

[26] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd.* 2024;(3):42-56. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

[27] Bittner A, Goodwin RD, Wittchen HU, Beesdo K, Höfler M, Lieb R. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry.* 2004;65(5):618-26.

[28] Jacobson NC, Newman MG. Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull.* 2017;143(11):1155-200.

[29] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Troubles anxieux. Quand l'anxiété devient pathologique. Paris: Inserm; 2021. <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>

[30] Roberge P, Doré I, Menear M, Chartrand E, Ciampi A, Duhoux A, *et al.* A psychometric evaluation of the French

Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):171-9.

[31] Haute Autorité de santé. Affections psychiatriques de longue durée – Troubles anxieux graves. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. 36 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

[32] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):8-20.

Citer cet article

Léon C, Gillaizeau I, du Roscoät E, Pelissolo A, Beck F. Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France (2017-2021). *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(14):246-55. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/14/2025_14_1.html

ARTICLE // Article

**Parlons
santé
mentale!**
GRANDE CAUSE NATIONALE

L'ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE RÉALISÉ PAR LES SAGES-FEMMES DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI) DE L'HÉRAULT : DONNÉES ISSUES D'UNE ÉTUDE DÉPARTEMENTALE SUR LE DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM EN 2024

// EARLY POSTNATAL INTERVIEW CARRIED OUT BY MIDWIVES FROM THE HÉRAULT MATERNAL AND CHILD PROTECTION SERVICE: DATA FROM A DEPARTMENTAL STUDY ON SCREENING FOR POSTPARTUM DEPRESSION IN 2024

Sylvain Fèvre Gilson^{1,2} (sfevregilson@herault.fr), Laetitia Lauze^{1,2}, Liza Rougier¹, Alice Garo³

¹ Service territorial de Protection maternelle et infantile (PMI) Béziers Centre Sud, Direction de la PMI, Conseil départemental de l'Hérault, Montpellier

² Maison des 1 000 jours du biterrois, Direction de la PMI, Conseil départemental de l'Hérault, Béziers

³ Service épidémiologie, Direction de la PMI, Conseil départemental de l'Hérault, Montpellier

Soumis le : 01.04.2025 // Date of submission: 04.01.2025

Résumé // Abstract

Introduction – L'entretien postnatal précoce (EPNP) a été rendu obligatoire en France en 2022 afin de repérer les premiers signes de la dépression du post-partum (DPP) ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint. L'objectif de notre travail était d'explorer les données issues de la réalisation de l'EPNP par les sages-femmes de Protection maternelle et infantile (PMI) du département de l'Hérault en 2024 pour voir si la pratique permettait de répondre aux principaux enjeux de prévention, de repérage et d'évaluation des besoins d'accompagnement inscrits dans le Code de la santé publique.

Méthodes – Toute patiente majeure ayant accouché d'un enfant vivant, pesant au moins 500 grammes ou âgé d'au moins 22 semaines d'aménorrhée, vue en consultation ou en visite à domicile par une sage-femme de PMI entre les 4^e et 8^e semaines après l'accouchement dans le cadre de l'EPNP, sur la période du 1^{er} avril 2024 au 30 septembre 2024, sur le territoire du département de l'Hérault, était éligible. Les 24 sages-femmes de PMI formées à l'EPNP ont utilisé une trame d'entretien commune. Le dépistage de la DPP a été réalisé avec l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

Résultats – En 2024, sur 6 mois, 277 EPNP ont été réalisés par les sages-femmes de PMI sur le département de l'Hérault : 14 patientes ont refusé de participer à l'étude, 263 EPNP ont été inclus. Les EPNP ont majoritairement été réalisés au domicile des patientes. La grossesse a été vécue difficilement dans 40% des cas (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [34,5-46,9]), l'accouchement dans 31% des cas [25,3-37,0], avec pour près de 15% [10,8-20,0] des patientes un accouchement vécu comme traumatique. Les mères ont vécu difficilement le retour à domicile pour près d'un quart d'entre elles. Bien qu'elles étaient majoritaires à déclarer être soutenues au retour à domicile (80%), en sécurité (89%), et entourées (57%), la fatigue était fréquemment retrouvée (73%),

tout comme l'isolement (39%) et l'anxiété (33%). Plus de 94% des EPNP ont abouti à la réalisation du dépistage de la DPP par l'EPDS. Près de 3 femmes sur 10 (29,8% [24,3-36,0]) présentaient des signes modérés à majeurs de DPP (EPDS \geq 10), 1 femme sur 6 (16,1% [11,9-21,4]) était fortement symptomatique (EPDS \geq 13).

Discussion – Notre étude révèle que l'EPNP est bien accepté par les patientes, qu'il permet de recueillir des données importantes sur l'état de santé des femmes dans les semaines qui suivent l'accouchement, répondant ainsi aux principaux objectifs inscrits dans la loi. La prévalence estimée de la DPP à partir de l'EPDS réalisé lors de l'EPNP entre les 4^e et 8^e semaines après l'accouchement vient confirmer les résultats observés lors de l'Enquête nationale périnatale 2021. L'ensemble de nos résultats montre toute la pertinence de l'ajout de l'EPNP dans le parcours périnatal, à condition qu'il soit réalisé par des professionnels formés disposant d'outils adaptés et validés, avec un réseau pour orienter les patientes.

Introduction – Early postnatal interview became mandatory in France in 2022 in order to identify the first signs of postpartum depression (PPD) or risk factors for PPD and to assess the potential needs of women and their partners. The objective of our work was to explore the data from the early postnatal interview carried out by midwives working in maternal and child protection centres (PMI) in the Hérault department in 2024 to see whether the practice was effective in addressing the main challenges of prevention, identification and assessment of support needs set out in the French Public Health Code.

Methods – Any adult patient who had given birth to a live child weighing at least 500 grams or aged at least 22 weeks of amenorrhea, seen in consultation or during a home visit by a PMI midwife between the 4th and 8th weeks after delivery as part of the early postnatal interview over the period from April 1, 2024 to September 30, 2024 in the Hérault department, was eligible. The 24 PMI midwives trained in the early postnatal interview used a common interview framework. PPD screening was carried out using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Results – In 2024, over 6 months, 277 early postnatal interviews were carried out by PMI midwives in the Hérault department : 14 patients refused to participate in the study, 263 interviews were included. Most of the interviews were carried out at the patients' homes. Pregnancy was difficult in 40% of cases (95% confidence interval, 95%CI: [34.5-46.9]), childbirth in nearly 31% of cases [25.3-37.0] with nearly 15% [10.8-20.0] of patients experiencing childbirth as traumatic. Nearly a quarter of mothers found returning home difficult. Although the majority reported feeling supported upon returning home (80%), safe (89%), and surrounded by loved ones (57%), fatigue was frequently reported (73%), as were isolation (39%) and anxiety (33%). More than 94% of interviews resulted in PPD screening using EPDS. Nearly 3 out of 10 women (29.8% [24.3-36.0]) presented moderate to major signs of PPD (EPDS \geq 10), 1 out of 6 women (16.1% [11.9-21.4]) was highly symptomatic (EPDS \geq 13).

