

Santé mentale des femmes en période périnatale en France en 2021 : résultats issus des enquêtes nationales ENP, ENP-DROM et Epifane

Synthèse des travaux de l'agence

SOMMAIRE

POINTS CLÉS	2		
RÉSUMÉ	3		
ABSTRACT	4		
ABRÉVIATIONS	5		
INTRODUCTION	6		
MATÉRIELS ET MÉTHODES	8		
L'enquête nationale périnatale réalisée en 2021 (ENP2021)	8		
L'extension de l'enquête nationale périnatale dans les DROM en 2021 (ENP-DROM2021)	9		
L'enquête Epifane en 2021	9		
Analyses statistiques	10		
RÉSULTATS	11		
Pourcentage de femmes présentant des symptômes de dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois <i>post-partum</i> en France hexagonale	11		
Coexistence des trois manifestations psychiques	11		
Déclinaisons régionales	11		
Caractéristiques des femmes plus à risque de développer des symptômes de dépression ou de l'anxiété à deux mois <i>post-partum</i> en France hexagonale	11		
Pourcentage des trois manifestations psychiques à 2 6 et 12 mois <i>post-partum</i>	14		
Absence de recours aux soins anténatals en santé mentale des femmes qui se déclaraient en difficultés psychologiques pendant leur grossesse : pourcentage des femmes concernées en 2021	14		
Profil des femmes plus à risque ?	14		
		Focus dans les DROM	16
		Pourcentage de femmes présentant des symptômes de dépression, de l'anxiété, et des idées suicidaires à deux mois <i>post-partum</i>	16
		Profils des femmes plus à risque de développer des symptômes de dépression à deux mois <i>post-partum</i>	16
		Comparaison avec l'Hexagone	18
		DISCUSSION ET IMPLICATIONS POUR LA CLINIQUE ET LA PRÉVENTION	20
		L'EPDS, un outil de dépistage « triplement » utile à généraliser sur l'ensemble de la période périnatale	20
		Caractéristiques des femmes à suivre avec plus d'attention	21
		Focus dans les DROM	21
		Recours aux soins anténatals en santé mentale des femmes en difficultés psychologiques pendant leur grossesse	21
		CONCLUSION	22
		RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22
		ANNEXES	24
		Auteurs	30
		Membres des groupes de travail, relecteurs de la synthèse	30
		Remerciements	30
		Aspects éthiques	30
		Financement	30

