



Travail de fin d'études du master  
complémentaire en Médecine générale

Evaluation des obstacles à la prise en charge  
de la dépression du post-partum en médecine  
générale : Etude qualitative des pratiques et  
des perceptions.

Etude qualitative par entretien semi-directif

Auteur: Dr. NDONGALA MBUATA Ornelie

Promoteur: Dr. SMULDERS C.

Année académique : 2023 – 2024

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma famille, mes parents Hortense et Séraphin, mes frères, Merveil et Glodi ainsi que ma belle-sœur, Josiane, pour avoir cru en moi et pour le soutien inconditionnel pendant toutes ces années d'étude.

Je tiens également à remercier mes amis, un remerciement particulier à Dominique, Jennifer, Christelle et Lydia pour m'avoir permis d'être mon refuge tant dans mes moments de joie que dans mes moments de tristesse lors de mes études mais surtout lors de la dernière année qui a été particulièrement difficile.

Je tiens à remercier mon promoteur pour les conseils lors de la rédaction et pour la relecture de mon TFE, mais également pour m'avoir encadré durant mon assistantat.

Je tiens à remercier tous les participants, que ce soient les médecins généralistes, les psychologues, pour avoir pris le temps de m'accorder ces interviews et pour la gentillesse et la bienveillance dont ils ont fait preuve.

Je tiens également à remercier Dr Buetusiwa et Dr Huysman pour la relecture et le feedback sur mon TFE.

## Résumé

**Introduction :** Après l'accouchement, 80% des mères présentent une humeur dépressive appelée parfois « baby blues », ce qui est un phénomène normal. Néanmoins, 10-20% des mères vont présenter des critères diagnostiques correspondant à une dépression du post-partum. Les symptômes peuvent se manifester dans les 2 à 8 semaines post-accouchement mais on peut l'observer jusque 1 an post-partum. La dépression post-partum peut avoir des répercussions assez graves pour la maman et pour l'enfant. Il peut y avoir des répercussions au niveau de la dynamique intrafamiliale mais également dans la dynamique du couple parental.

**Objectif :** Identifier les possibles freins rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge de la dépression post-partum, avoir le regard des psychologues qui participent dans la prise en charge de ces patientes afin d'avoir des pistes de résolution et/ou des pistes d'améliorations dans la prise en charge de ces patientes.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par des entretiens semi-dirigés auprès des 8 médecins généralistes qui ont déjà eu à prendre en charge des patientes atteintes de dépression du post-partum et de 5 psychologues spécialisées dans la périnatalité dans la région namuroise.

**Résultats :** Les interviews ont permis d'identifier 8 freins rencontrés dans la prise en charge de la dépression du post partum : freins liés au diagnostic, freins liés à la patiente, freins financiers, freins liés aux médecins, freins liés aux psychologues, freins liés à la coordination des soins, freins liés au traitement médicamenteux, freins liés à l'infrastructure. Les médecins et les psychologues ont partagé certains moyens qu'ils mettent en œuvre afin de surmonter ces freins.

**Conclusion :** La dépression du post-partum est une pathologie globalement sous diagnostiquée par les médecins généralistes qui se retrouvent confrontés à beaucoup d'obstacles à une prise en charge optimale. Certains moyens sont mis en œuvre par les médecins et les psychologues afin de pallier ces freins. Il est nécessaire de mettre

en place des programmes de sensibilisation pour cette pathologie afin d'améliorer le diagnostic et donc la prise en charge.

## Abréviations

DPP : Dépression post-partum

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EPDS : Edinburg Postnatal Depression Scale

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9

# Table des Matières

1	Introduction .....	6
1.1	Choix du sujet .....	6
1.2	Contexte et importance du sujet .....	7
1.3	Diagnostic de la DPP .....	8
1.4	Objectifs de l'étude .....	10
2	Méthodologie .....	11
2.1	Recherche Bibliographique .....	11
2.2	Description de la méthodologie .....	11
2.3	Critères de sélection des participants .....	11
2.4	Collecte des données .....	12
2.5	Considérations éthiques .....	13
3	Résultats .....	14
3.1	Freins liés au diagnostic .....	15
3.2	Freins liés à la patiente .....	16
3.3	Freins financiers .....	19
3.4	Freins liés aux médecins .....	20
3.5	Freins liés aux psychologues .....	23
3.6	Freins liés à la coordination des soins .....	25
3.7	Freins liés au traitement .....	28
3.8	Freins liés à l'infrastructure .....	30
4	Discussion .....	32
5	Conclusion .....	36
6	Bibliographie .....	39

# 1 Introduction

## 1.1 Choix du sujet

Le choix de mon sujet s'est basé sur un cas clinique. C'est un cas qui m'a énormément touché parce qu'à cette époque j'avais une de mes meilleures amies qui était enceinte de son premier enfant et j'ai imaginé mon amie à la place de ma patiente.

C'est le cas d'une patiente que j'ai reçu lors de ma 2<sup>ème</sup> année d'assistantat. Une patiente d'une trentaine d'années que je recevais déjà en consultation avant sa grossesse. Après son accouchement, Madame X s'était présentée pour un syndrome grippal, elle était assez inquiète car elle ne voulait transmettre une infection à son enfant. Lors de la consultation, j'ai demandé à Madame X comment se passait le post-partum avec bébé, j'ai demandé si c'était un premier bébé. Madame X m'a dit que c'était effectivement un premier bébé mais qu'elle se sentait épuisée car le bébé avait du mal à faire ses nuits. J'ai donc ouvert la discussion en disant à Madame X que si elle souhaitait parler à quelqu'un, ma porte était toujours ouverte. La patiente avait l'air émotive mais reconnaissante de savoir que j'étais là si elle en avait besoin.

Deux semaines plus tard, la patiente s'est de nouveau présentée à ma consultation, elle avait du mal à se concentrer et donc avait l'impression de perdre la mémoire. Elle avait du mal à dormir même lorsque le bébé dormait car elle avait l'impression de l'entendre pleurer même si ce n'était pas le cas. Elle se sentait coupable de ne pas être heureuse de la naissance de son bébé. Elle n'osait pas en parler à sa mère ou à sa famille de peur d'être jugée. J'ai fait de mon mieux pour la rassurer en lui disant que ce qu'elle ressentait était normal et qu'elle n'était pas seule dans la situation.

Après la consultation, j'ai discuté du diagnostic que je suspectais chez cette patiente avec mon maître de stage et il m'a alors expliqué qu'il avait lui aussi déjà eu des patientes en DPP. Les patientes qu'il avait reçues en consultation avaient des facteurs de risque et donc elles étaient déjà suivies par un psychiatre.

N'ayant pas été confrontée à un diagnostic de dépression du post-partum auparavant, je me sentais mal outillée pour accompagner Madame X. Je n'avais pas l'impression

d'avoir énormément aidé Madame X sur le moment. Je lui ai proposé un nouveau RDV afin de lui offrir un espace pour s'exprimer sans tabou. Je voulais également lui offrir plus de temps car j'estimais que 15 minutes n'étaient pas suffisantes pour tout couvrir.

Après son départ, j'ai effectué des recherches dans la littérature sur le sujet de la DPP.

Néanmoins, malgré une littérature riche sur le diagnostic de la DPP, je ne me suis pas sentie suffisamment outillée pour la prendre en charge seule. Je me suis posé la question du relais. Vers quel prestataire de soin orienter ma patiente pour trianguler dans la prise en charge ? Ma patiente sera-t-elle ouverte à l'idée d'un suivi psychologique ?

J'ai été touchée par cette patiente et sa détresse. J'ai eu envie de confronter les différentes pratiques des médecins généralistes sur le sujet afin de mieux faire à l'avenir dans ce type de prise en charge.

## 1.2 Contexte et importance du sujet

La dépression post-partum (DPP) est un trouble mental courant qui affecte entre 10 et 20% des nouvelles mères<sup>(13)</sup>.

Cette pathologie psychiatrique, lorsqu'elle n'est pas prise en charge peut entraîner une souffrance maternelle, plusieurs conséquences pour le nouveau-né, un impact sur la dynamique familiale mais également sur la relation avec l'entourage proche de la mère.

Parmi les répercussions pour l'enfant, on note des troubles de l'attachement, un attachement parfois de type « insecure », un manque de lien mère-enfant. Dans des cas extrêmes avec des femmes narcissiques et impulsives, l'irritabilité et l'hostilité dirigées sur l'enfant peuvent conduire à de la maltraitance, en particulier si ces femmes sont isolées sur le plan familial et social.

La période de 6 à 18 mois après l'accouchement, est la période la plus à risque pour le développement d'une DPP.