Discussion – Our study reveals that the early postnatal interview is well accepted by patients and that it allows us to collect important data on the women's health status in the weeks following childbirth, thus meeting the main objectives set out in the law. The estimated prevalence of PPD based on the EPDS carried out during the interview between the 4th and 8th weeks after childbirth confirms the results observed during the 2021 National Perinatal Survey. All of our results show the relevance of adding the early postnatal interview to the perinatal pathway, provided that it is carried out by trained professionals with appropriate and validated tools, with a network to refer patients.

Mots-clés : Entretien postnatal précoce, Dépression post-partum, Dépistage, Protection maternelle et infantile
// **Keywords:** Early postnatal interview, Postpartum depression, Screening, Maternal and child protection

Introduction

L'entretien postnatal précoce (EPNP) est apparu dès 2014 dans une recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de santé (HAS) sur les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés en sortie de maternité. Les mères pourraient bénéficier de deux séances postnatales réalisées par une sage-femme entre le 8^e jour suivant l'accouchement et la visite postnatale. La recommandation de la HAS visait à renforcer l'accompagnement des mères en sortie de maternité, en proposant systématiquement l'EPNP lors de ces séances. Le texte précisait que cet entretien, réalisé entre le 8^e et le 15^e jour après l'accouchement, permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins et leurs difficultés, afin d'ajuster leur suivi en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé périnatal¹. Peu utilisé malgré la publication de cette recommandation,

l'EPNP réapparaît parmi les propositions du rapport de la commission des 1 000 premiers jours de septembre 2020 avec pour finalité de repérer les difficultés liées à la parentalité et à l'enfant, et d'identifier les manifestations de la dépression du post-partum (DPP)². La plus récente étude dont les données étaient issues de l'Enquête nationale périnatale (ENP) 2021 estimait la prévalence de la DPP à 16,7% en France. Plus d'un quart des femmes étudiées décrivaient des manifestations anxieuses importantes à deux mois post-partum et une femme sur 20 déclarait avoir des idées suicidaires. Les résultats de cette étude sont venus réaffirmer le besoin de repérage et de soutien des femmes en période postnatale³. En juillet 2022, l'EPNP est inscrit dans le Code de la santé publique. L'article précise : « un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement.

Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du post-partum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Un deuxième entretien peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du post-partum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent »⁴. Associé aux visites au domicile réalisées par une sage-femme dans les 12 jours après l'accouchement, à la consultation médicale obligatoire réalisée par un médecin ou une sage-femme dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement, ainsi qu'aux deux séances possibles de suivi postnatal avec une sage-femme du 8^e jour à la 14^e semaine après l'accouchement, l'EPNP est venu enrichir le suivi médical et l'accompagnement des mères après l'accouchement. Le parcours périnatal comprenait déjà un temps d'entretien essentiel pour la future mère et le couple, premier moment clé du parcours des 1 000 premiers jours de l'enfant : l'entretien prénatal précoce (EPP) réalisé à partir du 4^e mois de grossesse, créé en 2007 et rendu obligatoire en 2020^{5,6}. En miroir de cet entretien réalisé en anténatal, l'EPNP constitue ce deuxième temps essentiel en postnatal.

Depuis l'inscription de l'EPNP dans le Code de la santé publique visant notamment à dépister la DPP, aucune donnée issue de la pratique clinique n'est disponible, aussi bien en ce qui concerne la réalisation de l'EPNP que le dépistage de la DPP. Si des préconisations pour sa pratique ont été émises en 2022 par le Collège national des sages-femmes de France, enrichies d'un guide pratique en 2024, il n'existe pas non plus de trame commune au niveau national sur laquelle se référer pour réaliser cet entretien, que l'on soit médecin ou sage-femme^{7,8}.

Une étude a ainsi été réalisée à partir de la pratique clinique courante de l'EPNP effectué par les sages-femmes de la Protection maternelle et infantile (PMI) à l'échelle du département de l'Hérault en 2024. L'objectif de notre travail était d'explorer les données issues de la réalisation de l'EPNP pour voir si la pratique permettait de répondre aux principaux enjeux de prévention, de repérage et d'évaluation des besoins d'accompagnement inscrits dans le Code de la santé publique.

Méthodes

Sources des données

Était éligible toute patiente majeure ayant accouché d'un enfant vivant, pesant au moins 500 grammes ou âgé d'au moins 22 semaines d'aménorrhée, vue en consultation ou en visite à domicile par une sage-femme de PMI entre les 4^e et 8^e semaines après l'accouchement dans le cadre de l'EPNP, sur la période du 1^{er} avril 2024 au 30 septembre 2024 (6 mois), sur le territoire du département de l'Hérault couvert par les 10 services de PMI du Conseil départemental.

Données collectées

Les données de notre étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique ont été recueillies lors de l'EPNP en consultation ou en visite à domicile par les sages-femmes de PMI du Conseil départemental de l'Hérault, à partir d'une trame de réalisation de l'EPNP commune aux 24 sages-femmes. Les données collectées pour l'étude étaient : la date et le lieu de passation de l'EPNP (dans le service ou au domicile), la date de naissance de la mère, la situation familiale, les antécédents obstétricaux, le vécu de la grossesse, la réalisation d'un entretien prénatal, des informations sur l'accouchement, sur le vécu du retour à domicile, la place du co-parent, la réalisation ainsi que le score de l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) pour le dépistage de la DPP, l'évocation ou non du sujet des violences conjugales, le repérage d'antécédents d'événements traumatiques, les orientations et dispositifs de soutien proposés, le suivi postnatal prévu.

Outils

Trame de l'entretien postnatal précoce

Les 24 sages-femmes de PMI ont été formées à la réalisation de l'EPNP sur l'année 2023, tout en débutant sa pratique. Elles ont dans le même temps travaillé à la confection d'une trame commune d'EPNP. Cette trame a été finalisée pour aboutir à un outil permettant de disposer de l'ensemble des éléments pertinents à la pratique de l'EPNP. Cette trame est disponible en annexe. Seules les données utiles à l'étude, issues de cette trame, ont été utilisées après avoir été anonymisées.

Edinburgh Postnatal Depression Scale

Le dépistage de la DPP a été réalisé avec l'outil le plus utilisé au niveau international et validé aussi bien en ante- qu'en postnatal pour évaluer la dépression périnatale : l'EPDS⁹. Il s'agit d'un auto-questionnaire utilisé comme tel pour cette étude, composé de 10 items cotés de 0 à 3 évaluant la symptomatologie dépressive durant la semaine précédant sa passation, permettant ainsi d'évaluer le risque de DPP¹⁰. L'échelle a été validée en français¹¹.

