

Année 2024

2024 TOU3 1092

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Anissa NAZIH**

Le 24 septembre 2024

**L'ENTRETIEN POSTNATAL PRECOCE EN MEDECINE GENERALE : Une  
étude quantitative menée en Haute Garonne**

Directeur de thèse : Dr Céline MAUROUX

### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Madame le Professeur Anne FREYENS**

**Madame le Docteur Céline MAUROUX**

**Président**

**Assesseur**

**Assesseur**



UNIVERSITÉ  
TOULOUSE III  
PAUL SABATIER

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Émérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURARIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

<b>P.U. - P.H.</b> <b>2ème classe</b>	<b>Professeurs Associés</b>
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	<b>Professeurs Associés de Médecine Générale</b>
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	<b>Professeurs Associés Honoraires</b>
	Mme MALAVAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRACON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOUCAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

## **Remerciements aux membres du jury :**

**A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Pour votre disponibilité et votre attention, veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**A Madame le Professeur Anne FREYENS**, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez trouver l'expression de mes respectueux remerciements.

**A Madame le Docteur Céline MAUROUX**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail, pour m'avoir toujours soutenue depuis notre rencontre en stage mère-enfant, pour m'avoir fait confiance et pour l'intérêt que tu as porté à ce sujet de thèse. Je te suis très reconnaissante. Tu es une personne extraordinaire.

## **Remerciements personnels :**

**A mes parents**, sans qui je ne serais jamais arrivée jusqu'ici. Pour votre soutien incommensurable, votre amour inconditionnel, pour nous avoir toujours mis dans les meilleures conditions pour poursuivre nos études, je vous suis infiniment reconnaissante. Vous rendre fier aura été l'une de mes principales motivations.

**A Walid**, pour ton soutien quotidien durant toutes ces années d'étude, ta grande patience et ton extrême gentillesse. Merci de toujours te préoccuper de mon bien-être. Tu es mon pilier.

**A Souheyl**, sans qui ce sujet ne serait jamais né ! Pour l'immense bonheur que tu m'apportes chaque jour.

**A Sonia**, pour être une grande sœur parfaite, pour toujours prendre soin de moi et m'encourager. Tu as toujours été là lorsque j'en ai eu besoin pour rire ou pour pleurer. Nos belles années à Colonel Roche resteront gravées dans ma mémoire.

**A Zakaria**, pour ton soutien, ta disponibilité et pour ta volonté de toujours m'aider, je suis reconnaissante d'avoir un grand frère comme toi.

**A mes beaux-parents**, ma belle-sœur Naima, mes beaux-frères, mes neveux, pour votre soutien, votre présence, votre bonne humeur, vous êtes ma deuxième famille.

**A Mélanie et Charlotte** pour votre bienveillance, vos encouragements et pour la bonne ambiance au cabinet. J'ai hâte de vivre la suite de notre histoire.

**A mes amies**, les médicales **Imène, Noha et Salima** et les mamans **Fatima, Habiba, Leila et Imen**. Merci de m'avoir soutenue, encouragée et d'avoir été présentes dans les bons et les mauvais moments que vous transformez en moment de joie.

# Table des matières

## Liste des abréviations

## Liste des figures

<b>I. Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>A. Le post-partum</b> .....	<b>4</b>
1. Définitions.....	4
2. Les complications du post-partum.....	4
3. Mortalité maternelle et dépression du post-partum.....	4
<b>B. Le suivi de la femme durant le post-partum</b> .....	<b>5</b>
1. Recommandations OMS concernant le suivi de la femme durant le post-partum.....	5
2. Le suivi de la femme durant le post-partum en France.....	6
<b>C. L'Entretien Postnatal Précoce</b> .....	<b>6</b>
<b>D. Contexte démographique médical actuel</b> .....	<b>7</b>
<b>E. Justification de l'étude</b> .....	<b>8</b>
<b>II. Matériel et méthode</b> .....	<b>9</b>
<b>A. Type d'étude</b> .....	<b>9</b>
<b>B. Recherches bibliographiques</b> .....	<b>9</b>
<b>C. Élaboration du questionnaire</b> .....	<b>9</b>
<b>D. Population étudiée</b> .....	<b>10</b>
1. Critères d'inclusion.....	10
2. Critères d'exclusion.....	10
<b>E. Recueil de données</b> .....	<b>10</b>
<b>F. Analyse des données</b> .....	<b>11</b>
<b>III. Résultats</b> .....	<b>12</b>
<b>A. Profil des médecins généralistes</b> .....	<b>12</b>
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	12
2. Analyse de l'activité gynécologique.....	13
<b>B. Entretien postnatal précoce</b> .....	<b>14</b>
1. Réalisation d'entretien postnatal précoce.....	14
2. Pratiques des 28 médecins généralistes réalisant des entretiens postnatals précoces.....	14
3. Freins à la réalisation d'entretien postnatal précoce.....	17
4. Connaissances en lien avec l'entretien postnatal précoce :.....	18
<b>C. Facteurs associés à la réalisation d'EPNP</b> .....	<b>22</b>
1. Analyses univariées.....	22
2. Analyse explicative multivariée.....	23
<b>IV. Discussion</b> .....	<b>25</b>
<b>A. Résultats principaux</b> .....	<b>25</b>

<b>B.</b>	<b>Forces de l'étude .....</b>	<b>25</b>
<b>C.</b>	<b>Limites et biais.....</b>	<b>25</b>
<b>D.</b>	<b>Représentativité de l'échantillon :.....</b>	<b>26</b>
<b>E.</b>	<b>Interprétation des résultats.....</b>	<b>27</b>
1.	Un entretien obligatoire peu réalisé .....	27
2.	L'objectif principal de l'EPNP partiellement identifié .....	29
3.	La nécessité du revoir les femmes de manière précoce.....	29
4.	Les besoins du père : une évaluation irrégulière .....	30
5.	L'EPDS, un outil largement sous-utilisé par les médecins .....	30
6.	L'examen clinique : ancré dans la pratique des médecins généralistes .....	32
7.	L'orientation des patientes : différente selon la pratique d'EPNP .....	32
<b>V.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>33</b>
<b>VI.</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>35</b>
<b>VII.</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>38</b>
	<b>Annexe 1 : Questionnaire : l'entretien postnatal précoce en médecine générale.....</b>	<b>38</b>
	<b>Annexe 2 : Questionnaire EPDS.....</b>	<b>45</b>
	<b>Annexe 3 : Tableau affichant les données d'utilisation des facteurs de risque de DPP.....</b>	<b>46</b>
	<b>Annexe 4 : Affiche d'information sur l'EPNP proposée par le Réseau de périnatalité Occitanie.....</b>	<b>48</b>
	<b>Annexe 5 : Dépliant d'information sur le suivi anténatal et postnatal à destination des femmes proposé par le Réseau de périnatalité d'Occitanie.....</b>	<b>49</b>

## Liste des abréviations :

EPNP : Entretien postnatal précoce

EPDS : Edinburgh Postpartum Depression Scale

DPP : Dépression du post-partum

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CNSF : Collège National des Sage-Femmes de France

RPO : Réseau de périnatalité Occitanie

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

## Liste des figures :

Figure 1: Analyse descriptive des classes d'âges de l'échantillon .....	12
Figure 2: Analyse descriptive des habitudes des médecins généralistes concernant l'activité gynécologique.....	13
Figure 3: Analyse descriptive du nombre d'EPNP par semestre dans le groupe des médecins réalisant des EPNP .....	14
Figure 4: Diagramme en barres affichant l'inclusion du conjoint durant l'EPNP dans le groupe des médecins réalisant des EPNP .....	15
Figure 5 : Diagramme en barres affichant les délais de réalisation de l'EPNP dans le groupe de médecins généralistes réalisant des EPNP .....	16
Figure 6: Diagramme en barres horizontales affichant les motifs de non-réalisation d'EPNP dans le groupe des médecins ne réalisant pas d'EPNP .....	17
Figure 7 : Diagramme en barres affichant le caractère obligatoire, fortement recommandé ou optionnel de l'EPNP selon la réalisation d'EPNP .....	18
Figure 8: Diagramme en barres affichant l'objectif principal de l'EPNP selon la réalisation d'EPNP .....	19
Figure 9: Utilisation des facteurs de risque de DPP par les médecins généralistes.....	20
Figure 10: Diagramme en barre affichant les orientations en cas de dépression du post-partum légère à modérée selon la réalisation d'EPNP .....	21
Figure 11: Tableau d'analyse univariée affichant les orientations en cas de dépression du post-partum légère à modérée selon la réalisation d'EPNP .....	22
Figure 12 : Tableau d'analyse univariable de la formation en gynécologie, l'habitude de suivi de grossesse non pathologique et de l'habitude de suivi gynécologique annuel en fonction de la réalisation d'EPNP .....	23

# I. Introduction

## A. Le post-partum

### 1. Définitions

La période postnatale est définie selon l’OMS par « la période commençant immédiatement après la naissance du bébé et s'étendant jusqu'à six semaines (42 jours) (1).

La définition du post-partum est proche puisque c’est la « période s’étendant de l’accouchement au retour de couches » (2).

Cette période pouvant être variable selon que la mère allaite ou non son enfant, environ 6 semaines à plusieurs mois.

Par la suite nous utiliserons indifféremment les termes post-partum et période postnatale pour la période suivant l’accouchement.

### 2. Les complications du post-partum

Le post-partum est une période de grand bouleversement physique, hormonal, psychique et familial. Celle-ci est à risque de complications, les plus fréquentes étant les pathologies hémorragiques, cardiovasculaires, infectieuses et psychiques.

Outre le changement physique du corps et son rétablissement après l’accouchement, tous les repères sont modifiés.

C’est dans ce climat d’adaptation que la relation mère-enfant commence à se mettre en place. La qualité de cette relation et des interactions sont importantes pour le bon développement de l’enfant.

### 3. Mortalité maternelle et dépression du post-partum

La dernière enquête confidentielle sur les causes de décès maternels menée entre 2016 et 2018 montre qu’en France le suicide et les causes psychiatriques sont la première cause de décès maternel si l’on considère la première année après l’accouchement (3).

En prenant en compte les 6 premières semaines uniquement, le suicide est la deuxième cause de mort maternelle après les maladies cardiovasculaires (3).

Plus de la moitié des décès maternels sont considérés comme évitables (3).

Ces éléments soulignent l'importance de suivre médicalement les femmes durant le post-partum.

Parmi les troubles psychiques du post-partum, la dépression du post-partum est la plus courante avec une prévalence d'environ 17 % d'après la dernière enquête nationale périnatale réalisée par Santé Publique France (4).

Le dépistage de cette pathologie et sa prise en charge est donc un enjeu de santé publique au vu de sa fréquence mais aussi de ses conséquences.

## B. Le suivi de la femme durant le post-partum

### 1. Recommandations OMS concernant le suivi de la femme durant le post-partum

L'OMS a émis des recommandations concernant les soins postnatals de la mère et du nouveau-né (1). Quatre examens de la mère et du nouveau-né sont recommandés :

- Deux durant les 72 premières heures après l'accouchement
- Un entre 7 et 14 jours
- Un au cours de la 6ème semaine

Concernant la mère, il est recommandé à chaque contact d'évaluer son état clinique et d'explorer l'état émotionnel de la patiente, le soutien familial et social disponible ainsi que la gestion des difficultés de la vie quotidienne. Il est également recommandé d'évaluer l'allaitement s'il y a et de le promouvoir (1).

Une attention particulière doit être portée sur la persistance des symptômes de « blues maternel » au-delà de 2 semaines (1).

La recherche de violence domestique est également recommandée durant cette période. En effet c'est une période où le risque de violence au sein du couple est augmenté (5,6).

## 2. Le suivi de la femme durant le post-partum en France

Le suivi médical de la femme après l'accouchement en France comprend une surveillance hospitalière pendant au moins 72h et des soins ambulatoires comprenant des rendez-vous obligatoires et des rendez-vous recommandés.

L'entretien postnatal précoce et la consultation médicale postnatale sont les deux rendez-vous obligatoires. Ils peuvent être réalisés par les médecins généralistes, les sage-femmes ou les gynécologues (7,8).

Les rendez-vous recommandés sont les visites à domicile par les sage-femmes et les séances de suivi postnatal.

### C. L'Entretien Postnatal Précoce

L'entretien postnatal précoce est une étape obligatoire dans le suivi des femmes après leur accouchement. Il a pour principal objectif le dépistage de la dépression du post-partum, en repérant les premiers signes ou les facteurs de risque de cette pathologie. Il permet également d'identifier les besoins du couple durant cette période (7).

