariat, et je commence à voir des patients à 09h00 jusque souvent vers 12h00, 12h30.

Parfois une petite visite en fin de matinée, pas beaucoup de visites à domicile, puis à 12h00 je revois justement mon courrier, les messages du secrétariat. Je rappelle des patients, puis je vais manger.

On a réunion d'équipe deux fois par semaine sur le temps de midi, avec les assistantes, et alors l'après-midi, je reprends soit jusqu'à 03h30, et je vais chercher mes enfants soit jusque vers 05h00-6H.

**Est-ce que vous voyez souvent en consultation des femmes enceintes ou des nouvelles mères ?**

Oui.

**Est-ce que le sujet de la dépression du post-partum vous est connu ? Comment est-ce que cela vous a été introduit ? Dans quel contexte?**

Je ne sais pas quand j'ai appris - enfin - entendu parler de ça la première fois.

Les bancs de l'université sont déjà loin. Je sais pas si j'ai appris ça à l'unif. Je pense que le baby blues, oui, la dépression postnatale, je ne suis pas sûre.

Sinon à l'ONE et à Kind en Gezin, ça c'était quand même un sujet auquel on était attentifs et je oui, je suppose que c'est là que j'ai eu des formations là-dessus. Mais honnêtement, je me souviens pas.

Donc j'en ai entendu parler, je ne sais plus. Je sais qu'à Kind en Gezin systématiquement, on nous recommandait de poser la question aux mamans enfin, en tout cas d'être attentif à ça.

**Est-ce que vous avez déjà eu des patientes en consultation avec une dépression du post-partum ?**

Oui. Souvent c'est flou. Plusieurs en tout cas.

**Est-ce que le diagnostic a été posé par vous-même ou est-ce qu'elles sont venues avec le diagnostic d'autre part? Parce que vous l'avez suspecté ou parce qu'on vous a référé la patiente.**

Bah y en a plusieurs en tout cas où c'est moi qui ai posé, posé le diagnostic, oui.

Je ne sais pas s'il y en a qui sont venues en me disant "j'ai ça" et il y en a qui, sans doute je pense, le suspectait elle-même. Mais oui, poser le diagnostic plusieurs fois. Oui.

**Est-ce que la question s'est posée car vous connaissez bien les patientes? Vous avez été alerté par quelque chose dans leur comportement?**

Non, parce que c'était parfois des patientes que je connaissais pas si bien que ça, donc ben oui, on peut être alertés par le -alors le comportement - je sais pas mais le "Body Language" en tout cas, ou des mamans qui se mettent à pleurer, soit quand elles viennent en consultation pour elles soit quand elles viennent pour l'enfant.

Ou bien elle vient se plaindre de fatigue. Et puis quand on creuse un peu, voilà, on en arrive à un état dépressif.

Mais être alerté sans poser de questions, ça arrive aussi. Je trouve qu'on a quand même une intuition qu'il se passe quelque chose visuellement. Déjà l'expression du visage, on voit que la personne est fatiguée et bah oui, des larmes qui sortent.

**Alors est-ce qu'elles le soulèvent spontanément, ou est-ce que vous leur posez la question ?**

Alors je ne pouvais pas poser la question de "est-ce que vous avez une dépression postnatale?". Mais je vais quand même souvent demander comment ça va, le moral et la fatigue, et donc, en posant ces questions-là, ça ouvre une porte où, souvent, elles peuvent vider leurs sac et expliquer ce qui se passe et leurs émotions.

Voilà parfois chez des personnes que je connais moins, je vais peut-être avoir des questions un peu plus fermées en disant "est-ce que le moral, ça va? La fatigue, c'est gérable?". Voilà, mais quand même ouvrir le sujet, oui.

**Pensez-vous qu'il y a des facteurs de risque à développer ? Une dépression du post-partum ?**

Je crois que ça peut arriver à toutes les mamans, mais oui, les facteurs de risque, sûrement. Ben, l'isolement social, donc, au moins il y a de l'entourage qui peut venir aider ou soutenir moralement, au plus, c'est compliqué.

Ben financièrement, si on peut jamais se payer ni une baby sitter ni un petit mobile pour faire gazou gazou ni une crèche, éventuellement pour être soulagée, ben c'est plus compliqué.

Sans doute si le mari est beaucoup absent, si la maman doit retravailler vite.

Euh, il y a des jumeaux.

Ben des antécédents de dépression.

Ben d'autres d'autres soucis dans la vie qui peuvent amener à une dépression. Donc s'il y a une accumulation de soucis.

Ben, le nombre d'enfants mine de rien, donc la charge un peu sur les bras de la maman.

**Est-ce que la question du bien-être mental de la mère est un point que vous soulevez avant la naissance ou seulement après la naissance?**

Je dirais majoritairement après, parce que je voudrais pas influencer la mère en disant "attention, vous allez peut être faire une dépression".

Donc non, je pense pas que j'en parle avant. Par contre, pendant la grossesse, peut-être si si j'ai l'impression que la maman ne va pas bien moralement, je vais sûrement en parler mais je vais pas dire "attention", après par contre je vais, si on a l'occasion, annoncer que le baby blues est possible et que c'est normal et machin mais vraiment sur la durée temporaire très courte de post partum.

**Connaissez-vous le Edinburgh postnatal dépression score?**

Non.

**Pensez-vous qu'une dépression du post-partum puisse avoir un effet à long terme sur la santé de l'enfant?**

Oui

**Et sur la santé de la mère ?**

Oui.

**Et sur la relation mère-enfant?**

Oui.

**Est-ce que l'enjeu en termes de santé publique vous semble-t-il important ?**

Je pense que... important, enfin, c'est très relatif. Maintenant ce n'est pas sans importance, c'est pas un danger de santé publique majeur non plus, mais oui, ça a son importance, oui.

**Alors, lorsque lorsqu'une patiente vous dit souffrir d'une dépression du post-partum, quelle est votre prise en charge habituelle ?**

Beaucoup d'écoute, beaucoup de.. J'essaie de déculpabiliser. D'expliquer que ça arrive souvent, donc aussi, pour déculpabiliser, entre autres.

Bah oui donc d'écouter comment la maman se sent. Demander justement ce qu'il y a comme entourage, les finances, je trouve ça plus délicat, mais voilà, lui dire de peut-être prendre une baby-sitter, voilà essayer de trouver des pistes avec cette maman de comment est-ce qu'elle peut un peu souffler ?

Voir s'il y a déjà eu des dépressions.

Mais voilà, je prends souvent moi comme échelle la Hamilton depression scale, euh donc qui n'est pas spécifique à cette dépression du post-partum mais qui m'aide à un peu objectiver où on en est, est-ce qu'il y a perte d'appétit, est-ce qu'il y a perte de poids, ou à l'inverse augmentation, insomnie - bon avec un bébé qui est tout petit, c'est normal, je dirais l'insomnie. Mais quand elle peut dormir est-ce qu'elle sait dormir?

Trouble de concentration, des idées suicidaires bien creuser cette question là. J'essaye d'observer si le bébé est là, si l'attachement au bébé à l'air clair, si elle l'observe, si elle est sensible quand il pleure, si elle le prend bien dans ses bras, qu'elle a l'air de le tenir comme une maman ou comme si elle tenait un objet, ça, on voit parfois.

Voir avec qui elle en parle donc si elle a du soutien. Donc voilà beaucoup de dialogue.

Si je trouve ça trop grave, ben, moi je réfère soit vers le psychiatre, soit vers le psychologue. Et je refixe un rendez-vous dans pas longtemps pour suivre, donc m'assurer que ça aille de mieux en mieux ou pas, et voilà que cette personne sente qu'il y a un soutien et qu'ici on va pouvoir en parler.

Qu'est-ce que je fais encore.. les médicaments. En tout cas, j'ai en tête qu'on pourrait en donner. Voilà, si la dépression n'évolue pas bien malgré le psychologue, on peut passer par des antidépresseurs.

Voilà globalement ce que je fais, je pense.

Et vraiment faire un suivi rapproché et prolongé. Donc si ça va un peu mieux, on va quand même vérifier dans, je sais pas moi, dans deux semaines si ça évolue encore bien.

Et je suis aussi une prise de sang pour voir si biologiquement y a quelque chose qui influence, comme la thyroïde ou des carences en fer ou en vitamines.

**Est-ce que vous avez le sentiment d'être à l'aise face à ce genre de consultations?**

Oui.

**Quels seraient les freins à votre avis, au traitement chez ces patientes ? Qu'est-ce qui pourrait être un frein au suivi ou à la détection ?**

Quand c'est dans une autre langue, hein ? Parfois la difficulté de communiquer. Mais parfois culturellement - euh - des habitudes différentes ou des - peut-être la façon de mater dans certains pays n'est pas comme ici et donc c'est parfois pas évident de comprendre ce qui est difficile pour des mamans d'une autre culture.

Et les freins que tu me demandes, c'est les miens ou celles du patient ?

**Ce que vous pourriez voir comme frein pour la prise en charge en médecine générale d'une dépression du postpartum.**

Le coût de la consultation, je pense pour le patient, il y en a peut-être qui peuvent pas se permettre de revenir faire un suivi ou qui vont le croire. En tout cas, le coût du psychologue par contre, ça c'est cher, et c'est pas bien remboursé. Enfin y'a un petit remboursement mais c'est mal remboursé.

Euh la culpabilité de la maman, euh le fait qu'il faut venir au cabinet et quand on a un petit bébé, c'est parfois compliqué de trouver une heure juste au bon moment.

Et pour nous, médecins, ben oui, c'est des consults qui prennent, qui sont énergivores, qui qui prennent vite du temps.

Euh quoi encore. Bah il y a des mamans qu'on ne voit pas parce qu'elles passent plutôt chez les pédiatres.

Et alors parfois les personnes qui ne viennent pas seules, qui ne vont pas oser dire autant que si elles, enfin je parle pas du bébé mais d'un autre adulte ou d'un autre enfant plus âgé. Elles n'oseront peut-être pas toujours dire.

Quoi encore ? Bah s'il y a un stagiaire, je pense que c'est aussi plus difficile d'avoir un bon dialogue.

Dès le moment qu'on ne connaît pas bien la maman, quoique y en a pour qui ça pose pas de problème.

J'en oublie sûrement.

**Si vous instaurez des antidépresseurs, combien de temps est-ce que vous les instaurez plus ou moins ?**

Oh, minimum six mois - un an. Enfin, en tout cas, c'est ce que je recommande, c'est pas toujours le cas mais oui.

**Alors, est-ce qu'il y aurait des freins dans la relation médecin-patient à votre avis ? Une réticence à en parler à son médecin ?**

Euh alors de mon côté, moi j'ai pas de réticence à en parler en tout cas.

Mais je pense que d'autres médecins, entre autres, qui n'ont pas d'enfants ou qui sont masculins n'auront peut-être pas la même sensibilité. Et pour les patientes, ben oui, c'est dans les deux sens. Si subjectivement, le contact est n'est pas évident, qu'on a une relation qu'on apprécie pas, que le patient n'apprécie pas le médecin, je pense que ça va être très compliqué.

Donc subjectivement d'être à l'aise avec la personne qu'on a devant soi dans les deux sens. Mais quand tu as demandé précédemment pour les freins au traitement je ne vois pas trop la différence avec cette question.

**C'était plus des freins dans la relation avec le patient.**

Le temps hein, dans la relation. Prendre le temps.

**Est-ce que vous pensez avoir un lien privilégié avec les patients dans ce contexte-là, en étant médecin généraliste?**

Oui hein.

