

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Prévalence des états anxieux  
chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre  
Santé publique France (2017-2021)  
// Prevalence of anxiety disorders  
among the 18-85 years-old:  
Results from the France Public Health  
Barometer survey (2017-2021).....p. 246

**Christophe Léon et coll.**  
*Santé publique France, Saint-Maurice*

ARTICLE // Article

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.....p. 255

**Sylvain Fèvre Gilson et coll.**  
*Service territorial de Protection maternelle et infantile (PMI)  
Béziers Centre Sud, Direction de la PMI, Conseil départemental  
de l'Hérault, Montpellier*



La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

**Directeur de la publication :** Yann Le Strat, directeur scientifique de Santé publique France  
**Rédactrice en chef :** Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, [redaction@santepubliquefrance.fr](mailto:redaction@santepubliquefrance.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe :** Frédérique Biton-Debernardi  
**Secrétariat de rédaction :** Quentin Lacaze  
**Comité de rédaction :** Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénet, Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Perrine de Crouy-Chanel, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespas ; Martin Herbas Ekot, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Eveillard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Jean-Paul Guthmann, Santé publique France ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Élodie Lebreton, Santé publique France ; Yasmina Ouharzoune, Santé publique France ; Valérie Ollé, EPI-Phare ; Arnaud Tarantola, Santé publique France - Île-de-France ; Marie-Pierre Tavalacci, CHU Rouen ; Hélène Therre ; Isabelle Villena, CHU Reims ; Marianne Zeller, UFR Sciences de santé de Dijon.  
**Santé publique France** - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>  
**Préresse :** Luminess  
**ISSN :** 1953-8030

**PRÉVALENCE DES ÉTATS ANXIEUX CHEZ LES 18-85 ANS : RÉSULTATS  
DU BAROMÈTRE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE (2017-2021)**

// PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS AMONG THE 18-85 YEARS-OLD: RESULTS FROM THE FRANCE PUBLIC HEALTH BAROMETER SURVEY (2017-2021)

Christophe Léon<sup>1</sup> (christophe.leon@santepubliquefrance.fr), Ingrid Gillaizeau<sup>1</sup>, Enguerrand du Roscoät<sup>1</sup>, Antoine Pelissolo<sup>2</sup>, François Beck<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Santé publique France, Saint-Maurice

<sup>2</sup> Hôpital Albert-Chenevier, Groupe hôpitaux universitaires Henri-Mondor, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Créteil

Soumis le 13.01.2025 // Date of submission: 01.13.2025

**Résumé // Abstract**

**Introduction** – Les troubles anxieux figurent parmi les troubles mentaux les plus fréquents dans le monde. La pandémie de Covid-19 a eu un impact majeur sur la santé mentale des populations en France et à l'international. Dans ce contexte, cette étude vise à estimer la prévalence des états anxieux dans la population générale adulte en France hexagonale en 2021, à identifier les facteurs qui leur sont associés et à analyser les évolutions observées depuis 2017. Elle teste notamment l'hypothèse selon laquelle les états anxieux auraient pu augmenter à la suite de la crise sanitaire, comme cela a été observé pour les épisodes dépressifs caractérisés.

**Méthode** – Les données sont issues du Baromètre de Santé publique France, enquête déclarative menée par téléphone, selon un sondage aléatoire, auprès de 4 829 personnes âgées de 18 à 85 ans en 2021 et de 6 413 personnes âgées de 18 à 75 ans en 2017. La présence d'un état anxieux a été évaluée à partir de la sous-échelle anxiété de la « Hospital Anxiety and Depression scale » (HAD-A). L'analyse des évolutions entre 2017 et 2021 a été restreinte à la population des 18-75 ans.

**Résultats** – En 2021, 12,5% des personnes âgées de 18 à 85 ans présentaient un état anxieux au moment de l'enquête (score strictement supérieur à 10 sur la sous-échelle HAD-A), avec une prévalence trois fois plus élevée chez les femmes (18,2%) que chez les hommes (6,4%). Entre 2017 et 2021, la prévalence des états anxieux est restée stable chez les 18-75 ans, quels que soient le sexe, l'âge (sauf la tranche des 65-75 ans), le niveau d'éducation, la situation professionnelle, la composition du ménage et la situation financière. Les facteurs associés aux états anxieux, communs aux deux sexes, étaient une situation financière juste ou difficile, un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, ainsi que la présence de comorbidités dépressives et de pensées suicidaires.

**Conclusion** – Contrairement à l'augmentation observée pour les épisodes dépressifs caractérisés, nos résultats ne montrent pas d'évolution significative de la prévalence des états anxieux entre 2017 et 2021. Ils suggèrent cependant une prévalence élevée des états anxieux, associée à de fortes inégalités sociales et à des comorbidités importantes. Ces résultats invitent à faciliter l'accès de la population, et notamment des plus défavorisés, aux dispositifs de prévention et de prise en charge des troubles anxieux.

**Introduction** – Anxiety disorders are among the most common mental disorders worldwide. The COVID-19 pandemic has had a significant impact on the mental health of populations in France and internationally. The present study aims to estimate the prevalence of anxiety disorders in the general adult population in mainland France in 2021, to identify associated factors and to analyze changes observed since 2017. It specifically tests the hypothesis that anxiety disorders may have increased following the health crisis, as it has been observed for major depressive episodes.

**Method** – The data come from the French Public Health Barometer a declarative survey conducted by telephone, using a random sample, of 4,829 people aged 18 to 85 in 2021 and 6,413 people aged 18 to 75 in 2017. Anxiety was assessed using the anxiety subscale of the "Hospital Anxiety and Depression scale" (HAD-A). The analysis of changes between 2017 and 2021 were restricted to the population aged 18-75 years-old.

**Results** – In 2021, 12.5% of people aged 18 to 85 reported anxiety at the time of the survey (score strictly above 10 on the HAD-A subscale), with a prevalence three times higher among women (18.2%) than among men (6.4%). Between 2017 and 2021, the prevalence of anxiety remained stable among 18-75 year olds, regardless of gender, age (except for the 65-75 age group), educational level, employment status, household composition and financial situation. Factors associated with anxiety disorders, common to both sexes, were a difficult or precarious financial situation, an educational level below the baccalaureate, and the presence of depressive comorbidities and suicidal thoughts.

**Conclusion** – Contrary to the increase observed for depressive disorders, our results do not show a significant change in the prevalence of anxiety disorders between 2017 and 2021. However, they suggest a high prevalence

of anxiety disorders, associated with significant social inequalities and important comorbidities. These findings highlight the need to facilitate access to prevention and care services for anxiety disorders, particularly for the most disadvantaged people.