Cet entretien est recommandé par la HAS depuis 2014 mais n'était que très peu utilisé avant de devenir obligatoire après son inscription au Code de la Santé Publique en juillet 2022 (article L2122-1).

La valorisation et la promotion de cet entretien a été l'une des propositions de la commission des 1000 premiers jours (9).

L'EPNP doit avoir lieu entre la quatrième et la huitième semaine après l'accouchement. Cet entretien est pris en charge à 70% par l'assurance maladie (7).

Il peut être réalisé par les sage-femmes, les médecins généralistes ou les gynécologues.

Le Collège National des Sages Femmes de France (CNSF) a publié un guide pratique pour l'entretien postnatal précoce à destination des sages femmes et des médecins.

Durant cet entretien, il est proposé d'explorer différentes sphères : vécu de l'accouchement, relation de couple, environnement familial et social, ressources, recherche des vulnérabilités psychiques des parents (10).

Il est recommandé de dépister les signes de dépression du post-partum et d'utiliser l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (10). Cette échelle est l'outil le plus largement utilisé pour le repérage de la dépression du post-partum. Elle se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 10 items. Un seuil à 11 est retenu pour définir l'existence de symptômes dépressifs.

Durant l'EPNP, la présence du co-parent et de l'enfant est souhaitable.

Il est recommandé de rechercher de manière systématique les violences intra familiales.

Une synthèse peut être rédigée avec les parents et la planification du suivi ou l'orientation de la patiente doit clôturer l'entretien (10).

#### D. Contexte démographique médical actuel

En France, le suivi gynécologique des femmes peut être assuré par les gynécologues, sage-femme ou par les médecins généralistes.

Ces dernières années, nous avons assisté à la diminution du nombre de gynécologue en France. En effet les effectifs en gynécologues médicaux ont diminué de 41.6% entre 2007 et 2010 (11), conséquence de la suppression de la spécialité de gynécologie médicale lors de la réforme de l'internat en 1984. Celle-ci a été rétablie en 2003 avec nouveau DES et la réouverture et l'augmentation du nombre de postes d'internes de gynécologie médicale (12).

La formation des futurs médecins généraliste s'est renforcée ces dernières années dans le domaine de la santé de la femme puisque la maquette de stage du DES de médecine générale doit obligatoirement inclure un stage de 6 mois auprès de médecins ou dans des structures de soins de la femme ou de l'enfant (13).

De nombreuses femmes se tournent vers leur médecin généraliste pour leur suivi gynécologique, leur suivi de grossesse non pathologique, ainsi que pour le suivi pédiatrique de leur nouveau-né.

Le médecin généraliste a donc une place de choix puisqu'il est amené à voir et à revoir les femmes ou leur nouveau-né durant cette période.

## E. Justification de l'étude

Le post-partum, période de vulnérabilité, doit faire l'objet d'une attention particulière. Les soins apportés aux femmes pour améliorer leur état de santé et prévenir les complications ont fait l'objet de recommandations internationales (1).

En France, le parcours de soin de la femme a été modifié par l'ajout d'un entretien postnatal précoce pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la dépression du post-partum.

Dans le contexte démographique médical actuel, les médecins généralistes sont amenés à réaliser ces entretiens mais leurs pratiques n'ont pas spécifiquement fait l'objet d'étude.

Notre objectif primaire est de faire un état des lieux des pratiques et connaissance des médecins généralistes concernant l'EPNP.

Notre objectif secondaire est d'étudier les facteurs associés à la réalisation de l'entretien postnatal précoce.

## II. Matériel et méthode

### A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale réalisée à partir d'un questionnaire en ligne adressé par mail.

### B. Recherches bibliographiques

Des recherches bibliographiques ont été effectuées entre mai 2023 et août 2024 sur plusieurs moteurs de recherche tels que Sudoc, Google Scholar, Pubmed à partir des mots clefs suivants (de manière croisée en français et/ou en anglais) :

- Postnatal, post-partum
- Consultation, entretien, soins, care
- Dépression, depression
- Médecin généraliste, general practitioner

### C. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été inspiré par une enquête réalisée par le réseau de périnatalité d'Occitanie sur l'entretien postnatal précoce en 2023 (14) et par deux études des pratiques des médecins généralistes concernant la consultation médicale postnatale (15,16).

La première partie du questionnaire permettait d'explorer le profil des médecins généralistes ainsi que leurs habitudes concernant le suivi de la femme, la deuxième partie du questionnaire explorait la pratique des médecins généralistes au sujet de l'entretien postnatal précoce.

Le questionnaire (annexe 1) a été testé sur un échantillon de médecins généralistes et internes en médecine générale ayant potentiellement des connaissances sur l'entretien postnatal précoce ainsi que sur un médecin non généraliste n'ayant pas du tout de connaissance sur le sujet afin d'en faire ressortir les imperfections.

Pour améliorer le taux de réponse, éviter l'abandon en cours de remplissage, le questionnaire a été scindé en 2 sous questionnaires selon la pratique ou non d'entretien postnatal précoce. Ainsi le questionnaire comportait respectivement 18 ou 13 questions.

Le message accompagnant le lien du questionnaire invitait explicitement tous les médecins à participer, y compris ceux qui n'avaient pas connaissance de l'entretien postnatal précoce.

Le responsable de l'atelier « Méthodologie » du DUMG de la Faculté de Médecine de Toulouse a émis un avis favorable concernant la construction du questionnaire.

## D. Population étudiée

### 1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient les suivants : être médecin généraliste installé ou remplaçant, exercer en Haute Garonne.

Les médecins généralistes étaient inclus quelle que soit leur sexe, âge ou leur activité.

### 2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de cette étude étaient les médecins d'une autre spécialité ou les médecins n'exerçant pas en Haute Garonne.

## E. Recueil de données

Le recueil de données a été effectué à partir d'un questionnaire en ligne sur Google Forms du 15 juin 2024 au 20 juillet 2024.

Les données étaient recueillies de manière anonyme.

Le lien du questionnaire a été diffusé par mail le 15 juin 2024, une relance a été envoyée le 24 juin 2024.

La diffusion du questionnaire a été faite par le biais de différents réseaux de médecins généralistes (groupe de pairs, groupe de formation, groupe de garde, MSU, DUMG, internes en médecine générale de la faculté de médecine de Toulouse de 3ème année).

Une vérification des lieux d'exercice (en Haute Garonne) des médecins destinataires a été faite au moment de la sélection des adresses mails. Deux dossiers de demande de diffusion ont été adressés à l'URPS Occitanie et au réseau de Périnatalité d'Occitanie et n'ont pas abouti.

Le message envoyé avec le lien du questionnaire précisait explicitement les critères d'inclusion. Nous avons envoyé 586 mails.

## F. Analyse des données

Le traitement des données respectait la réglementation française en vigueur, en particulier le règlement général à la protection des données (RGPD).

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel pvalue.io, un logiciel de biostatistique en ligne.

Il s'agissait d'analyses descriptives et d'une analyse explicative.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.

Les facteurs associés à la réalisation d'entretien post-natal précoce ( $p < 0,10$ ) ont été inclus dans un modèle de régression logistique multivarié.

### III. Résultats

#### A. Profil des médecins généralistes

##### 1. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons obtenu 115 réponses sur 586 mails envoyés, soit un taux de réponse de 19,6%.

L'échantillon de médecins généralistes était composé de 76% de femmes et de 24% d'hommes.

La classe d'âge de 25 à 35 ans représentait 62% de l'échantillon, celle de 36 à 45 ans représentait 25% de l'échantillon. La classe d'âge de 46 à 55 ans représentait 9% et celle de 56 à 65 ans représentait 4%. Il n'y avait pas de médecin de plus de 65 ans.

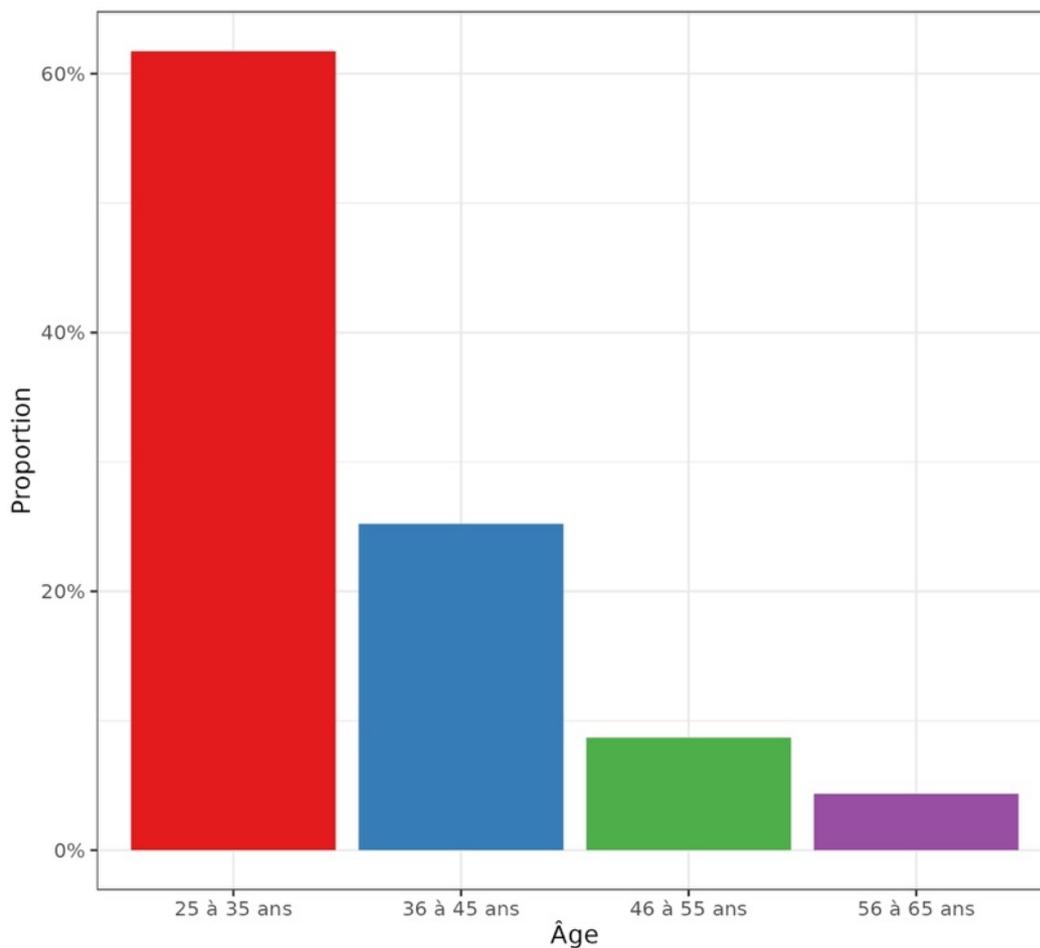


Figure 1: Analyse descriptive des classes d'âges de l'échantillon

Les médecins généralistes étaient installés pour 59% d'entre eux, remplaçants non thésés pour 23% et remplaçants thésés pour 17%.

Cinquante et un pourcents d'entre eux exerçaient en milieu semi rural, 41% en milieu urbain et 8% en milieu rural.

## 2. Analyse de l'activité gynécologique

Soixante-deux pourcents des médecins déclaraient ne pas avoir suivi de formation spécifique en gynécologie, 38% déclaraient en avoir suivi une.

Concernant les habitudes des médecins généralistes dans leur activité gynécologique, la quasi-totalité des répondants, soit 99%, réalisaient les premières prescriptions ou le renouvellement de pilule contraceptive, 79% effectuaient le suivi gynécologique annuel. Le suivi de grossesse non pathologique était quant à lui assuré par 52% des médecins généralistes interrogés.