**Alors, est-ce que les patients partagent leurs sentiments dépressifs avec leur famille ?**

Pas toujours parce qu'il y a vraiment cette culpabilité où les mamans disent : "je suis sensée être super heureuse parce que j'ai un beau bébé qui va bien et je le suis pas, et donc personne va me comprendre et tout le monde va m'en vouloir".

Donc y a vraiment souvent, une grande culpabilité et souvent elles savent pas que c'est quand même assez fréquent. Donc ça et parfois la peur d'ennuyer les autres que j'entends souvent, elles ont pas envie de casser les pieds aux amis qui ont déjà 36 trucs à penser, elles veulent pas inquiéter les autres Donc non, elles en parlent pas toutes.

**Quelles solutions voyez-vous pour favoriser la prévention de la dépression du post-partum ?**

Euh donner l'option d'un plus long congé de maternité sans l'imposer, parce qu'il y'en a à qui ça fait du bien de retourner au travail, mais donc que ça soit une possibilité avec financièrement une compensation qui fait que c'est possible en pas uniquement sur papier, mais en pratique aussi.

Euh, un remboursement des consultations en psychologie.

Ben peut être que les gynécologues aient des consults mieux remboursées pour ça aussi parce que je sais pas s'ils prennent le temps, enfin c'est pas que l'argent mais je pense que les gynécos souvent revoient la patiente à 6 semaines et puis basta.

Et pourtant, ils ont un lien par rapport à cette grossesse et à ce bébé aussi donc peut être de les impliquer là-dedans.

Bah je pense qu'à l'ONE et à Kind en Gezin il y a un soutien qui est là, mais qui est peut-être - qu'on pourrait l'intensifier disons.

Et médiatiser je pense - et je le vois de plus en plus - alors je sais pas si c'est parce que je suis attentive mais en tout cas de voilà, ces temps-ci, on entend beaucoup dire "ça arrive d'être déprimé, ça arrive de se sentir comme ça et vous n'êtes pas la seule", quoi. Donc de médiatiser et ça veut dire je pense aussi que les entourages des mamans seront peut-être aussi plus attentifs. Se dire "ben tiens celle-là, comment est-ce qu'elle va ?

Et alors augmenter les aides de type "on vous donne des titres services quand vous accouchez" pour une femme de ménage ou quelqu'un qui aide à faire des repas enfin, voilà des aides concrètes et pratiques.

Peut être des listings de babysitter ou des nounous qui peuvent venir donner un coup de main.

Je sais pas, je me pose la question, est-ce que c'est bien d'en parler avant que la maman soit déprimée de dire, "vous savez, vous pourriez devenir déprimée" parce que là j'aurais peur d'avoir un effet nocebo, donc voilà, mais peut-être que j'ai tort, mais moi je le fais pas en tout cas.

**Est-ce que vous pensez que ce serait intéressant si on proposait aux médecins généralistes une liste avec les facteurs de risque de développer une dépression du post-partum ?**

Oui.

**Est-ce que ça serait une question que vous penseriez poser dans le futur à vos patients qui sont enceintes dans l'idée de possiblement dépister les patientes qui sont à risque plus rapidement?**

Poser les questions des facteurs de risque? Oui.

**Dans les patientes que vous avez pu suivre pendant cette période du post-partum, est-ce qu'il y en a certaines qui vous ont marqué avec par exemple ce qu'elles vous ont dit ?**

Oui, oui, j'en ai plusieurs qui me viennent en tête.

**Combien de temps environ direz-vous qu'il faut pour guérir d'une dépression du post-partum dans votre expérience ?**

J'ai pas envie d'être pessimiste, mais les dames, en tout cas à qui je suis en train de penser maintenant; j'en ai deux là en tête déjà, qui ont entre-temps eu un deuxième et rechuté au deuxième et donc je sais pas s'il y a eu une vraie guérison entre les deux.

Je sais pas combien de temps mais - donc ça dure longtemps, ici on est à déjà 3-4 ans pour les deux - avec sûrement des hauts et des bas quand même.

Non, et y en a d'autres qui s'en remettent. Je pense qu'une fois que l'enfant grandit un petit peu, on va dire je sais pas 18 mois - 2 ans, souvent ça s'améliore quand la vie reprend un peu plus son son cours entre guillemets et c'est moins fatigant. Et alors l'autre charnière, je trouve, c'est une fois que le bébé dort la nuit et que du coup la maman dort aussi. Le facteur sommeil est vraiment important.

**Alors les guidelines actuels suggèrent que chez les patientes chez qui vous avez un ou plusieurs facteurs de risque de développer une dépression du post partum que vous pourriez déjà les référer pour faire de la thérapie comportementale et que ça va ça prouvait qu'il y avait une une réduction assez significative d'incidence de dépression du post-partum. Qu'en pensez-vous?**

Alors ça m'amène à plusieurs réflexions, d'une part, la thérapie comportementale, j'en cherche toujours, moi, des personnes qui font ça, donc y' a pas assez de psychologues qui sont formés là-dedans. Et ceux qui sont formés sont overbookés donc voilà, parce que les cognitivo comportementalistes sont - enfin, on sait qu'en EBM on voit vraiment des efficacités pour plein de choses et donc je pense qu'ils sont très demandés et pas assez nombreux. Donc premier point. Mais donc si c'est possible d'en trouver, ce qui est pas mon cas, j'en connais pas chez qui je peux référer. Eh bien, je ne sais pas justement si j'oserais dire à cette maman "vous risquez vraiment de devenir déprimée si vous n'allez pas chez le psy", donc si elle est pas encore déprimée et que je lui dis "vous allez l'être", voilà, moi je trouve ça difficile, en tout cas de dire ça comme ça.

Je saurais pas trop comment l'aborder.

**Est-ce que vous pensez qu'après un an on peut encore faire une dépression du post-partum?**

Oui. Enfin. Ça veut dire commencer une dépression du postpartum? Oui, pourquoi pas, oui.

**Alors, est-ce que vous trouvez qu'on ne parle pas assez souvent des aspects difficiles et négatifs de la vie avec des enfants ?**

Non, parce que je suis une personne assez positive. Je trouve qu'il faut plutôt positiver. Et il y a des choses négatives et effectivement il faut en parler, mais - euh - je suis pas trop pour dépeindre que la maternité est une chose horrible, parce que moi je la vis pas du tout comme ça. Mais par contre peut-être que qu'il faut arrêter de faire l'effet inverse, c'est à dire, voilà, c'est dire "c'est fantastique". Au début, il faut peut-être un peu nuancer : c'est ni horrible d'être une mère, ni vraiment la maison des bisounours, c'est voilà, c'est magnifique et en même temps c'est épuisant et c'est pas facile tous les jours et voilà donc peut-être avoir des tableaux un peu plus mixtes, du positif et du négatif. Et j'ai l'impression pour le moment, on voit ou l'un ou l'autre, mais justement pas tellement de mix des points positifs et négatifs, je crois.

**Est-ce que vous pensez que les hommes puissent faire une dépression du post-partum ?**

Pourquoi pas, mais pas la même que la femme. Je pense qu'il y a tellement de changements dans le corps de la maman et dans le fait qu'elle ait porté. Je suis sûr que le papa pourrait être déprimé pour plein de raisons. Il y a beaucoup de changements aussi, mais je pense que ce serait différent.

**Est-ce que vous en avez déjà connu parmi vos patients ?**

Oui, alors je sais pas si - je me suis pas dit, c'est une dépression du post-partum, mais des papas déprimés depuis qu'il y a des bébés, oui.

**Merci beaucoup pour votre temps et pour vos réponses. Bonne soirée.**

**7.5.5 Entretien médecin n°5**

**AB : Bonjour, vous êtes médecin généraliste ?**

MG 5 : Oui

**Depuis combien d'années exercez-vous ?**

Moi je suis médecin généraliste depuis un an en fait, donc je viens de finir mes années d'assistantat il y a un an et donc ça fait environ un an que je travaille dans la région de Woluwe Saint Lambert à Bruxelles.

**Ok, dans quel type de pratique exercez-vous ? Maison médicale, pratique de groupe, association?**

En fait, c'est une pratique solo. Enfin non. En fait, c'est une pratique de groupe qui est à l'acte et on est deux, donc mon ancien maître de stage et moi.

**Avec quel type de patientèle ?**

Donc je dirais, c'est une patientèle plutôt huppée. Donc oui, c'est une commune assez aisée en fait, donc des patients qui en général ont quand même pas mal de moyens, donc d'un niveau socio-économique assez élevé. On a quand même quelques patients qui viennent du CPAS, ça, ça arrive, mais c'est plus rare, oui.

**Est-ce que vous avez des activités médicales en dehors du cabinet, le planning familial, des gardes ?**

Pour l'instant je fais quelques gardes aux urgences, donc dans un hôpital du côté de Anderlecht. Et cette année-ci je ne fais rien d'autre. Mais l'année passée, je faisais beaucoup de consultations du nourrisson, donc à l'ONE, donc à l'Office de la naissance et de l'enfance.

**Alors, est-ce que vous pouvez décrire une journée type dans votre cabinet ? Point de vue, consultation, visite, organisation.**

Alors je suis dans une pratique où il y a peu de visites. Donc oui il en arrive, mais disons que voilà sur une semaine si j'en fais 5 c'est beaucoup quoi donc je fais peu de visites, la plupart c'est des consultations au cabinet, donc je dirais de 08h30 à 18h00 environ et les consultations durent en général 20 minutes jusqu'à 30 minutes max. Et voilà, je sais pas si j'ai répondu à la question.

**Alors, est-ce que vous voyez souvent en consultation des femmes enceintes ou des nouvelles mères ?**

Pas si souvent non en fait, donc ça arrive. Disons que cette année-ci peut-être moins, parce que donc dans la pratique où je suis, c'est vrai que comme je travaille avec mon ancien maître de stage qui était, disons assez âgé, donc les patients avaient pris un peu d'âge avec lui aussi et donc on avait moins de parents jeunes.

On faisait pas beaucoup de pédiatrie, maintenant c'est vrai que en dernière année d'assistantat j'ai fait un an dans un cabinet où justement c'était le maître de stage qui était bien plus à l'aise avec les enfants qui étaient plus jeunes aussi et donc effectivement on avait plus des parents jeunes, on avait plus des bébés donc oui c'est c'est des choses qui arrivent. Enfin voilà j'en ai pas énormément mais il y en a.

**Est-ce que le sujet de la dépression du post-partum vous est connu ? Comment est-ce que cela vous a été introduit comme notion, qu'est-ce que vous en savez ?**

Alors c'est une bonne question. C'est vrai que je connais le terme. C'est vrai que moi je ne me trouve pas très compétente dans ce domaine là dans le sens où j'ai pas souvenir d'avoir déjà eu des formations, j'ai pas vraiment le souvenir d'avoir eu vraiment des cours approfondis là-dessus, donc je sais que ça existe. Mais c'est vrai que c'est peut être pas quelque chose - comment dire ? Ça m'est arrivé, ça m'est arrivé une fois ou deux de voir effectivement une femme où je me suis dit, "tiens là, je pense qu'il se passe quelque chose" et de me dire que ça pouvait effectivement être en rapport avec ça.

Mais disons que c'est pas quelque chose que j'investigue. Donc si par exemple je vois une femme enceinte ou une mère qui a un bébé de quelques mois, c'est pas quelque chose pour lequel je pose spécifiquement des questions parce que c'est vrai que je me sens pas suffisamment à l'aise avec le sujet que pour savoir exactement ce que je vais lui dire de faire. Est-ce qu'il y a des choses qu'il faut que je prescrive ? Enfin donc oui je connais mais sans connaître bien en fait.