**Mots clés :** Santé mentale, Troubles anxieux, Enquête, Population générale  
// **Keywords:** Mental health, Anxiety disorders, Survey, General population

## Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les troubles anxieux représentent les troubles mentaux les plus fréquents dans le monde. Ils regroupent plusieurs formes cliniques parmi lesquelles le trouble de l'anxiété généralisée, le trouble panique, l'anxiété sociale, l'agoraphobie, l'anxiété de séparation, les phobies spécifiques<sup>1</sup>. Entre 1990 et 2019, leur incidence a augmenté de près de 50% tandis que les années de vie corrigées sur l'incapacité (AVCI) ont connu une hausse de plus de 50%<sup>2</sup>. Le fardeau associé aux troubles anxieux serait par ailleurs aggravé par les comorbidités psychiatriques (notamment troubles de l'humeur, addictions, suicides<sup>3</sup>) et somatiques (pathologies cardiovasculaires et asthmatiques<sup>4</sup>) qui y sont fréquemment associées.

La pandémie de Covid-19, survenue au début de l'année 2020, a accentué le fardeau mondial des troubles mentaux. Une méta-analyse internationale couvrant 204 pays, publiée dans le *Lancet* en octobre 2021, a estimé que la prévalence des troubles anxieux et dépressifs avait augmenté de plus de 25% au cours de la première année de la pandémie. Les plus fortes augmentations ont été observées dans les régions fortement touchées par le virus, soumises à des confinements stricts, à une diminution de la mobilité humaine et à des taux quotidiens d'infection élevés<sup>5</sup>.

En France, les données du Baromètre Santé publique France ont confirmé la hausse des épisodes dépressifs caractérisés en population générale entre 2017 et 2021 (+3,5 points de prévalence chez les 18-75 ans et +9 points chez les 18-24 ans)<sup>6</sup>. S'agissant des troubles anxieux, les enquêtes de suivi de la santé mentale de la population mises en œuvre après le début de la pandémie ont montré des augmentations importantes en lien avec la dynamique épidémique et les mesures de contrôle<sup>7</sup>. Elles n'ont cependant pas permis de documenter l'évolution des troubles anxieux en population générale avant et après l'épidémie de Covid-19. Les dernières données publiées issues d'un échantillon probabiliste représentatif de la population française (enquête Epicov) ont estimé la prévalence du trouble anxieux généralisé, à partir de l'échelle *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), à 11% parmi la population âgée de 16 ans et plus en France hexagonale<sup>8</sup>. Avant 2020, les données de référence pour la prévalence des troubles anxieux étaient issues de *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED/MHEDEA), conduite entre 2001 et 2003. Elle avait estimé que 9,8% des personnes de 18 ans et plus interrogées avaient souffert d'au moins un trouble anxieux au cours des 12 derniers mois<sup>9</sup>.

Ce chiffre reposait sur l'utilisation du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), un outil diagnostique standardisé de l'OMS<sup>10</sup>.

À ce jour, seul le Baromètre de Santé publique France dispose d'une mesure comparable des symptomatologies anxieuses avant et après la pandémie de Covid-19 sur des échantillons représentatifs de la population hexagonale. La sous-échelle « anxiété » de la *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD)<sup>11</sup> a été introduite dans les éditions 2017 et 2021. Elle permet d'évaluer le niveau d'anxiété de la population interrogée au moment de l'enquête, sans indication spécifique sur la nature du trouble anxieux, mais avec un nombre réduit d'items.

Cet article vise principalement à vérifier l'hypothèse d'une augmentation durable de l'anxiété en population générale à la suite de l'épidémie de Covid-19. Il présente une estimation de la prévalence des états anxieux (score strictement supérieur à 10 sur la sous-échelle HAD-A) dans la population adulte résidant en France hexagonale en 2021, examine les facteurs associés et analyse les évolutions par rapport à 2017.

## Matériels et méthode

### Sources de données

La méthode du Baromètre santé repose sur une génération aléatoire de numéros de téléphone fixe et mobile. Les participants sont sélectionnés selon un sondage à deux degrés sur ligne fixe (sélection d'un individu par ménage selon la méthode Kish<sup>12</sup>) et à un degré sur ligne mobile (sélection de la personne qui décroche), puis interrogés par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Les analyses reposent sur les données collectées lors des éditions 2017 et 2021<sup>(1)</sup>. La mesure des états anxieux a été réalisée sur un sous-échantillon de 4 829 personnes âgées de 18-85 ans en 2021 et de 6 413 personnes âgées de 18-75 ans en 2017.

### Variables

La présence d'un état anxieux au moment de l'enquête a été évaluée à l'aide de l'échelle HAD, développée par Zigmond et Snaith<sup>11</sup>. Le questionnaire initial se compose de 14 items : sept portant sur l'anxiété (HAD-A) et sept sur la dépression (HAD-D). Dans les éditions 2017 et 2021 du Baromètre de Santé publique France, seule la sous-échelle HAD-A a été utilisée pour évaluer les états anxieux (encadré). Chaque item est noté de 0 à 3, permettant d'établir

<sup>(1)</sup> voir <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france> pour le détail de la méthodologie

**Items d'évaluation d'un état anxieux selon l'échelle *Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)***

- Vous vous sentez tendu(e) ou énervé(e)... La plupart du temps (3) ; souvent (2) ; de temps en temps (1) ; jamais (0)
- Vous avez une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait vous arriver... Oui, très nettement (3) ; oui, mais ça n'est pas trop grave (2) ; un peu, mais cela ne vous inquiète pas (1) ; pas du tout (0)
- Vous vous faites du souci... Très souvent (3) ; assez souvent (2) ; occasionnellement (1) ; très occasionnellement (0)
- Vous pouvez rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et vous sentir décontracté(e)... Oui, quoi qu'il arrive (0) ; oui, en général (1) ; rarement (2) ; jamais (3)
- Vous éprouvez des sensations de peur et avez l'estomac noué... Jamais (0) ; parfois (1) ; assez souvent (2) ; très souvent (3)
- Vous avez la bougeotte et n'arrivez pas à tenir en place... Oui, c'est tout à fait votre cas (3) ; un peu (2) ; pas tellement (1) ; pas du tout (0)
- Vous éprouvez des sensations soudaines de panique... Vraiment très souvent (3) ; assez souvent (2) ; pas très souvent (1) ; jamais (0)

D'après [11].

un score total compris entre 0 et 21. Un score strictement supérieur à 10 indiquant la présence d'un état anxieux<sup>11,13</sup>. La version française de l'échelle HAD a été traduite et validée en français par Lépine et coll.<sup>14</sup>.

Initialement développée pour être auto-administrée, l'échelle a été hétéro-administrée dans le cadre d'un entretien téléphonique, comme cela est retrouvé dans la littérature pour d'autres enquêtes menées en population générale<sup>15-17</sup>. Des enquêteurs formés lisaient les items et effectuaient le recueil des réponses (encadré). Une seule adaptation a été introduite : les personnes interrogées avaient la possibilité de répondre « Ne sait pas » si elles ne savaient pas ou ne souhaitaient pas répondre à un item.

Les variables sociodémographiques analysées ont été : le genre, l'âge au moment de l'enquête réparti en 6 tranches (18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans et 75-85 ans), le niveau de diplôme (inférieur au baccalauréat, bac, supérieur au bac), la composition du ménage (seul, famille monoparentale, couple sans enfant, avec enfant(s), autre), la perception de sa situation financière (à l'aise, juste, difficile), la situation professionnelle en trois catégories (travail, chômage, inactivité intégrant notamment les retraités et les étudiants).