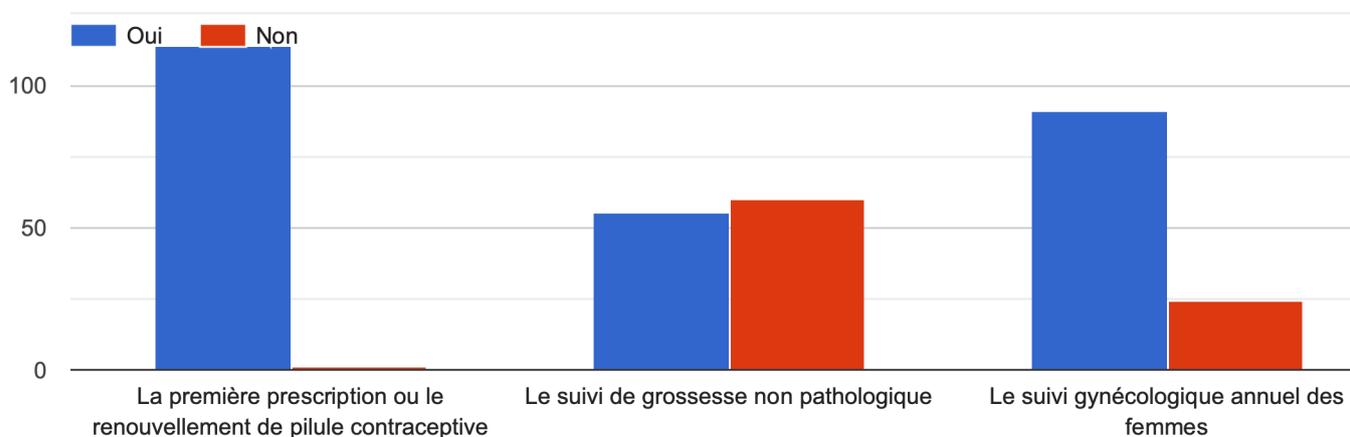


Figure 2: Analyse descriptive des habitudes des médecins généralistes concernant l'activité gynécologique

## B. Entretien postnatal précoce

### 1. Réalisation d'entretien postnatal précoce

Concernant l'entretien postnatal précoce, 76% des médecins généralistes déclaraient ne pas en réaliser (soit 87 médecins) et 24% des répondants en pratiquaient (soit 28 médecins).

### 2. Pratiques des 28 médecins généralistes réalisant des entretiens postnatals précoces

Quatre-vingt-six pourcents des médecins réalisant des EPNP déclaraient effectuer 1 à 2 EPNP par semestre, 11% estimaient en réaliser 3 à 4 par semestre et 3% plus de 5 par semestre.

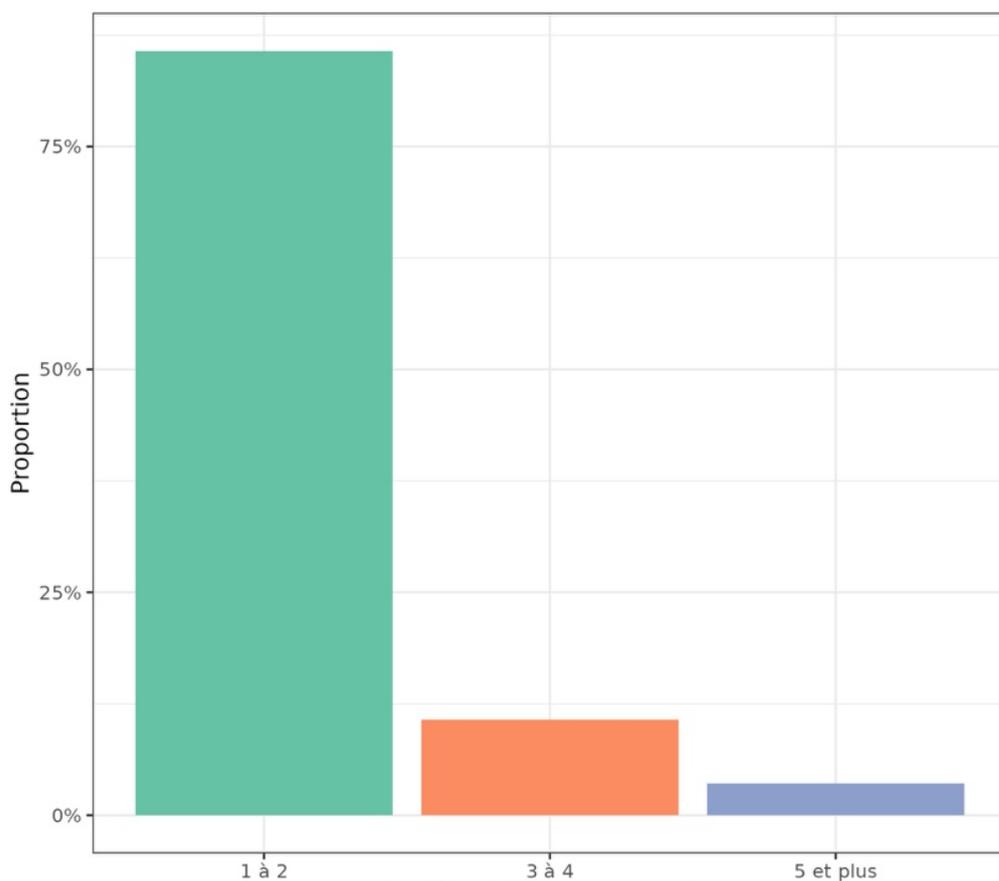
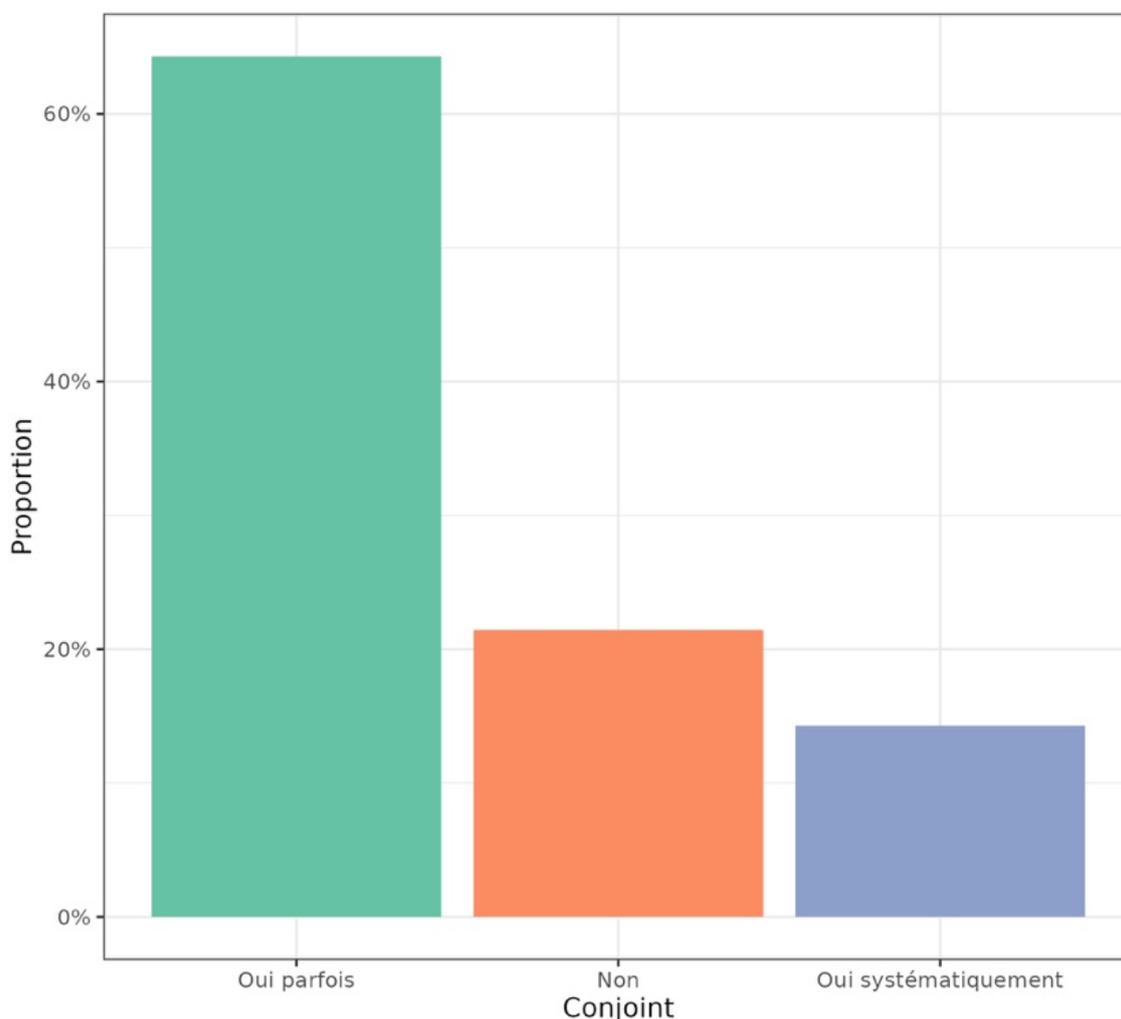


Figure 3: Analyse descriptive du nombre d'EPNP par semestre dans le groupe des médecins réalisant des EPNP

Soixante-quatre pourcents des médecins réalisant des EPNP déclaraient évaluer les besoins du conjoint non systématiquement et 14% le faisaient systématiquement. Vingt et un pourcents n'évaluaient pas les besoins du conjoint durant l'EPNP.



*Figure 4: Diagramme en barres affichant l'évaluation du conjoint durant l'EPNP dans le groupe des médecins réalisant des EPNP*

Au sujet de l'examen clinique, il était réalisé par 75% des médecins réalisant des EPNP, 25% déclarait ne pas examiner leur patiente durant cet entretien.

Concernant le dépistage de la dépression du post-partum, 93% des médecins réalisant des EPNP utilisaient l'interrogatoire classique et n'utilisaient pas d'échelle spécifique comme l'EPDS. L'EPDS seule était utilisée par 3% des médecins, les deux méthodes étaient utilisées par 3% des médecins.

Concernant le délai de réalisation de l'EPNP, 54% des médecins de ce sous-groupe considéraient que cet entretien devait être réalisé durant les 4 premières semaines, 29% entre 4 à 6 semaines et 14% entre 6 à 8 semaines.

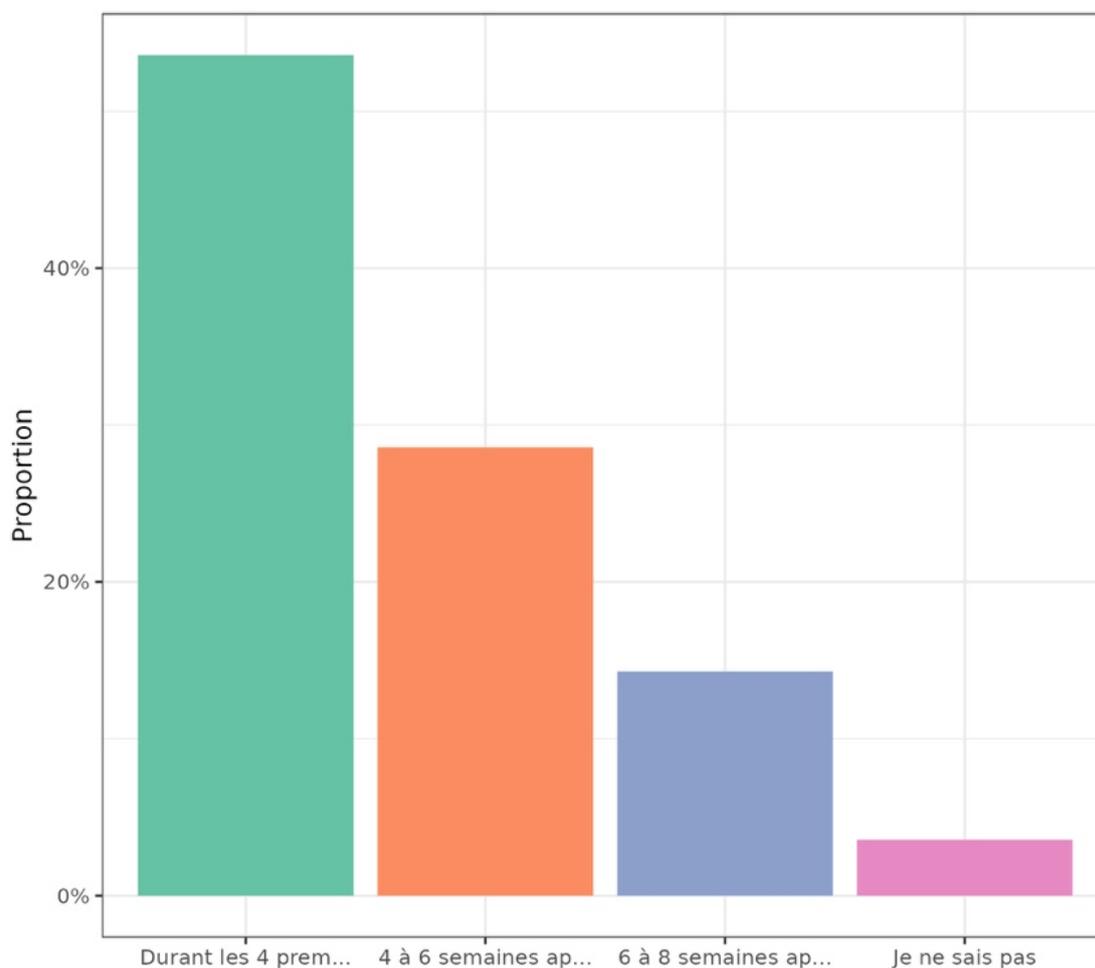


Figure 5 : Diagramme en barres affichant les délais de réalisation de l'EPNP dans le groupe de médecins généralistes réalisant des EPNP

En prenant en considération l'ensemble des médecins interrogés, 59% considéraient que cet entretien devait être réalisé durant les 4 premières semaines, 25% entre 4 et 6 semaines, 10% entre 6 et 8 semaines. Environ 5% des répondants ne savaient pas répondre à cette question.