**Alors, est-ce que vous avez déjà connu des patientes qui ont fait une dépression du post-partum, et qu'est-ce qui vous a fait penser qu'elle faisait une dépression du post-partum?**

Alors moi, j'ai eu une patiente, je vais dire, le diagnostic n'a pas été posé, mais c'est vrai que c'est-ce que je me suis dit, en fait. J'ai eu une dame qui était assez jeune et qui était, euh, d'origine étrangère, je pense que c'était une, euh, attendez juste que je me rappelle.

Est-ce qu'elle était kurde ou est-ce qu'elle était turque?

Et donc c'était une dame assez jeune, elle devait avoir 23 ans à l'époque, elle avait déjà un enfant, elle avait accouché il y a environ 2 semaines.

En fait, elle est venue me voir pour quelque chose de tout à fait autre. Elle est venue me voir parce qu'elle avait des lombalgies.

En fait, des lombalgies qui avaient commencé depuis la fin de grossesse et qui continuaient à persister en fait juste après son jusqu'à après son accouchement, donc elle était encore suivie de temps en temps par la gynéco qu'elle avait vue, notamment parce qu'il avait aussi des épisodes de saignements un petit peu après la grossesse, mais essentiellement parce qu'elle avait ces lombalgies.

Donc, elle était venue me voir en rapport avec ça et en fait, c'était une dame qui avait, je pense, disons, peu de ressources parce que c'est une dame qui déjà parlait pas très bien français, alors qu'elle parlait assez bien néerlandais.

Pas super super bien, mais en fait elle avait un peu de famille à elle, à Anvers et le reste était au pays.

Donc, en fait, elle habitait à Bruxelles juste avec son mari, et son enfant, un peu plus grand et le tout petit.

Mais en fait, dans la maison, elle habitait aussi avec la famille du mari qui lui mettait plein - qui lui mettait en fait plein de pression.

“Oui, tu dois faire comme ça pour ton enfant, il faut que ce soit bah comme ça et tout ça.” Et donc c'était une dame qui était assez seule, qui travaillait pas, qui avait pas ni amis, ni famille à Bruxelles donc qui était fort seule.

Et vous demandiez ce qui m'avait mis la puce à l'oreille?

**Qu'est-ce qui vous a fait ressentir qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas bien.**

Alors en fait la première fois, je me le suis pas dit directement parce qu'elle est venue me voir pour des lombalgies. Son mari nous a rejoint au cours de la consult, je pense qu'il est venu après en voiture, elle était avec l'enfant, elle m'a pas du tout parlé du fait que ça n'allait pas. Elle se plaignait juste de douleurs et du fait qu'elle dormait pas, donc c'est trompeur, hein? Parce qu'elle avait une plainte plus somatique.

Quelque chose qui m'a frappé aussi, c'est qu'en fait, l'enfant a commencé à pleurer et pleurer. A tel point que ma maître de stage est venue parce qu'elle était assez à l'aise avec les enfants, et m'a dit “écoute, si tu veux, je garde l'enfant et toi tu t'occupes de la mère.

Et c'est vrai que l'enfant, elle pleurait.

Et on se dit : un enfant qui pleure, souvent, une maman va aller directement le prendre dans ses bras et essayer de le consoler, de lui parler de et en fait, elle était vraiment assez focalisée sur sa plainte, sans se concentrer sur l'enfant.

Donc ça c'est une chose qu'il y avait, une sorte de - enfin - j'ai pas envie de dire - oui, peut être pas de dissociation mais qu'il y avait quand même une sorte de décalage entre la demande de l'enfant et la réponse de la mère.

Et en fait, c'est une dame que j'ai revue de manière fréquente parce que comme elle avait mal et qu'en plus de ça, je sentais quand même que quelque chose n'allait pas très bien, je l'ai revue environ toutes les 2 semaines.

Et donc c'est après, quand on a commencé à avoir un lien de confiance, parce que c'était normal que je voyais la première fois en fait hein, quand je l'ai vue pour cette plainte là - et quand on a commencé à avoir un lien de confiance, c'est là qu'elle a commencé en fait à se confier un peu.

“Je vais pas très très très bien. J'ai l'impression qu'ici je n'ai rien pour moi, c'est très dur parce que la famille de mon mari exige que je fasse la cuisine, que je fasse le ménage, que je fasse ci, que je fasse ça, moi je suis vraiment, je suis hyper fatiguée.. j'ai un enfin, j'ai deux enfants, dont un petit qui pleure bah tout le temps” et donc en fait elle a commencé à m'expliquer, elle a commencé à pleurer à - et donc oui - c'est surtout ça.

**Est-ce que vous pensez que c'est parce que vous étiez son médecin généraliste et que vous connaissiez le contexte justement ? Comme l'isolement de la patiente par exemple, que vous avez eu peut être la - la notion plus rapidement?**

Mais peut-être pas la première fois parce que la première fois que je l'ai vue, quand il y a eu l'histoire de l'enfant, là je me suis dit “tiens, y a quelque chose” sans vraiment savoir quoi. Je pense que c'est une sorte de lien de confiance qui a été créé au fur et à mesure des consultations, qui a fait que j'ai commencé à comprendre beaucoup mieux le contexte, l'environnement de la patiente, le fait qu'elle soit isolée, que ce soit une femme qui travaille pas, qui parle pas très bien la langue. Qui voilà, qui, qui est seule en fait, et que ça, effectivement, ça a fait que de un je commence à comprendre beaucoup mieux la détresse dans laquelle elle était et de deux, ça a fait aussi que, comme elle me connaissait, en contrepartie, elle s'ouvrait plus.

**Est-ce que vous pensez qu'il y a des facteurs de risque à développer une dépression du post partum? Comme par exemple des facteurs sociaux, des facteurs environnementaux?**

Dans ce cas-ci, le facteur principal je dirais c'est le fait d'avoir des personnes qui n'ont pas beaucoup de ressources, qui n'ont pas beaucoup de personnes autour d'elles, qui peuvent les soutenir, qui peuvent les comprendre. Je dirais peut-être la culture aussi, parce que j'imagine, il y a quand même des cultures dans lesquelles on met peut être plus de pression par rapport à la mère

Ou des attentes par rapport à l'enfant, dans le sens où tout doit être un peu parfait, tout doit être comme la grand-mère avait fait avant elle ou voilà donc je pense qu'il doit y avoir ça, je pense peut-être.

Oui donc peut être les grossesses que les femmes ne voulaient pas, donc issues d'un viol ou peut-être les grossesses chez les adolescentes je dirais - j'imagine - même si ça j'ai j'en ai pas eu et c'est tout ce à quoi je pense. Ouais.

**Est-ce que vous avez des patientes qui sont référées par leur famille? Par exemple, le mari qui vous demande de contacter sa femme?**

Non, ça j'ai jamais eu. Ici le mari était venu avec et j'avais remarqué que le mari était quand même super supportif avec la manière de parler avec elle. Enfin, elle est venue pour une

plainte somatique. Mais c'est pas c'est pas la famille qui lui a dit de venir en fait. Donc non, ça j'ai pas vu.

**Est-ce que vous posez parfois la question en consultation de l'état d'esprit de la mère avant qu'elle n'accouche, de savoir comment elle se sent ?**

Comment elle se sent ? Oui, mais disons que c'est plus une question. C'est vrai que je l'ai toujours fait, mais je pense pas forcément par rapport à la dépression du postpartum. Mais c'est vrai que quand une femme est enceinte, je demande toujours voilà, si ça se passe bien, si elle se sent bien, si enfin voilà, si y'a tout qui est un peu mis en place, mais c'est vrai que j'y pense sans penser spécialement à ça en fait.

**Est-ce que parfois elles répondent que, par exemple, socialement c'est difficile, qu'elles se sentent isolées ou est-ce que souvent elles disent oui, ça va bien ?**

Euh, alors là où moi je suis en consultation, en général ça va bien et comme je vous avais dit, je suis quand même dans un milieu plus favorisé aussi. Donc je sais pas si en vrai c'est un facteur ou pas mais effectivement c'est des femmes souvent issues d'un milieu plus favorisé qui ont peut être plus de ressources.

Maintenant, c'est vrai que comme j'ai fait des consultations d'ONE, là on a vraiment de tout quoi. C'est des consultations qui sont gratuites. On a vraiment de tous les milieux et... qu'est-ce que je voulais dire.. ah oui, là, ça m'arrivait.

Alors j'ai pas fait de consultation du prépartum, je sais qu'à l'hôpital ils proposent ça aussi. Donc des consultations de prévention avant que l'enfant n'arrive, mais ce qui m'arrivait par contre, c'était de voir des fois en fait des enfants assez jeunes et la maman était une nouvelle fois enceinte.

Et donc là, c'est vrai que j'ai eu quand même pas mal de fois des mamans qui me disaient - voilà - soit des mamans étrangères qui n'avaient pas de famille ici, qui me disaient effectivement "ça ne va pas, je me sens triste, j'ai beaucoup de pression, je me sens seule, j'ai envie de pleurer" et ça, c'est vrai que j'ai déjà eu ou même après la grossesse justement, des mères qui me disaient "je pense qu'il faut que je rentre, je rentre au pays parce que ici je n'ai rien, je suis triste et je m'en sors pas".

**Qu'est ce qui a été proposé chez ces femmes ?**

Mais, c'était en consultation du nourrisson et donc je n'avais pas de suivi, parce que là c'est des consultations où on voit l'enfant, on fait les vaccins, on fait la prévention de l'enfant, alors on parle un petit peu à la maman, mais effectivement c'est pas vraiment notre rôle. Donc moi je les référerai justement chez le médecin de famille en fait en expliquant, je leur disais "voilà, je vois bien que ça ne va pas. Il y a peut être des choses à mettre en place". Je propose éventuellement de prendre rendez-vous chez le psychologue.

**Donc la question du bien-être mental de la mère est un point que vous abordez de manière générale avant la naissance en médecine générale ?**

Très superficiellement, mais oui je demande si elles vont bien, mais je pose pas beaucoup de questions, quoi, c'est "tu vas bien?" "Oui", "OK" voilà.

**Est-ce que vous connaissez le Edinburgh postnatal depression scale ?**

Depuis environ une semaine et demie parce qu'il y a une semaine et demi, je suis allée à la WONCA et on a eu effectivement une présentation par une dame, je pense, qui venait de Singapour ou enfin, voilà une dame qui a fait une présentation sur la dépression du

post-partum en parlant je pense de tests, enfin, de deux questions assez rapides et aussi de cette échelle là. C'est vrai que je ne connaissais pas.

**Est-ce que vous utilisez les échelles de manière générale dans votre pratique pour le dépistage? Par exemple pour dépister la dépression, l'addiction au tabagisme?**

Certaines oui, donc pour le tabagisme. Oui, je fais effectivement le test de Fagerström. Je fais aussi le score pour la dépression - comment, il s'appelle là - je fais surtout deux tests. J'utilise beaucoup le score SCORE pour tout ce qui est prévention cardiovasculaire.

Il y a quelques scores en termes de prévention.

Mais aussi des scores de traitement, le CHADS-VASC et tout ça, ça je le fais aussi. Mais oui, il y a certains scores, mais il faut que je les connaisse, il faut qu'ils soient assez simples à utiliser aussi.