POINTS CLÉS

- En 2021, à deux mois *post-partum*, 16,7 % (IC95 % [15,7-17,7]) des femmes ayant accouché dans l'Hexagone présentaient des symptômes de dépression, 27,6 % [26,5-28,8] de l'anxiété et 5,4 % [4,7-6,1] des idées suicidaires. Ces manifestations psychiques étaient parfois concomitantes et finalement, deux mois après l'accouchement, la souffrance psychique concernait près d'une femme sur trois. Le pourcentage des femmes déclarant au moins une de ces trois manifestations psychiques diminuait significativement à 6 mois *post-partum* avec 11,7 %, 21,0 % et 3,7 % des femmes présentant respectivement des symptômes de dépression, de l'anxiété ou des idées suicidaires. La part de femmes avec des symptômes de dépression stagnait à 12 mois *post-partum* (11,9 %), celle avec de l'anxiété continuait à diminuer significativement (18,0 %) alors que celle avec des idées suicidaires repartait significativement à la hausse (5,0 %).
- Il existe des disparités régionales dans l'Hexagone avec des régions présentant des prévalences de symptômes de dépression à deux mois *post-partum* significativement inférieures (Hauts-de-France : 14,1 %, Grand Est : 13,7 %, Bourgogne-Franche-Comté : 11,4 %, Nouvelle-Aquitaine : 13,9 %) ou supérieures (Île-de-France : 19,3 %, Centre-Val de Loire Val de Loire : 21,7 % et Provence-Alpes-Côte d'Azur : 20,5 %) à la prévalence moyenne en Hexagone. De même pour l'anxiété à deux mois *post-partum* pour laquelle on relevait des prévalences significativement inférieures (Normandie : 21,2 %, Nouvelle-Aquitaine : 24,1 %) ou supérieures (Centre-Val de Loire : 33,9 %, Provence-Alpes-Côte d'Azur : 32,0 %) à la prévalence moyenne en Hexagone. Parmi les DROM étudiés, la Guadeloupe se distingue par une prévalence des symptômes de dépression à deux mois *post-partum* de 30,6 %, soit près du double de celle observée dans l'Hexagone (16,7 %, $p < 0,0001$).
- Près des trois quarts des femmes (73,1 %) qui ont accouché dans l'Hexagone et déclarant avoir eu des difficultés psychologiques pendant leur grossesse disaient ne pas avoir eu recours à des soins anténatals en santé mentale.
- Les femmes ayant bénéficié d'un accompagnement professionnel pendant la grossesse via des visites de sage-femme à domicile, un entretien avec un travailleur social et/ou via la participation à des séances de préparation à la naissance étaient plus susceptibles de recourir à des soins anténatals en santé mentale en cas de difficultés psychologiques ressenties pendant la grossesse.
- En pratique, ces résultats invitent à :
 - i/ promouvoir et renforcer le repérage et le dépistage précoce des difficultés psychologiques périnatales (symptômes dépressifs, anxiété, idées suicidaires), en particulier chez les femmes à risque plus élevé de développer des symptômes de dépression ou de l'anxiété en *post-partum*,
 - ii/ pour les femmes qui se déclarent en difficultés psychologiques pendant leur grossesse, considérer les soins anténatals en santé mentale comme aussi importants que ceux des pathologies somatiques telles que le diabète gestationnel ou l'hypertension artérielle
 - iii/ renforcer le recours à certains dispositifs d'accompagnement des femmes enceintes ressortant dans nos travaux comme améliorant l'accès aux soins anténatals en santé mentale chez les femmes en difficultés psychologiques pendant leur grossesse.

RÉSUMÉ

SANTÉ MENTALE DES FEMMES EN PÉRIODE PÉRinataLE EN FRANCE EN 2021 : RÉSULTATS ISSUS DES ENQUÊTES NATIONALES ENP, ENP-DROM ET EPIFANE

Contexte :

La santé mentale¹ maternelle est un enjeu majeur de santé publique étant donné les conséquences délétères pour la mère, l'enfant et la famille si des symptomatologies ou troubles psychiques apparaissent durant cette période périnatale (allant de la grossesse à la première année suivant l'accouchement). En France, depuis 2013, le suicide se révèle être l'une des deux premières causes de mortalité maternelle avec près de 15 suicides chaque année selon le dernier triennium de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles. De plus, la dépression ou l'anxiété en période périnatale sont associées à une augmentation des risques de complications obstétricales et de troubles du développement chez l'enfant. Des soins spécialisés et efficaces existent et il semble donc important que les femmes en difficultés psychologiques pendant cette période charnière de leur vie puissent accéder aux soins dédiés, le plus précocement possible.

Objectif :

Cette synthèse vise à rassembler les travaux récents de Santé publique France portant sur les symptômes de dépression *post-partum* (DPP), sur l'anxiété *post-partum* (APP), les idées suicidaires en *post-partum* (IDS) et l'absence de recours aux soins en santé mentale pendant la grossesse. Nous avons estimé leur prévalence, et, pour la DPP et l'APP, identifié et évalué les facteurs associés ainsi que leurs disparités territoriales.