Les comorbidités prises en compte dans cette étude incluaient la présence d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) et l'existence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. L'EDC a été mesuré à l'aide de la version abrégée du questionnaire CIDI-SF<sup>10</sup>. Cet indicateur est utilisé depuis 2005 dans l'enquête du Baromètre Santé pour suivre l'évolution des épisodes dépressifs en population générale. L'EDC est défini par l'existence d'une période de 15 jours de tristesse ou de perte d'intérêt presque tous les jours et pratiquement toute la journée, ainsi que par la présence, sur la même période, d'au moins trois symptômes secondaires (épuisement, perte ou gain de poids supérieur à 5 kg, difficultés à dormir,

à se concentrer, dévalorisation ou culpabilité excessive, pensées morbides), ainsi qu'un retentissement des symptômes sur sa vie quotidienne avec une perturbation des activités habituelles. La présence de pensées suicidaires a, quant à elle, été évaluée à partir de la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? », avec trois options de réponse : « oui », « non » ou « ne souhaite pas répondre ».

### Analyses statistiques

Les cas présentant des réponses « Ne sait pas » à au moins une des sept questions de l'échelle HAD-A ont été exclus de l'analyse. Cela représente 46 personnes de 18 à 75 ans en 2017 (soit 0,7% des personnes interrogées) et 112 personnes de 18 à 85 ans en 2021 (soit 1,5% des personnes interrogées).

Les estimations des prévalences ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion (au sein du ménage, et selon l'équipement téléphonique) et de la structure de la population hexagonale par un calage sur marges en intégrant les variables suivantes : sexe croisé avec l'âge (en tranches décennales), région, taille d'unité urbaine, taille du foyer et niveau de diplôme (population de référence : Institut national de la statistique et des études économiques – Insee, enquête emploi 2020).

Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (Chi<sup>2</sup> de Pearson avec correction de second ordre de Rao-Scott), avec un seuil maximal de significativité statistique fixé à 5%. Les évolutions ont été analysées sur la tranche d'âge 18-75 ans, commune aux éditions des Baromètres santé 2017 et 2021, dont la méthodologie était comparable.

Des régressions logistiques ont été utilisées pour contrôler d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre la variable principale



(état anxieux au moment de l'enquête) et les variables sociodémographiques, ainsi que la survenue d'un EDC ou la présence de pensées suicidaires au cours de l'année. L'existence de ce lien a été évaluée par l'odds ratio ajusté (ORa) et la significativité statistique mesurée à l'aide du test de Wald (seuil maximal fixé à 5%).

Pour les régressions logistiques, les données des éditions du Baromètre santé 2017 et 2021 ont été agrégées et une variable spécifique à la vague d'enquête (2017 vs 2021) a été introduite dans les modèles. Les analyses ont été stratifiées par sexe et seules les covariables présentant une association significative en analyses univariées avec l'état anxieux (seuil maximal fixé à 5%) ont été intégrées dans les modèles multivariés. L'absence de multicollinéarité entre les covariables a été vérifiée (*variance inflation factor*), tout comme l'adéquation des modèles présentés (test de *Hosmer-Lemeshow*). Enfin, les interactions entre la vague d'enquête et chacune des covariables sélectionnées dans les modèles ont été examinées. Aucune n'a montré de significativité statistique.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® (version 15.0 SE).

Résultats

Score d'anxiété et prévalence des états anxieux en 2021 chez les 18-85 ans

Les scores moyens obtenus pour chaque item de l'échelle HAD sont présentés dans le tableau 1. En 2021, le score moyen d'anxiété obtenu à partir des réponses aux sept items de la sous-échelle

HAD-A était de 6,46 (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [6,33-6,59]) (sur un score total de 21). Il était supérieur chez les femmes (7,33 vs 5,52 chez les hommes ;  $p<0,001$ ). Les items (symptômes) ayant les scores de fréquence les plus élevés étaient les mêmes pour les deux sexes (tableau 1).

La prévalence des états anxieux (score strictement supérieur à 10 sur la sous-échelle HAD-A) était estimée à 12,5% [11,4-13,7]. Elle était nettement plus élevée chez les femmes (18,2%) que chez les hommes (6,4% ;  $p<0,001$ ) et ce, quelle que soit la tranche d'âge. Les adultes de 25-64 ans apparaissaient les plus concernés (environ 15%), tandis que la prévalence diminuait à partir de 65 ans (environ 7%). Les états anxieux ont été observés chez 11,3% des 18-24 ans (5,3% chez les hommes vs 17,4% chez les femmes ;  $p<0,001$ ) (figure 1).

Évolution de la prévalence des états anxieux entre 2017 et 2021 parmi les 18-75 ans

La prévalence des états anxieux chez les 18-75 ans était de 13,5% [12,5-14,7] en 2017 et de 13,0% [11,8-14,2] en 2021 ; elle est restée stable sur la période 2017-2021. Peu d'évolutions ont été observées selon le genre et l'âge. Seule la tranche des 65-75 ans a connu une prévalence significativement différente (-5 points) entre 2017 (11,6%) et 2021 (7,0% ;  $p<0,01$ ) (figure 2).