**Dans la dépression du post-partum il y a plusieurs tables, enfin plusieurs échelles. Par exemple il y a le Edinburgh Postnatal depression scale. C'est un questionnaire à dix items qui prend dix minutes à remplir. Et il y a aussi les questions de Whooley, qui sont juste deux questions très simples qui demandent à la femme post-partum si dans le derniers mois elle a eu des sentiments dépressifs ou une perte d'intérêt ou une perte de - d'énergie en général? Et si elle répond à oui une de ces deux questions, il faut se poser la question, peut-être aller un petit peu plus loin, faire peut-être le EPDS par exemple. Ou la référer.**

**Est-ce que ça c'est quelque chose que vous imagineriez implémenter dans votre pratique?**

Ah oui, oui, oui, oui, oui, parce que, comme je vous dis, moi j'en parle pas beaucoup parce j'ai pas l'impression d'avoir spécialement les outils, les connaissances pour et que je trouve que c'est toujours difficile de parler d'un thème avec lequel on n'est pas très à l'aise. Mais effectivement, si en plus vous me dites qu'il y a peut être un outil où il y a seulement deux questions qui sont assez simples, je pense que c'est toujours implémentable, je veux dire, ça prend peut-être 10-15 secondes dans la consulte et voilà, on suspecte qu'il y a quelque chose, on programme alors éventuellement un suivi, on les revoit, on les envoie chez le psychologue.

Alors est-ce qu'on doit la revoir vite, ou bien est-ce qu'on a quand même le temps de temporiser? C'est l'avantage en médecine générale, c'est qu'on peut proposer des rendez-vous de suivi assez vite. Donc oui, je pense, c'est vraiment quelque chose de faisable.

**Est-ce que vous pensez que la dépression du post-partum puisse avoir un effet à long terme sur la santé de l'enfant?**

Alors j'imagine que oui, c'est vrai que je connais pas assez le sujet que pour avoir une idée explicitement de ça, mais je pense que de toute façon, pour qu'un enfant se développe bien, il faut quand même que la santé mentale de la mère soit bonne et comme je vous ai expliqué ici - bah, la patiente que j'ai eue ici, avait quand même une sorte de discordance entre justement la demande de l'enfant et la réponse de la mère, et si c'est quelque chose qui peut se manifester par ça aussi, je me doute que sur le long terme ça peut atteindre les enfants.

On avait vu ça en psychiatrie, hein ? Les enfants chez qui peut être on a apporté moins d'attention. Voilà, des troubles de l'attachement, donc des enfants qui n'avaient peut-être pas l'amour comme ils devaient être donné entre guillemets. Et donc finalement, ça

développait en fait des problèmes d'insécurité ou des choses comme ça sur le long terme. Donc je suppose que oui, mais je connais pas très très bien.

### **Et sur la santé de la mère ?**

Alors oui, comme toute dépression, j'imagine que oui. J'imagine que voilà, il y a le risque de - bah voilà, le risque de suicide.

Je sais pas si c'est exactement comme les dépressions classiques mais donc oui effectivement il y a tout le risque du fait que ce sont en fait des patientes qui se négligent un peu plus, qui appellent un peu moins à l'aide, qui sont fort seules, enfin et autant au niveau de la santé que d'un point de vue, je dirais économique aussi.

### **L'enjeu en termes de santé publique vous semble t'il important ?**

Je dirais oui, mais c'est vrai que je connais pas du tout les chiffres de prévalence de la dépression du postpartum, donc je sais pas à quel point c'est quelque chose de fréquent parce que j'ai l'impression que c'est pas quelque chose de fréquent.

On n'en a pas beaucoup parlé pendant les études et donc j'ai pas l'impression que c'est quelque chose sur lequel on a beaucoup insisté.

Et du coup je sais pas très bien si c'est quelque chose vraiment de fréquent ou pas, je dirais oui.

Enfin, en termes de santé individuelle, ça c'est ça, c'est clair, en termes de santé publique, je ne sais pas à quel point mais je dirais oui.

### **Avez-vous une idée de la prévalence de la dépression du post-partum en Belgique ?**

Justement, non, voilà.

### **C'est entre 10 et 16 pourcents.**

Pour 100, c'est énorme. Ah oui donc c'est une femme sur 10 jusqu'à une femme sur 5 presque quoi. OK.

### **Lorsqu'une patiente vous dit souffrir d'une dépression du post-partum, quelle est votre prise en charge habituelle ?**

Alors j'ai jamais eu le cas où c'est une patiente qui est venue avec le diagnostic posé, mais donc là je pense que, en tant que médecin généraliste, donc si je suis en consultation du nourrisson, je pense que je réfère tout d'abord chez le médecin généraliste parce que je pense qu'il faut quand même qu'il y ait quelqu'un qui centralise un peu tout.

Donc moi de prime abord, j'enverrai chez le psychologue et je pense, parce que comme c'est un sujet avec lequel je suis pas super à l'aise mais si bah quelqu'un vient me voir spécifiquement avec ça et que je sais pas très bien quoi faire, je pense que ce que je ferais c'est proposer un rendez-vous de suivi une ou deux semaines après.

Proposer des numéros de psychologue mais peut-être d'ici là, me renseigner pour voir de un : est-ce que ce sont des psychologues qui sont à l'aise avec le sujet ou pas ? Parce que je pense que bah chacun un peu ses spécificités aussi, et je pense que j'appellerai quand même quelqu'un pour avoir un avis, parce que c'est vrai que je ne sais pas très bien : est-ce qu'on donne des médicaments ou pas ? Est ce que si c'est des femmes qui allaitent, est-ce que ça pose des problèmes ou pas ? Est-ce que ce sont des antidépresseurs classiques qu'on leur donne si il faut ? Est-ce que c'est juste le suivi psy ou pas ?

Et donc pour toutes ces questions-là, comme c'est quelque chose avec lequel je suis pas à l'aise, je pense que je programmerai un rendez-vous de suivi et que j'appellerai moi d'ici là, soit un psychiatre ou je sais pas si le gynéco s'occupera vraiment de ça mais peut-être oui.

Un psychiatre éventuellement qui sera à l'aise pour avoir un avis, en fait, voilà.

**Proposez-vous donc des consultations de suivi rapprochés avec ces patientes ?**

Oui, ça, je pense que si elles viennent avec ça, oui, oui.

**Quels seraient les freins, à votre avis, au traitement chez ces patientes ?**

Mais justement, le fait que je pense à la grossesse et à l'allaitement, vous voulez dire en termes de traitement médicamenteux ou de traitement global ?

**Les deux.**

Voilà, je pense qu'en terme de traitement médicamenteux, les freins c'est que dès que je pense que enfin, voilà je sais pas si c'est moi, mais je pense que y a quand même pas mal de médecins qui ont ça aussi, mais dès qu'on a une femme qui est enceinte ou qui allaite, en termes de prescription, on n'est pas toujours à l'aise quand c'est pas des produits qu'on a l'habitude de donner en fait.

Donc je sais qu'il y a le site, le Crat que j'utilise. Mais c'est vrai qu'à partir du moment où on donne des antidépresseurs ou des choses comme ça, je sais pas si je serai à l'aise sans avoir eu avant quelqu'un qui me dise "ok là c'est vraiment safe en termes de traitement". Bah je pense aussi que comme je vous ai expliqué, moi ces patients que j'ai vues qui ont abordé ce problème là, c'est peut être pas forcément non plus les patientes qui ont le plus de ressources on va dire au final.

Et je pense que les envoyer chez le psychologue, ça veut dire aussi pas de remboursement complet.

Enfin voilà, effectivement on peut avoir quelques séances mais bon, je pense que financièrement c'est pas simple. Je pense que c'est parfois des gens qui parlent pas très bien la langue, ça veut dire qu'il faut trouver un psychologue qui parle cette langue là ? Je pense, euh, il y a la langue, y a l'argent, il y a aussi le fait que voilà, c'est pas toujours des personnes qui vont faire systématiquement ce qu'on leur dit, je veux dire, elles ont en tête des priorités des autres, elles se disent "oui mais voilà, elle me dit qu'il faut aller là, là et là, et faire signer ça. Moi, j'ai trois enfants à garder, j'ai la maison qu'il faut que je lave. J'ai la cuisine à faire, j'ai mon mari" enfin et donc c'est peut être des personnes je pense qui parfois se font aussi - se laissent passer après tout ça.

Je sais pas si c'est clair.

**Combien de temps pensez-vous que le traitement devrait durer ? D'une dépression du post-partum une fois qu'elle a été déclarée.**

Je pense vraiment que ça dépend de l'évolution, donc j'aurais dit en tout cas si on instaure par exemple, donc je sais pas très bien en termes de traitement pharmacologique, mais si on en instaure un, j'aurais tendance à dire quand même que peut-être qu'il faut attendre quelques mois après la résolution complète.

Enfin, en tout cas, si c'est pour comme une dépression - bah - classique, on n'arrête pas les antidépresseurs dès que la personne va mieux parce qu'on sait qu'on peut avoir un rebound. Et le traitement psychologique enfin, la psychothérapie. Et ça, je pense que ça peut même se faire sur le long terme en fonction de si la patiente est demandeuse et de si elle a les ressources pour, donc voilà.

**Est-ce qu'il y a des freins dans la relation médecin-patient? Par exemple, une réticence à en parler au médecin généraliste?**

Moi, j'aurais tendance à dire qu'en tant que médecin généraliste, plus qu'un frein, je pense que c'est quand même plus une force.

Enfin, je pense qu'on est quand même bien placés pour avoir une relation de confiance avec les patientes et que justement, oui, je pense qu'on est quand même bien placés pour qu'elles se confient à nous.

J'aurais tendance à dire, alors moi, je suis une fille, donc je pense que les patientes, parfois, ont facile à se confier aussi, notamment par rapport à peut être certaines cultures ou c'est plus simple de se confier à une femme, surtout pour des choses on va dire qui sont relativement intimes.

Enfin je sais pas, si j'avais été un homme, je sais pas si les patientes auraient peut être aussi simple à me parler de ça. C'est possible que oui.

Mais non, en tant que médecin généraliste, je dirais plutôt, je pense que la relation en fait c'est plus une force.

Maintenant oui, y a des femmes qui ont honte de parler de ça et qui ont honte de dire que ça se passe mal parce que la société veut quand même que quand on a une grossesse on est heureuse d'être enceinte. On est heureuse d'avoir un enfant et peut-être que le thème est - oui - c'est peut-être un sujet qui est tabou. C'est possible.

### **Est-ce que les patientes partagent leurs sentiments dépressifs avec leur famille ?**

Je pense pas trop, alors moi en tout cas les patientes que j'ai vues, partagent parfois avec leurs maris, donc des fois c'est vrai qu'il y en avait qui en parlaient avec leur mari en me disant quand même "voilà j'ai pas non plus envie de me plaindre trop parce que lui il travaille, parce qu'il a quand même pas beaucoup de temps pour ça", mais le mari, souvent, était au courant.

Par contre, souvent, il y avait des histoires de belles familles qui n'étaient pas du tout au courant parce que là justement, on en revient sur le thème : le sujet est tabou.

On n'a pas le droit en fait d'être triste, on n'a pas pas le droit d'être, d'être - ben - pas vraiment heureuse quand on a un enfant.

Il y a certaines patientes, je sais qui avaient quand même des sœurs, ou alors vraiment des personnes proches, une mère ou un père qui étaient là aussi, mais donc c'est vraiment plus la famille proche. Et encore c'est pas c'est pas chez tout le monde quoi.

### **Quelles solutions voyez-vous pour favoriser la prévention de la dépression du postpartum ?**

Alors moi je pense déjà que, comme vous aviez expliqué l'histoire des échelles, des questionnaires et que c'est quelque chose de relativement simple, c'est vrai qu'on a quand même souvent des flyers en salle d'attente, moi je me rappelle mon premier maître de stage avait quelques trucs comme ça. Alors c'était des questionnaires - voilà - sur l'ostéoporose : "est-ce que vous prenez de la cortisone ? Est-ce que voilà.. enfin", il y avait des questions sur le syndrome d'apnée du sommeil, donc les gens pouvaient remplir ça et c'était arrivé qu'ils viennent me voir et qu'ils me disent "bah voilà, en fait moi je pense que je fais des apnées quoi parce qu'ils me demandent : est-ce que je m'endors, est-ce que je je suis fatigué?" et donc je me dis peut-être que déjà, si on met des flyers comme ça, avec éventuellement une affiche en salle d'attente, je pense que ça peut inciter peut-être les mamans à se dire "OK, peut-être que ce que je vis, c'est normal et peut-être que je peux en parler à mon médecin généraliste".