Il n'y avait pas de différence significative de distribution des réponses concernant les délais de réalisation entre les groupes réalisant des EPNP et ceux n'en réalisant pas.

### 3. Freins à la réalisation d'entretien postnatal précoce

La question concernait les 87 médecins ayant répondu « non » à la question « réalisez-vous des entretiens postnatals précoces ».

Plusieurs réponses ont été évoquées : 3 médecins sur 4 déclaraient qu'ils n'avaient pas de demande de consultation pour ce motif et 2 médecins sur 5 n'avaient pas connaissance de cet entretien.

Un médecin sur 3 déclarait avoir peu ou pas d'activité gynécologique dans sa pratique, 1 médecin sur 3 n'effectuait pas d'EPNP car ce dernier était proposé par les sages femmes de leur secteur.

Dix-huit pourcents des médecins déclaraient ne pas être à l'aise avec cet entretien et 4,6% n'avait pas assez de temps pour effectuer cette consultation spécifique.

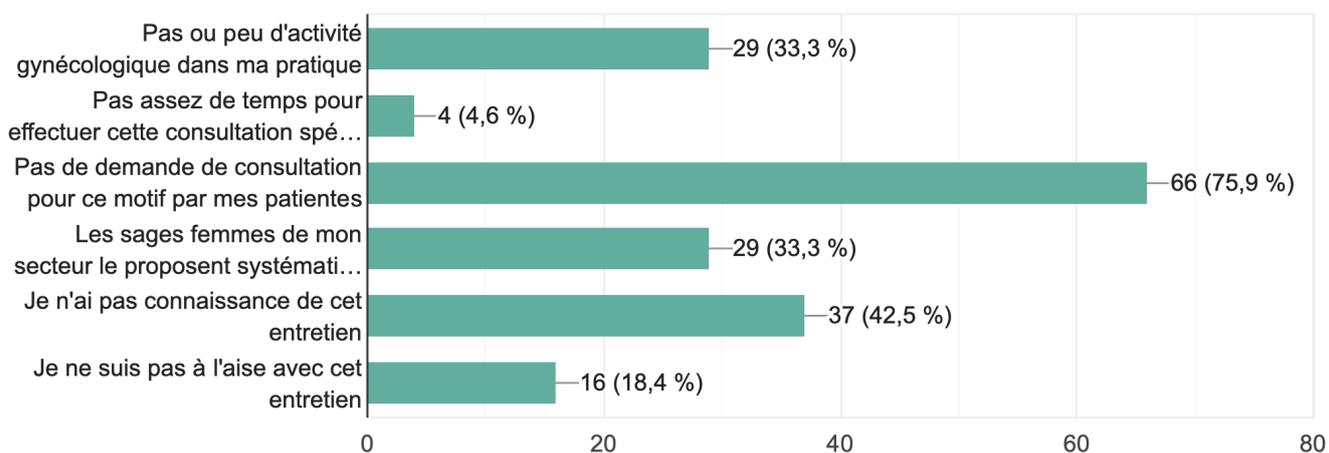


Figure 6: Diagramme en barres horizontales affichant les motifs de non-réalisation d'EPNP dans le groupe des médecins ne réalisant pas d'EPNP

4. Connaissances en lien avec l'entretien postnatal précoce :

a) *Caractère obligatoire, fortement recommandé ou optionnel de l'EPNP*

La majorité des médecins généralistes interrogés considérait l'EPNP comme fortement recommandé avec 81% des effectifs totaux. Environ 9% des médecins ne savaient pas répondre à cette question, 8% des répondants considéraient cet entretien comme obligatoire et 2% comme optionnel.

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes réalisant des EPNP et ceux n'en réalisant pas.

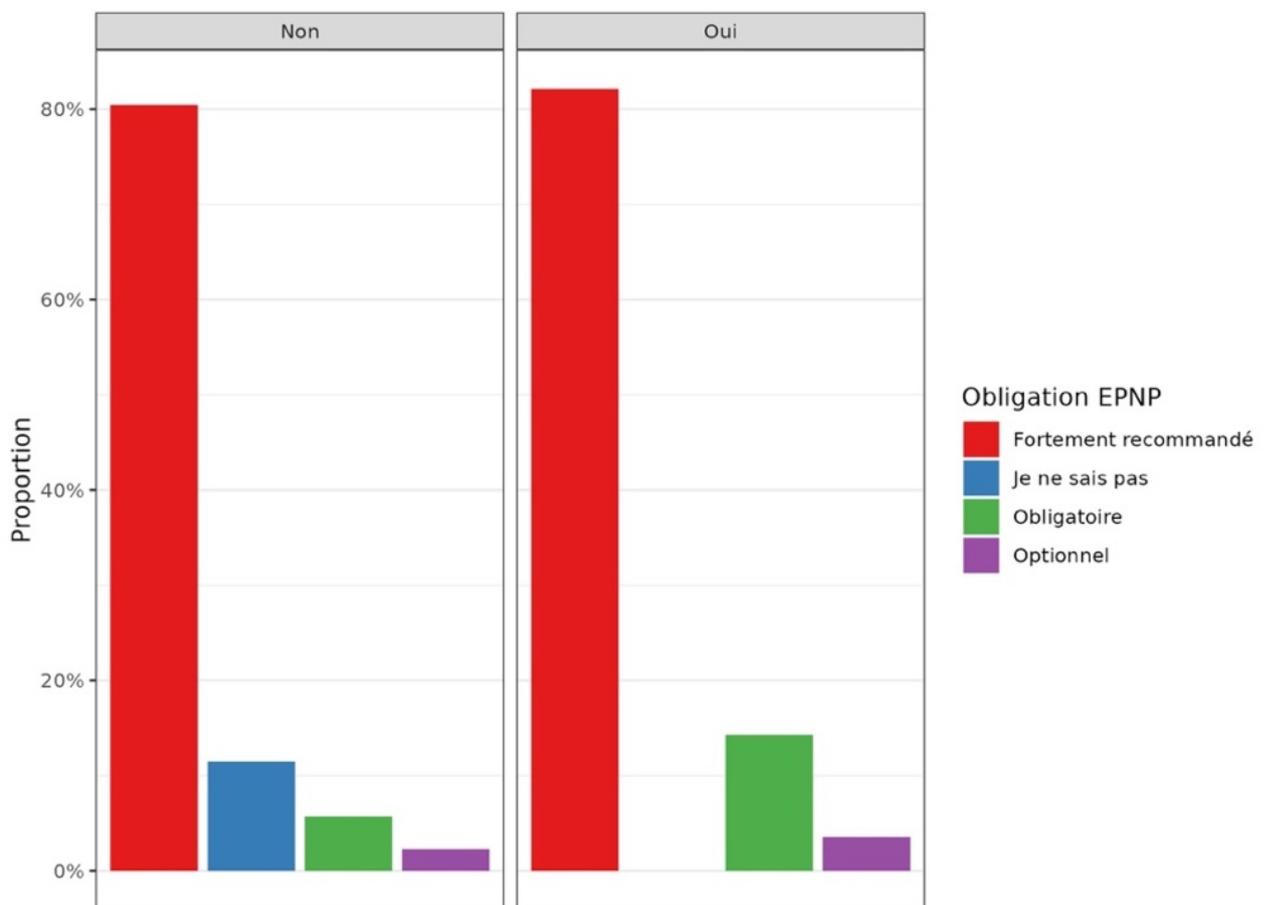


Figure 7 : Diagramme en barres affichant le caractère obligatoire, fortement recommandé ou optionnel de l'EPNP selon la réalisation d'EPNP

### b) Objectif principal de l'EPNP

Parmi les médecins interrogés, 55% considéraient que l'objectif principal de cet entretien était le dépistage de la dépression du post-partum, 29% des médecins estimaient que cet entretien avait pour objectif principal d'évaluer la santé globale de la femme, 13% des médecins considéraient que cet entretien permettait d'évaluer les besoins de la femme en termes de contraception, d'allaitement et de rééducation périnéale. Deux pourcents ne savaient pas répondre à la question.

La répartition des réponses n'était pas significativement différente entre les groupes de médecins réalisant des EPNP et ceux n'en réalisant pas.

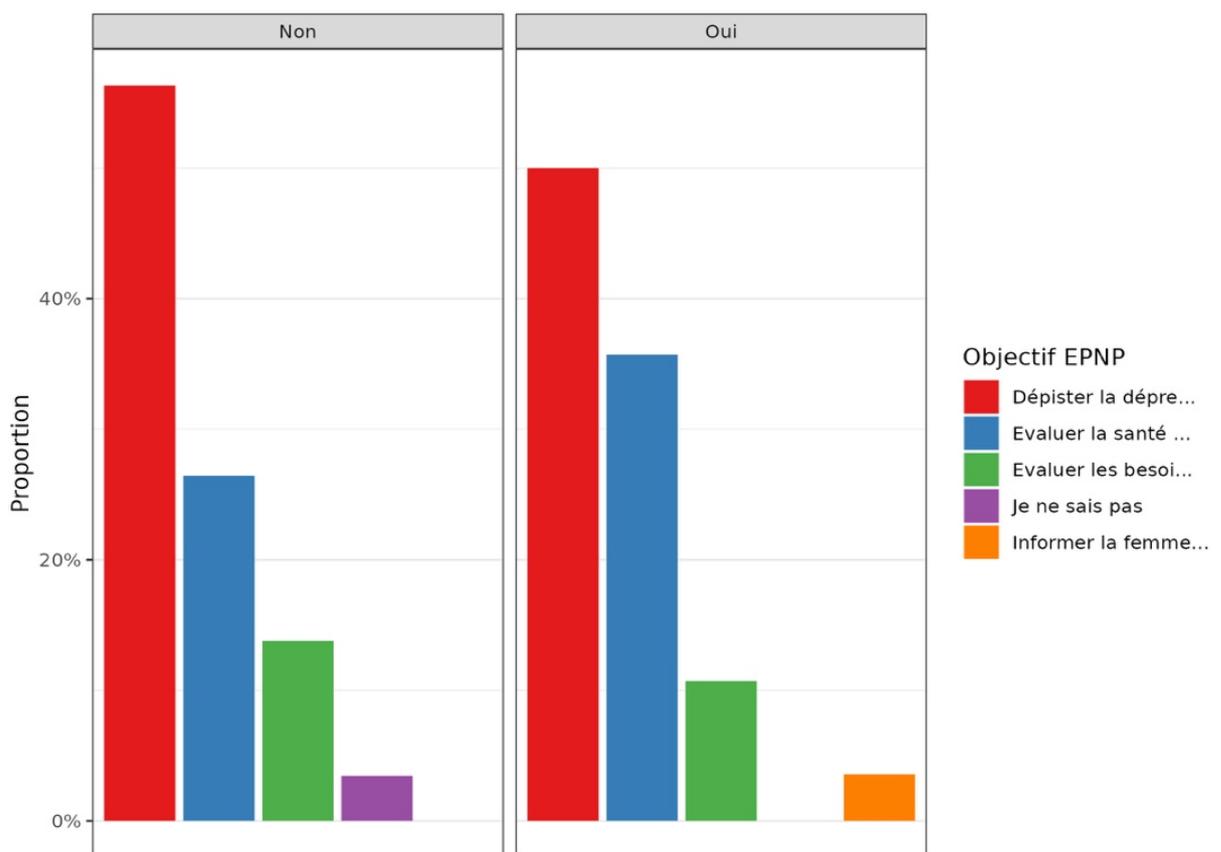


Figure 8: Diagramme en barres affichant l'objectif principal de l'EPNP selon la réalisation d'EPNP

### c) Recherche des facteurs de risque de dépression du post-partum

Les médecins généralistes devaient qualifier la fréquence de recherche des facteurs de risque de DPP. (Systématiquement, souvent, parfois, jamais ou je ne sais pas).