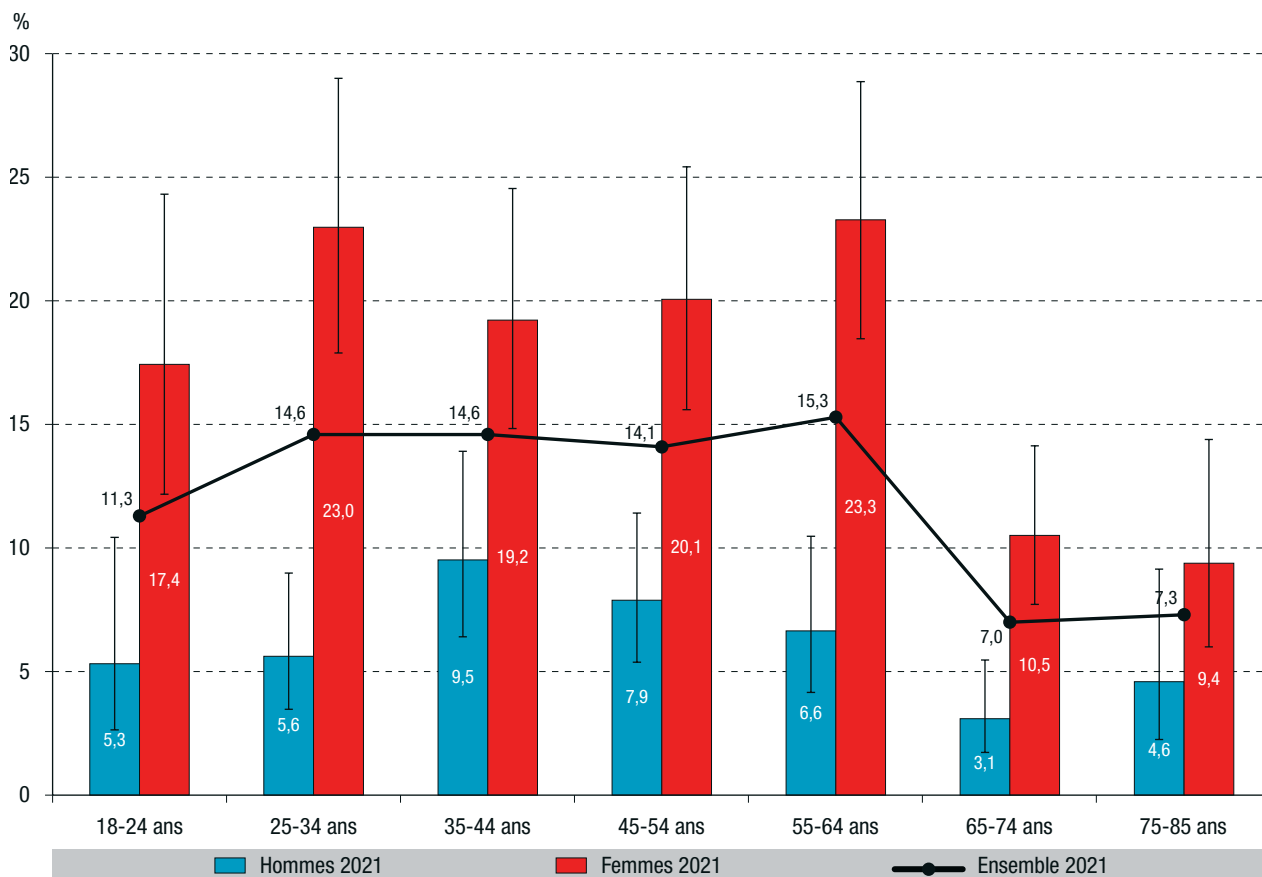
Entre 2017 et 2021, la prévalence des états anxieux n'avait pas connu d'évolution significative, quels que soient le niveau de diplôme, la situation professionnelle, la perception de sa situation financière et la composition du ménage. Toutefois, certaines catégories de population continuaient d'afficher des niveaux plus élevés en 2021, comme c'était déjà le cas

Tableau 1  
Scores moyens obtenus aux différents items de la sous-échelle HAD-A (de 0 à 3) et score global d'anxiété (de 0 à 21), chez les 18-85 ans, selon le sexe, en 2021, France hexagonale

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Moyenne	[IC95%]	Moyenne	[IC95%]	Moyenne	[IC95%]
Item 6 : Vous avez la bougeotte et n'arrivez pas à tenir en place	1,52	[1,48-1,56]	1,46	[1,40-1,51]	1,57	[1,51-1,62]
Item 4 : Vous pouvez rester tranquillement assis à ne rien faire et vous sentir décontracté	1,47	[1,44-1,50]	1,38	[1,33-1,42]	1,55	[1,51-1,60]
Item 3 : Vous vous faites du souci	1,16	[1,12-1,20]	0,92	[0,87-0,97]	1,38	[1,33-1,43]
Item 1 : Vous vous sentez tendu ou énervé	0,98	[0,95-1,01]	0,86	[0,82-0,90]	1,09	[1,05-1,14]
Item 5 : Vous éprouvez des sensations de peur et avez l'estomac noué	0,60	[0,57-0,63]	0,33	[0,30-0,46]	0,76	[0,70-0,80]
Item 2 : Vous avez une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait vous arriver	0,41	[0,8-0,44]	0,31	[0,27-0,34]	0,51	[0,46-0,55]
Item 7 : Vous éprouvez des sensations soudaines de panique	0,38	[0,36-0,41]	0,25	[0,22-0,27]	0,48	[0,42-0,56]
Score global	6,46	[6,33-6,59]	5,52	[5,37-5,68]	7,33	[7,14-7,52]

IC95% : intervalle de confiance à 95%.  
Lecture : Le score moyen obtenu chez les hommes âgés de 18-85 ans était de 5,52 vs 7,33 chez les femmes (différence significative, les intervalles de confiance ne se chevauchant pas). Le score moyen d'anxiété obtenu chez les hommes de 18 à 85 ans a une probabilité de 95% de se situer entre 5,37 et 5,68.  
Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

Figure 1

**Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en 2021, France hexagonale**

Note : Les bornes de l'intervalle de confiance à 95% sont représentées par les barres verticales. La prévalence des états anxieux (score strictement supérieur à 10) chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95% de se situer entre 2,6% et 10,4%.

Lecture : 5,3% des hommes âgés de 18-24 ans présentent un état anxieux contre 17,4% des femmes du même âge ( $p < 0,001$ ).

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

en 2017 : selon le diplôme, les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au bac demeuraient les plus concernées par les états anxieux (14,8% en 2021) ; selon la situation professionnelle, les chômeurs (19,8%) et les « autres inactifs » (21,3%) restaient les plus touchés, devant les étudiants (14,2%), les actifs occupés (12,6%) puis les retraités (8,8%) ; selon la perception de sa situation financière, les personnes déclarant des difficultés financières étaient les plus exposées aux états anxieux (24,5%), tandis que celles se déclarant « à l'aise » étaient moins concernées (9,7%) ; selon la composition du ménage, les familles monoparentales apparaissaient comme les plus exposées (17,5%), suivies par les personnes vivant seules (13,6%).

### Facteurs associés aux états anxieux

Indépendamment de la vague d'enquête, de l'âge, du niveau de diplôme, de la composition du ménage, de la situation financière et de la situation professionnelle, les femmes présentaient une probabilité trois fois supérieures aux hommes de manifester un état anxieux ( $ORa=3,0$  [2,5-3,5]) (modèle non présenté).

Les personnes qui déclaraient une situation financière « juste » ( $ORa=1,8$  chez les hommes et 1,4

chez les femmes) ou « difficile » ( $ORa=3,1$  chez les hommes et 1,8 chez les femmes), par rapport à celles se déclarant « à l'aise », étaient significativement plus à risque d'état anxieux. Les individus ayant un niveau inférieur au bac ( $ORa=1,5$ ), par rapport à ceux ayant un niveau supérieur au bac, présentaient également une probabilité plus élevée (tableau 2).