Un petit rappel historique : Dès le 20ème siècle, les accoucheurs signalaient l'existence d'une dysphorie du troisième jour, considérée comme pathologie mineure, trouble de l'humeur transitoire qui affectait beaucoup de femmes accouchées. Dans les années 1960-1970, dans les maternités modernes, se mettaient en place des collaborations entre obstétriciens et psychiatres ou psychologues. Ces collaborations ont conduit à des constatations cliniques nouvelles et à des travaux originaux. En 1968, Pitt a décrit une dépression post partum atypique, mineure dans son expression mais touchant 10,8% des accouchées sur un échantillon de 305 femmes<sup>(14)</sup>.

C'est une pathologie qui n'est pas nouvelle et qui a déjà été étudiée ; néanmoins le dépistage et le diagnostic restent à ce jour difficile, compliquant ainsi la prise en charge.

La cause de la DPP n'a pas encore été clairement identifiée néanmoins il semblerait que ce soit une combinaison de plusieurs facteurs physiques (tels que des changements hormonaux, un dysfonctionnement de la thyroïde), des facteurs psychologiques et des facteurs sociaux. Il semblerait que des facteurs génétiques peuvent également jouer un rôle dans la DPP.

Étant donné la prévalence de la DPP dans la population, et les conséquences multiples, la DPP est un problème de santé publique majeur.

L'intérêt d'une prise en charge précoce de la DPP, notamment en médecine générale, serait de limiter les conséquences à la fois chez la mère, et chez l'enfant.

### 1.3 Diagnostic de la DPP

Le diagnostic n'est pas évident pour le médecin. Et, les patientes pourraient ne pas être diagnostiquées par méconnaissance de la maladie et par peur de parler de leurs difficultés. Un tabou persiste encore aujourd'hui autour de la difficulté d'être mère (fatigue, changement du corps devenu « tout mou », changement de statut : femme enceinte tout le monde s'occupe de toi, après la naissance, c'est l'inverse, tout le monde te dit ça va être super puis personne ne t'aide, changement dans le couple d'avoir un bébé, tout doit être revu et réorganisé dans ta vie et rare sont les femmes qui y sont préparées). Le diagnostic de la dépression peut être complexe d'autant plus

que certaines patientes ne se présentent pas de manière spontanée par peur de jugement. Les patientes peuvent ressentir une peur du jugement si elles se plaignent de la maternité, étant donné que dans la croyance populaire, une mère DOIT être heureuse. La peur de faire du mal à son propre enfant ou de ressentir l'impulsion de lui faire du mal est un sentiment qui effraie les mères et qui accentue ce sentiment de culpabilité.

Le début d'une DPP est souvent insidieux. Il peut survenir de manière frustrée ou après un baby blues qui s'intensifie. Dans 1/3 des cas, la mère a présenté une dépression durant la grossesse<sup>(11)</sup>. La DPP est souvent d'intensité modérée. Les symptômes regroupent des troubles du sommeil, une incapacité à ressentir une sensation de plaisir, un sentiment d'être incapable de faire face à la nouvelle situation familiale. Les symptômes restent néanmoins frustrés et peuvent être confondus avec le baby blues ou la psychose du post partum.

Le diagnostic de la DPP est d'autant plus difficile que les mères ne se présentent pas en consultation pour ce motif, elles viennent surtout pour leur nouveau-né.

Baby blues: Touche plus ou moins 60% des femmes qui accouchent, il s'agit d'un épisode de déprime avec des pleurs sans raisons, une irritabilité, un sentiment d'épuisement qui survient en général au 3<sup>ème</sup> jour post partum. Il est moins grave que la DPP, il a une durée allant de quelques heures à quelques jours, un pic de fréquence des symptômes est souvent rencontré entre le 3<sup>ème</sup> et le cinquième jour. Aucun traitement n'est nécessaire sinon une attitude de réassurance. Les formes prolongées au delà du dixième jour sont souvent le point de départ de la dépression du post-partum<sup>(12)</sup>.

Psychose du post-partum: L'incidence des psychoses du PP est de 1-2/1000 accouchements. Trouble psychiatrique le plus grave rencontré en post-partum. Il survient 14 jours après le retour de la maman au domicile. On retrouve parmi les symptômes de la psychose une agitation, des sautes d'humeur qui évoluent en confusion et en psychose maniaque<sup>(12)</sup>.

Il existe des facteurs de risque de DPP, on peut noter entre autres des facteurs de stress importants (conflits conjugaux, rôle parental sans partenaire), le manque de

soutien des membres de la famille ou du partenaire, dépression pendant la grossesse, un accouchement compliqué, un contexte socio-economique difficile<sup>(15)</sup>.

La prise charge de la DPP comprend une association entre la psychothérapie et un traitement médicamenteux comme un antidépresseur. Le meilleur choix d'antidépresseur reste la sertraline, selon les recommandations car il passe peu dans le lait maternel. Néanmoins le site lecrat est une bonne référence lorsqu'il y a un doute sur la prescription d'antidépresseur.

## 1.4 Objectifs de l'étude

Le but de mon étude ici est d'identifier les freins de la prise en charge de la DPP. Ceux qui sont parfois rencontrés en médecine générale ainsi que recueillir le ressenti des médecins généralistes face à cette problématique. C'est une problématique à laquelle je suis fort sensible car grâce à mon TFE j'ai pu en parler autour de moi, ceci m'a permis de me rendre compte que certaines personnes de mon entourage ont été touchées par la problématique mais n'en ont jamais parlé.

En identifiant ces freins, nous les médecins généralistes, mais aussi tous les professionnels de la santé concernés par la problématique pourraient trouver des solutions adéquates pour y pallier et on pourraient éventuellement améliorer la prise en charge de ces patientes.

## 2 Méthodologie

### 2.1 Recherche Bibliographique

J'ai débuté mes recherches sur Pubmed et sur Cochrane, avec comme critère les facteurs de risque de la dépression du post partum.

Ma recherche sur Cochrane m'a permis de trouver 16 articles dont 1 seul a été retenu.

J'ai affiné ma recherche sur Pubmed en mettant "post-partum depression primary care": 300 articles ont été retrouvés mais uniquement 1 article a été retenu. J'ai rajouté comme critères "depression du post-partum family medicine": 7 articles ont été retrouvés et 1 seul article a été retenu.

J'ai ensuite fait une recherche simple en ajoutant le critère "post partum depression barriers" sur Google Scholar sur le sujet de la DPP qui m'a permis de trouver plusieurs articles intéressants dont 17 ont été retenus.

Cette étape de mon TFE m'a permis de mieux comprendre mon sujet et m'a aiguillé sur la réalisation de mon questionnaire.

### 2.2 Description de la méthodologie

J'ai fait le choix d'une étude qualitative pour répondre à ma question de recherche, afin d'avoir le ressenti des médecins généralistes par rapport à la question.

J'ai réalisé des guides d'entretiens semi-dirigés, l'un destiné spécifiquement aux médecins généralistes (annexe 4) et l'autre destiné spécifiquement aux psychologues (annexe 5).

Ces guides d'entretiens ont été annexés à la fin de mon travail.

### 2.3 Critères de sélection des participants

Les assistants ont été exclus et volontairement. Le recrutement s'est concentré sur les médecins généralistes ayant eu au minimum 1 an d'expérience, sans compter l'assistantat, à plus de 40 ans de pratique. Les médecins généralistes ont été recrutés

dans la région namuroise, région où j'exerce par ailleurs. Les médecins qui ont été retenus ont rencontré un ou plusieurs cas de dépression du post-partum dans leur pratique.

Le recrutement et les contacts se sont déroulés à partir de la mi-mai 2024 jusqu'à la fin du mois de juin 2024.

Le recrutement des médecins s'est fait par effet boule de neige.

J'ai d'abord commencé par l'entretien de mon maître de stage, qui lui m'a donné quelques noms de médecins qui pourraient être intéressés. Je les ai contacté par téléphone en précisant le sujet de la dépression du post-partum.

Pour le recrutement des psychologues, j'ai d'abord contacté une psychologue avec qui j'avais déjà eu un contact pour une autre problématique, pensant qu'elle avait déjà eu des cas de DPP. Ce n'était pas le cas. Celle-ci m'a plutôt référé vers l'ONE que j'ai contacté, qui elle m'a référé à la pep's ONE. La pep's ONE est le partenaire enfants-parents et est chargé de l'accompagnement médico-social de la femme enceinte, cet accompagnement peut se poursuivre dans les consultations pour enfants.

La pep's ONE m'a alors transmis une liste de psychologues de la région qui sont spécialisés dans la périnatalité et la dépression du post-partum. J'ai ensuite contacté chacune d'entre elle par téléphone et les rdv se sont fait assez facilement.

## 2.4 Collecte des données

Les entretiens ont été réalisés via le logiciel Zoom pour dix entretiens. Deux entretiens se sont faits en présentiels, dans le cabinet du médecin généraliste et dans le cabinet des psychologues en hospitalier pour deux d'elles. Ils se sont déroulés à partir de la mi-mai 2024 jusque fin juin 2024.