La recherche des facteurs de risques de DPP par les médecins généralistes est représentée par les diagrammes en barres suivants. Les résultats chiffrés se trouvent en annexe 2.

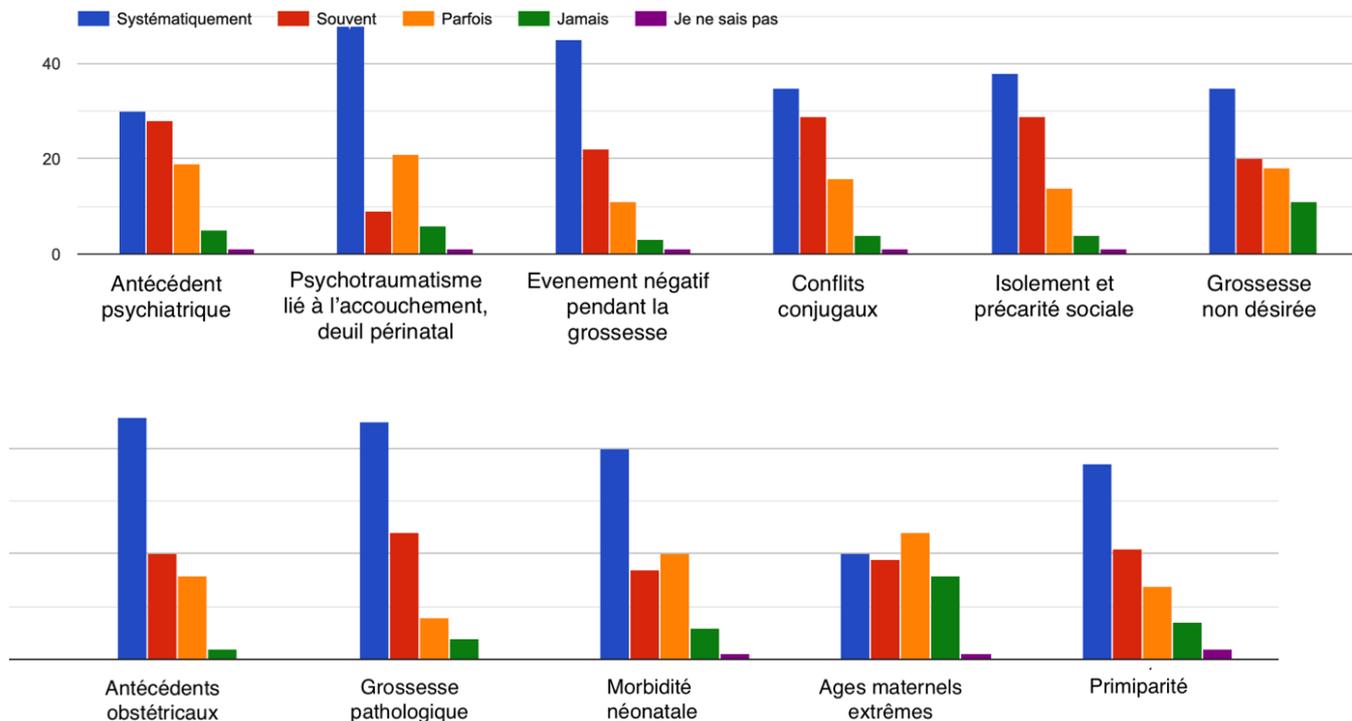
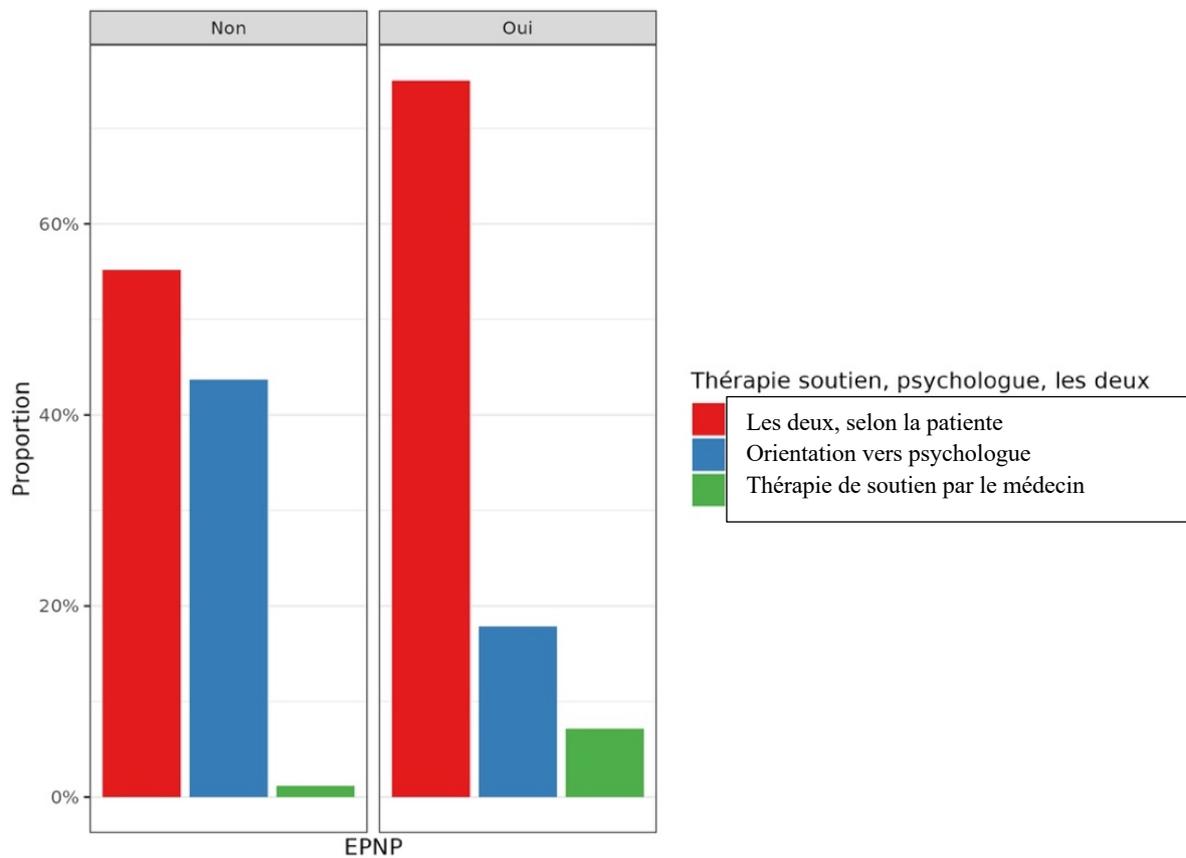


Figure 9: Recherche des facteurs de risque de DPP par les médecins généralistes

La recherche des 6 facteurs de risque suivants était statistiquement différente entre les groupes de médecins ne réalisant pas d'EPNP et ceux en réalisant : événements négatifs pendant la grossesse (systématiquement pour 55% vs 89% ; 0,03 Fisher) conflits conjugaux (systématiquement pour 41% vs 74% ; 0,011 Fisher), isolement et précarité sociale (systématiquement pour 44% vs 81% ; 0,022 Fisher), grossesse non désirée (systématiquement 42% vs 52% ; 0,015 Fisher) , primiparité (systématiquement pour 46% vs 68% ; 0,03 Fisher) et psychotraumatisme de l'accouchement ou deuil périnatal (systématiquement pour 56% vs 93% ; <0,01 Fisher). Ces facteurs étaient plus systématiquement recherchés par les médecins réalisant des EPNP.

*d) Orientation d'une patiente présentant une dépression du post-partum légère à modérée*

Plus de la moitié des médecins (60%) proposaient une thérapie de soutien ou une orientation vers un psychologue selon le choix de la patiente, 37% des médecins proposaient uniquement une orientation vers un psychologue et 3% proposaient uniquement une thérapie de soutien. La distribution des orientations était significativement différente ( $p=0.013$ , Fisher).



*Figure 10: Diagramme en barre affichant les orientations en cas de dépression du post-partum légère à modérée selon la réalisation d'EPNP*

		EPNP non (87)	EPNP oui (28)	n	p	test
Orientation patiente avec DPP légère	Les deux, selon la patiente	48 (55%)	21 (75%)	69	<b>0.013</b>	Fishe r
	Orientation vers psychologue	38 (44%)	5 (18%)	43	-	-
	Thérapie de soutien par le médecin généraliste	1 (1.1%)	2 (7.1%)	3	-	-

*Figure 11: Tableau d'analyse univariée affichant les orientations en cas de dépression du post-partum légère à modérée selon la réalisation d'EPNP*

### C. Facteurs associés à la réalisation d'EPNP

#### 1. Analyses univariables

Les analyses univariables ont retrouvé plusieurs facteurs significativement associés à la réalisation d'EPNP.

Le fait d'avoir suivi une **formation en gynécologie** était significativement associé à la réalisation d'EPNP ( $p = 0,012$ , Chi2)

Le fait d'avoir pour habitude d'effectuer des **suivis de grossesse normale** était significativement associé à la réalisation d'EPNP ( $p < 0,01$ , Chi2).

Le fait d'avoir pour habitude d'effectuer des **suivis gynécologiques annuels** était également significativement associé à la réalisation d'EPNP. ( $p = 0,04$ , Chi2).

		EPNP (n=87)	Non (n=28)	EPNP Oui	n	p	test
Formations en gynécologie, n	Non	59 (68%)	12 (43%)	71	<b>0,018</b>	Chi2	
	Oui	28(32%)	16 (57%)	44			
Habitue de suivi de grossesse non pathologique, n	Non	52 (60%)	8 (29%)	60	<b>&lt;0.01</b>	Chi2	
	Oui	35 (40%)	20 (71%)	55	-	-	
Habitue de suivi gynécologique annuel, n	Oui	65 (75%)	26 (93%)	91	<b>0.04</b>	Chi2	
	Non	22 (25%)	2 (7.1%)	24	-	-	

Figure 12 : Tableau d'analyse univariable de la formation en gynécologie, l'habitude de suivi de grossesse non pathologique et de l'habitude de suivi gynécologique annuel en fonction de la réalisation d'EPNP

L'âge, le sexe, le milieu d'exercice et le fait d'avoir pour habitude d'effectuer des premières prescriptions de contraception n'était pas significativement associé à la réalisation d'EPNP.

## 2. Analyse explicative multivariée

En analyse multivariée, au risque de 5%, en ajustant sur le fait d'avoir suivi des formations en gynécologie, il existe une relation statistiquement significative entre la réalisation d'EPNP et le fait d'effectuer habituellement le suivi de grossesse non pathologique (OR = 3.67; p = **<0.01**).

Le fait de réaliser des EPNP était également lié significativement au fait d'avoir suivi une formation en gynécologie. (OR = 2.77; p = **0.028**).

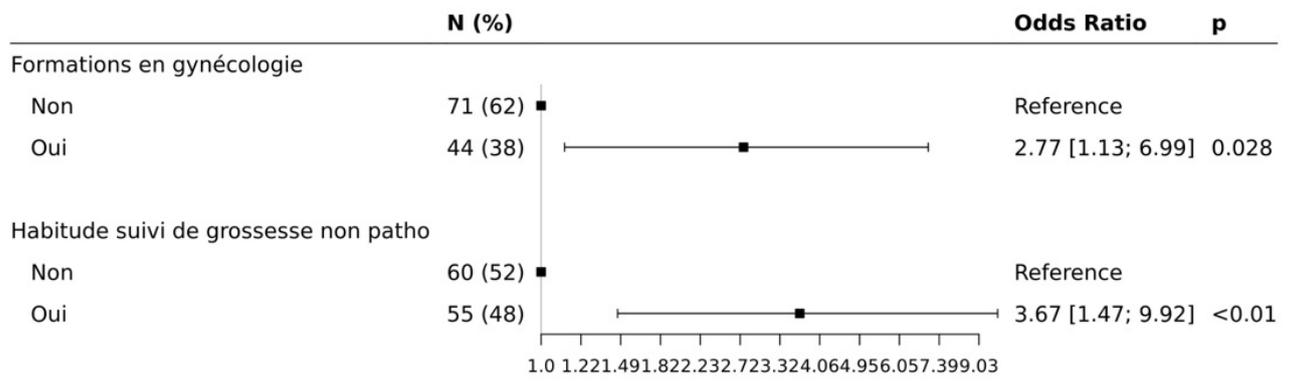


Figure 13 : Boite à moustache représentant les Odds ratio de l'analyse multivariée (influence de l'habitude du suivi de grossesse sur EPNP en ajustant sur le fait de suivre des formations en gynécologie)

## IV. Discussion

### A. Résultats principaux

L'EPNP semble peu réalisé par les médecins généralistes, ces derniers considèrent pourtant cet entretien comme fortement recommandé. Les caractéristiques associées à la réalisation de cet entretien sont le fait d'avoir suivi des formations en gynécologie et de suivre habituellement des grossesses non pathologiques.