Et ça leur permet peut-être de prendre conscience que c'est quelque chose qui existe parce que, comme je vous dis, dans le corps médical, c'est vrai qu'on en entend parler, mais pas tellement non plus.

Je me dis que chez les mamans enceintes, je sais pas si elles sont toutes au courant que c'est quelque chose qui existe et qui est fréquent en fait parce que vous m'avez dit 10 à 16%, donc c'est beaucoup et je pense que les mères ne savent pas ça. Donc je pense que sensibiliser au fait que c'est quelque chose qui existe et qu'on est là pour elles. Je pense que ça aiderait, quitte à mettre un flyers avec les 10 cases que les gens cochent et puis après ils viennent quoi.

**Ok. Est-ce que ce serait intéressant si on vous proposait une liste avec les facteurs de risque de développer une dépression du postpartum ?**

Oui.

**Dans les patientes que vous avez pu suivre pendant cette période du post-partum, est-ce qu'il y en a certaines qui vous ont marqué ? Par quelque chose qu'elles vous ont dit, que vous n'auriez jamais pu imaginer par exemple ?**

Oui, oui, c'est vrai que maintenant que vous le dites, j'ai une autre patiente. Il y a un an, j'avais pas pensé à cette dame là. C'était une patiente, c'était son premier enfant, elle avait accouché et je sais pas très bien ce qui s'est passé.

Mais son mari a eu une brusque prise de conscience que en fait, quand sa femme a accouché que en fait, il avait besoin de faire un break dans sa vie.

Il est parti faire un voyage à l'étranger pendant quelques mois. Je crois qu'il est allé faire un pèlerinage. Enfin voilà, et donc en fait, son épouse s'est retrouvée toute seule avec son enfant. Elle est venue me voir parce qu'elle était, je pense, à la fin du congé de maternité, donc elle devait retourner au travail. Elle est venue me voir en pleurant, en me disant "je suis épuisée, je m'en sors pas avec mon enfant, je dois reprendre le travail demain et je me retrouve vraiment seule", et je me rappelle cette dame là m'a dit quelque chose comme "je comprends pas pourquoi est-ce que personne ne nous dit quand on est enceinte, que ça peut être aussi dur ?"

Et ça, c'est vrai que c'est quelque chose dont les gens ne parlent pas, hein ? Je veux dire une grossesse, souvent c'est magnifique, on est maman, c'est merveilleux et parfois c'est vraiment difficile. J'avais aussi une amie qui m'a dit ça une fois qui m'a dit - mais donc pas du tout dans un contexte de soignant-soigné - et en fait, c'est une amie qui m'a expliqué que elle quand elle a eu son enfant, ça a été très très dur parce qu'elle sentait qu'elle n'avait pas un lien normal avec son enfant, qu'elle ne sentait pas que son lien était celle d'une mère doit avoir avec son enfant et que personne ne disait jamais qu'on pouvait ne pas aimer son enfant autant que ce qu'il fallait. Et donc elle me dit, 'moi, j'avais l'impression que mon enfant en fait je l'aimais bien mais c'est pas que je l'aimais comme une mère doit avoir un amour inconditionnel et être comblée, et personne ne nous dit que ça peut ne pas se passer comme on dit que ça doit se passer".

**Combien de temps après la naissance pensez-vous qu'il y a un risque de développer une dépression du post-partum ?**

Moi, je dirais quelques mois, mais j'ai pas d'idée de combien.

**Est-ce que vous pensez que les hommes peuvent faire des dépressions du post-partum aussi ?**

Alors ça, j'en ai jamais entendu parler. En fait, je sais pas si le terme est approprié du coup pour un homme. J'imagine qu'un homme peut faire une dépression après avoir un changement aussi important dans sa vie. Je sais pas si ça s'appelle comme ça. J'en ai pas eu, maintenant c'est vrai que cette histoire que je vous expliquais avec la dame qui se retrouve seule et l'homme a une prise de conscience et qu'il faut qu'il parte. Je sais pas si on peut appeler ça comme ça. C'est vrai qu'on entend aussi pas mal de papas qui partent quand la mère vient d'accoucher et que voilà, qui fuient en fait. Est-ce que c'est ça ? Je ne sais pas, donc non ça je ne connais pas.

**Est-ce que vous trouvez le sujet intéressant ?**

Ah oui, oui donc ça c'est oui. C'est super intéressant. Et comme je vous dis, je trouve, on est quand même pas assez formé à ça.

Donc oui je suis preneuse des informations et de lire éventuellement votre travail.

**Merci beaucoup pour votre temps et pour vos réponses.**

7.5.6 Entretien médecin n°6

**AB : Vous êtes médecin généraliste ?**

MG6 : Oui

**Depuis combien d'années exercez-vous ?**

Depuis 22 ans.

**Dans quel type de pratique exercez-vous ?**

Dans une pratique solo.

**Ok c'est une maison médicale, une pratique de groupe, une association ?**

Non, je suis dans un cabinet de médecine générale privée.

**Avec quel type de patientèle ?**

Bah on a de tout. Enfin, je, qu'est-ce que t'attends par patientèle ?

**Une patientèle plus défavorisée, une patientèle plus aisée?**

Non, c'est une patientèle plus aisée. On a beaucoup de patients âgés parce que c'est dans un quartier très résidentiel de Bruxelles, du côté de Uccle.

**Est-ce que vous avez des activités médicales en dehors du cabinet ? Le planning familial, des gardes?**

Non des gardes oui, mais planning familial et cetera, non.

**Est-ce que vous pouvez décrire une journée type dans votre cabinet ? Point de vue, consultation, visite, organisation.**

Oui. En général, je commence mes journées à 08h00 du matin, j'ai des consultations jusqu'à 12h00 - 12h30, je fais mes visites à domicile sur le temps de 12h00, donc jusqu'à 14 h.

14h30, c'est l'après-midi. Je reprends les consultations, j'ai des patients toutes les demi-heures jusqu'à environ 18 h.

**Est-ce que vous voyez souvent consultation des femmes enceintes ou des nouvelles mères?**

Très régulièrement.

**Est-ce que le sujet de la dépression du post-partum vous est connu ? Comment est-ce que ce cela vous a été introduit comme notion, qu'est-ce que vous en savez ?**

J'en ai déjà entendu parler pendant mes études. Je me souviens plus en particulier dans quel cours, mais de manière générale, on en entend quand même pas mal parler autour de soi. J'avoue que j'ai déjà lu aussi des articles là-dessus, parce que ça m'intéresse. Et voilà.

**Est-ce que vous avez déjà connu des patientes qui ont eu une dépression du postpartum?**

**Et qu'est ce qui vous a fait penser qu'elle faisait une dépression du post-partum?**

Oui, j'en ai déjà eu peut-être 20, 30, pas beaucoup plus que ça.

Ce qui m'y a fait penser, c'est surtout la manière dont elle se présente, donc elles arrivent en consultation, et je ne les ai pas nécessairement vues avant, mais de manière générale, elles ont déjà d'emblée un aspect très - elles ont l'air fatiguées et un peu plus apathiques.

Et voilà. En général, on voit quand même, on a quand même des signes comme en fait, on verrait chez n'importe quelle personne, n'importe quel autre patient qui serait pas bien quoi.

**Est-ce qu'elles viennent avec cette plainte par elles-mêmes ou est-ce que c'est des plaintes aspécifiques, comme des plaintes somatiques pour lesquelles elles viennent souvent consulter?**

Moi, ce que j'ai remarqué, c'est que c'était souvent des problèmes liés à l'enfant, au petit bébé.

Donc elles venaient pour des inquiétudes quant à la santé de l'enfant, que ce soit des choses au niveau du corps de l'enfant qui se développe ou que ce soit des infections à répétition. Voilà, c'est surtout une inquiétude par rapport à la fragilité de l'enfant et à ce moment-là, on se rend compte qu'elles sont vraiment épuisées et qu'en fait toute leur attention et leur énergie est dirigée vers cet enfant et qu'elles sont, elles, se sentent débordées. Et alors, à ce moment-là, c'est le moment d'aborder la situation aussi.

En général, c'est un peu comme ça que je fais.

C'est quand je sens que y'a quelque chose. Je ne pose pas la question systématiquement, je demande "comment ça va, comment est-ce que ça se passe ? Le début de la vie avec un nouveau-né ?"

On voit très rapidement, hein, une mère qui est épanouie, qui est super contente, qui est très impliquée, même si elle ne dort pas, elle garde de l'énergie parce qu'elle est super bien. Et une mère qui est très affligée, qui est - qui est épuisée souvent, c'est pas la même chose. C'est l'occasion aussi de voir un peu comment ça se passe avec le compagnon.

Souvent, il y a aussi des soucis à ce niveau-là donc c'est un peu l'occasion de creuser ce qui se passe dans la famille.

Est-ce que le compagnon aide? Est-ce qu'elle se sent toute seule? Est-ce qu'elle a des ressources familiales ou autres? Enfin, voilà, ça, ça va très très loin cette investigation là quand on a le cas quoi.

**Alors, est-ce que vous pensez que c'est parce que vous êtes son médecin généraliste et que vous connaissez bien le contexte que vous allez plus rapidement dépister une dépression du post partum chez votre patiente ?**

Non, je pense pas, je pense pas. Parce que dans les personnes que j'ai rencontrées qui étaient - voilà - qui, selon moi, présentaient une dépression post-partum. C'était vraiment très visible.

Ou en tout cas la personne exprimait assez facilement ses difficultés et voilà, les choses difficiles par lesquelles elle passait, et donc pour moi c'est pas nécessairement parce qu'on connaît bien un patient qu'on peut savoir si cette personne est bien ou pas.

C'est vrai qu'il faut poser peut-être un peu des questions, laisser l'espace ouvert, laisser de la place aux patients pour répondre, mais souvent en fait, cet espace est rempli par la patiente parce qu'elle a besoin d'en parler quoi.

**Est-ce que vous pensez qu'il y a des facteurs de risque à développer une dépression du post-partum ?**

Oui, certainement. J'en connais déjà quelques-uns, certainement pas tous. Mais donc on sait que certaines fragilités psychologiques sont plus à même de favoriser une dépression post-partum. On a aussi noté les abus sexuels dans l'enfance qui est un grand facteur de risque. Qu'est-ce que j'ai encore ? Ah oui, c'est ça, donc le manque de ressources familiales avec le compagnon et cetera. Bah la situation à la maison. Éventuellement, si le bébé a des problèmes médicaux.

Voilà, j'ai pas grand chose d'autre qui me vient.

**Est-ce que vous avez des patientes qui sont référées par leur famille, par exemple le mari qui vous demande de contacter sa femme parce qu'il s'inquiète.**

Moi, jamais. Je n'ai pas observé ça, non.

**Est-ce qu'il y a des patientes qui viennent spontanément en soulevant des sentiments dépressifs, ou est-ce que voilà, c'est quelque chose qui se diagnostique par, par vous-même?**

J'ai pas eu le cas d'une d'une femme qui venait spontanément parler de ces difficultés, mais je crois que, que ce soit consciemment ou inconsciemment, elle vient consulter j'imagine pas toujours mais en tout cas dans ces cas-là elle vient consulter pour différentes raisons que ce soit un rhume ou autre ou une maladie de l'enfant et à ce moment-là c'est vraiment l'occasion d'en parler.