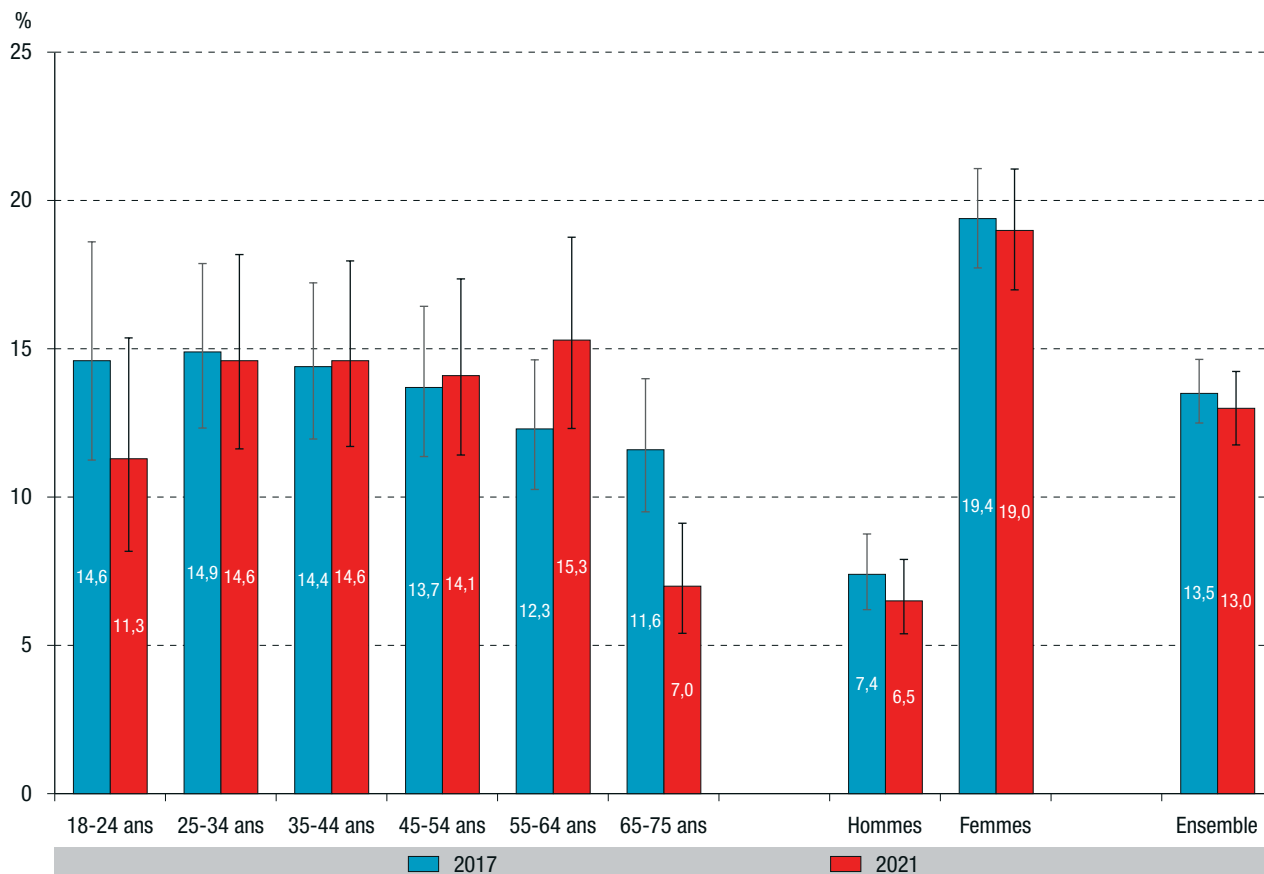
Chez les hommes uniquement, l'âge semblait jouer un rôle protecteur puisque le fait d'être âgé de 65-75 ans diminuait le risque d'état anxieux par rapport aux 18-24 ans ( $ORa=0,4$ ) (tableau 2).

Après ajustement, la situation professionnelle et la composition du ménage n'étaient pas associées à la présence d'un état anxieux, quel que soit le sexe (tableau 2).

Enfin, le fait d'avoir vécu un EDC dans l'année augmentait fortement la probabilité d'état anxieux (28,4% ;  $ORa=3,9$  chez les hommes et 47,8% ;  $ORa=4,3$  chez les femmes). De même, avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois était un facteur de risque majeur (39,8% ;  $ORa=5,9$  chez les hommes et 47,8% ;  $ORa=3,1$  chez les femmes) (tableau 2).

Figure 2

Évolution de la prévalence des états anxieux entre 2017 et 2021, selon le sexe et la classe d'âge, chez les 18-75 ans, entre 2017 et 2021, France hexagonale



Note : Les bornes de l'intervalle de confiance (IC) à 95% sont représentées par les barres verticales. La prévalence des états anxieux (score strictement supérieur à 10) chez les 18 à 24 ans en 2021 a une probabilité de 95% de se situer entre 8,2% et 15,4%.

Lecture : 11,6% des individus âgés de 65-75 ans présentaient un état anxieux en 2017 contre 7,0% en 2021 ( $p < 0,01$ ).

Source : baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France.

## Discussion

Selon le Baromètre de Santé publique France 2021, 12,5% des personnes âgées de 18 à 85 ans présentaient un état anxieux au moment de l'enquête, avec une prévalence trois fois plus élevée chez les femmes (18%) que chez les hommes (6%). Par rapport à 2017, le pourcentage de personnes concernées est resté stable, quelles que soient leurs caractéristiques sociodémographiques. Les facteurs associés aux états anxieux apparaissaient communs aux deux sexes. Ils étaient principalement associés à des situations sociales défavorables (difficultés financières, faible niveau de diplôme) et étaient fortement liés aux épisodes dépressifs et aux pensées suicidaires.

Contrairement aux épisodes dépressifs dont la prévalence a significativement augmenté entre 2017 et 2021 en population générale (+3,5 points, +9 points chez les 18-24 ans)<sup>6</sup>, la fréquence des états anxieux est restée stable. Le taux observé dans le Baromètre santé est comparable à celui observé dans l'enquête EpiCov, conduite en juillet 2021, qui estimait, sur la base du GAD-7, que 11% de la population âgée de 16 ans ou plus présentait un syndrome anxieux<sup>8</sup>.

Les prévalences estimées par le Baromètre santé sont inférieures à celles qui ont été publiées pendant

la période épidémique sur la base d'enquêtes par quotas. L'enquête CoviPrev, mise en place pour suivre l'évolution de la santé mentale de la population adulte, estimait à 27% la prévalence des états anxieux en mars 2020<sup>18</sup>, puis une diminution de celle-ci avec la fin du premier confinement (environ 16% entre mai et juin 2020), avant de se stabiliser autour de 23% fin 2021<sup>7</sup>. L'enquête Coconel, qui s'appuyait également sur l'échelle GAD-7, estimait que 21% de la population adulte interrogée souffrait d'une anxiété modérée ou sévère en mai 2020<sup>19</sup>. Les fortes prévalences observées au début de la phase pandémique ont pu être transitoires. Une revue systématique ayant analysé 65 études longitudinales concluait que l'augmentation générale des symptômes anxieux observée entre mars et avril 2020 avait diminué avec le temps, devenant non significative entre mai et juillet 2020, à l'inverse des troubles dépressifs dont l'augmentation était encore observée sur la même période<sup>20</sup>. Les données issues du Système de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®) confirment également cette tendance. En 2020, les interventions de SOS Médecin pour des motifs d'angoisse ont augmenté de 26%, atteignant un pic durant le premier confinement, avant de revenir à des niveaux comparables à ceux observés avant la pandémie<sup>7</sup>.