Statistiques

Le logiciel LimeSurvey® (Version 6.2.9+230925) a été utilisé pour la saisie et la construction de la base de données anonymisée à partir des informations recueillies lors de l'EPNP. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Rstudio® version 4.2.1 (2022-06-23). Les caractéristiques de notre échantillon, les données issues de l'EPNP, et la répartition des scores EPDS ont été présentées, ainsi que leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%).

Variables

L'âge de la mère au moment de l'EPNP a été catégorisé, tout comme la situation familiale et la parité.

Le vécu de la grossesse était déclaratif et libre, puis a été catégorisé en « avec difficulté » ou « sans difficulté ». La réalisation d'un entretien prénatal était précisée.

Concernant les informations sur la naissance, le mode d'accouchement était catégorisé en : voie basse / voie basse instrumentalisée ; césarienne programmée / césarienne en urgence.

Le vécu de l'accouchement était déclaratif et libre. Il a été catégorisé en : « avec difficulté » ou « sans difficulté ». Il était possible de préciser si l'accouchement avait été vécu comme traumatique.

Le vécu du retour à domicile était déclaratif et libre. Il a été catégorisé en : « avec difficulté » ou « sans difficulté ». Il a été étayé de six items dont la présence ou non était à cocher : soutien, entourage familial, sécurité, isolement, fatigue et anxiété. Ces six items ont permis de préciser le ressenti du vécu du retour à domicile des mères. Enfin, il était possible de connaître la présence et le soutien d'un co-parent.

Dépistage de la DPP : la réalisation ou non de l'EPDS était précisée, ainsi que son score. Les seuils de 10 et 13 ont été retenus pour répartir les femmes en 3 catégories. Les femmes obtenant un score supérieur ou égal à 13 sur 30 étaient considérées comme fortement symptomatiques, celles avec un score compris entre 10 et 12 étaient considérées comme ayant une symptomatologie dépressive modérée. Ces seuils ont été retenus en cohérence avec les recommandations d'une méta-analyse reposant sur 53 études¹².

Concernant les violences conjugales, seule l'évocation ou non du sujet par la sage-femme avec la patiente a été recueillie.

Les antécédents d'événements traumatiques repérés par la sage-femme ont été indiqués. Toutes les sages-femmes avaient bénéficié d'une sensibilisation à la psychotraumatologie et un rappel sur la définition d'événement traumatique leur a été fait lors d'une réunion préparatoire, trois semaines avant le lancement de l'étude. La définition retenue était celle du DSM-5, à savoir qu'un événement traumatique est une exposition réelle ou sous forme de menaces, à la mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles, d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : expérience directe de l'événement ou des événements traumatiques ; témoin, en personne, de l'événement ou des événements tels qu'ils se sont produits pour d'autres ; découverte que le ou les événements traumatiques ont touché un membre de la famille proche ou un ami proche ; exposition répétée ou extrême à des détails aversifs de l'événement traumatique. Dans le cas d'un décès réel ou d'une menace de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

L'orientation des patientes vers un professionnel de santé, médecin généraliste, psychologue, psychiatre, ou autre était relevée.

L'existence ou non de proposition de soutien interne à la PMI a été relevée en précisant son type le cas échéant : soutien par une infirmière puéricultrice PMI,

technicien de l'intervention sociale et familiale, appui parental (soutien à la parentalité soutenu, à domicile par une infirmière puéricultrice), autre.

Dans le cadre du suivi postnatal, la réalisation ou non de la consultation postnatale obligatoire, et la proposition ou non d'un 2^e EPNP ont été relevées.

Aspects éthiques, confidentialité et sécurité des données

Pour sa réalisation, cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes Sud Est 1 le 9 février 2024 (numéro national : 2023-A02625-40). Une déclaration a été déposée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil, référence 2232081) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sous le numéro 2023-A02625-40. Une lettre d'information et de consentement en conformité avec le Règlement général sur la protection des données (RGPD) a été remise à chaque patiente. Le consentement écrit des patientes devait être obtenu pour collecter leurs données. Les données, anonymisées, ont été saisies sur le logiciel LimeSurvey.

Résultats

Deux cent soixante-dix-sept EPNP ont été réalisés, 14 patientes ont refusé de participer à l'étude, 263 EPNP ont été inclus.

Caractéristiques des femmes étudiées

Les femmes de notre échantillon avaient pour la plupart entre 25 et 34 ans (49%). La grande majorité des femmes vivaient en couple (85%), dont 33% mari-talement. Près de 42% étaient primipares, les trois quarts ont accouché par voie basse. La majorité des femmes avaient bénéficié d'un entretien prénatal avec certitude (66%), un quart d'entre elles n'en avaient pas bénéficié, et la donnée était manquante pour près de 10% d'entre elles. Les caractéristiques de l'échantillon d'étude sont détaillées dans le tableau 1.

Données de l'entretien postnatal précoce

Les EPNP ont été majoritairement réalisés au domicile des patientes (65,9%). La grossesse a été vécue difficilement dans 40% des cas, l'accouchement dans près de 31%, avec un accouchement vécu comme traumatique pour près de 15% des patientes. Un quart des mères ont vécu difficilement le retour à domicile. Bien qu'elles étaient majoritaires à déclarer être soutenues au retour à domicile (80%), en sécurité (89%), et entourées (57%), la fatigue était fréquemment retrouvée (73%), tout comme l'isolement (39%) et l'anxiété (33%). Les principales données de l'EPNP sont regroupées dans le tableau 2.

Dépistage de la dépression du post-partum

Plus de 94% des EPNP ont abouti à la réalisation du dépistage de la DPP par l'EPDS. Bien que l'échelle soit traduite et validée dans plusieurs langues,

Tableau 1
Caractéristiques des femmes de l'échantillon, étude départementale en PMI, Hérault, avril à septembre 2024 (n=263)

	%	[IC95%]
Caractéristiques sociodémographiques		
Âge		
18-24 ans	26,7%	[21,5-32,6]
25-29 ans	21,0%	[16,3-26,5]
30-34 ans	28,2%	[23,0-34,2]
35-39 ans	16,4%	[12,3-21,6]
40 ans et plus	7,6%	[4,8-11,7]
Situation familiale		
Célibataire	9,1%	[6,1-13,4]
Divorcée	5,7%	[3,3-9,4]
En couple	52,1%	[45,9-58,2]
Mariée	32,7%	[27,1-38,8]
Pacsée	0,4%	[0,0-2,4]
Antécédents obstétricaux		
Parité		
Primipare	41,8%	[35,8-48,1]
Multipare	58,2%	[51,9-64,2]
Type d'accouchement (n=262)		
Accouchement par voie basse	74,8%	[69,0-79,9]
Accouchement par voie basse instrumentalisée	4,6%	[2,5-8,1]
Césarienne d'urgence	11,8%	[8,3-16,5]
Césarienne programmée	8,8%	[5,8-13,0]
Entretien prénatal réalisé		
Oui	65,8%	[66,5-78,1]
Non	24,7%	[21,9-33,5]
Donnée inconnue	9,5%	[6,4-13,9]

PMI : Protection maternelle et infantile ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

sa non-réalisation était liée à la barrière de certaines langues avec impossibilité de faire intervenir un interprète pour expliquer l'intérêt du dépistage et son mode de passation. Trois femmes sur 10 présentaient des signes modérés à majeurs de DPP (EPDS≥10), 1 femme sur 6 était fortement symptomatique (EPDS≥13). Le tableau 3 détaille la répartition des scores EPDS selon les 3 catégories.