L'enregistrement audio a été réalisé via zoom et ceux en présentiels ont été réalisés via téléphone.

Les entretiens ont duré entre 20 minutes et 50 minutes.

Les enregistrements audios ont été retranscrits mots à mots sur un fichier word et seront classés par thème dans le chapitre "Résultats".

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à saturation des données, avec la redondance des thèmes.

## 2.5 Considérations éthiques

L'anonymat des différents participants a été conservé. Les participants seront nommés comme suit Med (1 à 8) et Psy (1 à 5).

Un formulaire de consentement pour les médecins généralistes (annexe 6) ainsi que pour les psychologues (annexe 7), a été signé par chacun des participants avant chaque interview.

Une demande au comité d'éthique a été envoyée, vous trouverez l'approbation du comité GEIMG en annexe.

### 3 Résultats

8 médecins généralistes ont été interrogés, parmi ceux-ci 5 femmes et 3 hommes.

5 psychologues ont été interrogés, toute des femmes. Les participants sont âgés de 30 à 72 ans.

Les caractéristiques démographiques de la pratique des participants sont repris ci-dessous:

	<b>Sexe</b>	<b>Milieu de pratique</b>	<b>Type de pratique</b>
<b>Med 1</b>	F	Semi-rural	Solo
<b>Med 2</b>	F	Urbaine	Maison Médicale
<b>Med 3</b>	F	Urbaine	Maison Médicale + ONE
<b>Med 4</b>	H	Semi-rural	Solo
<b>Med 5</b>	H	Rural	Solo
<b>Med 6</b>	F	Urbaine	En association
<b>Med 7</b>	F	Urbaine	En association
<b>Med 8</b>	H	Urbaine	En association

	<b>Sexe</b>	<b>Milieu de pratique</b>	<b>Type de pratique</b>
<b>Psy 1</b>	F	Urbaine	En association + PsyNAM
<b>Psy 2</b>	F	Urbaine	Solo
<b>Psy 3</b>	F	Urbaine	En association + PsyNAM
<b>Psy 4</b>	F	Urbaine	Hospitalier + Privé
<b>Psy 5</b>	F	Urbaine	Hospitalier

### 3.1 Freins liés au diagnostic

Lors des entretiens, les médecins ont soulevé la difficulté à poser le diagnostic notamment parce que les symptômes peuvent être frustrés au début.

Med 1: *"On étiquette parfois de dépression post-partum des choses qui sont de l'ordre de plus du social"*

Med 4: *"Actuellement, j'ai une patiente. Elle a été en arrêt de travail pendant sa grossesse, et donc, maintenant que la grossesse est passée, l'allaitement est passé, on avait remis ça un peu sur du surmenage. Et puis petit à petit, au fil des semaines, c'est vraiment des symptômes de dépression qui se sont manifestés et on a pu un peu affiner le diagnostic, mais ça n'a pas toujours eu lieu dès le début."*

Med 5: *"Je pense que la chute hormonale peut être temporaire et provoquer les mêmes symptômes. Maintenant, à partir du moment où dans le temps ça s'installe, qu'on voit la personne et qu'on voit qu'il n'y a pas d'amélioration Plutôt qu'aller mieux, ça va de moins en moins bien, le diagnostic se fait plutôt à ce niveau-là"*

Les médecins se rejoignent sur le point de vue suivant: lorsque les symptômes s'installent et perdurent dans le temps alors le diagnostic est plus facile à émettre.

Peu de médecins utilisent des outils, comme des échelles, pour l'aide au diagnostic. Ils se basent volontiers sur leurs connaissances cliniques et leur anamnèse.

Med 2: *"Il m'arrive d'utiliser le HAD. Je devrais l'utiliser plus, je me rends compte, parce que souvent c'est plus dans le ressenti, c'est pas tellement dans les outils. Mais établir un score, c'est quand même intéressant."*

Med 8: *"Je pense qu'en assistant à un moment donné, je parle de la dépression de manière générale, j'avais une échelle qu'on nous avait donné en SLR (seminaire loco-régional), mais avec le temps et la pratique j'ai plus vraiment eu recours à cette échelle, c'est plus quelque chose de clinique."*

Med 4: *"Non, j'essaie de me laisser le temps quand on l'a en tout cas. Mais je n'ai jamais fait appel à une échelle ou un outil en particulier. Je n'ai pas spécialement connaissance non plus."*

Med 7: *"Non, je ne le fais pas. Je sais qu'il y a des échelles de dépression, mais non, je ne le fais pas en pratique courante. Non. Parce que je les connais tellement bien, voilà."*

Concernant la question du diagnostic, les psychologues n'ont pas besoin de poser le diagnostic car elles reçoivent en consultation ces patientes du fait de ce diagnostic posé au préalable par un médecin.

Néanmoins pour certaines patientes qui se présentent de manière spontanée chez la psychologue, sans un diagnostic posé par un médecin, elles s'aident d'un outil diagnostic.

Psy 3: *"... ce à quoi je reconnais le plus, après quand j'ai des doutes je vais voir tous les symptômes avec le questionnaire à D'Edinburg (EPDS)"*

Psy 1: *"Il y a vraiment des échelles autour de la dépression du postpartum où il y a vraiment des phrases clés de s'autoriser à poser peut-être certaines questions qu'on n'oserait pas poser d'habitude dans cette clinique-là, oser poser certaines questions."*

## 3.2 Freins liés à la patiente

Plusieurs freins liés à la patiente ont été mentionnés.

Certains médecins évoquaient parfois des difficultés d'acceptation du diagnostic venant des patientes. Principalement dûs à des sentiments de culpabilité.

Med 2: *"J'ai l'impression que si elles viennent nous voir, c'est vraiment tard. Parce que d'abord, elles vont se culpabiliser d'être tristes, parce que tout doit être merveilleux."*

Med 3: *"Le mutisme. Les femmes n'en parlent pas. Soit elles ne savent pas ce que c'est, soit pour elles leur mère a dit que c'était normal, soit la famille les écarte de tout."*

Med 7: *"Je crois que le problème c'est ça, c'est que la patiente ne l'admet pas toujours et elle dit: "pourtant j'ai tout ce qu'il faut maintenant, j'ai tellement rêvé de ce bébé et maintenant il est là, je n'ai pas le droit de ne pas être bien et moi je ne me sens pas dépressive du tout"."*

Peu de médecins ont émis la possibilité que certaines femmes sont plus confortables à partager leur vécu avec une femme plutôt qu'un homme.

Med 6: *"Mais si tu es seul, jeune, sans enfants, pour moi, pour les patients, ça peut représenter un frein involontaire, évidemment, mais un frein à identifier plus vite qu'il y un problème. Donc un médecin jeune, seul, homme, elles vont être encore moins ouvertes à se présenter."*

Pour les psychologues, un des défis repris est «l'accrochage» : créer un lien et le maintenir. Tenter de faire revenir la patiente pour un prochain rdv.

Psy 1: *"Les défis pour moi en tant qu'intervenante ? Qu'elles continuent à venir déjà. Qu'elles arrivent Là, c'est un fameux défi. Ce qui peut aider dans ce défi-là, c'est une bonne connaissance du réseau, que les Peps connaissent."*

Certains médecins ont évoqué que les différences culturelles pourraient, selon eux, constituer un frein.

Med 6: *"Il y a l'origine ethnique. Ça, ça joue énormément. Ça, je l'entends quand même souvent. "Moi, je ne suis pas une blanche" ça, je l'ai quand même déjà entendu plein de fois. Et ça, ça vient souvent des Africaines, des Maghrébines beaucoup."*

Med 1: *"Oui, c'est peut-être aussi culturel, certaines mamans se plaindront plus facilement et dans d'autres cultures on ne se plaindra pas."*

Med 2: *"En termes culturels, je pense que c'est d'office compliqué d'en parler. J'ai beaucoup de patientes originaire des Balkans, par exemple, et c'est très très compliqué. Ces femmes-là, elles vont somatiser énormément."*

Med 1, Med 2, Med 3 et Med 6 évoquaient le fait que dans certaines cultures, l'expression d'un sentiment de tristesse ou du vécu émotionnel de la mère est tabou ce qui parfois empêche une communication libérée sur le sujet de la santé mentale. L'acceptation du traitement proposé est plus compliquée parce que la patiente adhère moins au diagnostic du médecin.

Pour palier à cette barrière culturelle, certains médecins proposaient des astuces notamment:

Med 1: *"J'essaie de leur faire parler de leur relation à l'enfant. Parler de l'enfant pour ensuite parler d'elle... Oui, de les apprivoiser d'abord et de les rassurer aussi peut-être. De se rendre compte que je ne veux pas les juger mal parce qu'elles ont des difficultés."*

Parmi les freins liés à la patiente, les psychologues évoquaient qu'un manque de soutien familial ou du partenaire pouvait jouer un rôle dans l'exacerbation du sentiment de culpabilité de la mère et donc dans le fait qu'elle sera moins ouverte à en parler en consultation.