Méthodes :

À partir des données de l'enquête nationale périnatale (ENP) menée en 2021, des extensions de l'ENP dans les

DROM (ENP-DROM) et l'étude Epifane 2021, une analyse transversale et longitudinale a été menée sur un échantillon représentatif de femmes ayant accouché en France en 2021. L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) a été utilisé pour évaluer les symptômes de DPP, l'APP (sous-échelles EPDS-3A) et les IDS (item 10 de l'EPDS). Les mesures ont été réalisées à 2 mois *post-partum* en Hexagone (n=7 133) et dans les DROM (n=329, 399 et 542 en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion respectivement) puis à 6 et 12 mois *post-partum* en Hexagone (n=3 500). L'absence de recours aux soins anténatals en santé mentale a été étudiée auprès de 1 346 femmes ayant accouché en France hexagonale, déclarant avoir été en difficultés psychologiques pendant leur grossesse.

Les déterminants éco-socio-démographiques et médicaux ont été analysés par régression de Poisson à variance robuste sur données pondérées et imputées si nécessaire. L'évolution de la prévalence des symptômes de DPP, de l'APP et des IDS à 2, 6 et 12 mois *post-partum* a été étudiée en utilisant des tests de Mac Nemar entre deux temps de mesure consécutifs.

Résultats :

En France hexagonale, à 2 mois *post-partum*, 16,7 % (IC95 % [15,7-17,7]) des femmes présentaient des symptômes de DPP, 27,6 % ([26,5-28,8]) une APP, et 5,4 % ([4,7-6,1]) des IDS. À noter que 83,2 % des femmes avec des symptômes de DPP étaient aussi anxieuses. La prévalence des symptômes de DPP à deux mois présentait des disparités territoriales aussi bien au sein de l'Hexagone (min-max=11,4-21,7%) qu'entre l'Hexagone et les DROM. En Guadeloupe, la prévalence des symptômes de DPP à 2 mois concernait 30,6 % [24,4-37,5] des femmes participantes (vs 16,7 % en Hexagone, p<0,0001). Pour les symptômes de DPP comme pour l'APP, en Hexagone, les facteurs de risque incluaient un plus jeune âge maternel à l'accouchement (≤ 29 ans), une faible littératie en santé, des antécédents de soins en santé mentale depuis l'adolescence, une expérience négative de l'accouchement et un soutien social pendant la grossesse jugé insuffisant par les femmes.

Les prévalences hexagonales diminuaient significativement à 6 mois *post-partum* (11,7 % [10,2-13,4] pour les symptômes de DPP, 21,0 % [19,1-23,0] pour l'APP, 3,7 % [2,9-4,7] pour les IDS). À 12 mois *post-partum*, les symptômes de DPP stagnaient (11,9 % [10,3-13,6]), la prévalence de l'APP diminuait significativement par rapport au point à

1. La santé mentale : définition, concepts et périmètre d'intervention. E. Du Roscoat. La Santé en action n° 461 septembre 2022
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/la-sante-mentale-definition-concepts-et-perimetre-d-intervention>

6 mois *post-partum* (18,0 % [16,3-19,9]) et les IDS augmentaient de manière significative (5,0 %, [4,01-6,1]).

L'absence de recours aux soins anténatals en santé mentale concernait 73,1 % des femmes se déclarant avoir été en difficultés psychologiques pendant leur grossesse. Parmi elles, les femmes ayant présenté des pathologies en lien avec leur grossesse étaient plus susceptibles de n'avoir pas recouru aux soins anténatals en santé mentale (diabète gestationnel (1,08 [1,01-1,16]), hypertension gravidique (1,17 [1,04-1,31]) ou anémie (1,11 [1,04-1,19])). À l'inverse, certains dispositifs (visites à domicile de sages-femmes (0,76 [0,68-0,85]), entretiens avec un travailleur social (0,83 [0,76-0,90]) ou les séances de préparation à la naissance (0,89 [0,82-0,96])) étaient associés à un meilleur recours des femmes aux soins anténatals en santé mentale.