Violences conjugales et antécédents d'événements traumatiques

La question des violences conjugales a été abordée chez 66% des patientes (n=255). Un antécédent d'événement traumatique a été repéré chez près de 60% des patientes de notre échantillon, sachant que cet antécédent avait été repéré en anténatal dans la majorité des cas (80%) et lors de l'EPNP chez 16% des patientes.

Orientation, soutien, suivi

Plus de 40% des EPNP (n=263) ont abouti à au moins une orientation. Pour 31,9% des EPNP, il s'agissait d'une seule orientation, et pour 7,2%, il s'agissait

de 2 orientations. Seulement 1,2% des EPNP ont débouché sur 3 orientations. La majorité des orientations a été réalisée vers un psychologue (24%). Associées aux orientations vers un psychiatre, ce sont plus de 31% des orientations qui concernent un professionnel de la santé mentale.

Un dispositif de soutien PMI a été proposé dans 84% des cas (n=263), dont très majoritairement un soutien par l'infirmière puéricultrice de PMI (82%).

Le suivi postnatal était prévu dans 95% des cas (n=263), dans 94% des cas il s'agissait d'une consultation postnatale (n=261). Un 2° EPNP a été proposé à 36,9% des femmes (n=249).

Le tableau 4 regroupe les résultats concernant l'orientation, le soutien et le suivi.

Proposition d'un 2° entretien postnatal précoce

Un 2° EPNP a été proposé chez 4 primipares sur 10 (n=249). Un 2° EPNP a été proposé près de 8 fois sur 10 en cas de score EPDS≥13. La figure détaille la fréquence de proposition d'un 2° EPNP en fonction des 3 classes de score EPDS.

Tableau 2
Principales données issues de l'EPNP, étude départementale en PMI, Hérault, avril à septembre 2024 (n=263)

	%	[IC95%]
Lieu de réalisation de l'EPNP		
Au cabinet médical	34,1%	[28,4-40,2]
Au domicile de la patiente	65,9%	[59,8-71,6]
Vécu		
Grossesse avec difficultés (n=254)	40,6%	[34,5-46,9]
De l'accouchement avec difficultés (n=256)	30,9%	[25,3-37,0]
Accouchement traumatique (n=249)	14,9%	[10,8-20,0]
Retour à domicile avec difficultés (n=229)	23,6%	[18,3-29,7]
Points abordés		
Sécurité (n=257)	88,7%	[84,0-92,2]
Entourage familial (n=263)	57%	[50,8-63,1]
Soutien (n=261)	79,7%	[74,2-84,3]
Fatigue (n=262)	72,5%	[66,6-77,7]
Anxiété (n=261)	33,3%	[27,7-39,5]
Isolement (n=262)	38,9%	[33,0-45,1]
Co-parent		
Présent (n=261)	74,7%	[68,9-79,8]
Soutenant (n=260)	75,4%	[69,6-80,4]

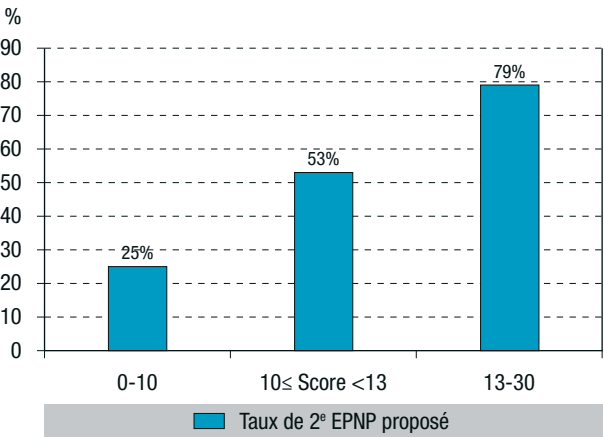
EPNP : entretien postnatal précoce ; PMI : Protection maternelle et infantile ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 3
Répartition des scores EPDS, étude départementale en PMI, Hérault, avril à septembre 2024 (n=248)

Score EPDS réalisé lors de l'EPNP	%	[IC95%]
Score <10	70,2%	[64,0-75,7]
10≤ Score <13	13,7%	[9,8-18,8]
Score ≥13	16,1%	[11,9-21,4]
Total Score EPDS ≥10	29,8%	[24,3-36,0]

EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* ; PMI : Protection maternelle et infantile ; EPNP : entretien postnatal précoce.

Figure
Fréquence de proposition d'un 2^e EPNP selon le score EPDS (n=235, p-value<0,05)



EPNP : entretien postnatal précoce ;
EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*.

Discussion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude en France réalisée dans les conditions de la pratique clinique de l'EPNP depuis son instauration dans le CSP en 2022. Notre étude révèle que l'EPNP est bien accepté par les patientes, qu'il permet de recueillir des données importantes sur l'état de santé des femmes dans les semaines qui suivent l'accouchement, répondant ainsi aux principaux objectifs inscrits dans la loi, à savoir repérer les premiers signes de la DPP ou les facteurs de risques qui y exposent et évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement dans une approche globale de prévention entre les 4^e et 8^e semaines post-partum.

La prévalence estimée de la DPP à partir de l'EPDS réalisé lors de l'EPNP, à savoir 16,1% de femmes fortement symptomatiques (EPDS≥13), près de 30% de femmes à risque modéré à majeur (EPDS≥10),

Tableau 4

Orientation, soutien et suivi issus de l'EPNP, étude départementale en PMI, Hérault, avril à septembre 2024 (n=263)

Données	%	[IC95%]
Orientations		
Médecin généraliste	18,6%	[14,2-24,0]
Psychologue	23,6%	[18,7-29,3]
Psychiatre	7,6%	[4,8-11,7]
Dispositif de soutien PMI		
Infirmière puéricultrice PMI	82,5%	[77,3-86,8]
TISF	11%	[7,6-15,6]
Appui parental ^a	6,1%	[3,6-9,9]
Mise à l'abri ^b	2,3%	[0,9-5,1]
Suivi		
Deuxième EPNP proposé (n=249)	36,9%	[31,0-43,3]
Consultation postnatale (n=261)	93,9%	[90,0-96,3]

EPNP : entretien postnatal précoce ; PMI : Protection maternelle et infantile ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale.