L'objectif principal de l'EPNP est connu par un peu plus de la moitié des médecins généralistes. L'interrogatoire classique est de loin la méthode de dépistage de la dépression du post-partum la plus utilisée, l'EPDS n'étant que très peu utilisée par les médecins réalisant des EPNP. L'examen clinique est très ancré dans la pratique des médecins généralistes durant cet entretien.

Les motifs expliquant l'absence de réalisation d'EPNP par la majorité des médecins sont l'absence de demande de consultation pour ce motif par les patientes et la méconnaissance de cet entretien.

### B. Forces de l'étude

Le sujet de notre étude était original et pertinent. En effet la santé de la femme durant la période du post-partum est une problématique de santé publique. L'obligation de l'EPNP étant relativement récente, il n'y a que peu d'étude sur cet entretien et elles ne concernent pas spécifiquement le médecin généraliste.

La méthodologie quantitative par questionnaire était adaptée à l'objectif de l'étude qui était de décrire les pratiques des médecins généralistes concernant l'EPNP.

### C. Limites et biais

Dans notre étude, il existait un biais de sélection dans la diffusion du questionnaire qui a été faite par mail. Il existait également un biais d'auto-sélection puisque les médecins répondaient sur la base du volontariat. Un intérêt pour le sujet de l'étude, une habitude à participer aux études de manière générale, la connaissance de l'auteur de l'étude ont pu influencer la participation des médecins.

L'étude manquait de puissance avec seulement 115 participants et un taux de réponse de 19%. Les institutions sollicitées pour diffuser plus largement le questionnaire n'ont pas accepté nos demandes.

Il existait un biais de mesure, certaines questions auraient pu être plus précises. Les motifs de non-réalisation d'EPNP n'étaient pas issus d'une étude qualitative spécifique car non disponible mais ont été recueillis dans l'étude réalisée par le RPO et en interrogeant des médecins généralistes de l'entourage. Il est possible que d'autres raisons de ne pas réaliser d'EPNP aient été évoquées par les médecins interrogés sans qu'elles ne fassent partie des réponses proposées.

La confusion avec la consultation médicale postnatale par certains médecins ne peut pas être éliminée.

#### D. Représentativité de l'échantillon :

Notre échantillon de population était composé à 76% par des femmes. La classe la plus représentée était celle de 25 à 35 ans avec 62% des participants. La classe d'âge la moins représentée était celle de plus de 56 ans représentant seulement 5% des répondants.

La proportion élevée de femmes semble cohérente avec les données de la CPAM concernant la démographie médicale des médecins généralistes en Haute Garonne en 2019 : les femmes représentaient 77% des médecins généralistes de moins de 40 ans.

Les médecins installés représentaient 59% de notre échantillon, les médecins remplaçants représentaient 41% et étaient majoritairement non thésés (23% de l'échantillon total).

Ces éléments sont probablement en lien avec la méthode de diffusion du questionnaire. En effet les internes de médecine générale de 3<sup>ème</sup> année de la faculté de Toulouse faisaient partie de la liste de diffusion, car susceptibles d'être remplaçants non thésés ou pour certains thésés. La part de remplaçant est également plus importante parmi les jeunes médecins qui représentent plus de la moitié de notre échantillon.

En France, d'après les chiffres de la DREES de 2018 les médecins remplaçants représentaient environ 11% des médecins libéraux français (toutes spécialités confondues) (17). D'après le CNOM, les femmes représentaient 52.5% des médecins généralistes en activité régulière et les médecins de plus de 60 ans légèrement plus d'un quart des médecins

généralistes en 2022 (18). Notre échantillon n'est donc pas représentatif de la population de médecins généralistes français, il est composé de médecins plus jeune et plus féminin, avec une proportion de remplaçants plus importante.

## E. Interprétation des résultats

### 1. Un entretien obligatoire peu réalisé

Les médecins généralistes sont peu nombreux à réaliser des EPNP. En effet seulement 24% des médecins interrogés en pratiquent. Pourtant, la grande majorité des médecins interrogés considéraient l'EPNP comme fortement recommandé (80% de l'effectif total) sans qu'il n'y ait de différence significative entre les médecins réalisant des EPNP et ceux n'en réalisant pas. Bien qu'il soit recommandé depuis 2014, l'obligation de l'EPNP reste relativement récente (juillet 2022). En 2023 seules 7% des femmes avaient bénéficié d'un EPNP en Occitanie (14). Au fil du temps, cet entretien devrait être de plus en plus répandu, c'est d'ailleurs ce que prévoit la DGOS qui fixe des objectifs de réalisation d'EPNP à 60% d'ici 2026 (19).

La connaissance de l'EPNP et de son caractère obligatoire pourrait permettre l'augmentation des demandes de consultation pour EPNP par les patientes et une proposition plus systématique de cet entretien par les professionnels.

#### *a) Les médecins formés et pratiquant des suivis de grossesse réalisent plus d'EPNP*

Les caractéristiques statistiquement associées à la réalisation d'EPNP étaient le fait d'avoir suivi des formations en gynécologie et le fait de suivre les grossesses non pathologiques. Ces éléments concordent avec l'étude de Lamauvinière C. qui avait pour objectif d'évaluer les pratiques en matière de consultation médicale postnatale (15).

Une autre étude basée sur les données de la DREES publiée en 2016 a permis d'analyser les pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. Les médecins ayant suivi une formation en gynécologie (DIU ou formation médicale continue dans les 2 ans) avaient une plus grande probabilité d'effectuer des suivis de grossesse (20).

Ces éléments semblent cohérents, la formation dans un domaine permet une amélioration des connaissances, des pratiques et une implication plus importante dans ce même domaine.

Dans cette même étude, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à effectuer des suivis de grossesse tout âge confondu, mais cette différence disparaissait dans la classe de médecins de moins de 40 ans. Cela s'expliquait par un taux de formation en gynécologie plus importante chez cette même classe d'âge et par l'évolution du cursus universitaire avec un stage en gynécologie obligatoire (20).

Dans notre étude portant sur une majorité de médecins de moins de 35 ans, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative de réalisation d'EPNP par rapport au sexe, ces résultats sont en accord avec les explications précédentes.

*b) La majorité des médecins généralistes ne réalisent pas d'EPNP : pourquoi ?*

*(1) La méconnaissance de l'EPNP par les patientes :*

La première raison pour laquelle les médecins généralistes ne réalisaient pas d'EPNP était l'absence de demande de consultation pour ce motif par les patientes. En effet 3 médecins sur 4 évoquent cette raison. Ce résultat soulève la question de l'information des femmes vis-à-vis de leur suivi postnatal. Les informations de suivi postnatal sont à disposition du grand public sur le site de la CPAM, sur le site des « 1000 premiers jours ». La mise à disposition d'information dans les salles d'attente des professionnels de santé est également possible, le réseau périnatalité d'Occitanie propose des affiches et des dépliants d'information de suivi anténatal et postnatal (annexe 4 et 5).

Outre l'information, il est couramment admis qu'après l'accouchement, les soins se centrent sur le nouveau-né avec plusieurs rendez-vous obligatoires pour le suivi du nourrisson. L'attention de la mère est souvent tournée vers son nouveau-né et elle peut avoir tendance à s'oublier même si elle est informée du suivi postnatal.

## (2) La méconnaissance de l'EPNP par les médecins généralistes :

La deuxième raison pour laquelle les médecins généralistes ne réalisaient pas d'EPNP était la méconnaissance de cet entretien, en effet cette raison était évoquée par 2 médecins sur 5.

La difficulté de diagnostic et le manque de temps sont d'autres obstacles identifiés au dépistage de la DPP dans la revue de la littérature d'Evans (21) ainsi que dans des études issues de thèses françaises (22–24) . L'EPNP permettra peut-être de minimiser ces deux obstacles puisqu'un temps est dédié spécifiquement au dépistage de la DPP et des outils validés en français sont disponibles.

La formation des professionnels de santé est importante pour améliorer les connaissances concernant les modalités de suivi des femmes durant le postpartum et le dépistage de la DPP.

### 2. L'objectif principal de l'EPNP partiellement identifié

Le dépistage de la dépression du post-partum n'est pas considéré comme objectif principal de l'EPNP par environ 40% des médecins interrogés. Une partie de ces derniers ont estimé que l'objectif principal était la santé globale de la femme ou l'évaluation des besoins en termes de contraception, d'allaitement et de rééducation périnéale ce qui correspond aux objectifs de la consultation médicale postnatale devant avoir lieu entre la 6<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine. Il y a pu avoir une confusion entre ces deux rendez-vous de suivi. L'objectif principal de l'EPNP est partiellement identifié par les médecins généralistes.

### 3. La nécessité du revoir les femmes de manière précoce

Plus de la moitié des médecins réalisant des EPNP considèrent qu'il doit être réalisé durant les 4 premières semaines après l'accouchement, un tiers considère qu'il doit être réalisé entre 4 à 6 semaine et moins d'1 médecin sur 5 considère qu'il doit être réalisé entre 6 et 8 semaines. Aucun médecin n'a considéré que cet entretien devait être réalisé après 8 semaines. Dans l'enquête réalisée par le RPO, 86% des répondants le réalisait à partir de la 4<sup>ème</sup> semaine, comme recommandé (14). Les médecins généralistes semblent avoir perçu l'intérêt de la précocité de cet entretien, en revanche les délais fixés par les institutions de

santé ne semblent pas connus. Les réponses ont également pu être influencées par le terme « précoce » présent dans l'intitulé « entretien postnatal précoce ».

#### 4. Les besoins du père : une évaluation irrégulière

L'évaluation des besoins du conjoint n'est pas systématique, 2 médecins sur 3 déclarent le faire parfois. Pourtant le père découvre aussi la parentalité et ses bouleversements. Une méta-analyse réalisée en 2016 a démontré qu'environ 8% des pères développaient une dépression paternelle entre le premier trimestre de grossesse et la fin de la première année après la naissance de l'enfant (25).

Au regard de la fréquence de cette pathologie, la considération de la santé mentale paternelle ne semble pas suffisamment développée. De plus il n'existe pas d'outil de repérage spécifique à la détresse paternelle validé en français (26).

L'inclusion du père durant l'EPNP est donc un des éléments importants pouvant permettre une meilleure prise en charge. L'EPNP est l'occasion d'évaluer les besoins du père et de proposer une évaluation individuelle en cas de perception de signe de détresse par le clinicien. Il est également possible, en l'absence d'échelle spécifique validée, d'utiliser l'adaptation française de l'EPDS chez les pères (26), cette échelle ayant été validée dans sa version anglaise pour le dépistage de la dépression paternelle (27).

#### 5. L'EPDS, un outil largement sous-utilisé par les médecins

L'utilisation d'échelle standardisée n'est pas répandue chez les médecins généralistes, en effet 9 médecins sur 10 utilisent l'interrogatoire classique sans utiliser d'échelle telle que l'EPDS qui est recommandée dans le dépistage de la dépression du post-partum. Cette échelle semble d'avantage utilisée par les sages femmes d'après la récente enquête réalisée par le Réseau Périnatalité Occitanie (RPO) sur l'EPNP, 15% des participants (majoritairement des sages femmes) déclaraient utiliser systématiquement l'EPDS et 48% déclaraient l'utiliser si besoin (14).

En 2015, une revue de la littérature américaine a permis d'étudier les pratiques des médecins (pédiatres, gynécologues et médecins généralistes) dans le dépistage de la DPP (21). L'utilisation d'outil de dépistage (dont l'EPDS) était également faible puisqu'elle ne concernait que 31% des médecins généralistes et la méthode de dépistage la plus utilisée était le jugement clinique du médecin (65% toutes spécialités confondues).

L'EPDS a pourtant toutes les qualités d'un bon outil de dépistage : il est simple, rapide et relativement bien accepté par les patientes (28), sa sensibilité et sa spécificité sont satisfaisantes (29). Il serait intéressant d'étudier les raisons pour lesquelles le médecin généraliste utilise de manière préférentielle l'interrogatoire plutôt que l'EPDS dans le dépistage de la DPP.