Certains médecins évoquaient également que la nouvelle maman avait moins de temps, en particulier les mères célibataires ou les mères sans soutien familial, ce qui pourrait impacter la prise en charge de la DPP car il est difficile pour elles de se déplacer pour une consultation chez le psychologue par exemple.

Med 1: *" Le temps pour aller voir des psychologues est limité aussi pour les mamans. Elles sont prises par bébé, des affaires de kiné post-natal, c'est une autre histoire, de prendre trois fois demi-heure, mais alors un psychologue, là, c'est vraiment pas facile à mettre en place pour elles."*

Pour faire face à ce manque de temps, les psychologues proposent quelques consultations en visio si la maman ne sait pas se déplacer.

Psy 3: *"Donc j'ai l'impression que les groupes de parole, ça se soutient quand même vraiment. Parfois, je fais des consultations Zoom aussi pour permettre dans le postpartum que les mamans ne doivent pas se déplacer. Ce n'est pas ce que je préfère, mais je trouve que ça permet d'enlever du stress supplémentaire, de devoir bouger bébé, parfois bébé dort à côté, il est dans son environnement. Je trouve que ça permet plus d'accessibilité quand même aux séances."*

Pour palier au manque de soutien du partenaire surtout, elles mettent en place des consultations avec le partenaire afin de le sensibiliser à la DPP et au mal être de Mme.

Psy 1: *"Moi je rencontre aussi le conjoint. J'invite souvent le conjoint à venir une fois au moins pour recevoir l'information. de ce que ça implique pour leur compagne d'être dans cet état-là et l'impact que ça peut avoir sur elle dans la relation avec bébé mais aussi dans leur couple parce qu'ils ne vivent pas forcément la parentalité de la même manière et il peut y avoir une méconnaissance ou une difficulté de se rejoindre."*

### 3.3 Freins financiers

La majorité des médecins ont évoqué le fait que le coût des séances chez le psychologue peut parfois être un frein dans la prise en charge des patientes en DPP car les séances coutent 70€, surtout lorsqu'elles sont mères célibataires.

Med 8: *"Je ne me suis pas plus posé la question par rapport à ça concernant ma patiente car elle était financièrement aisée, mais c'est vrai que de manière générale, les suivis psychologiques coûtent."*

Med 4: *"Dès qu'on va vers le non médicamenteux, les prix vont avec, donc c'est sûr que ça rentre en ligne de compte quand même. Les patientes ne veulent pas des psychologues trop chers."*

Mais heureusement il existe maintenant PsyNam qui permet de réduire les frais de consultation pour les psychologues conventionnés.

Psynam est un site mis en place dans la province de Namur afin de faciliter l'accès aux psychologues de première ligne et il comprend des psychologues conventionnés. Tout type de patient, indépendamment de l'âge peut être pris en charge.

*Med 7: "Il n'y a pas le frein financier, parce que PsyNAM est subsidié, donc ça ne coûte pratiquement rien aux patients."*

Néanmoins il existe des soucis évoqués par les médecins quant à psyNam, ceux-ci seront abordés au point 6.

Quelques médecins ont mentionné les frais de déplacement afin de se rendre chez le psychologue lorsque les psychologues disponibles se trouvent en dehors de leur région.

### 3.4 Freins liés aux médecins

Parmi les freins identifiés, certains sont propres aux médecins.

La plupart des médecins ont rapporté le manque de temps, notamment lié au timing de la consultation en médecine générale.

Elles ne durent que 15 à 20 minutes. Ce type de consultation nécessite plus de temps selon les participants.

*Med 5: "Les freins ce serait le manque de temps. C'est vrai que si elle arrive et que j'ai du retard et qu'elle parle vraiment longtemps de son état, des fois ça peut être un frein."*

*Med 6: "Malheureusement un temps de consultation limité, beaucoup plus limité qu'avant, à pouvoir accorder au patient en consultation. On dit aux gens "Revenez" mais les gens ne reviennent pas. Ça c'est vraiment des freins spécifiques à notre pratique aujourd'hui où tu dois, en 15-20 minutes quand t'as de la chance parfois ça prend 30 minutes, faire toute une anamnèse."*

Malgré les contraintes de temps, la plupart des médecins essaient de trouver des solutions afin d'être à l'écoute des patientes.

Med 3: *"On ne peut pas travailler en disant "j'ai un quart d'heure, t'as vu ton quart d'heure est fini, merci, au revoir." Ça ne va pas, il faut rester à l'écoute. Et si ce n'est pas suffisant, les remettre en consultation le jour d'après, en lui mettant deux consultations en suivant. A condition que la patiente soit d'accord de revenir."*

Med 4: *"Je refixe de toute façon un rdv."*

Med 5: *"Si jamais je n'ai vraiment pas eu le temps d'approfondir, je remets un rendez-vous pour réévaluer plus tôt, par exemple à la place de mettre dans un mois, je mets dans 15 jours, dans une semaine, en disant écoutez, on va se revoir, on va en rediscuter. En général, c'est en remettant un rendez-vous dans moins longtemps pour être sûr qu'on reste attentif."*

Parmis les freins liés aux médecins, ils relèvent aussi un manque d'expérience pour la plupart des médecins qui sont alors parfois moins confortable dans le fait de poser le diagnostic précoce de la DPP ou dans la prise en charge des patientes.

Med 2: *"On ne voit pas beaucoup ces femmes-là, donc je pense que c'est un des soucis. Et comme on ne les voit pas bien, on ne les voit pas de manière précoce en médecine générale. Comme c'est pas un diagnostic fréquent pour moi, non, je me sens pas très à l'aise. Sauf dans des tableaux vraiment évidents."*

Med 3: *"C'est quelque chose qu'on ne rencontre pas vraiment souvent. Je ne dis pas que je crois qu'il n'y en a pas, mais je crois que les femmes n'aiment pas d'en parler. Alors, soit elles n'aiment pas d'en parler, soit elles n'en parlent pas parce qu'elles ne se rendent pas compte de la situation. Une chose est certaine, c'est que c'est pas fréquent sur les 40 ans de pratique que j'ai entendu une patiente se plaindre de dépression elle-même."*

Pour les médecins travaillant en ONE ils rencontrent plus de patientes en DPP et ont donc plus d'expériences sur ce sujet-là.

Med 4: *"Oui, donc moi, je fais pas mal d'ONE, donc c'est vrai que c'est quelque chose qu'on rencontre assez régulièrement et je dirais même de plus en plus,*

*pour lesquelles les mamans entre elles en discutent de plus en plus et donc il y a de moins en moins de tabous”*

Peu de médecins parlaient d’une sensibilité au sujet qui varie d’un médecin à un autre.

Med 6: *"En fait, c'est pas du tout un manque de compétence. C'est un peu comme tout. Quand t'as déjà fait une appendicite, y a rien à faire. Tu vas être plus sensible aux symptômes. Quand t'as été concerné par la maternité et que t'es passé par des moments, disons-le, c'est pas toutes les femmes qui s'écroulent, mais c'est vraiment un moment difficile alors t'es plus sensible aux symptômes et tu les reconnais facilement."*

A la question des besoins de formation pour les médecins, tous les psychologues estimaient que les médecins devaient être plus formés à la question de la DPP.

Psy 5: *"Du coup oui, la formation paraît nécessaire pour au moins qui sait un peu sensibiliser et dire ah tiens là il y a un signal d'alerte qui doit s'enclencher peut-être pas dans l'immédiateté mais en tout cas qu'ils y prêtent attention."*

Psy 4: *"C'est vrai que dans la formation, c'est vrai que je pense qu'il y a la question de la sensibilisation, peut-être aussi je me dis qu'on devrait tous être vigilants aussi à donner des outils par rapport à savoir quoi faire, comment faire, parce que c'est vrai que peut-être c'est pas tout de repérer qu'il y a quelque chose, mais c'est de savoir aussi qui appeler, de réorienter."*

Psy 2: *"Mais par exemple, ouvrir vos GLEMs à des rencontres avec des psychologues qui peuvent vous expliquer deux, trois trucs ou bien à qui vous faites parvenir des questions. Enfin, voilà, je trouverais ça super, ça."*

Lorsque la question a été posée aux médecins la plupart trouvait nécessaire de faire une formation sur le sujet de la DPP et ont proposé certaines idées sur les moyens afin de mettre en place ces formations ou programmes de sensibilisation.