^a Dispositif de prévention, soutien à la parentalité renforcé à domicile par une infirmière puéricultrice.

^b Hébergement d'urgence temporaire en cas de violences intrafamiliales.

concorde avec la prévalence mondiale estimée à 17,22%, et avec celle retrouvée dans les pays occidentaux qui varie entre 10 et 20%^{13,14}. Elle est proche de ce qui avait été observé en France dans la cohorte Elfe dans laquelle près de 12% des femmes primipares vivant en couple étaient atteintes de DPP (score EPDS≥12)¹⁵. Notre étude vient surtout confirmer les résultats observés lors de l'ENP 2021 réalisée sur une semaine auprès de 7 133 femmes avec le même outil de dépistage (EPDS) et les mêmes seuils utilisés (score EPDS compris entre 10 et 13 et score EPDS≥13) qui révélait une prévalence estimée de la DPP de 16,7%³. Cette même étude retrouvait une prévalence de 15,8% pour la région Occitanie, soit un résultat encore plus proche de celui obtenu dans notre étude sur le département de l'Hérault faisant partie de cette région. Le tableau 5 permet de comparer les résultats de notre étude départementale réalisée en 2024 à partir de l'EPNP à ceux de l'ENP 2021. Une proportion plus importante de femmes jeunes de 18 à 24 ans et de femmes célibataires dans notre échantillon par rapport à la population de l'ENP 2021 pourrait expliquer la fréquence légèrement plus élevée de score EPDS≥13, bien que ce constat ne se vérifie pas pour la fréquence de score EPDS compris entre 10 et 13, qui se révèle être au contraire plus faible.

Si nos résultats viennent confirmer la fréquence de la DPP, trouble mental ayant un triple impact sur la mère, le couple, et l'enfant, notre étude donne également des indications plus globales sur l'état des mères dans les premières semaines après l'accouchement. Outre une grossesse, un accouchement et un retour à domicile fréquemment déclarés comme ayant été vécus avec difficulté (respectivement 40,6% / 30,9% / 29,6%) dont près de 15% d'accouchements déclarés comme traumatiques, elles sont plus d'un tiers à déclarer souffrir d'anxiété. Cette prévalence d'anxiété déclarée (33,3%) est

proche de la prévalence de l'anxiété retrouvée lors de l'ENP 2021 correspondant à un score supérieur ou égal à 5 en additionnant les items 3, 4 et 5 de l'EPDS (EPDS-3A). Cette prévalence était de 27,6% au niveau national, et de 28,1% en Occitanie. Si l'utilisation de l'EPDS-3A dans notre étude aurait permis de comparer précisément ces prévalences, elle aurait aussi permis de comparer le taux d'anxiété déclarée au taux d'anxiété dépistée. Néanmoins, ce résultat issu de l'interrogatoire des patientes lors de la réalisation de l'EPNP montre une certaine cohérence avec ce qui est retrouvé dans d'autres études estimant la fréquence de l'anxiété, elle-même plus fréquente que la DPP^{3,16}. L'anxiété périnatale pouvant être un facteur favorisant la DPP, intégrer son dépistage lors de l'EPNP est nécessaire¹⁷.

La présence et le soutien du co-parent sont deux éléments fréquemment retrouvés. Pour répondre pleinement à l'objectif de l'EPNP voulu par le CSP, à savoir « évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement », il serait utile d'intégrer dans une approche globale des éléments plus précis concernant le co-parent. La DPP pouvant également atteindre les pères avec une prévalence de 5 à 10% d'après certaines études, proposer la passation de l'EPDS chez le co-parent lors de l'EPNP semble pertinent^{18,19}. D'autant plus qu'il existe une corrélation entre DPP maternelle et DPP paternelle^{20,21}.

La grossesse et le post-partum sont des périodes durant lesquelles le risque de violences conjugales est majoré, avec un impact sur la mère, l'enfant et le lien mère/enfant. Un lien semble établi entre violences conjugales et risque de DPP²². Le dépistage systématique des violences conjugales est recommandé par la HAS notamment tout au long du parcours périnatal de la femme²³. L'EPNP représente à ce titre

Tableau 5
Comparaison entre l'Enquête nationale périnatale 2021 et l'étude départementale EPNP en PMI, Hérault, 2024

Caractéristiques	Enquête nationale périnatale 2021 sur 1 semaine	Étude départementale 2024 sur 6 mois
Caractéristiques sociodémographiques		
Âge	n=7 133	n=262
18-24 ans	10,7%	26,7%
25-29 ans	28,6%	21,0%
30-34 ans	36,4%	28,2%
35-39 ans	19,2%	16,4%
40 ans et plus	5,1%	7,6%
Situation familiale	n=7 126	n=263
En couple	95,2%	85,2%
Antécédents obstétricaux		
Parité	n=7 121	n=263
Primipare	41,7%	41,8%
Multipare	58,3%	58,2%
Score EPDS		
Méthode	Entretien téléphonique ou web-questionnaire à 2 mois PP	Lors de l'EPNP entre 4 et 8 semaines PP
10≤ Score <13	12,6%	13,7%
≥13	16,7% (Occitanie 15,8%)	16,1%
Total ≥10	29,3%	29,8%
Manifestations anxieuses		
Méthode	EPDS-3A	Déclaratif
Anxiété	27,6% (Occitanie 28,1%)	33,3%

EPNP : entretien postnatal précoce ; EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* ; EPDS-3A : score ≥5 aux items 3, 4 et 5 de l'EPDS ; PP : post-partum.

un moment pertinent de plus pour réaliser ce dépistage. Notre étude révèle que ce systématisme est difficile à appliquer, puisque la question des violences conjugales a été abordée chez 66% des patientes. Ce taux reste malgré tout bien supérieur aux résultats du dernier baromètre de novembre 2023 sur le repérage des violences conjugales en médecine générale, révélant que seulement 3% des femmes ont été questionnées sur le sujet ²⁴. Si l'EPNP est aussi prévu pour évaluer les éventuels besoins du conjoint comme cela est écrit dans le Code de la santé publique et qu'il paraît pertinent de repérer les signes de DPP également chez le père, sa présence lors de l'EPNP peut au contraire être un frein pour aborder la question des violences conjugales avec la mère. L'exposition à des événements traumatiques est deux fois plus fréquente au sein de notre population d'étude (60%) qu'en population générale en France ²⁵. Nous n'avons pas trouvé d'études estimant la prévalence d'exposition traumatique spécifiquement chez les femmes en période périnatale. Une analyse plus fine de ce résultat sera réalisée, notamment pour observer un éventuel lien entre des antécédents d'événements traumatiques et le score EPDS. Au-delà du dépistage systématique des violences conjugales, nos résultats plaident pour un

dépistage plus large lors de l'EPNP de tout événement potentiellement traumatique, quelle que soit la période de survenue.