**Voilà, est-ce que vous posez parfois la question en consultation de l'état d'esprit de la mère en pré-partum, donc, avant qu'elle n'accouche?**

Non, ça j'avoue que je le fais pas. J'ai pas la mémoire de l'avoir fait.

Bah c'est ce que j'ai observé souvent, c'est que les femmes, en fait, pendant la grossesse consultent peu parce qu'elles sont souvent vues par le gynéco ou la gynéco, et donc surtout en fin de grossesse, on les voit pas tant que ça.

En début de grossesse, on les voit beaucoup parce qu'elles ont des symptômes de début de grossesse et qu'elles demandent de l'aide par rapport à des nausées, des constipations et d'autres choses, mais en fin de grossesse, moins je trouve.

**Est-ce que la question du bien-être mental chez la mère est un point que vous abordez de manière générale avant la naissance ?**

Avant la naissance, non, mais après la naissance, lorsqu'une femme vient avec un enfant, peu importe l'âge.

Peut-être pas systématiquement, mais extrêmement souvent, je pourrais la question de comment, "comment ça va à la maison, peu importe la tournure, mais en fonction de la perche qui m'est tendue en tout cas.

**Est-ce que vous utilisez les échelles d'évaluation de manière générale dans votre pratique pour le dépistage, par exemple, la dépression, les addictions, la prévention cardiovasculaire ?**

Je les utilise, mais dans le but de - de montrer quelque chose au patient, donc la plupart du temps, quand on veut discuter de certains sujets avec le patient, que ce soit l'obésité, les - les problèmes cardiovasculaires, la dépression. Mais lorsque le patient reste très réfractaire pendant un certain temps, ou qui a voilà une dissociation qui fait que la personne ne veut pas se rendre compte, Il y a un moment où, en tant que médecin, on peut pas vraiment les laisser continuer à ne pas se rendre compte et donc à ce moment-là ça aide justement de le faire. Bah par exemple en parlant de la dépression, les différentes questions des échelles permettent au patient de se rendre compte, "ah oui, bah oui, effectivement" on se rend compte qu'on a une grande probabilité de dépression et donc ça les aide à y voir un petit peu plus clair à se rendre compte un peu de leur état.

**Est-ce que vous connaissez des échelles pour le dépistage de la dépression du post-partum ?**

Non.

**Est-ce que vous pensez que la dépression du post-partum puisse avoir un effet à long terme sur la santé de l'enfant?**

Oui, je pense. Surtout au niveau de l'attachement de l'enfant.

Parce que une femme qui est, qui est déprimée va avoir des difficultés à s'occuper de manière émotionnelle de l'enfant, parce qu'elle aura moins de ressources et moins d'énergie pour répondre aux besoins de l'enfant qui est, qui doit être inconditionnel et constant.

Et, voilà, j'imagine que dans certains cas graves il y a carrément négligence de l'enfant ?

Enfin, les besoins primaires de l'enfant qui peuvent être atteints. Enfin oui, tu as compris ce que je veux dire.

Mais en tout cas, au niveau de l'attachement au départ, ça peut déjà avoir une influence quoi. Le risque de développement d'attachement insécuré lié au répondant de la maman en fonction des demandes de l'enfant quoi.

**Et sur la santé de la mère? Des effets à long terme sur la santé de la mère?**

J'imagine qu'il doit avoir beaucoup de culpabilité une fois qu'on en est sorti par rapport à ce qu'on a pu faire ou pas faire à son enfant ou voilà surtout quand on est maman. On prend vraiment très, très à cœur notre rôle de maman et voilà, j'ai pas beaucoup plus d'idées.

**L'enjeu en termes de santé publique vous semble t-il important ?**

Hum, je dirais modéré.

**Avez-vous une idée de la prévalence de la dépression du post-partum?**

Pas vraiment, non. Je sais pas peut être une femme sur 10, quelque chose comme ça.

**Lorsqu'une femme souffre d'une dépression du post-partum quelle est votre prise en charge habituelle ?**

Alors, ben généralement, j'essaie de faire le tour. On peut pas tout faire en une consultation, mais généralement j'essaie de revoir la personne assez rapidement, en tout cas dans un premier temps pour pas l'assaillir, et de ne pas la comment dire - enfin - ne pas l'assaillir quoi, et donc de manière générale, faire le tour de sa santé à elle, la santé de l'enfant, comment ça se passe à la maison et surtout essayer de la soulager, de trouver une chose déjà pour la soulager à la première consultation, que ce soit au niveau du sommeil, que ce soit au niveau - voilà - de certaines douleurs qu'elle pourrait avoir lié au stress.

Parfois, je prescris aussi de la kiné déjà à la première consultation, s'il y a - je sais pas moi - des cervicalgies, des lombalgies liées au stress.

J'essaie de revoir la maman très rapidement et de la référer à une psychologue ou un psychiatre et de ne pas lâcher la maman, à partir du moment où on l'a référé, qu'elle sente qu'elle est la bienvenue pour revenir en parler, c'est vraiment la suivre et la soutenir quoi.

**Proposez-vous des consultations de suivi rapprochées ?**

Chez ces patientes, oui.

**Quels seraient les freins, à votre avis, au traitement chez ces patientes ? Au traitement de la dépression en général.**

Mais ce que j'ai observé, c'est que les mamans déjà, elles ont du mal à admettre qu'elles sont en dépression. Elles ont du mal à se l'avouer.

Parce que c'est difficile, je pense, en tant que maman, de se dire que - ben - on a de la culpabilité en fait parce qu'avoir un enfant, c'est censé être quelque chose de merveilleux. C'est censé être quelque chose d'épanouissant et en fait c'est pas facile et on en parle pas nécessairement dans notre société.

En fait, c'est comme - c'est comme un entraînement de paracommando les premières semaines, premiers mois, et en fait on est juste des êtres humains et voilà, c'est un peu dur pour elles de s'en rendre compte.

Euh, et c'est surtout difficile de se rendre compte de l'effet que ça peut avoir sur l'enfant. Parce que ça reste très flou. Déjà, elles sont épuisées, donc elles arrivent pas à penser correctement.

Mais de manière générale, je n'ai pas observé de frein chez elle pour aller consulter un thérapeute en psychologie.

Par contre, en ce qui concerne d'éventuels traitements, si on doit leur prescrire des antidépresseurs, ben on le fait pas d'emblée, mais dans certains cas ça peut être indiqué.

On le fait après avoir pesé les risques, le pour et le contre.

Mais il y a aussi le facteur allaitement, qu'on doit prendre en compte parce qu'on peut pas tout prescrire non plus.

Voilà, je - c'était quoi la question sur les freins ? Ah oui, quels seraient les freins au traitement ?

Peut-être aussi juste un aspect de jugement, la peur d'être jugée par sa famille, par son compagnon, le manque de compréhension de son entourage.  
Surtout si elle est la première à ressentir ça dans sa famille. Je pense que ça doit être quelque chose d'assez lourd au quotidien.

**Combien de temps pensez-vous que le traitement devrait durer ?**

Enfin ça, ça dépend d'une personne à l'autre, mais c'est sûr qu'il faut effectuer un suivi quel qu'il soit. Moi, souvent je conseille aux femmes de se rendre aussi à l'ONE si elles y sont suivies et qu'elles font pas le suivi chez le pédiatre.  
Là ils ont vraiment l'habitude, y'a quand même des services d'accueil, de soutien pour les mamans et - pardon j'ai oublié la question.

**Combien de temps est-ce que le traitement devrait durer ?**

Oui et donc pour moi, il faudrait voilà, j'estime qu'il faudrait au moins suivre la maman pendant les 2 premières années de vie de l'enfant au début, de manière beaucoup plus intensive, pas dans une idée de contrôle, mais vraiment pour être certain que tout se passe bien et au mieux entre la maman et l'enfant et à la maison.  
Mais il faut également être sûr que ça perdure, que ça persiste dans le temps.

**Est-ce qu'il y aurait des freins dans la relation médecin-patient ?**

Comme ça, ça me vient pas tant que ça, j'ai pas vraiment eu ce problème, j'avoue.

**Est-ce que vous pensez qu'il y aurait une force dans la relation médecin patient pour ce sujet-là ?**

Oui oui certainement.  
En tant que médecin généraliste, on est privilégié.  
Enfin, on est vraiment en première place. En fait, on est les premières personnes qui vont recevoir, recevoir les mamans. Bon, on a les gynécologues aussi. Mais c'est vrai qu'après la grossesse ils ont un peu tendance à dire "ciao, bye bye" et donc c'est le relais par le pédiatre mais qui sont très concentrés sur l'enfant et moi sur la maman.  
Et donc bah moi j'estime qu'on est quand même en première ligne pour réagir sur ce sujet-là quoi.  
En plus, si on a une relation déjà de confiance qui est déjà là avec une maman, c'est très pratique, mais parfois ça m'est arrivé d'aborder des mamans qui venaient pour la première fois et d'en parler déjà en fait parce que je voyais qu'elles en avaient besoin.

**Est-ce que les patientes partagent leurs sentiments dépressifs avec leur famille ou leur entourage ?**

Oui, mais souvent avec des personnes proches, donc leur maman. Pas à toute leur famille et j'ai remarqué qu'avec leurs compagnons, elles avaient beaucoup de réticence à en parler de manière générale. D'ailleurs, le compagnon n'accompagne pas en consultation.  
Les compagnons de mon expérience accompagnent plutôt les enfants plus âgés mais pas les tout-petits.

**Quelles solutions voyez-vous pour favoriser la prévention de la dépression du postpartum ?**

Je pense que ça serait utile d'évaluer avant la naissance le risque d'une maman puisque j'imagine que enfin, on en connaît déjà certains, mais j'imagine qu'il y a certainement

d'autres facteurs de risques qu'on peut déjà identifier et donc ça pourrait être utile de sensibiliser la maman déjà à l'avance sur ce risque et de déculpabiliser, de dire que voilà, ça arrive, ça arrive beaucoup, elles seraient pas les seules mais que voilà, c'est bien de le savoir pour réagir au plus vite possible, quoi.

**Quelles solutions voyez-vous pour favoriser le dépistage de la dépression du postpartum ?**

Favoriser le dépistage c'est vrai que ça serait pas mal. Je pense que ça se fait déjà, mais d'avoir des sages-femmes qui viennent à la maison pendant les premiers mois pour voir si tout se passe bien au niveau allaitement et cetera. Et je pense qu'à ce niveau-là, ça serait pas mal qu'elles aient une formation parce que elles elles sont là, dès les premiers moments de la naissance fin juste après la naissance du bébé.

Et ça serait pas mal qu'elles aient une formation aussi pour pouvoir dépister certains signes. Et puis pouvoir référer surtout.

**Combien de temps après la naissance est-ce que vous pensez qu'on puisse développer une dépression du post-partum ?**

J'ai envie de dire directement parce que déjà, après la naissance, on a des chutes d'hormones importantes et on peut déjà très rapidement en fait avoir des sentiments négatifs - des émotions négatives - qui se développent.

Maintenant, voilà dans le DSM, il faut 2 semaines de symptômes pour voir diagnostiquer une dépression après, on se rend compte que dans beaucoup de situations c'est pas le cas, donc il faut pouvoir en tenir compte aussi.

**Est-ce que ce serait intéressant si on proposait une liste avec les facteurs de risque de développer une dépression du post-partum aux médecins généralistes ?**

Très, je pense que ça serait vraiment très utile.