Conclusion :

Ces résultats objectivent plusieurs aspects de la problématique de la santé mentale périnatale en France en 2021 et permettent de dresser un profil de femmes plus susceptibles de développer, à deux mois *post-partum*, des symptômes de dépression, de l'anxiété ou de n'avoir pas recouru aux soins anténatals en santé mentale alors qu'elles se déclaraient en difficultés psychologiques pendant leur grossesse. Ils contribuent au suivi de l'évolution des prévalences de la DPP, de l'APP, des IDS et du non-recours aux soins anténatals en santé mentale, sachant que différentes actions de santé publique qui sont encore en cours de déploiement à ce jour.

ABSTRACT

MENTAL HEALTH OF WOMEN DURING THE PERINATAL PERIOD IN FRANCE IN 2021: FINDINGS FROM THE NATIONAL ENP, ENP-DROM, AND EPIFANE SURVEYS

Context:

Maternal mental health² is a major public health issue, given the harmful consequences for the mother, child and family if symptoms or disorders appear during the perinatal period (from pregnancy to the first year after childbirth). In France, since 2013, suicide has been one of the two leading causes of maternal mortality, with nearly 15 suicides each year according to the last triennium of the Confidential National French Survey on Maternal Deaths. In addition, depression or anxiety during the perinatal period are associated with an increased risk of obstetric complications and developmental disorders in children. Specialised and effective care is available, and it therefore seems important that women experiencing psychological difficulties during this important period of their lives have access to dedicated care as early as possible.

Objective:

This summary aims to bring together recent works by Santé publique France on the symptoms of postpartum depression (PPD), postpartum anxiety (PPA), postpartum suicidal ideation (PSI) and the non-use of antenatal mental health care. We estimated their prevalence and, for PPD and PPA, identified and assessed the associated factors and regional disparities.

Methods:

Using data from the 2021 National Perinatal Survey (ENP), extensions of the ENP in the French overseas departments and territories (ENP-DROM), and the 2021 Epifane study, a cross-sectional and longitudinal analysis was conducted on a representative sample of women who gave birth in France in 2021. The Edinburgh Postnatal

2. La santé mentale : définition, concepts et périmètre d'intervention. E. Du Roscoat. La Santé en action n° 461 septembre 2022
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/la-sante-mentale-definition-concepts-et-perimetre-d-intervention>

Depression Scale (EPDS) was used to assess symptoms of PPD, APP (EPDS-3A subscales) and PSI (item 10 of the EPDS). Measurements were taken at 2 months postpartum in mainland France (n=7,133) and in the overseas departments and regions (n=329, 399 and 542 in Guadeloupe, Martinique and Réunion respectively) and then at 6 and 12 months postpartum in mainland France (n=3,500). The non-use of antenatal mental health care was studied among 1,346 women who gave birth in mainland France and reported experiencing psychological difficulties during their pregnancy.

The socio-economic, demographic and medical determinants were analysed using Poisson regression with robust variance on weighted data and imputed where necessary. The evolution of the prevalence of PPD, APP symptoms and PSI at 2, 6 and 12 months postpartum was studied using Mac Nemar tests between two consecutive measurement times.

Results:

In mainland France, two months postpartum, 16.7 % (95 % CI [15.7-17.7]) of women had symptoms of PPD, 27.6 % ([26.5-28.8]) had PPA, and 5.4 % ([4.7-6.1]) had PSI. It should be noted that 83.2 % of women with symptoms of PPD also experienced anxiety. The prevalence of PPD symptoms at two months varied both within mainland France (min-max=11.4-21.7%) and between mainland France and DROM. In Guadeloupe, the prevalence of PPD symptoms at two months was 30.6 % [24.4-37.5] of participating women (vs. 16.7 % in mainland France, p<0.0001). For PPD symptoms as well as APP, risk factors in mainland France included younger maternal age at delivery (\leq 29 years), lower health literacy, a history of mental health care since adolescence, a negative experience of childbirth, and social support during pregnancy considered as insufficient by the women.