Plus de 4 EPNP sur 10 ayant débouché sur une orientation vers un autre professionnel, en grande partie vers des professionnels de la santé mentale (psychiatre et psychologue), un réseau psychopérinatal adapté et en capacité de recevoir ces nombreuses patientes est nécessaire pour assurer la prise en charge des fragilités dépistées chez les mères lors de l'EPNP. Associé au soutien que peuvent apporter les services de PMI aux parents et à leurs enfants, notamment par le biais des infirmières puéricultrices vers lesquelles plus de 80% des mères sont orientées à la suite des EPNP réalisés par les sages-femmes de PMI, la continuité des parcours et le réseau partenarial pluriprofessionnel permettent une prise en charge optimale des familles, tout en poursuivant le travail de prévention.

Concernant le suivi postnatal de la mère après l'EPNP, si la consultation postnatale obligatoire est quasiment systématique (93,9%), la proposition d'un 2^e EPNP aux femmes primipares comme le prévoit le Code de la santé publique ne l'est pas puisque ce second entretien n'a été proposé qu'à 40% des femmes primipares de notre étude. Un lien significatif est en

revanche observé entre une proposition de 2^e EPNP et un score EPDS élevé, un second entretien ayant été proposé à près de 80% des femmes avec un score EPDS supérieur ou égal à 13. Ces résultats peuvent être liés au manque de disponibilité des sages-femmes pour assurer ce 2^e entretien, les incitant à prioriser leur proposition ou encore à une pratique encore trop récente de l'EPNP dont les objectifs ne seraient pas encore complètement maîtrisés. Il serait intéressant pour des études futures d'obtenir des résultats quant au taux de réalisation de ce 2^e entretien, ainsi que de suivre l'évolution du score EPDS.

L'ensemble de ces résultats montre toute la pertinence de l'ajout de l'EPNP dans le parcours périnatal, à condition qu'il soit réalisé par des professionnels formés disposant d'outils adaptés et validés, avec un réseau pour orienter les patientes. Il conviendrait d'éviter sa sous-utilisation comme c'est le cas pour l'EPP. Si les femmes de notre échantillon sont près de 66% à avoir bénéficié d'un EPP avec certitude, l'ENP 2021 révélait qu'elles n'étaient que 36,5% à en avoir bénéficié, EPP réalisé de façon quasiment exclusive par les sages-femmes, dont une majorité étaient libérales²⁶. Créé en 2007, rendu obligatoire en 2020, pris en charge à 100%, pouvant être réalisé par un médecin ou une sage-femme, bénéficiant d'une cotation spécifique pour les sages-femmes et les médecins, l'EPP demeure sous utilisé comme le démontre notre étude. L'EPNP, rendu obligatoire en 2022, pris en charge à 70%, pouvant être réalisé par un médecin ou une sage-femme, mais bénéficiant d'une cotation spécifique seulement pour les sages-femmes, risque également, dans ces conditions, d'être sous-utilisé, alors que l'association de ces deux moments-clés du parcours périnatal offre une opportunité primordiale de prévention et de dépistage à fort enjeu. Sa prise en charge à 70% risque d'en priver les patientes les plus démunies, multipliant les facteurs de risques contre lesquels l'EPNP est censé lutter. Son caractère obligatoire justifierait sa prise en charge à 100% ce qui contribuerait à lutter contre les inégalités sociales en santé, et ce, dès les premières semaines de vie du nourrisson.

L'EPNP comme l'EPP pourraient être organisés sur un modèle similaire à celui des trois certificats de santé de l'enfant établis dans les huit premiers jours de vie, au cours du 9^e puis du 24^e mois. Ces trois certificats reposent en effet sur des modèles réglementés à l'échelon national, avec un objectif sur le plan individuel, mais aussi sur le plan de la santé publique, permettant un suivi épidémiologique des données de santé périnatale au niveau départemental, régional et national. Ces examens bénéficient d'une cotation spécifique et d'une prise en charge à 100%. Cela rendrait l'EPNP et l'EPP plus homogènes, universellement accessibles et d'autant plus efficaces. Des indicateurs annuels pourraient être produits, estimant l'état de santé des mères en anténatal et en postnatal, avec notamment un suivi de la prévalence de la DPP. Ces indicateurs permettraient d'ajuster des politiques de santé

publique de soutien, de prévention, et d'en évaluer leur impact par le suivi annuel de ces indicateurs. La complication la plus grave de la DPP étant le suicide maternel, lui-même devenu la 1^{re} cause de mortalité maternelle, ces morts évitables renforcent la nécessité d'optimiser les entretiens clés du parcours périnatal²⁷.

Différentes préconisations tirées de notre étude permettraient d'améliorer la pratique de l'EPNP, d'homogénéiser sa réalisation, de faciliter le dépistage individuel de la DPP et de recueillir des données de santé périnatale à l'échelon national (tableau 6).

Forces et limites

Notre étude a permis pour la première fois en France de recueillir des données sur l'état de santé des mères après l'accouchement, en condition de pratique clinique réelle à partir de l'EPNP, réalisé par les sages-femmes de PMI depuis son instauration dans le CSP en 2022. Notre travail a été mis en place sur une période de six mois sur l'ensemble des territoires du département de l'Hérault, peuplé de 1 232 800 habitants, comprenant des zones urbaines dont la 7^e ville de France (Montpellier) et des zones rurales, par des sages-femmes formées à la pratique de l'EPNP, sur un échantillon de 263 mères. Cette étude donne des éléments précieux sur l'intérêt de ce moment clé supplémentaire dans le parcours et le suivi périnatal. L'utilisation de l'EPDS pour le dépistage de la DPP nous a permis de comparer nos résultats à ceux de précédentes études, notamment l'ENP 2021. En révélant que trois femmes sur dix étaient à risque de DPP, qu'une femme sur six présentait un score EPDS ≥ 13, notre étude vient confirmer les résultats de cette enquête de 2021. Cela, à distance de la pandémie liée à la Covid-19 dont l'impact sur la santé mentale, avec notamment une augmentation du trouble dépressif majeur chez les femmes, a été mis en évidence par de nombreux travaux²⁸. Notre étude permet de plus de dégager certaines pistes de facteurs de risque potentiels de DPP comme les antécédents d'exposition à des événements traumatiques. Ces résultats seront précisés, étudiés plus finement et feront l'objet d'un article distinct.