Med 6: *"Moi, je pense sensibiliser peut-être plus la SSMG en partant, comme tu dis, de la question de cette formation interuniversitaire pour proposer un onglet autour de la périnatalité, je pense que ça peut être intéressant."*

Med 4: *"Non, moi je ne serais pas contre ce genre de formation, bien sûr. Les GLEMS certainement. Les e-learning, quand même. Moi, je suis pas une grande fan des e-learning, mais je sais qu'il y a pas mal de collègues qui passent par là aussi."*

Med 2: *"Oui, ça c'est clair. Parce que moi je me rends compte que je crée les soins comme je pense devoir les créer, mais tu vois, partie d'un canevas, la preuve, je ne savais même pas qu'il existait des échelles de détection. Non, moi je ne serais pas contre ce genre de formation, bien sûr."*

Med 5: *"Oui on peut sensibiliser, mais vraiment faire une formation, je pense que c'est quand même compliqué. Comme ce n'est pas la pathologie la plus fréquente, je ne sais pas si vous auriez beaucoup de participants."*

### 3.5 Freins liés aux psychologues

Certains médecins travaillent avec des psychologues de manière régulière qu'ils connaissent bien et recommandent à leur patientes.

Med 5: *"En général, j'ai deux ou trois noms avec qui je travaille un peu plus régulièrement, mais c'est vrai que parfois, ils ne prennent plus personne. Donc dans ce cas-là, je dis: "Cherchez un peu aussi de votre côté, on a PsyNam."*

Med 2: *"J'ai deux, trois psychologues qui sont des femmes qui sont relativement disponibles, mais c'est pas toujours évident. Et sinon, avec le dispositif Psynam, donc psychologue de première ligne, en fait, ces psychologues-là s'engagent à recevoir la personne dans les 15 jours. Donc voilà, c'est ce qu'on fait. Et dans les situations les plus sévères, alors je fais appel à l'équipe mobile Pléiade ou Emism en soins intensifs, en aiguë."*

D'autres médecins ont plus de mal à trouver des psychologues à recommander aux patientes.

Med 8: *"De manière générale, j'avoue que j'envoie souvent chercher, mais il y a certaines pathologies où spécifiquement j'essaie de voir. Par exemple, du coup, j'ai déjà contacté le service gynéco d'un hôpital namurois ici, pour voir"*

*s'il y a une psychologue qui suit particulièrement des couples pendant des fausses couches, pour voir si elle ou quelqu'un d'autre était plus apte à suivre les aussi."*

*Med 3: "C'est compliqué. Est-ce qu'il faut que le psychologue soit spécialiste dans la périnatalité ou un psychologue qui a les oreilles ouvertes et qui n'a pas dit qu'il était spécialiste du postpartum soit mieux, je ne sais pas."*

Certains médecins exprimaient des délais chez les psychologues qui étaient parfois trop longs pour les patientes.

*Med 4: "Moi j'ai créé un réseau, en fait il se crée avec la pratique et donc je sais un peu vers qui me tourner. Mais je sais que si la maman appelle elle-même, malheureusement c'est souvent retardé à deux, trois semaines. Alors parfois ça urge. Et donc il faut qu'on fasse la démarche nous-mêmes, ça prend du temps."*

*Med 2: "Parfois on pense à quelqu'un, on donne les coordonnées, on dit oui, je suis sûre qu'avec elle ça va matcher et puis en fait elle est full. Elle peut voir la patiente dans 6 mois. Donc elle réfère à quelqu'un d'autre. Du coup les patients viennent vers moi et je ne sais plus à qui les référer."*

*Med 4: "Le défi avec les psychologues c'est surtout la flexibilité parce qu'ils ont un certain nombre de suivis en cours et quand il n'y a plus de place, il n'y a plus de place."*

*Med 8: "Et dans les centres de santé mentale accrédités, à ce moment-là, les délais sont tellement longs. Je trouve, que, enfin, subventionné un centre de santé mentale ou autre institution accréditée, c'est assez long et des fois, s'il y a déjà eu un suivi, il y a déjà un mieux. Ou que, aller les voir deux mois après la période de crise, la personne ne trouve plus vraiment l'utilité. Donc j'aurais dit "financier" et "sous-effectif" et "l'accès au timing"."*

Les psychologues proposent des avis sur une prise en charge plus spécialisée sur le sujet de la périnatalité plutôt qu'une prise en charge par un psychologue plus général.

Psy 1: *"C'est tellement spécifique la périnat. C'est une clinique tellement spécifique qu'un médecin, un psychologue généraliste n'a pas forcément les outils adaptés. Je pense qu'un des freins, c'est pas forcément le fait que le médecin traitant ne réoriente pas, mais peut-être une orientation peut-être un peu trop généraliste."*

En terme de délai, certains psychologues essaient de recevoir les patientes assez rapidement.

Psy 4 et 5: *"Mais c'est vrai que moi j'essaie quand j'ai une patiente au téléphone de savoir un peu qui l'oriente vers moi, pourquoi. Et c'est vrai que si j'entends que c'est une dame qui a accouché et qui me dit je viens d'accoucher, je ne me sens pas bien. J'essaie de la rencontrer très rapidement."*

Pour les psychologues travaillant en hospitalier, elles ne reçoivent que les patientes suivies dans cet hôpital.

### 3.6 Freins liés à la coordination des soins

Pour certains médecins la coordination des soins était plus facile lorsqu'ils envoyaient à des psychologues qu'ils connaissent. La communication se faisait notamment par mail.

Med 5: *"Pas toujours, non. Ça dépend. Il y en a certains avec qui je travaille souvent, qui automatiquement vont me dire "merci de m'avoir envoyé ta patiente, je te fais un petit retour". Mais ceux qu'on connaît moins bien, ils ne le font pas."*

Med 6: *"Alors, moi, j'ai la chance d'avoir deux psychologues avec qui j'ai des échanges vraiment réguliers autour des patients qui me font des retours réguliers et qui, en fait, me permettent souvent d'aiguiller mon traitement de diriger le patient parfois vers le psychiatre. Parce que tu t'en sors pas avec la médication, il y a trop d'effets secondaires."*

Med 7: *"Alors, moi je fais toujours un petit mot pour le psychologue, comme je le ferais pour un médecin, sur le même formulaire d'ailleurs. Sur les formulaires de demandes d'examens, et alors je leur demande toujours de bien vouloir me tenir au courant de l'évolution, donc je ne demande rien de plus."*

Med 3: *"Non. Pour la seule et bonne raison, que quand on envoie quelqu'un, soit chez un psychologue, soit chez un psychiatre, on n'a jamais de réponse, on n'a jamais de retour."*

Med 1: *"Et alors des rapports de psychologues, on n'en a jamais. Des rapports de psychiatres, on n'en a jamais."*

Concernant la coordination éventuellement avec les psychiatres, pour certains médecins, c'est impossible de les avoir. Mais certains médecins arrivent à avoir une psychiatre spécialisée dans la DPP dans la province namuroise.

Med 5: *"Non. Les psychiatres sont débordés, on sait encore moins les avoir que les psychologues. Franchement, je préfère travailler personnellement avec un psychologue qu'avec un psychiatre."*

Med 2: *"Après, avec les psychiatres, c'est souvent plus compliqué d'avoir un retour. Mais donc, les fois où j'ai dû hospitaliser, il n'y a eu qu'une fois, je pense, dans mon histoire, je pense qu'il n'y a eu qu'une fois où j'ai hospitalisé chez le docteur de Beaufort. Là, on a quand même fait une concertation, donc ça, c'était chouette, avec la psychologue, la psychiatre, avec moi, pour préparer aussi le retour à domicile."*

Certains psychologues éprouvent les mêmes difficultés concernant la coordination des soins avec les médecins généralistes.

Psy 2: *"Moi, je propose toujours qu'elle puisse donner mes coordonnées au médecin généraliste pour s'il y a quoi que ce soit, qu'il se mette en contact avec moi. Mais c'est très très rare qu'ils nous recontactent."*

Psy 3: *"Je dirais les agendas surchargés. Des deux côtés, je pense, des deux côtés. Je sais que moi, j'ai un agenda surchargé. Les médecins ont un agenda*

*surchargé. La difficulté d'accès aux numéros de téléphone. Aussi, le fait que maintenant, la plupart des médecins ne sont plus contactables que via secrétariat. Moi, je sais que j'ai essayé de joindre des médecins, mais qu'en fait, je ne sais pas comment les joindre. Et puis le secrétariat, c'est pour prendre rendez-vous, mais du coup, ce n'est pas vraiment possible. c'est comme s'il n'y avait pas non plus l'espace-temps, quoi. Moi, ce que je fais souvent, c'est que ça passe plus via la patiente, ou patient, qui va alors avec un mot où alors je dis qu'on peut m'appeler ou quoi"*

Quelques psychologues essaient d'envoyer un courrier de suivi aux médecins généralistes.