La diffusion de l'EPDS auprès du grand public semble intéressante au vu de sa non-utilisation par les professionnels de santé. Cet auto-questionnaire est actuellement disponible sur l'application « 1000 premiers jours », application ayant pour objectif l'accompagnement à la parentalité. Cette mesure permet de recueillir des données épidémiologiques, mais il est également proposé en fin de questionnaire d'être mis en relation avec un bénévole de l'association « Maman Blues » ou de prendre rendez-vous avec un Psychologue à l'aide d'un répertoire accessible. Il est également mentionné des numéros d'urgences (Numéro national de prévention du suicide et « Allô, parents en crise »). Cette mesure pourrait inciter les patients à consulter un professionnel de santé, entre autres leur médecin traitant.

L'interrogatoire classique étant le principal mode de dépistage de la DPP des médecins généralistes, cela sous-entend une bonne connaissance des facteurs de risque de DPP, ce qui était le cas. En effet, 9 facteurs de risque sur les 11 identifiés sont souvent ou systématiquement recherchés par plus de 70% des médecins interrogés. Les facteurs de risques les moins recherchés sont les âges extrêmes (utilisés souvent ou systématiquement par 50% des médecins généralistes) et les situations de grossesses non désirées (utilisés souvent ou systématiquement par 70% des médecins généralistes).

Nous avons pu mettre en évidence que les médecins réalisant des EPNP utilisaient de manière plus systématique 6 facteurs de risque de manière significative. La principale hypothèse semble être une meilleure connaissance et pratique du dépistage de DPP dans ce groupe de médecins.

## 6. L'examen clinique : ancré dans la pratique des médecins généralistes

L'examen clinique est très ancré dans la pratique des médecins généralistes. Bien qu'il ne soit pas recommandé lors de cet entretien, 3 médecins sur 4 déclarent réaliser un examen clinique lors des EPNP. L'examen clinique est un temps fort en consultation de médecine générale. En dehors de son rôle diagnostique, il existe également un enjeu relationnel et thérapeutique (30).

## 7. L'orientation des patientes : différente selon la pratique d'EPNP

Les orientations des patientes ayant une DPP légère à modérée sont significativement différentes avec des thérapies de soutien semblant davantage proposée dans le groupe des médecins réalisant des EPNP et une orientation vers un psychologue semblant plus importante dans le groupe de médecins ne réalisant pas d'EPNP.

La thérapie de soutien et les autres types de psychothérapie sont indiquées en première intention dans les DPP d'intensité légère à modérée associées aux mesures hygiéno-diététiques (31), mais il nous semblait intéressant d'évaluer les habitudes d'orientation des médecins généralistes. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les médecins réalisant des EPNP aient plus d'intérêt pour dépister la dépression du post-partum et se sentent plus à l'aise dans le suivi et la prise en charge de cette pathologie.

Dans la prise en charge de la DPP en France, il est également important de noter le déploiement du dispositif d'accompagnement psychologique pris en charge par l'assurance maladie appelé « Mon soutien psy » depuis 2022. L'orientation préalable par un médecin n'est plus nécessaire depuis juin 2024 et les patients peuvent bénéficier de 12 séances d'accompagnement psychologique prises en charge à 60% par l'assurance maladie (31).

Ce dispositif permet une amélioration de l'accès aux soins psychologiques, indispensable face à une pathologie aussi fréquente que la DPP.

## V. Conclusion

En France, la dépression postnatale touche environ 17% des mères, le suicide est la première cause de mortalité maternelle en considérant la première année après l'accouchement. C'est une véritable problématique de santé publique.

Le médecin généraliste semble avoir une place de choix dans le suivi postnatal et le dépistage de la DPP.

Cependant notre étude montre que l'EPNP est peu réalisé par les médecins généralistes, ces derniers considèrent pourtant cet entretien comme fortement recommandé. L'objectif principal de l'EPNP est partiellement connu.

Concernant les pratiques, l'interrogatoire classique est de loin la méthode de dépistage de la dépression du post-partum la plus utilisée avec une recherche des facteurs de risque satisfaisante, l'EPDS n'étant que très peu utilisée par les médecins réalisant des EPNP. Les besoins du conjoint sont irrégulièrement évalués et l'examen clinique quant à lui est très ancré dans la pratique des médecins généralistes durant cet entretien.

L'absence de demande de consultation pour ce motif par les patientes et la méconnaissance de cet entretien sont les principaux motifs expliquant la non-réalisation d'EPNP par les médecins généralistes.

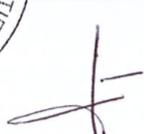
La poursuite de l'information au grand public et la formation des médecins généralistes devraient permettre l'augmentation d'EPNP réalisés et l'amélioration du dépistage de la dépression du post-partum dans les années à venir.

Vu  
Toulouse le 02/09/2024

Toulouse, le 02/09/2024  
Vu, permis d'imprimer

  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

  
UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER  
FACULTÉ DE SANTÉ  
Médecine, Maieutique, Paramédical  
Le Président de l'Université Toulouse III Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation  
Le Doyen - Directeur  
Du Département Médecine, Maieutique, et Paramédical  
Professeur Thomas GEERAERTS



## VI. Bibliographie

1. World Health Organization. Recommandations de l’OMS concernant les soins maternels et néonataux pour une expérience positive de la période postnatale : résumé analytique [cité 16 août 2024].
2. Larousse É. Définitions : post-partum - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 août 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>
3. Saucedo M, Deneux-Tharaux C. Mortalité maternelle en France, 2016–2018, fréquence, causes et profil des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 1 avr 2024;52(4):185-200.
4. Santé Publique France. Enquête nationale périnatale | Rapport 2021. 2021;
5. Haute Autorité de Santé. Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte victime de violences au sein du couple. 2024 [cité 28 juill 2024].
6. Réseau de Périnatalité Occitanie. Référentiel : Violences conjugales pendant la grossesse. 2024 juin [cité 29 août 2024].
7. Prévention des dépressions post-partum : un entretien postnatal précoce est obligatoire [Internet]. 2022 [cité 17 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/prevention-des-depressions-post-partum-un-entretien-postnatal-precoce-est-obligatoire>
8. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [Internet]. [cité 23 juill 2024]. Le suivi médical après l’accouchement. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-suivi-medical-apres-laccouchement>
9. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport de la commission des 1000 premiers jours [Internet]. 2020 sept [cité 10 juill 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
10. Collège National des Sages-Femmes de France. Guide pratique pour l’Entretien Postnatal Précoce [Internet]. 2024 févr [cité 29 juill 2024]. Disponible sur: [https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2024/02/Guide-Pratique-EPNP\\_V3.pdf](https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2024/02/Guide-Pratique-EPNP_V3.pdf)
11. Consulter un gynécologue : la grande galère. 27 déc 2017 [cité 17 août 2024]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere\\_5234776\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html)
12. La disparition annoncée des gynécologues et des généralistes de la santé génésique. 29 mars 2012 [cité 17 août 2024]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/idees/article/2012/03/29/la-disparition-annoncee-des-gynecologues-et-des-generalistes-de-la-sante-genesique\\_1676903\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2012/03/29/la-disparition-annoncee-des-gynecologues-et-des-generalistes-de-la-sante-genesique_1676903_3232.html)
13. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d’études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des

études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 17 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881>

14. Réseau de Périnatalité Occitanie. Enquête entretien postnatal précoce (EPNP) [Internet]. 2023 [cité 7 juin 2024]. Disponible sur: [https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/Parcours%20p%C3%A9rinatal/Enquete\\_EPNP.pdf](https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/Parcours%20p%C3%A9rinatal/Enquete_EPNP.pdf)

15. Lamauviniere, Corentin. La consultation post natale en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Reims; 2022.

16. Szerment J. Prise en charge de la consultation postnatale par les médecins généralistes de Normandie [Internet] [Thèse d'exercice]. 2018 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01920899>

17. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins.

18. Bouet Patrick, CNOM. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2020 [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)

19. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction générale de la santé. INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° SGMCAS/2023/110 du 18 juillet 2023 relative à la déclinaison, pour 2023, de la politique relative aux 1000 premiers jours de l'enfant.

20. J.-F. Buyck, F. Lelièvre, F. Tuffreau (ORS Pays de la Loire), T. Hérault (URPS-ML Pays de la Loire), M. Barlet, H. Chaput, C. Marbot, R. Andler, A. Gautier, C. Kreft-Jais, V. Nguyen-Thanh (Santé publique France). Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et résultat*. 977.

21. Evans MG, Phillippi S, Gee RE. Examining the Screening Practices of Physicians for Postpartum Depression: Implications for Improving Health Outcomes. *Womens Health Issues*. 1 nov 2015;25(6):703-10.

22. Bousmar A. La dépression du postpartum en première ligne : étude qualitative sur l'expérience des médecins généralistes belges sur la prévention et le dépistage de la dépression du postpartum [Thèse d'exercice]. 2023.

23. Bonnay C. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post partum en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. 2022 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04111016>

24. Cote Jeanne. Etat des lieux du dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale en Bourgogne-Franche-Comté. [Thèse d'exercice]. Université de

Bourgogne; 2021.

25. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord.* déc 2016;206:189-203.
26. Labalestra M, Culot S, Gaugue J. Impliquer, informer et soutenir les pères durant la période périnatale. *Périnatalité.* 2021;13(1):46-53.
27. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord.* mai 2001;64(2-3):175-84.
28. Gemmill AW, Leigh B, Ericksen J, Milgrom J. A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health.* 17 août 2006;6:211.
29. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 1998;13(2):83-9.
30. Gaschignard S, Le Goaziou MF, Elchardus JM et al. (France). L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen clinique. *EXERCER.* 21(90).
31. CPAM. Dépression post-partum [Internet]. 2024 [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-maternite-perinatalite/depression-post-partum-prise-en-charge>

## VII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire : l'entretien postnatal précoce en médecine générale

### **Questionnaire : l'entretien postnatal précoce en médecine générale**

Ce questionnaire s'adresse aux **médecins généralistes installés** et aux **médecins généralistes remplaçants qu'ils soient thésés ou non, exerçant en Haute Garonne**. Il a pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes concernant le suivi de la femme durant la période de post-partum.

1 Quel est votre âge ?

- 25 à 35 ans
- 36 à 45 ans
- 46 à 55 ans
- 56 à 65 ans
- Plus de 65 ans

2 Dans quel milieu exercez-vous ?

- Urbain
- Rural
- Semi rural

3 Êtes-vous :

- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste remplaçant thésé
- Médecin généraliste remplaçant non thésé

4 Êtes-vous :

- Un homme
- Une femme

5 Avez-vous spécifiquement suivi une ou des formations en gynécologie ?

- Oui
- Non

6 Avez-vous pour habitude d'effectuer : (oui / non)

- La première prescription ou le renouvellement de pilule contraceptive
- Le suivi de grossesse non pathologique
- Le suivi gynécologique annuel des femmes

7 Réalisez-vous des entretiens post natals précoces ?

- Oui
- Non

**Je pratique des entretiens postnatals précoces :**

8 Si oui, combien par semestre (*Une seule réponse possible.*)

- 1 à 2
- 3 à 4
- 5 et plus

9 Combien de temps après l'accouchement cet entretien postnatal précoce doit-il être programmé ?

- Durant les 4 premières semaines après l'accouchement
- 4 à 6 semaines après l'accouchement
- 6 à 8 semaines après l'accouchement
- 8 à 10 semaines après l'accouchement
- Je ne sais pas

10 Selon vous, l'entretien postnatal précoce est : (Une seule réponse possible.)

- Obligatoire
- Fortement recommandé Optionnel
- Je ne sais pas

11 Quel est selon vous l'objectif principal de cet entretien ? (Une seule réponse possible.)

- Evaluer la santé globale de la femme
- Dépister la dépression du post-partum
- Evaluer les besoins de la femme en termes de contraception, d'allaitement et de rééducation périnéale
- Informer la femme du suivi de son nouveau né
- Je ne sais pas

12 Effectuez-vous un examen clinique lors de cet entretien ? (Une seule réponse possible.)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13 Évaluez-vous les besoins du conjoint lors de cet entretien ? (Une seule réponse possible.)

- Oui systématiquement
- Oui parfois
- Non

14 Pour dépister la dépression du post-partum, utilisez vous l'interrogatoire classique ou une échelle validée comme l' Edinburg Postnatal Scale ou EPDS (disponible sur le site Réseaux santé Champagne Ardenne à l'adresse suivante : [https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/epds\\_depistage.pdf](https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/epds_depistage.pdf)) ? (Une seule réponse possible.)