Notre étude apporte des résultats pertinents, mais elle présente plusieurs limites. Malgré des similitudes entre plusieurs caractéristiques de notre échantillon départemental et les caractéristiques de la population de l'ENP 2021, nous ne pouvons extrapoler nos résultats à la population générale. Le recueil du niveau socio-économique des patientes de notre échantillon aurait permis une comparaison plus fine, notamment avec la population de l'ENP 2021, mais notre étude étant fondée sur la pratique de terrain des sages-femmes, cette donnée n'a pas fait partie de leur trame utile à leur exercice. Notre effectif de 263 EPNP représente seulement 5% des 4 989 naissances survenues sur la période et le territoire de l'étude. Par ailleurs l'inclusion de mères vues exclusivement par les sages-femmes de PMI constitue un biais de sélection. D'autres travaux à partir des EPNP réalisés par les sages-femmes

Préconisations visant à améliorer l'impact de l'EPNP

Sur le plan individuel	
Formation	<ul style="list-style-type: none"> – formation initiale des futures sages-femmes et médecins à la prévention périnatale, à la DPP et à son dépistage, à l'existence de l'EPNP obligatoire – formation continue des sages-femmes et médecins à la prévention périnatale, à la DPP et à son dépistage, à l'existence et à la pratique de l'EPNP obligatoire
Outils	<ul style="list-style-type: none"> – trame de réalisation de l'EPNP communes aux médecins et sages-femmes facilement utilisable – outils de dépistage de la DPP commun et validé (EPDS)
Information	<ul style="list-style-type: none"> – informations sur l'EPNP à destination des patientes, des futurs parents, des familles – informations sur le parcours périnatal précisant notamment les moments clés de prévention et de dépistage EPP et EPNP via les Caisses d'allocations familiales, les Caisses primaires d'assurance maladie, la Mutualité sociale agricole, les services de PMI, les maternités, les Maisons des 1 000 jours, les médecins et sages-femmes libéraux
Accès	<ul style="list-style-type: none"> – rendre l'EPNP obligatoire accessible à l'ensemble des femmes en passant son remboursement de 70 à 100% – prévoir une cotation spécifique pour l'EPNP réalisé par les médecins comme elle existe pour les sages-femmes et pour l'EPP réalisé par les médecins – renforcer l'offre de soins en santé mentale périnatale pour pouvoir orienter et prendre en charge les patientes
Sur le plan de la santé publique	
Épidémiologie	À l'image de ce qui est fait avec les certificats de santé dans les 8 premiers jours de vie, au cours du 9 ^e et du 24 ^e mois de vie de l'enfant, recueillir et transmettre les données des EPNP anonymisés pour enrichir le suivi épidémiologique des données de santé périnatale par les départements, les agences régionales de santé (ARS), les services statistiques du ministère chargé de la Santé, Santé publique France et par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et ainsi piloter des politiques de santé publique périnatale au niveau national avec un ajustement territorial

DPP : dépression post-partum ; EPNP : entretien postnatal précoce ; EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* ; PMI : Protection maternelle et infantile.

libérales, celles des maternités publiques et privées, par les médecins à l'échelon national seraient nécessaires pour valider nos résultats. Les mineures n'ont pas été incluses, alors que l'étude de cette population particulière serait pertinente. Pour une meilleure exhaustivité et améliorer l'utilité de l'EPNP, le recueil et l'étude des données sur le co-parent, ainsi que sur l'enfant, devraient être inclus.

Conclusion

En France, l'entretien postnatal précoce a été rendu obligatoire en juillet 2022, afin d'améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des difficultés et troubles repérés après l'accouchement. Parmi ces troubles, la dépression du post-partum représente une des pathologies primordiales à dépister du fait de son triple impact sur la mère, le couple, et le développement de l'enfant. L'EPDS est un outil de dépistage validé, internationalement utilisé, aisé à intégrer lors de l'EPNP. Les résultats de notre étude réalisée en PMI dans le département de l'Hérault en 2024, trois ans après l'Enquête nationale périnatale 2021, viennent confirmer les estimations de prévalence de la DPP à l'échelle nationale, tout en apportant des indications plus globales sur l'état de santé des mères dans les semaines qui suivent l'accouchement. L'EPNP pratiqué par les sages-femmes de PMI, à condition d'avoir été formées, d'utiliser une base d'entretien commune, un outil de dépistage systématique validé, et de l'existence d'un réseau de prise en charge adapté, répond aux objectifs qui lui ont été fixés. Cet entretien, associé à l'EPP peut réellement représenter un moment clé du parcours

périnatal. Il est important de le rendre le plus accessible possible pour les patientes, et le plus réalisable possible par les sages-femmes et les médecins, quel que soit leur secteur d'exercice, libéral, hospitalier ou territorial. L'exploitation anonyme des données issues de cet entretien au niveau national permettrait de mieux identifier les troubles du post-partum, pour ajuster des stratégies de prévention et de prise en charge, dont l'impact pourrait ainsi être évalué. ■

Remerciements

Nous remercions les mères qui ont accepté de participer à cette étude, les sages-femmes de PMI du Conseil départemental de l'Hérault pour leur contribution ainsi que Muriel Bolano, sage-femme responsable du service départemental prénatal et planification à la Direction PMI du Conseil départemental de l'Hérault.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Haute Autorité de santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés – Recommandations. Saint-Denis: HAS; 2014. 36 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nés
- [2] Commission des 1 000 premiers jours. Les 1 000 premiers jours – Là où tout commence – Rapport de la commission des 1 000 premiers jours. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé; 2020. 130 p. <https://solidarites.gouv.fr/lutter-contre-les-inegalites-de-destin-des-les-1000-premiers-jours-de-lenfant>
- [3] Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharaux C, Boudet-Berquier J, et al. Prévalence de la dépression,

de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(18):348-60. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/18/2023_18_1.html

[4] République française. Code de la santé publique. Article L2122-1. 2021. Chapitre II : Examens de prévention durant et après la grossesse. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171127/#LEGISCTA000006171127

[5] République française. LOI n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. *JORF.* 2007;(0055):59-72. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000823100/>

[6] République française. Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. Chapitre III : Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins. *JORF.* 2019;(300):10-89. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000039675412

[7] Bleuzen É, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, *et al.* Entretien postnatal précoce – Préconisations pour la pratique clinique. Paris: Collège national des sages-femmes de France; 2022. 10 p. <https://hal.science/hal-03719354>

[8] Bleuzen-Her É, Baunot N, Durand S, Riquet S. Guide pratique pour l'entretien postnatal précoce. Paris: Collège national des sages-femmes de France; 2024. 26 p. <https://www.cnsf.asso.fr/entretien-postnatal-precoce-le-nouveau-guide-pratique-du-cnsf/>

[9] Hewitt CE, Gilbody SM, Mann R, Brealey S. Instruments to identify post-natal depression: Which methods have been the most extensively validated, in what setting and in which language? *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2010;14(1):72-6.

[10] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(782):6.

[11] 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.* 1998;13(2):83-9.

[12] Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD, DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2020;(371):m4022.

[13] Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, *et al.* Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):543.

[14] Tebeka S, Le Strat Y, De Premorel Higgons A, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, *et al.* Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGDEPP cohort. *J Psychiatr Res.* 2021;138:366-74.