*Psy 1: "J'ai déjà eu la collaboration avec les médecins qui envoient les patientes avec la prescription des séances et donc moi j'envoie souvent c'est un courrier reprenant que j'accompagne Madame autour de la question et qu'il y a ça qui est mis en place et ça qui est mis en place."*

*Psy 2: "Et ce que je peux souvent faire, c'est fournir une attestation de suivi. Voilà, ça je fais très souvent."*

Une question sur les moyens d'améliorer la coordination des soins, quelques médecins ont pensé à des solutions.

*Med 6: "Alors moi la première recommandation que j'ai, c'est vraiment d'encourager l'usage du carnet de grossesse. Je trouve que c'est un outil qui n'est pas assez maîtrisé par nos médecins traitants et pas assez utilisé par les gynécologues et les sages-femmes qui suivent la grossesse. Je trouve que ça peut être vraiment un outil qu'on peut mettre au centre du suivi de la femme enceinte qui permet déjà une communication et un peu des informations et un petit peu des signaux d'alarme, si il y en a."*

Med 8: *"Je pense que c'est surtout nous ( les gynéco et médecins généralistes) à nous mettre en collaboration pour pouvoir assurer dès le départ et permettre des suivis psy et ça, ça demande un financement de l'État."*

Néanmoins médecins et psychologues se rejoignent sur le point que si la patiente est en dépression sévère alors le contact avec le médecin généraliste se fera assez rapidement. Pour les psychologues en hospitalier, ils se réfèrent aux médecins hospitaliers en 1ère intention comme le gynécologue ou le psychiatre de l'institution.

### 3.7 Freins liés au traitement

Un des plus gros freins identifiés par les médecins est la prescription d'antidépresseurs. La crainte des médecins généralistes, est le passage de l'antidépresseur dans le lait maternel.

Med 1: *"D'une part l'allaitement, elles ne veulent pas non plus être assommées par les médicaments, elles ont peur de ne pas se réveiller si bébé pleure, donc on ne peut pas les traiter comme des dépressions du tout venant."*

Med 3: *"Mais souvent, comme ce sont des populations qui allaitent, c'est ça le problème. Non, c'est moi qui ne veux pas leur en donner parce qu'elles allaitent. Même s'il n'y a pas de preuve qu'il y a un passage chez le bébé pour certains médicaments, ce n'est pas toujours évident."*

Une minorité de médecins ont mentionné la barrière linguistique comme étant parfois un frein à une consultation psychothérapeutique.

Med 5: *"Mais non, des fois c'est vrai que c'est une question de temps, ou parfois barrière linguistique des psychologues en disant, "oui, mais je ne parle pas bien français, je ne saurais pas m'exprimer, je ne saurais pas, elle ne comprendra pas"".*

Si les médecins se retrouvent à prescrire des antidépresseurs, ils ne suivent pas un protocole particulier ou des recommandations particulières.

Med 6: *"Je travaille beaucoup avec les SSRI, la venlafaxine reste mon premier choix parce que la dose est adaptable assez rapidement. Les effets secondaires sont quand même moindres par rapport à la paroxétine qui marche bien pour tout ce qui est angoisse. Clairement, alors la trazodone est un bon choix aussi, surtout quand il y a troubles du sommeil. Et alors le Rémergon dans les atypiques. Pourquoi ? Parce que ça améliore l'appétit, en fait, tout simplement."*

Med 7: *"Escitalopram. Escitalopram à petite dose, 5 mg. J'essaye d'abord avec des produits à base de safran, du Zafranax, du Lunestil, des produits de ce type-là, qui sont des produits sympas, mais qui ne sont quand même pas d'une efficacité formidable."*

Med 2: *"Il y a le CRAT, un site internet français que j'aime bien, qui est très fiable au niveau des médicaments pendant la grossesse et pendant l'allaitement. Je retourne dessus avant de prescrire un antidépresseur pour être sur qu'il est safe."*

Certains médecins disent que les patientes parfois ne veulent pas d'antidépresseur à cause des effets secondaires car elles craignent de ne pas pouvoir s'occuper de leur bébé.

Med 4: *"Je dirais plus que c'est la peur de la chimie des traitements. Les effets secondaires des traitements."*

Med 5: *"Le risque pour le patient, c'est qu'il se dit, est-ce que je vais savoir m'en passer après ? Est-ce que je vais me mettre un pied dans un engrenage comme plein de belges qui prennent des antidépresseurs?"*

Peu de médecins ont évoqué la réticence à suivre les séances de psychothérapie pour certaines patientes.

Med 2: *"D'abord qu'elles acceptent d'aller voir et je me rends compte que ça dépend très fort de comment je leur présente et si je connais bien la façon dont les gens vont travailler."*

## 3.8 Freins liés à l'infrastructure

La question des congés de maternité de courte durée pourrait jouer un rôle dans la difficulté de détection de la DPP.

*Med 6: "Le premier problème, c'est, pour moi, le premier frein, c'est finalement ce congé de maternité qui est relativement court en Belgique. La durée de congé de maternité, pour moi, c'est un des premiers freins pour identifier ces problèmes-là."*

Peu de médecins ont parlé de la durée réduite des visites par les sages femmes comme facteur retardant la détection de la DPP.

*Med 6: "Alors l'autre chose que je trouve importante, c'est le fait qu'en fait il y a un suivi une à deux semaines, je pense, après l'accouchement fait par les sages femmes à domicile. Moi je trouve que ça devrait être plus long en fait. C'est trop court pour éventuellement détecter des signes de DPP."*

Peu de médecins et quelques psychologues mentionnent que le manque de réseau de soutien autour de la maman, mais aussi, le manque de moyens jouent un rôle dans la prise en charge des mères.

*Med 4: "J'ai pas mal d'ONE en centre-ville où il y a beaucoup de familles défavorisées ou des patients d'origine étrangère qui n'ont pas de proches ici. Et là, ils sont livrés à eux-mêmes parce qu'avant, il existait des structures comme le bébé bus. C'était toujours intéressant. C'était la possibilité de mettre son enfant une fois par semaine dans un endroit que l'ONE, proposait, à tarifs hyper concurrentiels, et ça permettait pour les mamans qui n'ont pas de crèche de pouvoir au moins bénéficier d'une journée off et de prendre leur rendez-*

*vous médical ce jour-là, de pouvoir se poser un petit peu. Ça n'existe plus depuis le Covid malheureusement."*

*Psy 1: "Donc ça c'est aussi un frein, vraiment un frein. C'est que la périnat c'est un temps vraiment où il y a quelque chose de malléable à faire, une plasticité à faire, un levier vraiment autour de la santé mentale pour certaines personnes, pour qui ça vient réveiller quand même des difficultés, mais il n'y a pas beaucoup de moyens pour les accompagner. Il y a tellement d'axes sur lesquels il faut être attentif, qui peuvent s'inter-influencer l'un par rapport à l'autre, qu'on ne se rend pas compte que ça demande beaucoup de moyens. Ce n'est pas étonnant que plusieurs unités mère bébé ferment. Ça coûte."*

Plusieurs psychologues mentionnent que les délais d'hospitalisations post accouchement raccourcis jouent un rôle également dans un retard parfois de prise en charge des patientes.

*Psy 3: "Et nous c'est ce qui a calé à l'hôpital aussi. C'est qu'en fait, les gens ne comprenaient pas en fait que ça demande des ressources, que travailler la périnatalité c'est beaucoup de ressources, c'est du temps pour le bébé, pour la maman, enfin une unité mère-bébé c'est énormément de ressources et il y a comme quelque chose au niveau plus sociétal là je dirais qui est dans une démarche très court terme, on veut l'efficacité de la rentabilité immédiate et la périnatalité ça travaille le long terme."*

*Psy 1: "Et, malheureusement, même les milieux hospitaliers, on est vraiment maintenant dans une logique de rentabilité aussi. Plus le délai d'hospitalisation est court plus c'est rentable. Alors qu'en périnat, on ne peut pas faire du court donc on est pas rentable."*

## 4 Discussion

La dépression du post-partum touche 20% des femmes qui accouchent et peut avoir des répercussions sur la mère ainsi que sur le bébé. Comprendre les freins à la prise en charge de cette maladie est essentiel pour améliorer les soins offerts.

Lors de ma recherche dans la littérature, ces mêmes freins ont également été mentionnés dans différentes études réalisées dans divers pays, peu en Belgique.

- Freins liés au diagnostic:

Le dépistage de la DPP se fait à l'aide de l'outil EDPS ou via l'échelle de dépistage de la DPP ou via un rapport complété par les patientes. Le dépistage de routine est encouragé mais n'est pas obligatoire dans les pays de l'Europe de l'Ouest, il n'y a que la moitié des femmes de ces pays qui sont diagnostiquées ou qui reçoivent des traitements pour la DPP<sup>(1)</sup>.