- Interrogatoire
- EPDS
- L'un ou l'autre selon les cas

15 Concernant les facteurs de risque de dépression du post-partum suivants, les recherchez-vous :

	Systématiquement	Souvent	Parfois	Jamais	Je ne sais pas
Antécédents psychiatriques personnels ou familial	<input type="radio"/>				
Psychotraumatisme lié à l'accouchement, deuil périnatal	<input type="radio"/>				
Evenements négatifs pendant la grossesse	<input type="radio"/>				
Conflits conjugaux	<input type="radio"/>				
Isolement et précarité sociale	<input type="radio"/>				
Grossesse non désirée	<input type="radio"/>				
Antécédents obstétricaux : mort in utero, malformation foetale, interruption de grossesse, accouchement prématuré	<input type="radio"/>				
Grossesse pathologique	<input type="radio"/>				
Morbidité néonatale	<input type="radio"/>				
Age maternel aux extrêmes des périodes de fertilité	<input type="radio"/>				
Primiparité	<input type="radio"/>				

16 En cas de diagnostic de dépression du post-partum légère, avez-vous pour habitude d'effectuer une thérapie de soutien vous-même ou d'adresser la patiente vers un psychologue ? (Une seule réponse possible.)

- Thérapie de soutien
- Orientation vers psychologue
- Les deux, selon la patiente

17 Globalement, vous sentez-vous à l'aise pour réaliser des entretiens postnatals précoces ? (Une seule réponse possible.)

- Oui
- Non

**Je ne pratique pas d'entretien postnatal précoce :**

8 Si non, pour quelles raisons ? (*Plusieurs réponses possibles.*)

- Pas ou peu d'activité gynécologique dans ma pratique
- Pas assez de temps pour effectuer cette consultation spécifique
- Pas de demande de consultation pour ce motif par mes patientes
- Les sages femmes de mon secteur le proposent systématiquement à mes patientes
- Je n'ai pas connaissance de cet entretien
- Je ne suis pas à l'aise avec cet entretien

9 Selon vous, combien de temps après l'accouchement cet entretien postnatal précoce devrait-il être programmé ? (*Plusieurs réponses possibles.*)

- Durant les 4 premières semaines après l'accouchement
- 4 à 6 semaines après l'accouchement
- 6 à 8 semaines après l'accouchement
- 8 à 10 semaines après l'accouchement
- Je ne sais pas

10 Selon vous, l'entretien postnatal précoce est : (*Une seule réponse possible.*)

- Obligatoire
- Fortement recommandé
- Optionnel
- Je ne sais pas

11 Quel est selon vous l'objectif principal de cet entretien ? (*Une seule réponse possible.*)

- Evaluer la santé globale de la femme
- Dépister la dépression du post-partum
- Evaluer les besoins de la femme en termes de contraception, d'allaitement et de rééducation périnéale
- Informer la femme du suivi de son nouveau né
- Je ne sais pas

12 Concernant les facteurs de risque de dépression du post-partum suivants, les chercheurs vous : *(Une seule réponse possible par ligne.)*

	Systématiquement	Souvent	Parfois	Jamais	Je ne sais pas
Antécédents psychiatriques personnels ou familial	<input type="radio"/>				
Psychotraumatisme lié à l'accouchement, deuil périnatal	<input type="radio"/>				
Evenements négatifs pendant la grossesse	<input type="radio"/>				
Conflits conjugaux	<input type="radio"/>				
Isolement et précarité sociale	<input type="radio"/>				
Grossesse non désirée	<input type="radio"/>				
Antécédents obstétricaux : mort in utero, malformation foetale, interruption de grossesse, accouchement prématuré	<input type="radio"/>				
Grossesse pathologique	<input type="radio"/>				
Morbidité néonatale	<input type="radio"/>				
Age maternel aux extrêmes des périodes de fertilité	<input type="radio"/>				
Primiparité	<input type="radio"/>				

13 En cas de diagnostic de dépression du post-partum légère, avez-vous pour habitude d'effectuer une thérapie de soutien vous-même ou d'adresser la patiente vers un psychologue ? *(Une seule réponse possible.)*

- Thérapie de soutien
- Orientation vers psychologue
- Les deux, selon la patiente

## Annexe 2 : Questionnaire EPDS

<b>Date du jour :</b>	<b>Lieu de consultation :</b>
<b>Votre nom :</b>	<b>Nom du consultant :</b>
<b>Votre prénom :</b>	
<b>Votre date de naissance :</b>	<b>Date de naissance de votre bébé :</b>
<b>Votre adresse :</b>	<b>Votre N° de Tel :</b>

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

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

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

#### PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 3 : Tableau affichant les données d'utilisation des facteurs de risque de DPP

Facteur de risque	Utilisation	n (%)
Ages extremes	Systématiquement	31 (29%)
	Parfois	29 (27%)
	Souvent	22 (21%)
	Jamais	21 (20%)
	Je ne sais pas	4 (3.7%)
Antécédents obstetricaux	Systématiquement	66 (59%)
	Souvent	22 (20%)
	Parfois	21 (19%)
	Jamais	2 (1.8%)
Antécédents psychiatriques personnel ou familial	Systématiquement	48 (43%)
	Souvent	35 (32%)
	Parfois	22 (20%)
	Jamais	5 (4.5%)
	Je ne sais pas	1 (0.9%)
Conflits conjugaux	Systématiquement	55 (49%)
	Souvent	36 (32%)
	Parfois	16 (14%)
	Jamais	4 (3.6%)
	Je ne sais pas	1 (0.89%)
Evenement négatif pendant la grossesse	Systématiquement	69 (63%)
	Souvent	24 (22%)
	Parfois	12 (11%)
	Jamais	3 (2.8%)
	Je ne sais pas	1 (0.92%)
Grossesse non désirée	Systématiquement	49 (44%)
	Souvent	29 (26%)
	Parfois	19 (17%)
	Jamais	12 (11%)
	Je ne sais pas	2 (1.8%)

Grossesse pathologique	Systématiquement	67 (63%)
	Souvent	28 (26%)
	Parfois	8 (7.5%)
	Jamais	4 (3.7%)
Isolement ou précarité sociale	Systématiquement	59 (53%)
	Souvent	33 (29%)
	Parfois	15 (13%)
	Jamais	4 (3.6%)
	Je ne sais pas	1 (0.89%)
Morbidité néonatale	Systématiquement	60 (55%)
	Parfois	23 (21%)
	Souvent	19 (17%)
	Jamais	6 (5.5%)
	Je ne sais pas	2 (1.8%)
Primiparité	Systématiquement	54 (51%)
	Souvent	24 (23%)
	Parfois	14 (13%)
	Jamais	11 (10%)
	Je ne sais pas	3 (2.8%)
Psychotraumatisme durant l'accouchement, deuil périnatal	Systématiquement	74 (65%)
	Parfois	21 (19%)
	Souvent	11 (9.7%)
	Jamais	6 (5.3%)
	Je ne sais pas	1 (0.88%)



**APRÈS L'ACCOUCHEMENT, ENTRE LA 4<sup>e</sup> ET LA 8<sup>e</sup> SEMAINE**

## **L'ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE**

**Un moment d'écoute, d'accompagnement et d'informations pour répondre à vos attentes et à vos besoins, seule ou en couple.**

**CONTACTEZ UN.E SAGE-FEMME OU UN.E MÉDECIN**

 **Peut être renouvelé entre 10 et 14 semaines**

 **Rendez-vous pris en charge à 70% par la CPAM**

 **À domicile ou en consultation**

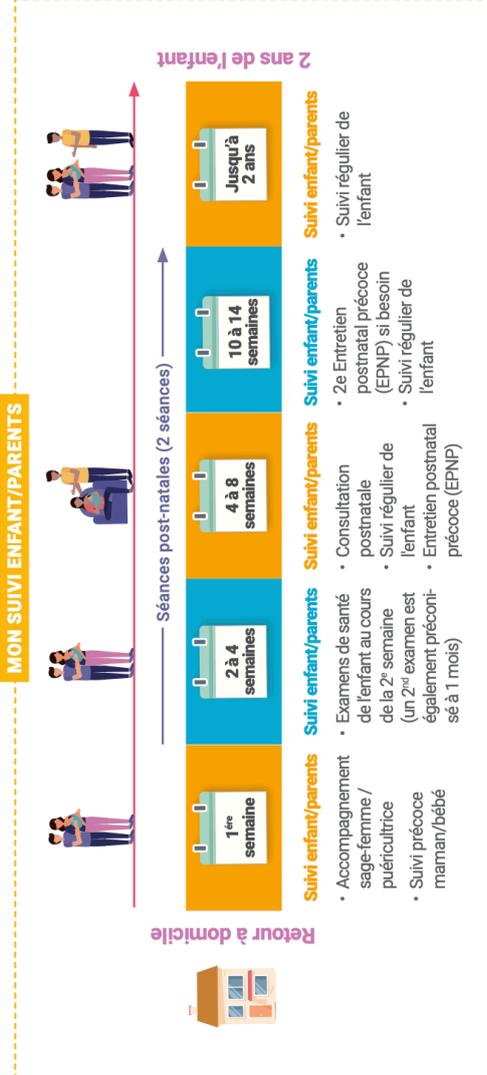
**En savoir + : [perinatalite-occitanie.fr](http://perinatalite-occitanie.fr) • [has-sante.fr](http://has-sante.fr) • [1000-premiers-jours.fr](http://1000-premiers-jours.fr)**



## MON SUIVI DE GROSSESSE



## 1000 PREMIERS JOURS EN ANTÉNATAL ET POSTNATAL



## En 2 mots, qu'est-ce que...

- ▶ **La consultation pré-conceptionnelle ?**  
C'est faire le point sur notre santé (vaccination, médicaments) et mode de vie (alimentation, activité physique...) avant de commencer une grossesse.
- ▶ **Le bilan prénatal de prévention ?**  
Pour faire le point sur mes/nos habitudes de vie (alimentation, tabac, alcool, santé environnementale...), la vaccination, l'examen bucco dentaire mais aussi de mon accompagnement pendant la grossesse et au retour à domicile.
- ▶ **L'entretien prénatal précoce (EPP) ?**  
Un espace de parole et d'écoute individuel ou en couple pour parler de l'arrivée du bébé, de mes/nos besoins. Une feuille de transmission sera remise pour l'équipe médicale responsable de mon suivi.
- ▶ **La préparation à la naissance et à la parentalité ?**  
7 séances individuelles ou collectives avec des possibilités de préparations diverses.
- ▶ **L'entretien postnatal précoce (EPNP) ?**  
Un espace de parole et d'écoute pour partager (seule ou en couple) avec un professionnel le vécu de ma grossesse, l'accouchement, les premiers temps avec mon enfant. Cet entretien permet si nécessaire la mise en place d'un soutien et d'un accompagnement.

AUTEUR : NAZIH Anissa

TITRE : L'entretien postnatal précoce en médecine générale, une étude quantitative en Haute-Garonne

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr MAUROUX Céline

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Santé Toulouse - 24 septembre 2024

---

Introduction : La dépression du postpartum est une problématique de santé publique. L'EPNP est devenu obligatoire en France en juillet 2022 et a pour principal objectif le dépistage de la DPP.

Méthode : Une étude quantitative descriptive par questionnaire a été menée en Haute - Garonne pour décrire les pratiques des médecins généralistes concernant l'entretien postnatal précoce.

Résultats : 115 médecins généralistes ont été inclus. L'EPNP est peu réalisé par les médecins généralistes, ces derniers considèrent pourtant cet entretien comme fortement recommandé. L'interrogatoire classique est de loin la méthode de dépistage de la dépression du postpartum la plus utilisée, l'EPDS n'étant que très peu utilisée par les médecins réalisant des EPNP.

Conclusion : La poursuite de l'information du grand public et la formation des médecins généralistes devraient permettre l'augmentation d'EPNP réalisés et l'amélioration du dépistage de la dépression du post-partum dans les années à venir.

---

The early postnatal visit in general medical practice, a quantitative study in Haute-Garonne

Background: Postnatal depression is a public health issue. Early postnatal visit became mandatory in July 2022 in France and its main objective is the screening for postnatal depression.

Methods: A descriptive quantitative study by questionnaire was conducted in Haute-Garonne to describe practices of general practitioners concerning early postnatal visit.

Results: Early postnatal visit is rarely performed by general practitioners, although they consider this interview to be highly recommended. Medical examination is the most used method to screen for postpartum depression, with EPDS being used very little by physicians performing EPNP.

Conclusion: Increased information for the public and training of general practitioners should lead to increasing the number of early postnatal visit performed and improving screening for postpartum depression in the years to come.

---

Mots-Clés : postnatal, post-partum, entretien, médecine générale, dépression du post-partum

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France