Tableau 2

## Facteurs associés aux états anxieux chez les 18-75 ans, selon le sexe, en 2017-2021, France hexagonale

	Hommes n=4 915				Femmes n=5 782			
	Effectifs bruts	% (pondérés)	ORa	[IC95%]	Effectifs bruts	% (pondérés)	ORa	[IC95%]
<b>Année d'enquête</b>								
2017 (réf.)	2 930	7,4	- 1 -		3 483	19,3	- 1 -	
2021	2 092	6,5	0,9	[0,7-1,2]	2 412	18,9	1,0	[0,8-1,2]
<b>Âge en tranches</b>		***				***		
18-24 ans (réf.)	510	7,7	- 1 -		481	18,8	- 1 -	
25-34 ans	761	6,5	0,8	[0,4-1,6]	789	22,5	1,4	[1,0-2,2]
35-44 ans	890	9,5	1,2	[0,6-2,3]	1 001	19,2	1,2	[0,8-1,9]
45-54 ans	1 003	8,5	1,1	[0,6-2,0]	1 142	19,0	1,1	[0,8-1,7]
55-64 ans	1 043	5,3	0,5	[0,3-1,1]	1 298	21,1	1,2	[0,8-1,8]
65-75 ans	815	4,4	0,4*	[0,2-0,9]	1 184	14,1	0,8	[0,5-1,3]
<b>Niveau de diplôme</b>		*				***		
Inférieur au bac	1 748	8,2	1,5*	[1,1-2,1]	1 991	22,5	1,5***	[1,2-1,9]
Bac ou équivalent	1 056	7,2	1,3	[0,9-1,9]	1 263	16,2	0,9	[0,7-1,2]
Supérieur au bac (réf.)	2 203	5,3	- 1 -		2 619	16,3	- 1 -	
<b>Situation financière perçue</b>		***				***		
À l'aise, ça va (réf.)	3 565	4,5	- 1 -		3 928	14,8	- 1 -	
Juste	964	9,3	1,8**	[1,2-2,5]	1 272	23,0	1,4**	[1,1-1,8]
Difficile, dettes	474	17,5	3,1***	[2,0-4,7]	670	31,2	1,8***	[1,4-2,4]
<b>Situation professionnelle</b>		***				***		
Travail (réf.)	3 089	6,5	- 1 -		3 247	18,0	- 1 -	
Chômage	353	12,6	0,9	[0,5-1,7]	388	26,7	1,2	[0,9-1,6]
Inactivité	1 580	6,5	1,2	[0,8-1,9]	2 260	19,1	1,1	[0,9-1,5]
<b>Composition du ménage</b>		***				*		
Ménage d'une seule personne	1 073	8,5	1,0	[0,7-1,6]	1 347	20,7	0,9	[0,7-1,2]
Famille monoparentale	301	8,7	0,8	[0,5-1,5]	657	21,7	0,7	[0,5-1,0]
Couple sans enfant	1 547	6,0	1,3	[0,8-1,9]	1 796	16,9	0,9	[0,7-1,2]
Couple avec enfant(s) (réf.)	1 990	6,7	- 1 -		2 012	19,3	- 1 -	
Autre situation	111	9,2	1,0	[0,3-4,3]	83	20,0	1,0	[0,5-1,9]
<b>Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois</b>		***				***		
Non (réf.)	4 844	5,7	- 1 -		5 616	17,4	- 1 -	
Oui	178	39,8	5,9***	[3,7-9,5]	272	54,1	3,1***	[2,2-4,4]
<b>EDC au cours des 12 derniers mois</b>		***				***		
Non (réf.)	4 683	5,5	- 1 -		5 138	14,8	- 1 -	
Oui	330	28,4	3,9***	[2,5-6,0]	741	47,8	4,3***	[3,4-5,4]

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; réf. : référence ; EDC : épisode dépressif caractérisé.

Note 1 : Analyses multivariées : résultats de deux régressions logistiques. Toutes les variables du modèle ont montré un lien significatif d'au moins 5% avec la variable à expliquer en analyse univariée. Significativité obtenue par le test d'indépendance (Chi2 de Pearson) entre chacune des covariables et la variable à expliquer pour la colonne % et par le test de Wald pour la colonne ORa. \*\*\* : p<0,001 ; \*\* : p<0,01 ; \* : p<0,05.

Note 2 : Le statut professionnel « inactivité » comprend les étudiants (17%), les retraités (69%), les personnes au foyer (7%) et celles dans une autre situation (sans précision, 7%).

Lecture : 17,5% des hommes déclarant une situation financière difficile ou n'y arrivant pas sans faire de dettes présentent un état anxieux au moment de l'enquête (score strictement supérieur à 10) ; indépendamment des autres facteurs, les hommes déclarant une situation financière difficile ou n'y arrivant pas sans faire de dettes sont significativement plus à risque de déclarer un état anxieux que les hommes qui se déclarent à l'aise financièrement (ORa=3,1 ; p<0,001).

Source : baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France.



Si les écarts observés entre les données publiées sur l'année 2020 et celle de l'année 2021 peuvent s'expliquer par une prévalence plus élevée des états anxieux durant la première année de la pandémie, les différences observées pour une même période de référence (année 2021) suggèrent, quant à elles, une possible surestimation des taux rapportés dans les enquêtes fondées sur des échantillons par quotas recrutés via des panels web. Les données issues du Baromètre de Santé publique France ou de l'enquête EpiCov, qui garantissent une meilleure représentativité du fait de leurs échantillons aléatoires, estiment que la prévalence des troubles anxieux dans la population générale adulte en 2021 se situe entre 11 et 13%. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus la même année dans d'autres enquêtes représentatives menées à l'international, notamment aux États-Unis (11,4%)<sup>21</sup>, en Allemagne (13,4%)<sup>22</sup> ou en Espagne (11,8%)<sup>16</sup>.

À âge, situation professionnelle, niveau d'études et composition du ménage équivalents, les femmes présentent une probabilité trois fois supérieure à celle des hommes de manifester un état anxieux. Ce constat est systématiquement observé dans les enquêtes conduites en France et à l'international. Il pourrait s'expliquer par des mécanismes psychologiques et sociaux<sup>23,24</sup> : les femmes seraient davantage exposées à des facteurs de stress spécifiques, tels que les contraintes familiales, les difficultés financières, la position sociale ou encore l'exposition aux violences. En parallèle, les hommes exprimeraient moins ouvertement leurs émotions, ce qui les rendraient moins susceptibles de déclarer des affects négatifs et des symptômes dans les enquêtes.

Concernant la distribution des états anxieux par catégories d'âge, nos résultats sont conformes aux études conduites en France<sup>8,9,18</sup>. On observe une prévalence des états anxieux plus faible parmi les 65-85 ans, que parmi les 18-24 ans et les 25-64 ans (respectivement 7%, 11% et 15%). La plus faible prévalence observée parmi les catégories d'âge les plus âgées pourrait cependant relever d'une sous-estimation. En effet, certains groupes d'individus âgés, peut-être plus susceptibles de rapporter des symptômes anxieux, seraient non représentés ou sous-représentés dans les enquêtes en population générale, du fait qu'ils résident en institution ou qu'ils souffrent d'incapacités, peu compatibles avec la participation à une enquête téléphonique. D'autre part, l'expression clinique de l'anxiété chez le sujet âgé pourrait être masquée par des symptômes somatiques non dépistés par les échelles de repérage en population générale<sup>25</sup>.