Le gynécologue joue un rôle essentiel dans le dépistage et le traitement de la DPP. Les femmes en post-partum avec des facteurs de risque devraient être dépistées à l'aide du questionnaire EDPS malheureusement pour l'instant il n'existe pas de programme de prévention en Europe. Tant que le dépistage des femmes à risque de DPP ne seront pas une pratique systématique, le système des soins de santé n'arrivera pas à dépister les mères à risque de développer une DPP et il n'arrivera pas à prodigier un traitement rapide et adéquat<sup>(5)</sup>.

- Freins liés à la patiente:

Les femmes peuvent rencontrer plusieurs freins lorsqu'elles recherchent de l'aide par rapport à leur DPP. Les freins peuvent être le manque de temps, la stigmatisation, des soucis de transport ou même de mauvaises expériences avec les soins de santé. Certaines femmes craignent d'être jugées comme étant des "mauvaises mères" ce qui peut retarder leur volonté à se présenter en consultation pour obtenir de l'aide. Un des composants les plus importants du traitement selon les mères était d'avoir des professionnels de la santé qui ont une attitude non jugeante mais aussi qui leur donne l'espoir de s'en sortir<sup>(12)</sup>.

Les patientes expriment également que si elles ont eu une mauvaise expérience avec un professionnel de la santé, elles seront moins ouvertes à parler de leurs symptômes. Parfois elles ont peur qu'on leur retire leur enfant si elles révèlent qu'elles sont en dépression<sup>(12)</sup>.

Concernant les freins culturels, les mères disaient que le fait d'avoir un professionnel de la santé qui n'était pas sensible à la différence culturelle présentait également une barrière pour elles<sup>(12)</sup>.

Ils mentionnent aussi des freins liés à la barrière de la langue<sup>(1)</sup>.

- **Freins financiers:**

Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire incluant des consultations médicales, des thérapies psychologiques et parfois des médicaments. Les freins financiers jouent un obstacle majeur pour de nombreuses femmes qui cherchent à accéder à ces traitements.

Les patientes mentionnent le fait que pour que le traitement proposé soit suivi, il faut que les frais de déplacements soient moins importants. Elles préfèrent des thérapies via internet, en visioconférence, en dehors des heures de bureau même si le temps de consultation sera plus limité dans le temps. Les patientes disent que les sessions via internet étaient moins intimidantes que les séances en présentiel et qu'elles étaient moins stigmatisantes. Néanmoins pour les visioconférences, les patientes préfèrent être en contact avec un psychologue plutôt qu'une intelligence artificielle<sup>(12)</sup>.

Dans la revue de littérature, les freins financiers, chez les femmes à faible revenu dans les pays occidentaux, étaient liés au fait que les femmes ne pouvaient pas payer leur traitement, qu'elles ne pouvaient pas payer des baby sitters, qu'elles ne pouvaient pas payer le moyen de transport pour aller aux séances chez le psychologue ou alors elles n'avaient pas d'assurance<sup>(1)</sup>.

Certaines inégalités socio-économiques peuvent jouer un rôle crucial à l'accès des soins de la DPP. Les femmes issues des milieux défavorisés peuvent parfois éprouver des difficultés à payer pour des soins de santé mentale ou à se rendre aux rendez-vous médicaux en raison de contraintes financières et logistiques<sup>(7)</sup>.

- Freins liés aux psychologues:

La disponibilité limitée des psychologues et leur charge de travail élevée peuvent retarder l'accès aux soins pour les patientes. De plus les critiques associées aux traitements psychologiques ainsi que les coûts élevés de ces services constituent des obstacles supplémentaires<sup>(7)</sup>.

Les systèmes de santé mentale ne sont pas toujours configurés pour faciliter une communication fluide entre les différents secteurs de soins ce qui peut contribuer à des problèmes de coordination de soins.

- Freins liés à la coordination des soins:

La prise en charge de la DPP nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Néanmoins la prise en charge multidisciplinaire est souvent déficiente.

Une des causes de mauvaise coordination des soins est la mauvaise communication entre les différents prestataires de soins impliqués dans la prise en charge de la DPP. La fragmentation des services de santé mentale et obstétricaux peut conduire à des pertes d'informations. Ces pertes d'informations peuvent justement contribuer à une mauvaise continuité des soins<sup>(9)</sup>.

- Freins liés au traitement:

Le traitement avec un psychologue est préféré mais difficilement accessible. Lorsqu'on s'intéresse aux antidépresseurs on voit que l'allaitement maternel est le plus gros frein. L'étude rapporte que les SSRI surtout la Sertraline est le premier antidépresseur recommandé chez les femmes en DPP car il passe très peu dans le lait maternel et est répertorié comme étant safe. Plus important, la plupart des antidépresseurs sont considérés comme compatibles avec l'allaitement<sup>(2)</sup>.

Une autre étude qui évalue l'efficacité des différents traitements de la DPP a montré que les antidépresseurs et la thérapie donnaient les meilleurs résultats. Certaines femmes ont beaucoup apprécié les thérapies de groupe car elles pouvaient partager leurs expériences et se sentaient moins seules<sup>(12)</sup>.

- Freins liés aux médecins:

Les médecins généralistes ou gynécologues jouent un rôle important dans le dépistage de la DPP mais également dans la mise en place d'un traitement le plus tôt possible.

Beaucoup de médecins ne reçoivent pas une formation adéquate pour reconnaître et traiter la DPP. Certains médecins peuvent ne pas se sentir compétents pour traiter la DPP ou peuvent hésiter à poser le diagnostic à cause d'un manque de connaissance et un manque de sensibilisation. Le manque de formation et/ou de sensibilisation peut contribuer à un dépistage irrégulier et à un traitement mis en place de manière retardée<sup>(7)</sup>.

Un article sur le dépistage de la DPP qui a proposé une recommandation pour la pratique mentionne que les freins liés aux médecins incluent un manque de temps, un manque de formation ou de connaissance par rapport à la DPP<sup>(3)</sup>.

- Freins liés à l'infrastructure:

Parmi les freins liés à l'infrastructure, on identifie des freins liés aux congés de maternité.

Des congés de maternité restreints ont tendance à être associés à plus de de DPP. Les congés de maternité payés sont associés à des taux de DPP plus bas, néanmoins les études se sont soldées comme étant non concluantes. Selon la

convention de l'OIT (L'organisation internationale du travail), la durée du congé de maternité ainsi que le salaire des congé de maternité sont des variables qui devraient être considérés.

Néanmoins les études concernent des pays à hauts revenus (les Etats Unis, le Canada, l'Australie ainsi que l'Europe dont la Belgique) , il faudrait donc étudier selon les mêmes critères, la durée du congé de maternité dans les pays à moyens et faibles revenus<sup>(6)</sup>.

## 5 Conclusion

La dépression du post-partum est une pathologie qui touche 20% des femmes qui accouchent. Globalement cette pathologie est sous-diagnostiquée pour plusieurs raisons. Notamment une méconnaissance de la maladie, un diagnostic difficile, des systèmes de dépistage pas ou peu mis en place, des patientes réticentes à consulter par peur du jugement ou parfois par manque de confiance envers les systèmes de soins de santé, des consultations trop courtes, une coordination des soins parfois compliquée à mettre en place en raison des agendas surbookés, des hospitalisations de plus en plus courtes rendant la détection plus compliquée.

Parmi tous les freins rencontrés par les divers prestataires de soins, des moyens sont mis en place par chacun d'entre eux afin d'y pallier.

Pour faire face aux contraintes de temps, certains médecins rallongent leur consultations ou fixent un rendez-vous rapproché aux patientes afin de leur laisser le temps nécessaire pour s'exprimer. Les médecins et les psychologues essaient de conforter les patientes afin de réduire leur sentiment de culpabilité. Dans le but de soutenir ces patientes, les médecins et les psychologues tentent d'inclure les partenaires et conjoints, ce qui a tendance à être bien accepté par les deux partis.

Pour pallier aux difficultés de déplacement, les psychologues se montrent flexibles et proposent éventuellement des téléconsultations le temps de quelques séances.

Les médecins réfèrent vers des psychologues avec qui ils ont déjà collaboré dans un premier temps. Lorsque ce n'est pas possible, ils orientent les patientes vers le site

psynam surtout pour le coût moindre des consultations. Cependant, les psychologues retrouvés sur ce site sont parfois surbookés et ceux-ci ne précisent pas si ils sont formés en périnatalité.

Lorsque les médecins se retrouvent confrontés à un manque de relais ou lorsque les psychologues avec qui ils collaborent ne sont pas disponibles, ils essaient de faire appel à des services de crise connus sous le nom de Pléiade ou de Emism. Pléiade et Emism sont des équipes mobiles de soins psychiatrique dont le service est gratuit qui travaillent surtout dans l'urgence et la crise. Malheureusement, la continuité des soins pour les patientes avec ces services n'est pas souvent possible. Les médecins font parfois appel à la deuxième ligne, les psychiatres, lorsque les symptômes de DPP sont sévères et réfèrent surtout dans la région namuroise, au Dr De Beaufort.