Prevalence in France decreased significantly at 6 months postpartum (11.7 % [10.2-13.4] for PPD symptoms, 21.0 % [19.1-23.0] for PPA, 3.7 % [2.9-4.7] for PSI). At 12-month postpartum, DPP symptoms remained stable (11.9 % [10.3-13.6]), the prevalence of APP decreased significantly compared to the 6-month postpartum point (18.0 % [16.3-19.9]), while PSI increased significantly (5.0 %, [4.01-6.1]).

The non-use of antenatal mental health care affected 73.1 % of women who reported psychological difficulties during their pregnancy. Among them, women who had

conditions related to their pregnancy were more likely not to use antenatal mental health care (gestational diabetes (1.08 [1.01-1.16]), gestational hypertension (1.17 [1.04-1.31]) or anaemia (1.11 [1.04-1.19])). Conversely, certain measures (support from midwives (0.76 [0.68-0.85]), support from social workers (0.83 [0.76-0.90]), and support from antenatal class facilitators (0.89 [0.82-0.96])) were associated with better use of antenatal mental health care by women.

Conclusion:

These results highlight some issues of perinatal mental health in France in 2021 and enable us to draw up a profile of women who are more likely to develop symptoms of depression or anxiety two months postpartum, or with no-use of antenatal mental health care, even though they reported psychological difficulties during their pregnancy. They contribute to assessing the impact of the various public health measures still being rolled out to date.

ABRÉVIATIONS

EPDS	Edinburgh postpartum depression scale
DPP	Dépression du <i>post-partum</i>
APP	Anxiété du <i>post-partum</i>
IDS	Idées suicidaires
PNP	Préparation à la naissance et à la parentalité
EPP	Entretien prénatal précoce
EPNP	Entretien postnatal précoce
ENP-DROM	Enquête nationale périnatale DROM
RPa	Rapport de prévalences ou de proportions ajusté
DROM	Départements et régions d'outre-mer
CV	Coefficients de variation
CPP	Comité de Protection des Personnes
CNIL	Commission Nationale de l'informatique et des Libertés

INTRODUCTION

La santé mentale³ périnatale est un facteur déterminant de la santé de la mère et de l'enfant. Pendant la période périnatale, entendue ici comme englobant la grossesse et la première année *post-partum*, les femmes vivent de profonds changements physiologiques, biologiques, sociaux et émotionnels qui peuvent les rendre plus vulnérables à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes ou de troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété ou le syndrome de stress post-traumatique [1].

Une santé mentale dégradée pendant cette période peut augmenter le risque de complications obstétricales, de complications psychiatriques allant parfois jusqu'au suicide. Ainsi, le dernier rapport du comité national d'étude de la mortalité maternelle montrait qu'entre 2016 et 2018, le suicide était la première cause de mortalité maternelle en France dans la première année *post-partum* (45 suicides sur les 272 décès maternels du triennium) [2]. Il survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement.

De plus, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson. Pour l'enfant, l'impact inclut de possibles retards de développement cognitif, émotionnel et social, ainsi qu'un risque accru de troubles psychiatriques à long terme [3]. La détresse maternelle⁴ élevée pendant la grossesse augmente le risque futur de troubles de santé mentale chez l'enfant, notamment l'anxiété, la dépression, le trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité et la schizophrénie [1, 4, 5]. En France, comparés aux enfants de mères sans troubles psychologiques, les enfants de mères incluses au début des années 2000 dans l'étude EDEN présentant une comorbidité d'anxiété et de dépression avaient une probabilité plus élevée de suivre des trajectoires élevées ou intermédiaires de troubles émotionnels à 3, 5, 8, et 11 ans, ainsi qu'une trajectoire élevée de troubles du comportement tout au long de l'enfance. Ce risque accru n'était pas observé chez les enfants dont les mères avaient consulté un psychologue ou un psychiatre pendant la grossesse [6].