Nos résultats confirment aussi l'existence d'un lien fort entre les états anxieux et des conditions sociales et économiques défavorables, tels un niveau de diplôme inférieur au bac et des difficultés financières. Ce constat, également observé pour les épisodes dépressifs<sup>6</sup> et les conduites suicidaires<sup>26</sup>, souligne l'importance des conditions économiques et sociales des individus dans l'apparition et la persistance

des symptômes anxieux. Il suggère de protéger et d'accompagner les personnes les plus en difficulté pour garantir des conditions de vie plus favorables, réduire les facteurs de stress et favoriser le repérage et la prise en charge des troubles anxieux.

Enfin, notre étude met en évidence une association forte entre les états anxieux et les épisodes dépressifs ou les pensées suicidaires. Comme le confirment plusieurs études prospectives, l'anxiété aurait un impact significatif sur la sévérité clinique de la dépression, augmentant le risque d'évolution récidivante, voire chronique<sup>27,28</sup>. Ces résultats soulignent ainsi la nécessité d'évaluations croisées : d'une part, pour identifier et prendre en charge les troubles anxieux chez les patients dépressifs ou présentant des pensées suicidaires, et d'autre part, pour évaluer systématiquement le risque suicidaire ainsi que la dépression chez les personnes souffrant d'anxiété. En complément d'une prise en charge médicale et/ou psychologique, l'OMS<sup>1</sup> et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)<sup>29</sup> recommandent d'agir sur les habitudes de vie (rythmes réguliers, sommeil, alimentation équilibrée, activité physique, réduction ou suppression des consommations de substances psychoactives, exercices de relaxation ou méditation...) pour mieux maîtriser les symptômes et améliorer le bien-être.

## Limites

La HAD-A, telle que mesurée dans le Baromètre santé, ne prend pas en compte certains éléments constitutifs d'un diagnostic, comme les antécédents, la durée des symptômes, ou les facteurs contextuels qui pourraient influencer l'état psychologique de l'individu (traumatismes passés, pathologies somatiques, changements significatifs dans la vie personnelle ou professionnelle, etc.). Selon l'étude de validation de Bejland<sup>13</sup>, les seuils utilisés permettent cependant d'identifier des états anxieux « cliniquement significatifs ». Les diagnostics les plus proches des symptômes évalués dans l'échelle HAD-A sont le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique. Toutefois, en dehors des phobies spécifiques ou des formes circonscrites de phobies sociales qui sont également caractérisées par des symptômes d'évitement (non pris en compte par la HAD), les symptômes mesurés par l'échelle HAD-A correspondent à la majorité des troubles anxieux. En pratique clinique, l'échelle est utilisée et recommandée pour dépister<sup>30</sup> et suivre les symptômes de la plupart des troubles anxieux caractérisés faisant l'objet de prises en charge<sup>31</sup>. Des outils diagnostiques plus complets, tels que le CIDI (comme dans ESEMeD), seraient utiles pour distinguer chacun des troubles anxieux et en fournir une estimation globale plus précise<sup>32</sup>. Les dernières données de prévalences détaillées par troubles sont anciennes (plus de 20 ans) et nécessiteraient d'être actualisées avec la mise en place d'une enquête dédiée sur un échantillon représentatif de la population.

Une autre limite de notre étude est qu'elle ne couvre pas les enfants et les adolescents qui ont été une population particulièrement exposée aux effets de la pandémie et à ses conséquences négatives sur la santé mentale.

## Conclusion

Les données du Baromètre santé suggèrent qu'il n'y a pas eu d'augmentation durable des symptomatologies anxieuses en population générale à la suite de l'épidémie de Covid-19. Elles témoignent cependant d'une prévalence élevée au sein de la population générale, avec des inégalités sociales marquées selon le sexe, le niveau d'éducation et les ressources financières, ainsi que l'existence d'une forte comorbidité avec les épisodes dépressifs caractérisés et les pensées suicidaires. Ces résultats invitent à faciliter l'accès de toute la population, et notamment des plus défavorisés, aux informations permettant de prévenir, repérer et prendre en charge les troubles anxieux. ■

## Liens d'intérêt

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

## Références

[1] Organisation mondiale de la santé. Troubles anxieux. Genève: OMS; 2023. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

[2] Xiong P, Liu M, Liu B, Hall BJ. Trends in the incidence and DALYs of anxiety disorders at the global, regional, and national levels: Estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *J Affect Disord*. 2022;297:83-93.

[3] Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*. 2016;6(7):e00497.

[4] Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016;388(10063):3048-59.

[5] Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. 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.

[6] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd*. 2023;(2):28-40. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023\\_2\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html)

[7] du Roscoät E, Forgeot C, Léon C, Doncarli A, Pirard P, Tebeka S, et al. La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. *Bull Epidemiol Hebd*. 2023;(26):570-89. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023\\_26\\_2.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023_26_2.html)

[8] Hazo JB, Boulch A. Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. *Etudes et Résultats*. 2022;(1233):1-8. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communiqués-de-presse/etudes-et-resultats/sante-mentale-une-amélioration-chez-les>

[9] Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale

française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *Encephale*. 2005;31(2):182-94.

[10] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*. 1998;7(4):171-85.

[11] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.

[12] Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *J Am Stat Assoc*. 1949;44(247):380-7.

[13] Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69-77.

[14] Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière T. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol*. 1985;143(2):175-89.

[15] Fernández-de-Las-Peñas C, Rodríguez-Jiménez J, Palacios-Ceña M, de-la-Llave-Rincón AI, Fuensalida-Novo S, Florencio LL, et al. Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in previously hospitalized COVID-19 patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9273.

[16] Goldberg X, Castaño-Vinyals G, Espinosa A, Carreras A, Liutsko L, Sicuri E, et al. Mental health and COVID-19 in a general population cohort in Spain (COVICAT study). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(12):2457-68.

[17] Jörngården A, Wettergen L, von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:91.

[18] Chan-Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique JM, Raude J, Arwidson P, et al. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev 23 au 25 mars et 30 mars-1<sup>er</sup> avril 2020). *Bull Epidemiol Hebd*. 2020;(13):260-9. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/13/2020\\_13\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/13/2020_13_1.html)

[19] Peretti-Watel P, Alleaume C, Léger D, Beck F, Verger P. Anxiety, depression and sleep problems: A second wave of COVID-19. *Gen Psychiatr*. 2020;33(5):e100299.

[20] Robinson E, Sutin AR, Daly M, Jones A. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *J Affect Disord*. 2022;296:567-76.

[21] Daly M, Robinson E. Anxiety reported by US adults in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic: Population-based evidence from two nationally representative samples. *J Affect Disord*. 2021;286:296-300.

[22] Hajek A, König HH. The prevalence and correlates of probable major depressive disorder and probable generalized anxiety disorder during the COVID-19 pandemic. Results of a nationally representative survey in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12302.

[23] McLean CP, Anderson ER. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(6):496-505.

[24] Brody LR, Hall JA. Gender and emotion in context. In: Lewis M, Haviland-Jones JM, Barrett LF. *Handbook of emotions*, 3<sup>rd</sup> ed. New York, USA: The Guilford Press; 2008. pp. 395-408.