Les médecins aimeraient avoir un rapport d'évolution du psychologue tout en conservant le secret médical. Un médecin proposait l'utilisation du carnet de grossesse comme moyen de communication entre le médecin généraliste, le gynécologue, les sages femmes, mettant ainsi la patiente au centre de la prise en charge.

Les psychologues souhaitent une meilleure formation des médecins sur le sujet de la DPP. Les psychologues proposent d'inclure l'enseignement sur la DPP dans la formation continue des futurs médecins, si cela n'est pas possible ils proposent des formations pour les professionnels de santé en contact avec les mères. Les psychologues sont prêts à présenter ce sujet dans les GLEMs des MG afin de sensibiliser à la question de la DPP. La plupart des médecins étaient favorable à une formation sur la question de la DPP. Un médecin proposait éventuellement, une sensibilisation via la SSMG car tout le monde peut y avoir accès avec un onglet permettant aux médecins de revenir chercher l'information lorsqu'ils se retrouveront face à un cas similaire.

Des programmes de sensibilisation à la DPP pour les patientes ainsi que pour les professionnels de la santé pourraient mettre en lumière cette maladie entraînant ainsi un meilleur dépistage. Un outil de dépistage peut être utilisé afin de s'aider à poser le diagnostic, il s'agit de l'échelle EPDS, que vous trouverez en annexe 1 en version française et annexe 2 en version anglaise.

Il existe une formation inter-universitaire UCL-ULB sur la question de la périnatalité qui sera lancée en Mars et Novembre 2025. Cette formation donnera accès à un certificat, elle aura pour but d'acquérir les bases d'une dynamique transdisciplinaire permettant de comprendre l'importance de la pluridisciplinarité pendant cette période de périnatalité. Certaines psychologues rencontrées pour ce travail sont formatrices en association avec le service de santé mental REALISM de Liège et proposent des formations à raison de 2 fois par an.

Des conseils étayés pour la pratique ont été émis via l'EBP<sup>(21)</sup> et comprennent notamment:

- Une évaluation complète de l'humeur et du bien-être émotionnel, incluant un dépistage de la dépression du post-partum, doit être réalisée chez toutes les femmes dans les 6 à 12 semaines suivant l'accouchement. (Grade A)
- Le dépistage de la dépression du post-partum doit être effectué et documenté à l'aide d'un outil valide. (Grade B)
- Le dépistage de la dépression doit être répété (au moins une fois) au cours des 12 mois suivant l'accouchement ou à tout moment s'il est cliniquement indiqué. (Grade B)
- Des systèmes/politiques doivent être mis en place en vue de garantir un suivi pour le diagnostic et le traitement de la dépression du post-partum si le dépistage s'avère positif. (Grade A)
- L'adéquation linguistique et culturelle de l'outil de dépistage doit être prise en compte et si possible, l'outil doit être proposé dans la langue maternelle de la femme. (Grade B)
- Les professionnels de santé doivent recevoir une éducation et une formation relatives aux compétences de communication centrées sur la patiente, à l'évaluation psychosociale et aux soins adaptés à la réalité culturelle des patientes. (Grade B)
- Les professionnels de la santé doivent participer à une formation continue annuelle relative aux services de santé mentale et au soutien (y compris au dépistage) à apporter au cours de la dépression périnatale. (Grade B)

- Il convient d'adopter des mesures facilitant le dépistage universel de la dépression du post-partum (p.ex. rappels lors des réunions d'équipe). (Grade B)
- Les obstacles au dépistage universel de la dépression du post-partum doivent être identifiés et résolus dans le contexte local. (Grade B)

## 6 Bibliographie

1. Hansotte, Elinor, et al. 'Positive Postpartum Depression Screening Practices and Subsequent Mental Health Treatment for Low-Income Women in Western Countries: A Systematic Literature Review'. *Public Health Reviews*, vol. 38, no. 1, Jan. 2017, p. 3. *BioMed Central*, <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0050-y>.
2. Dennis, Cindy-Lee, et al. 'Postpartum Depression: A Clinical Review of Impact and Current Treatment Solutions'. *Drugs*, vol. 84, no. 6, June 2024, pp. 645–59. *Springer Link*, <https://doi.org/10.1007/s40265-024-02038-z>.
3. 'Table 1.' *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Aug. 2024. [www.jabfm.org](http://www.jabfm.org), <https://www.jabfm.org/content/20/3/280/T1>.
4. Shumbusho, Diane I., et al. 'Maternity Leave Length Impact on Breastfeeding and Postpartum Depression'. *Military Medicine*, vol. 185, no. 11–12, Dec. 2020, pp. 1937–40. *DOI.org (Crossref)*, <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa137>.
5. Dimcea, Daiana Anne-Marie, et al. 'Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care'. *Diagnostics*, vol. 14, no. 9, Jan. 2024, p. 865. [www.mdpi.com](http://www.mdpi.com), <https://doi.org/10.3390/diagnostics14090865>.

6. Hidalgo-Padilla, Liliana, et al. 'Association between Maternity Leave Policies and Postpartum Depression: A Systematic Review'. *Archives of Women's Mental Health*, vol. 26, no. 5, Oct. 2023, pp. 571–80. *Springer Link*, <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01350-z>.
7. Bodnar-Deren, Susan, et al. 'Stigma and Postpartum Depression Treatment Acceptability Among Black and White Women in the First Six-Months Postpartum'. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 21, no. 7, July 2017, pp. 1457–68. *Springer Link*, <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2263-6>.
8. 'Obstetricians Are Well-Positioned to Diagnose, Treat Postpartum Depression, Speakers Say'. *AJMC*, 28 Apr. 2018, <https://www.ajmc.com/view/obstetricians-are-well-positioned-to-diagnose-treat-postpartum-depression-speakers-say>.
9. Robbins, Cheryl L. 'Timing of Postpartum Depressive Symptoms'. *Preventing Chronic Disease*, vol. 20, 2023. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), <https://doi.org/10.5888/pcd20.230107>.
10. Alexis, BOURLA, and FERRERI Florian. *Ordonnances En Psychiatrie et Pédopsychiatrie : 100 Prescriptions Courantes*. Maloine, 2017.
11. 'Psychiatrie de l'adulte | Livre | 9782294000171'. *Elsevier Masson SAS*, <https://www.elsevier-masson.fr/psychiatrie-de-ladulte-9782294000171.html>. Accessed 6 Aug. 2024.
12. Massoudi, Pamela, et al. 'Women's Experiences of Psychological Treatment and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis'. *BMC Women's Health*, vol. 23, no. 1, Nov. 2023, p. 604. *BioMed Central*, <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02772-8>.
13. Mw, O'Hara, and McCabe Je. 'Postpartum Depression: Current Status and Future Directions'. *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 9,

2013. *pubmed.ncbi.nlm.nih.gov*, <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>.
14. J. Masmoudi, S. Trabelsi et al, La dépression du post-partum, Service de Psychiatrie "A", CHU Hédi Chaker, Sfax
15. Manzano, Juan. 'L'identification des facteurs de risque pour une dépression postpartum'. *Med Hyg*, vol. 2379, Feb. 2002, pp. 346–50. *www.revmed.ch*, <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2002/revue-medicale-suisse-2379/l-identification-des-facteurs-de-risque-pour-une-depression-postpartum>.
16. Righetti-Veltema, Marion, et al. 'Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum?' *Rev Med Suisse*, vol. 110, May 2007, pp. 1200–05. *www.revmed.ch*, <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-110/pourquoi-est-il-essentiel-de-depister-et-de-prevenir-la-depression-postpartum>.
17. Norhayati, M. N., et al. 'Magnitude and Risk Factors for Postpartum Symptoms: A Literature Review'. *Journal of Affective Disorders*, vol. 175, Apr. 2015, pp. 34–52. *ScienceDirect*, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>.
18. Sénat, M. V., et al. '[Post-partum: Guidelines for clinical practice--Short text]'. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*, vol. 44, no. 10, Dec. 2015, pp. 1157–66. *PubMed*, <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.017>.
19. Bydlowski, S. '[Postpartum psychological disorders: Screening and prevention after birth. Guidelines for clinical practice]'. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*, vol. 44, no. 10, Dec. 2015, pp. 1152–56. *PubMed*, <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.016>.
20. Dennis, Cindy-Lee, and Therese Dowswell. 'Psychosocial and Psychological Interventions for Preventing Postpartum Depression'. *Cochrane Database of*

*Systematic Reviews*, no. 2, 2013. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com),  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>.

21. 'jbi:ES-1786'. Ebpracticenet, <https://ebpnet.be/fr/ebsources/6260>. Accessed 31  
Aug. 2024.