**Et la même question, mais pour des échelles d'auto-évaluation, des questionnaires?**

Oui, pourquoi pas, même si je pense que ça serait moins utilisé que la liste des facteurs de risque parce que si on les a bien en tête déjà au départ c'est beaucoup plus facile. Par contre, je pense que de manière générale, les médecins généralistes ne les utilisent pas tant que ça, hein.

C'est peut être mon idée, mais je pense qu'ils les utilisent pas tant que ça dans leur pratiques parce qu'ils ont pas le temps, ils ont un petit peu leur manière de fonctionner, leur petit dada, leur petit .. ouais, juste leur manière de fonctionner et donc moi je sais que sauf dans certains cas je les utiliserai pas parce que voilà, je trouve, c'est des outils un peu trop mathématiques à mon goût.

Je préfère faire du cas par cas avec le patient que j'ai devant moi.

**Est-ce que vous pensez que les hommes peuvent faire des dépressions du postpartum?**

C'est une bonne question. Je suis pas sûr de m'être déjà posé. Oui, j'imagine donc que tout est possible.

J'en ai jamais observé, peut-être qu'on les dépiste pas. On y pense moins ou ils se présentent pas en consultation, ça je sais pas vraiment mais certainement oui je sais pas du tout à quelle probabilité si vous avez la réponse ça m'intéresse.

Oui, oui, très, c'est très intéressant. Moi, j'ai une affinité pour tout ce qui est psychologique, donc ça m'intéresse.

**Merci beaucoup pour votre temps, pour vos réponses.**

Je t'en prie.

### 7.5.7 Entretien médecin n°7

**AB : Alors. Bonjour, vous êtes médecin généraliste ?**

MG7 : Oui.

**Depuis combien d'années exercez-vous ?**

Donc maintenant ça va faire 5 ans que je travaille, je travaille dans une maison médicale au forfait sur Bruxelles avec une patientèle très, très, très hétérogène, donc je fais plutôt, je fais beaucoup de social effectivement dans une patientèle assez précarisée.

**Ok, avez-vous des activités médicales en dehors du cabinet? Des gardes ?**

Pas vraiment, généralement des gardes ou bien des activités qui n'ont rien à voir avec la pratique médicale classique, de la supervision d'événements ou ce genre de choses, mais pas d'activité en tout cas

**Est-ce que vous pouvez décrire une journée type dans votre cabinet?**

C'est généralement des consultations, c'est des consultations la matinée et l'après-midi quelques rares visites. Mais c'est de la consultation, à un rythme généralement tout à fait classique, d'heures de bureau avec 8-18 8-19 voilà. On a aussi parfois quelques concertations multidisciplinaires, des réunions avec d'autres secteurs qui occupent quand même 1h par jour, plus ou moins. Mais c'est tout, ma pratique se résume à ça.

**Alors, est-ce que vous voyez souvent en consultation des femmes enceintes ou des nouvelles mères?**

C'est assez rare, c'est assez rare dans la mesure où, quand je les vois, c'est souvent pour le motif d'éventuels symptômes autour de la grossesse, de la fatigue, de la nausée. Mais je vais dire qu'elles ne viennent pas pour un suivi, donc quand je les vois, c'est rare et c'est quand elles sont symptomatiques. Ouais.

**Est-ce que le sujet de la dépression du post-partum vous est connu?**

Très peu. Plutôt au niveau universitaire, académique, plutôt dans les dans les cours de ce qu'on a vu. Maintenant pas suffisamment connu pour que je puisse y prêter attention si le contexte n'est pas donné, mais je ne pense pas que dans ma pratique habituelle, je fais un dépistage systématique ou un dépistage actif, non.

**Est-ce que vous avez déjà connu des patientes qui ont fait une dépression du post-partum? Et qu'est-ce qui vous a fait penser qu'elle faisait une dépression ?**

Non, aucune. J'en ai jamais vu. Les seules fois où j'ai été exposé, c'est à travers les récits d'autres personnes, des assistants à l'époque ou des collègues.

Mais je n'en ai jamais vu moi, alors j'ai parfois l'impression que j'ai pu en rater éventuellement, mais que ça ne s'est jamais présenté au stade où ça éveillait chez moi quelque chose de sévère ou quelque chose qui aurait dû me faire tiquer là-dessus, non.

**Est-ce que le bien-être mental de la de la femme enceinte est un sujet que vous abordez en consultation ?**

Très peu, très très peu. Moi, je me concentre en tout cas généralement plus sur le somatique. Au niveau psychologique, c'est un sujet qui vient, mais qui pour moi est aussi le plus souvent amené par la patiente elle-même, dans la mesure où je vois relativement peu de femmes enceintes et je vais plutôt m'intéresser à leur grossesse plus qu'à leur état psychologique, surtout si je n'ai pas de contexte.

Donc chez les mamans. Enfin les futurs mamans qui n'ont pas de problème au niveau psychosocial par exemple, c'est quelque chose que je ne traiterais quasiment jamais dans la mesure où je fais très peu de suivi aussi. Euh, voilà maintenant je pense que je peux clairement dire que dans une meilleure pratique, ça devrait clairement figurer.

**Est-ce que vous avez déjà eu le ressenti que quelque chose n'allait pas quand vous avez vu une mère venir en consultation avec son nourrisson ?**

C'est dans des contextes un peu plus précis donc pour moi, il y avait généralement toujours un contexte. Je pense ici principalement à ce qui est de la violence conjugale. Plutôt dans ce contexte-là, maintenant au niveau de la relation mère-enfant, non pas de ce que j'ai vécu jusqu'à présent, pas dans les patients que j'ai eu - du tout, euh - non, j'ai, eu d'autres cas, mais encore une fois, ça venait de l'extérieur. Moi personnellement, ça ne m'est - non - ça ne m'est jamais arrivé.

**Est-ce que vous pensez que parce que vous êtes médecin généraliste, que vous avez une place privilégiée auprès des femmes enceintes pour dépister un problème éventuel dans le post-partum ?**

Bien sûr, bien sûr, je pense que oui, surtout dans la mesure où j'ai souvent l'impression que dans le post-partum, on est aussi une des toutes premières lignes vers lesquelles les mamans se tournent. Alors moi je travaille aussi très fort avec avec l'ONE et donc moi je redirige souvent les mamans vers l'ONE.

Euh, et je sais par expérience aussi, que dans les consultations de routine, ils font aussi très attention à ça, à pouvoir justement dépister ce genre de de choses.

En tout cas à ma connaissance, donc généralement dans les consultations de routine. Je m'attends à ce que l'information remonte d'abord là-bas, maintenant pour moi, par rapport à ça, dans le postpartum direct, c'est vrai que je fais très peu de suivi.

C'est ce que tu avais demandé? La question, qu'est ce qu'elle était ?

**Je ne sais plus. Ah oui, en tant que médecin généraliste qu'on a une place privilégiée.**

Ah oui, c'est ça, oui.

Mais oui, je pense que clairement, oui, parce qu'aussi on a tout le contexte de la maman en dehors de sa grossesse, en dehors de elle en tant que maman, mais en tant que personne,

je pense que dans la pratique à ce stade-ci, avec 5 ans j'ai pas encore eu suffisamment de recul pour avoir accompagné une femme qui est devenue maman et voir comment elle a évolué là-dedans. C'était chaque fois du ponctuel, donc je pense que la relation n'était pas assez développée pour avoir pu approfondir ça, mais je pense qu'on a une place privilégiée. Oui, oui, bien sûr.

**Est-ce que l'ONE vous renvoie parfois des patientes en disant qu'il y a une suspicion de dépression du post-partum ?**

Absolument pas. À ma connaissance, ils se retournent vers d'autres organismes, mais pour moi, la place du médecin généraliste se trouve peut-être plus en amont qu'en aval dans le traitement de ce genre de suspicion, ou en tout cas dans le diagnostic, donc non du tout, non.

**Est-ce que vous pensez qu'il y a des facteurs de risque à développer une dépression du post-partum ?**

Certainement, mais qui pour moi ne sont que difficilement différenciables des facteurs de risque à développer une dépression tout court donc c'est effectivement pour moi des gens qui sont à risque de développer une dépression dans les deux cas. Les facteurs qui permettent de développer la dépression du post-partum spécifiquement pour moi sont très inconnus, en tout cas, pour moi, c'est un tout, ça fait partie du, entre guillemets package de la grossesse et de l'accouchement avec une variation à la fois - comment est ce qu'on pourrait dire - à la fois qui est interne comme externe, donc des facteurs internes comme externes, mais qui je ne saurais pas différencier de la dépression juste de base, non.

**Quand vous parlez du fait que les médecins généralistes ne sont pas en aval du problème, quel traitement est-ce que vous envisageriez, dans la dépression du post-partum ?**

En tout cas, si, donc on me présente alors une patiente avec qui je sais - ou je suspecte fortement une dépression du postpartum, ma première réaction serait de la suivre de façon plus rapprochée. Ensuite, je pense que je m'entourerais d'office de psychiatres, en tout cas d'une seconde ligne, avec un tropisme psy pour voir s'il y a une aide médicamenteuse qu'on pourrait mettre en place par rapport à ça. Et puis je m'orienterai en parallèle sur les différentes ressources de la maman, et voir à faire jouer un petit peu le - comment dire - cette place du médecin généraliste vis-à-vis du réseau familial, vis-à-vis de l'entourage. Et j'essaierai de créer un contexte le plus sain possible pour être sûr que tout se passe bien à la maison. Si tout ça est un peu compliqué, je pense que je m'orienterai peut-être vers des organismes spécialisés en dehors du contexte médical, mais quelque chose de paramédical ou de social, plutôt dans du médico-social, pour essayer d'accompagner cette maman au mieux.

Mais je pense que je ne me retirerai pas de l'équation si je suis dedans, j'essaierai de rester au maximum dedans, surtout si ma relation est plus privilégiée avec cette maman.

En tout cas, j'essaierai de la renforcer cette relation de confiance donc.

**Vous voudriez créer le lien entre tous les différents acteurs, mais vous seriez là pour organiser et créer le, le réseau c'est ça ?**

Oui, j'essaierai de garder au mieux une place centrale mais plutôt de coordinateur et moins de thérapeute. Ouais.

**Est-ce que vous connaissez des échelles de dépistage, de la dépression du post-partum? Comme le Edinburgh postnatal depression scale?**

Pas du tout.

**Est-ce que vous utilisez des échelles de manière générale pour le diagnostic ou le dépistage dans votre pratique ?**

Oui, de façon générale, certaines échelles pour des plus grandes -je dirais - pour des plus grands types de maladies, hein. Dans les grandes lignes. En tout cas celui de la dépression, celle éventuellement de l'alcoolisme. Mais alors le plus souvent pour moi, les échelles arrivent au niveau des problèmes qui ont trait à la dimension psychologique, moins au niveau somatique. Maintenant oui, dans la pratique, oui, oui, tout à fait. Et je pense que si j'étais effectivement au courant des échelles qui existent par rapport à la dépression du post-partum, que c'est quelque chose que j'utiliserai peut-être de façon plus systématique face à ce genre de patientes, ouais.

**Si on vous proposait une, un flyer avec les facteurs de risque de développer une dépression du post-partum, est-ce que vous seriez plus susceptible de poser la question après la naissance de l'enfant ?**

Ah oui, bien sûr, ben je pense qu'un flyer, c'est une très bonne idée. Je pense que n'importe quel type aussi de - de bah - le flyer c'est spécialement une bonne idée parce que je me verrais bien l'utiliser aussi avec mes patientes donc là aussi pour voir parce que je pense que c'est à la fois le fait de se, de se sensibiliser soi-même en tant que thérapeute, mais aussi de sensibiliser sa salle d'attente.