[25] Rangaraj J, Pelissolo A. Troubles anxieux chez le sujet âgé : aspects cliniques et thérapeutiques. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2006;4(3):179-87.

[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](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](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](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/14/2025_14_1.html)

## ARTICLE // Article



### 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<sup>1,2</sup> ([sfevregilson@herault.fr](mailto:sfevregilson@herault.fr)), Laetitia Lauze<sup>1,2</sup>, Liza Rougier<sup>1</sup>, Alice Garo<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> 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<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaines après l'accouchement dans le cadre de l'EPNP, sur la période du 1<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> 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 4<sup>th</sup> and 8<sup>th</sup> 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 4<sup>th</sup> and 8<sup>th</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> 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 périnatal<sup>1</sup>. 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)<sup>2</sup>. 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 postnatale<sup>3</sup>. 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 »<sup>4</sup>. 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<sup>e</sup> jour à la 14<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> mois de grossesse, créé en 2007 et rendu obligatoire en 2020<sup>5,6</sup>. 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<sup>7,8</sup>.

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<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaines après l'accouchement dans le cadre de l'EPNP, sur la période du 1<sup>er</sup> 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'EPDS<sup>9</sup>. 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 DPP<sup>10</sup>. L'échelle a été validée en français<sup>11</sup>.

### 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 études<sup>12</sup>.

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<sup>e</sup> 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% mariatement. 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%]
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>		
<b>Âge</b>		
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]
<b>Situation familiale</b>		
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]
<b>Antécédents obstétricaux</b>		
<b>Parité</b>		
Primipare	41,8%	[35,8-48,1]
Multipare	58,2%	[51,9-64,2]
<b>Type d'accouchement (n=262)</b>		
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]
<b>Entretien prénatal réalisé</b>		
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%]
<b>Lieu de réalisation de l'EPNP</b>		
Au cabinet médical	34,1%	[28,4-40,2]
Au domicile de la patiente	65,9%	[59,8-71,6]
<b>Vécu</b>		
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]
<b>Points abordés</b>		
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]
<b>Co-parent</b>		
Présent (n=261)	74,7%	[68,9-79,8]
Soutenant (n=260)	75,4%	[69,6-80,4]

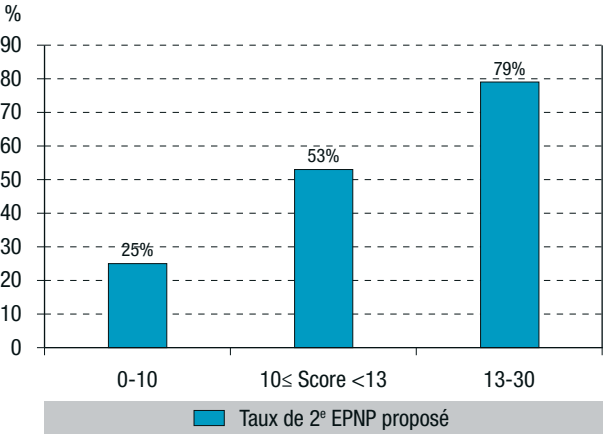
EPNP : entretien postnatal précoce ; PMI : Protection maternelle et infantile ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

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]
<b>Total Score EPDS ≥10</b>	<b>29,8%</b>	<b>[24,3-36,0]</b>

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

Figure  
Fréquence de proposition d'un 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> 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%]
<b>Orientations</b>		
Médecin généraliste	18,6%	[14,2-24,0]
Psychologue	23,6%	[18,7-29,3]
Psychiatre	7,6%	[4,8-11,7]
<b>Dispositif de soutien PMI</b>		
Infirmière puéricultrice PMI	82,5%	[77,3-86,8]
TISF	11%	[7,6-15,6]
Appui parental <sup>a</sup>	6,1%	[3,6-9,9]
Mise à l'abri <sup>b</sup>	2,3%	[0,9-5,1]
<b>Suivi</b>		
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.

<sup>a</sup> Dispositif de prévention, soutien à la parentalité renforcé à domicile par une infirmière puéricultrice.

<sup>b</sup> 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%<sup>13,14</sup>. 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)<sup>15</sup>. 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%<sup>3</sup>. 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<sup>3,16</sup>. L'anxiété périnatale pouvant être un facteur favorisant la DPP, intégrer son dépistage lors de l'EPNP est nécessaire<sup>17</sup>.

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<sup>18,19</sup>. D'autant plus qu'il existe une corrélation entre DPP maternelle et DPP paternelle<sup>20,21</sup>.

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 DPP<sup>22</sup>. Le dépistage systématique des violences conjugales est recommandé par la HAS notamment tout au long du parcours périnatal de la femme<sup>23</sup>. 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
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>		
<b>Âge</b>	<b>n=7 133</b>	<b>n=262</b>
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%
<b>Situation familiale</b>	<b>n=7 126</b>	<b>n=263</b>
En couple	95,2%	85,2%
<b>Antécédents obstétricaux</b>		
<b>Parité</b>	<b>n=7 121</b>	<b>n=263</b>
Primipare	41,7%	41,8%
Multipare	58,3%	58,2%
<b>Score EPDS</b>		
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%
<b>Manifestations anxieuses</b>		
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 <sup>24</sup>. 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 <sup>25</sup>. 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 libérales<sup>26</sup>. 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<sup>e</sup> puis du 24<sup>e</sup> 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<sup>re</sup> cause de mortalité maternelle, ces morts évitables renforcent la nécessité d'optimiser les entretiens clés du parcours périnatal<sup>27</sup>.

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<sup>e</sup> 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 travaux<sup>28</sup>. 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

Tableau 6  
Préconisations visant à améliorer l'impact de l'EPNP

Sur le plan individuel	
Formation	<ul style="list-style-type: none"><li>– 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</li><li>– 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</li></ul>
Outils	<ul style="list-style-type: none"><li>– trame de réalisation de l'EPNP communes aux médecins et sages-femmes facilement utilisable</li><li>– outils de dépistage de la DPP commun et validé (EPDS)</li></ul>
Information	<ul style="list-style-type: none"><li>– informations sur l'EPNP à destination des patientes, des futurs parents, des familles</li><li>– 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</li></ul>
Accès	<ul style="list-style-type: none"><li>– rendre l'EPNP obligatoire accessible à l'ensemble des femmes en passant son remboursement de 70 à 100%</li><li>– 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</li><li>– renforcer l'offre de soins en santé mentale périnatale pour pouvoir orienter et prendre en charge les patientes</li></ul>
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 <sup>e</sup> et du 24 <sup>e</sup> 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](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](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](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](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(7):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](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](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<sup>e</sup> 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](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 ☐ NONAllaitement : ☐ Oui exclusif ☐ Oui mixte ☐ NonSommeil : ☐ OUI ☐ NONPleurs : ☐ OUI ☐ NONSoins 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>

☐ Médecin Généraliste☐ Tabacologue☐ Psychologue☐ Addictologue☐ Psychiatre☐ Autres

• **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