Les soins périnatals en santé mentale (qui vont de la psychothérapie à des prises en charge en unité spécialisée de psychiatrie périnatale) peuvent réduire, voire supprimer ces effets négatifs sur les femmes et leur enfant [7]. Ainsi, l'accès précoce aux soins en santé mentale pour les femmes souffrant de difficultés psychologiques périnatales (auto-perçues et/ou repérées par l'entourage et/ou détectées par les professionnels de santé) apparaît donc crucial en matière de santé publique. Plusieurs recommandations et directives cliniques internationales ou nationales récentes préconisent un dépistage précoce et répété tout au long de la période périnatale des vulnérabilités psychosociales et psychologiques ou des troubles psychiques ; une prise en charge progressive et coordonnée est également recommandée si nécessaire [8, 9]. En France, le dépistage universel et systématique anténatal⁵ et postnatal⁶ des vulnérabilités psychosociales et psychologiques et d'une éventuelle dépression du *post-partum* ainsi qu'une prise en charge graduée⁷ (allant de l'accompagnement à la prise en charge spécialisée) sont également recommandés. Des dispositifs ont été mis en place afin de renforcer ces politiques publiques [10-13].

À la suite de la décision de réaliser un suivi à 2 mois *post-partum* dans la 6^e édition de l'Enquête nationale périnatale prévue en 2021 (ENP2021), Santé publique France a proposé d'y inclure l'*Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS), compte tenu de l'importance de la santé mentale périnatale, en particulier, dans le *post-partum* [14]. Cette échelle permet d'estimer la prévalence de symptômes de la dépression du *post-partum* (cf. figure 1, encadré 1 ci-dessous) ainsi que celle de l'anxiété, en se basant sur la sous-échelle appelée EPDS-3A (cf. figure 1, encadré 2 ci-dessous) et la prévalence des idées suicidaires en utilisant le 10^e item de l'échelle (cf. figure 1, encadré 3 ci-dessous). En 2021, Santé publique France a également mis en œuvre l'ENP-DROM2021 qui est une prolongation du terrain d'enquête de l'ENP2021 dans les DROM [15-19]. Ces extensions ont permis d'obtenir des échantillons suffisamment grands en maternité (environ 800 femmes par DROM) pour que des descriptions/comparaisons pertinentes, notamment sur la santé mentale périnatale, puissent être menées dans chaque DROM. De même, de façon inédite, l'EPDS a été intégré aux questionnaires posés à 6 et 12 mois de l'enquête Epifane, dispositif

3. La santé mentale : définition, concepts et périmètre d'intervention. E. Du Roscoat. *La Santé en action* n° 461 septembre 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/la-sante-mentale-definition-concepts-et-perimetre-d-intervention>