Et bah je verrai évidemment une affiche aussi également, en plus du flyer, qu'on puisse avoir une affiche ou qu'on puisse peut-être discuter de façon plus assumée avec le patient. Je pense que ça pourrait tout à fait aider. Je crois aussi que ça a tout à fait sa place dans les, dans les moyens de nous, de nous former et de nous éduquer à ça. Je pense par exemple aux modules qu'on suit dans le cadre de l'accréditation de médecine générale où je ne pense pas avoir fait de modules sur la dépression du post-partum. Je pense que la SSMG en a fait un si je me trompe pas mais voilà, je sais que ça existe mais ça a clairement plus sa place je pense dans ce genre de cas. Pour le dépistage de la dépression du post-partum.

**Il y a un outil qu'on peut utiliser, notamment Kind en Gezin l'utilise, c'est 2 questions, donc c'est les questions de Whooley. C'est qu'on pose aux mamans la question si dans le dernier mois elles ont eu une perte d'intérêt ou une perte de plaisir ou une perte de sens ou des sentiments dépressifs et si elles répondent oui, alors il faut pousser un petit peu plus loin, il faut les référer. Est-ce que ça, c'est quelque chose que vous envisageriez de faire dans votre pratique chez les nouvelles mamans?**

Ah oui, bien sûr, parce que ça, c'est simple et je trouve que ça a tout à fait sa place dans la mesure où c'est, on peut l'intégrer dans une consultation pour tout à fait autre chose. Maintenant, je pense que ça aurait aussi - ça a tout son intérêt dans le sens où ça nous met aussi la puce à l'oreille.

Clairement vu la facilité de la - de la demande, c'est quelque chose que je me verrai tout à fait intégrer. Ouais ouais effectivement.

**Est-ce que vous pensez que la dépression du post-partum puisse avoir un effet à long terme sur la santé de l'enfant?**

Euh bien sûr, bien sûr.

Ben je pense tout à fait que oui, dans la mesure où pour moi aussi on a un impact comportemental dans la relation verticale de la mère avec son enfant. Voilà comme au même titre que là je le range un petit peu dans la notion de trouble psychiatrique, mais je le range effectivement en même temps que tout autre type de trouble psychiatrique. Les légers et modérés comme sévères. On a un impact sur le développement de l'enfant bien sûr.

**Et sur la santé de la mère à long terme?**

C'est une bonne, c'est une bonne question. Moi, c'est quelque chose que je lierai à son contexte de de base. Je pense que je ne suis pas au courant de la - comment dire - de la longévité de cette affection. Je ne sais pas si la dépression du post-partum est quelque chose qui peut se chroniciser en une dépression par après, mais je suppose que ça dépendrait aussi du contexte psychosocial de la maman et à quel stade est ce qu'elle serait à même de subir une dépression dans la mesure où je me dis que les contraintes et les - et les - comment dire - le stress qu'elle va vivre en tant que jeune maman est aussi prompt à maintenir ce type de facteur.

Donc je pense en tout cas que je ferai attention si je sais qu'elle en a une à ce qu'elle s'en rétablisse en tout cas du mieux possible, oui.

**Est-ce que - est-ce que l'enjeu en termes de santé publique vous semble important ?**

C'est une bonne, c'est une bonne question parce que donc ici, on discute de santé publique en termes de prévalence?

**D'importance de l'impact sur la société en termes de coûts de santé pour la maman, ou par exemple la santé de l'enfant. Par exemple, il serait mal nourri parce que la mère est un petit peu moins attentive, par exemple.**

Ah oui.

**Les enfants qui ratent les consultations, notamment, donc, qui ratent la consultation ONE, qui ne reçoivent pas leurs vaccins.**

D'accord, Euh oui, clairement. Alors pour moi, j'ai toujours la croyance, peut-être la fausse croyance aussi par ma pratique que la dépression du post-partum c'est quelque chose qui est assez rare, qui est assez - je peux pas dire mineur, mais qui se croise très peu donc pour moi, en termes santé, en termes de santé, plus plus publique, je ne pense pas pour moi que l'impact serait spécialement grand.

**Est-ce que vous avez une idée de la prévalence de la dépression du post-partum en Belgique?**

Du tout, non. Alors je pense aussi que c'est une question pour moi qui est difficile à répondre comme je ne connais pas l'échelle, je suppose qu'il y a aussi une façon de la diagnostiquer qui est assez précise de façon théorique aussi.

Donc non, je ne saurais pas dire parce qu'il faut que j'approfondisse mes connaissances sur les types d'échelles qui existent, ceux que vous avez cité.

**Quels seraient les freins à votre avis au dépistage de la dépression du post-partum ?**

Bah déjà ici, comme on le voit pour moi. En tout cas, à la fois, de un le manque de connaissances concernant la théorie et de deux le manque de sensibilisation vis-à-vis de cette pathologie, dans le sens où je trouve que c'est quelque chose qui est quand même assez difficile à suspecter si on n'y est pas éveillé. Clairement ça pour moi c'est les deux freins. Maintenant éventuellement peut-être un troisième frein, le fait que...  
Non, pour le moment, je vois que ces - je vois que ces deux freins là ouais ouais.

### **Et quels seraient les freins au traitement de la dépression du post-partum ?**

Pour moi, du coup, je les rangerai très fort avec les freins du traitement de la dépression. Sauf que cette fois-ci on implique aussi un tiers qui est l'enfant. Je pense que déjà il faudrait que le thérapeute puisse en tout cas développer une relation de confiance avec la maman, suffisamment pour pouvoir avoir son retour à elle, mais aussi avoir un impact vis-à-vis d'elle par rapport à ça.

J'ai aussi un petit peu tendance à trouver que c'est d'autant plus difficile que l'enfant est aussi perçu un petit peu entre guillemets, comme un otage dans cette relation. On va s'inquiéter pour l'enfant très fort, en tout cas au niveau académique, j'ai l'impression qu'on mettait beaucoup l'accent là-dessus, qu'on devait faire très attention aux jeunes enfants là-dedans, et donc pour moi on a, on travaille un petit peu comme sur une dépression, avec des ressources encore plus limitées dans le sens où notre action est d'autant plus importante.

Voilà maintenant donc la question, c'était les freins pour la bonne prise en charge ?

### **Oui, le traitement ou la prise en charge.**

Ah oui, pour la prise en charge, euh.

Voilà pour moi, ce serait - non - pour moi, ce serait principalement ça. Et alors éventuellement, ben tous les freins qui sont inhérents au fait de travailler en réseau. Donc le fait de pouvoir déployer suffisamment son réseau, avoir un réseau de qualité et savoir vers qui se tourner, pour moi, je pense que clairement c'est un frein que je vois maintenant. C'est le fait de ne pas savoir qui forcément contacter dans ces cas-là et qui pourrait m'aider au mieux dans cette prise en charge. Oui.

### **Et au niveau du traitement médicamenteux ?**

Ho, alors là c'est hyper compliqué parce que autant on pourrait se diriger vers en fait, je pense que j'aurais besoin d'abord de voir quel type de forme prendrait cette dépression du post-partum, voir s'il y a une composante plus anxieuse ou plutôt dépressive.

J'ai du mal à visualiser sous quelle forme elle se présente comme je ne l'ai pas vécue, moi, mais pour moi, le traitement médicamenteux serait d'abord - passerait par l'approbation et les conseils d'un médecin psychiatre avant que je puisse faire n'importe quoi de mon côté. Surtout que les traitements antidépresseurs j'aurai un peu plus de mal à m'y orienter, sachant qu'ils ont une composante plus réénergisante, et je ne sais pas comment est ce que ça pourrait se témoigner vers une - enfin - chez une maman qui commencerait le traitement. Surtout dans la, dans la mesure où son enfant y est exposé aussi, donc je prendrai avec beaucoup plus de pincettes les premiers effets secondaires qui viendraient du démarrage d'un traitement anti antidépresseur. Ouais.

### **Combien de temps pensez-vous que le traitement devrait durer ?**

Donc voilà, pour moi, ça tombe dans la même catégorie sur sur l'avis d'un psychiatre et pour moi le traitement devrait durer autant de temps que je continue à suivre cette maman et que je vois comment ça évolue pour moi. C'est du cas par cas.

**Est-ce que les patientes partagent leurs sentiments dépressifs avec leurs familles?**

Pour moi, c'est aussi quelque chose qui a une forte dimension culturelle. Euh, j'aurais envie de dire que oui, mais je pratique aussi dans des milieux qui sont plus défavorisés et des cultures où on est moins à montrer ses émotions et où l'aspect psy est très, très vite mal considéré. Donc je vais dire plutôt que non, c'est quelque chose où j'aurais besoin que la patiente soit seule. Qu'elle ne vienne pas avec son mari, qu'elle vienne non accompagnée et qu'on puisse cultiver en fait ce type de relation pendant un certain temps avant qu'on puisse y accéder parce qu'elles ont souvent peur aussi d'être mal considérées. Ouais.

**Quelle solution voyez-vous pour favoriser la prévention de la dépression du post-partum?**

Ah ben alors là, moi je dirais effectivement sensibiliser, sensibiliser, sensibiliser donc à la fois au niveau du médecin généraliste comme dans la salle d'attente, et avoir nous-mêmes, comme on l'a dit avant au niveau flyer, ou en tout cas suffisamment d'outils pour qu'on puisse sensibiliser la mère aussi là-dessus.

Et je pense aussi surtout de normaliser les choses plutôt là-dessus, peut-être moins y aller au niveau d'une pathologie, mais plutôt d'une simple discussion. Donc je pense que vraiment ce serait pour moi le meilleur outil serait la vulgarisation.

Donc, le fait qu'on puisse discuter de ça de façon normale, ouais.

**Et quelle solution voyez-vous pour favoriser le traitement de la dépression du post-partum?**

De tout ce qui a été discuté jusqu'à maintenant, je soulèverai surtout le réseau, l'élaboration d'un réseau compétent, donner suffisamment de ressources au niveau du thérapeute pour qu'il puisse travailler avec suffisamment d'acteurs compétents.

Ainsi qu'un peu plus de précisions concernant les ressources de la maman. Donc pouvoir directement mettre en jeu et bien évaluer le type de ressources ainsi que qualifier le niveau de sévérité.

Je pense que je m'orienterai surtout là-dessus. Je pense que naturellement, je laisserai le traitement médicamenteux dans un second temps plutôt. Effectivement ouais.

**Combien de temps après la naissance pensez-vous qu'il y a un risque de développer une dépression du post-partum ?**

C'est très compliqué pour moi. Je pensais que en tout cas, tel que je visualise les choses : le plus tôt possible, en fait pour moi, dès la sortie de la maternité. C'est quelque chose auquel on doit très très attention. Pour moi dans ma tête, c'était plutôt à la sortie de la maternité plus que trois mois après donc au plus tôt sera le plus dangereux. Et puis progressivement que ça commence un petit peu à se calmer.

Maintenant, je me trompe certainement, mais c'est comme ça que je visualise les choses, ouais.

**Est-ce que vous trouvez le sujet intéressant ?**

Énormément, énormément. C'est un sujet, moi ça me plairait beaucoup d'en savoir plus et aussi qu'on y soit plus exposé parce que on en a parlé très fort en cours. Mais pour moi, ça

fait partie vraiment de ce type de choses auxquelles on nous a dit de faire très attention, auquel on peut être très peu exposé et qui nous filent entre les doigts facilement. Donc oui, c'est quelque chose que j'aimerais entendre parler plus. Ouais.

**Merci beaucoup pour votre temps et pour vos réponses.**