[15] Barandon S, Balès M, Pambrun E, Melchior M, C-Glangeaud-Freudenthal NM, Van der Waerden J, *et al.* Maternal post-natal depressive symptoms at 2 months: Effects of French antenatal preventive measures in the E.L.F.E. cohort. *J Affect Disord.* 2021;(293):238-44.

[16] Loyal D, Sutter AL, Rasclé N. Screening beyond postpartum depression: Occluded anxiety component in the EPDS (EPDS-3A) in French mothers. *Matern Child Health J.* 2020;24(3):369-77.

[17] Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcasche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry.* 2004;19(8):459-63.

[18] Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA.* 2010;303(19):1961-9.

[19] Barry KM, Gomajee R, Benarous X, Dufourg MN, Courtin É, Melchior M. Paternity leave uptake and parental post-partum depression: Findings from the ELFE cohort study. *Lancet Public Health.* 2023;8(1):e15-27.

[20] Barooj-Kiakalae O, Hosseini SH, Mohammadpour-Tahmtan RA, Hosseini-Tabaghdehi M, Jahanfar S, Esmaili-Douki Z, *et al.* Paternal postpartum depression's relationship to maternal pre and postpartum depression, and father-mother dyads marital satisfaction: A structural equation model analysis of a longitudinal study. *J Affect Disord.* 2022;297:375-80.

[21] Wang D, Li YL, Qiu D, Xiao SY. Factors influencing paternal postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;293:51-63.

[22] Ankerstjerne LBS, Laizer SN, Andreassen K, Normann AK, Wu C, Linde DS, *et al.* Landscaping the evidence of intimate partner violence and postpartum depression: A systematic review. *BMJ Open.* 2022;12(5):e051426.

[23] Haute Autorité de santé. Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte victime de violences au sein du couple. Saint-Denis: HAS; 2024. 4 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco411_grossesse_vulnerabilite_fiche_violence_couple_cd_2024_01_11_vd.pdf

[24] Haute Autorité de santé. Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises. Saint-Denis: HAS; 2023. 2 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/synthese_resultats_t1_enquete_bva-has_-violences_conjugales_-_novembre_2023_-_vf.pdf

[25] Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, *et al.* Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale.* 2008;34(6):577-83.

[26] Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, Demiguel V, Lebreton É, Deroyon T. Enquête nationale périnatale – Rapport 2021 – Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Paris: Inserm; 2022. 297 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>

[27] Santé publique France, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCM), 2016-2018. Saint-Maurice, Paris: Santé publique France, Inserm; 2024. 232 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-7e-rapport-de-lenquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

[28] COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;398(10312):1700-12.

Citer cet article

Fèvre Gilson S, Lauze L, Rougier L, Garo A. L'entretien postnatal précoce réalisé par les sages-femmes de la Protection maternelle et infantile (PMI) de l'Hérault : données issues d'une étude départementale sur le dépistage de la dépression du postpartum en 2024. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(14):255-67. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/14/2025_14_2.html

Professionnel ayant réalisé l'entretien :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Entretien réalisé : ☐ au domicile ☐ au cabinet médical

Entretien réalisé le :

• **Informations sur la grossesse :**

La maman :

Nom :

Prénom :

DDN :

Gestité/parité : G P

Lieu d'accouchement :

Médecin traitant :

Le bébé

Nom :

Prénom :

Née le :

Médecin traitant :

Le co-parent

Nom :

Prénom :

DDN :

Présence : ☐ OUI ☐ NON

Situation familiale :

Suivi par :

Vécu de la grossesse :

Entretien prénatal : réalisé : ☐ OUI ☐ NON non renseigné ☐

• **Informations sur la naissance :**

☐ Accouchement par voie basse ☐ Accouchement par voie basse instrumentalisé

☐ Césarienne programmée ☐ Césarienne d'urgence

Vécu de l'accouchement :

Vécu traumatique : ☐ OUI ☐ NON

• **Informations concernant le nouveau-né.**

Difficultés rencontrées :

Alimentation : ☐ OUI ☐ NON

Allaitement : ☐ Oui exclusif ☐ Oui mixte ☐ Non

Sommeil : ☐ OUI ☐ NON

Pleurs : ☐ OUI ☐ NON

Soins quotidiens : ☐ OUI ☐ NON

• **Points abordés :**

Vécu du retour à domicile :

- Isolement : ☐ OUI ☐ NON
- Soutien : ☐ OUI ☐ NON
- Entourage familial : ☐ OUI ☐ NON
- Sécurité : ☐ OUI ☐ NON
- Fatigue : ☐ OUI ☐ NON
- Anxiété : ☐ OUI ☐ NON

Place du co-parent :

- Présence : ☐ OUI ☐ NON
- Soutenant : ☐ OUI ☐ NON
- Réalisation de l'auto-questionnaire de l'EPDS : ☐ OUI, score ☐ NON
- Question de violences conjugales abordées : ☐ OUI ☐ NON
- Mode de garde envisagé :

	Lors de l'Entretien Prénatal / en cours de grossesse	En post natal / lors de l'Entretien Postnatal
Antécédents d'évènements traumatiques	Oui / non / non abordé	Oui / non / non abordé
Consultations spécialisées (précisez)	<div><input type="checkbox"/> Médecin Généraliste</div> <div><input type="checkbox"/> Tabacologue</div> <div><input type="checkbox"/> Psychologue</div> <div><input type="checkbox"/> Addictologue</div> <div><input type="checkbox"/> Psychiatre</div> <div><input type="checkbox"/> Autres</div>	<div><input type="checkbox"/> Médecin Généraliste</div> <div><input type="checkbox"/> Tabacologue</div> <div><input type="checkbox"/> Psychologue</div> <div><input type="checkbox"/> Addictologue</div> <div><input type="checkbox"/> Psychiatre</div> <div><input type="checkbox"/> Autres</div>
Dispositif de soutien PMI	<div><input type="checkbox"/> Puéricultrice</div> <div><input type="checkbox"/> TISF</div> <div><input type="checkbox"/> Appui parental</div> <div><input type="checkbox"/> Mise à l'abri</div> <div><input type="checkbox"/> Autre</div>	<div><input type="checkbox"/> Puéricultrice</div> <div><input type="checkbox"/> TISF</div> <div><input type="checkbox"/> Appui parental</div> <div><input type="checkbox"/> Mise à l'abri</div> <div><input type="checkbox"/> Autre</div>

• **Suivi postnatal prévu :**

- Consultation post natale :

☐ OUI ☐ NON
- Contraception :

☐ OUI ☐ NON
- Rééducation périnéale :

☐ OUI ☐ NON
- Séances postnatales en groupe proposées :

☐ OUI ☐ NON
- Deuxième EPNP proposé ?

☐ OUI ☐ NON
- Accepté :

☐ OUI ☐ NON