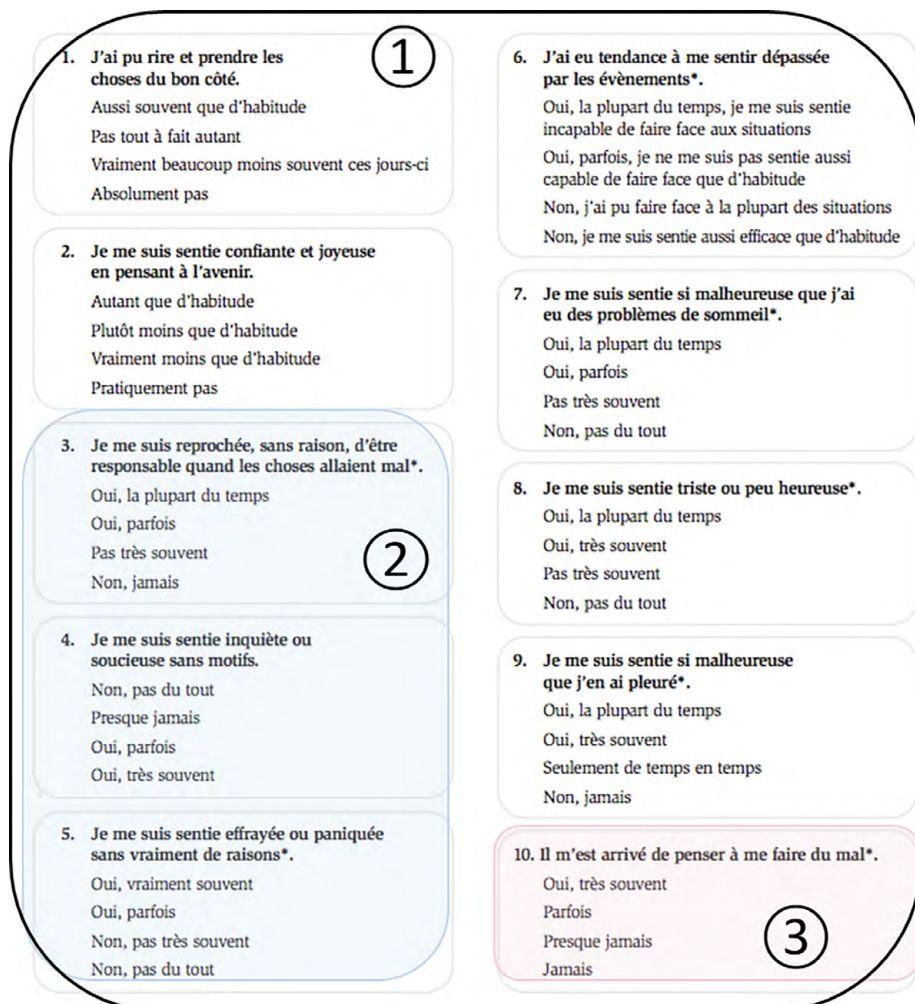
4. Englobant ici le stress ressenti, les événements difficiles de la vie, la dépression et l'anxiété.

5. Cf. l'entretien prénatal précoce (EPP) qui, depuis 2020 doit obligatoirement être proposé dès le 4^e mois de grossesse : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/perinatalite-11520/EPP>

6. Cf. l'entretien post-natal précoce (ENPN) qui, depuis 2022, doit être obligatoirement proposé avant la 8^e semaine *post-partum* : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628790

7. Les 1000 premiers jours : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

FIGURE 1 | Trois manifestations psychiques évaluées au travers de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)



Encadré 1 : Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

- Score EPDS ≥ 13 : symptômes d'une dépression *post-partum*

Encadré 2 : EPDS-3A utilisé pour l'évaluation de l'anxiété du *post-partum* (APP)

- Score EPDS-3A ≥ 5 : Anxiété *post-partum*

Encadré 3 : Item 10 de l'EPDS utilisé pour l'évaluation du risque suicidaire en période périnatale (IDS)

- Item 10 EPDS ≥ 1 : Idées suicidaires présentes

de surveillance de l'alimentation infantile et de la santé de la mère et de l'enfant au cours de la première année de vie de l'enfant. La première édition d'Epifane a été réalisée en 2012, et la seconde édition, réalisée en 2021 a été conçue comme une étude ancillaire de l'ENP, permettant ainsi de suivre les principales symptomatologies en santé mentale dans cette sous-cohorte de dyades mère-enfant [20].

Concernant le recours aux soins anténatals en santé mentale (ie. le fait d'avoir consulté un professionnel comme un psychologue, un psychothérapeute ou un médecin pendant sa grossesse), une question posée en maternité dans deux précédentes éditions de l'ENP (2010 et 2016) a été répétée en 2021 ; de même qu'une question

rétrospective relative à l'état psychologique global perçu par les femmes pendant leur grossesse⁸.

L'EPDS est un auto-questionnaire comportant 10 questions et permettant d'évaluer le risque de dépression du *post-partum* (DPP). Il peut également être utilisé pour évaluer l'anxiété du *post-partum* (APP) et les idées suicidaires (IDS). Les 10 questions ont chacune quatre modalités de réponse (cotées de 0 à 3) pour un score additif final sur 30.

8. « Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ? Bien/Assez bien/Assez mal/Mal ».

À partir des données de l'ENP2021, de l'ENP-DROM2021 et d'Epifane2021, notre objectif est de présenter et de discuter les principaux résultats produits par Santé publique France concernant :

1. Les pourcentages de femmes présentant des symptômes de dépression, de l'anxiété ou des idées suicidaires à deux mois *post-partum*, en France hexagonale et leurs déclinaisons dans les régions ;
2. Les caractéristiques des femmes plus à risque de développer des symptômes de dépression ou de l'anxiété à deux mois *post-partum* en France hexagonale ;
3. L'évolution du pourcentage de femmes ayant accouché dans l'Hexagone présentant des symptômes de dépression, de l'anxiété ou des idées suicidaires à 6 et 12 mois *post-partum* ;
4. Le pourcentage de femmes en difficultés psychologiques pendant leur grossesse n'ayant pas eu recours aux soins anténatals en santé mentale en France hexagonale ; les caractéristiques des femmes plus susceptibles de ne pas recourir à ces soins
5. Le pourcentage de femmes présentant des symptômes de DPP, de l'APP et des IDS à deux mois *post-partum* dans les DROM ; et les caractéristiques des femmes les plus à risque de développer des symptômes de DPP dans les DROM.

Cette synthèse s'inscrit dans le cadre de la Grande cause nationale 2025-2026 centrée sur la santé mentale. Les connaissances produites par Santé publique France visent *in fine* à guider la mise en place ou le renforcement de politiques de prévention, de repérage et de prise en charge médicale des femmes durant cette période charnière de leur vie. Elles serviront également de base pour l'évaluation de l'impact à moyen/long terme de la politique publique qui a, en particulier, permis plusieurs actions/expérimentations régionales récentes de Santé publique visant à améliorer la santé mentale périnatale.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE RÉALISÉE EN 2021 (ENP2021)

L'Enquête nationale périnatale est une enquête réalisée à intervalles réguliers par l'Inserm depuis 1995. La 6^e édition de l'ENP menée en mars 2021 repose, sur un échantillon représentatif de toutes les femmes ayant accouché en France une semaine donnée avec un taux de couverture des maternités publiques/privées et des maisons de naissance de 99 %. Toutes les mères de plus de 15 ans ayant accouché dans ces structures (ou y ayant été transférées suite à une naissance à domicile) d'un enfant âgé d'au moins 22 semaines d'aménorrhée et/ou pesant au moins 500 grammes sont éligibles.

Comme pour les précédentes ENP, les données étaient recueillies à la maternité pendant la semaine de l'enquête par un entretien en face-à-face et dans le dossier médical de la mère. L'entretien en face-à-face réalisé par une sage-femme enquêtrice à la maternité permettait de recueillir les caractéristiques socio-éco-démographiques des femmes, leurs comportements avant et pendant la grossesse et le déroulement de la surveillance médicale en période prénatale. Les données issues du dossier médical étaient, entre autres, les antécédents maternels, le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance. Deux questions ont été posées aux femmes concernant leur état psychologique perçu pendant leur grossesse et le fait qu'elles aient ou non consulté un professionnel de santé pour des difficultés d'ordre psychologique sur la même période. Les questions étaient les suivantes : « Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ? Bien/Assez bien/Assez Mal/Mal » et « Durant votre grossesse, avez-vous consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques, comme un psychologue, un psychothérapeute ou un médecin ? Oui/Non ». Deux questions visant à repérer un sentiment de tristesse et/ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines consécutives pendant leur grossesse (deux symptômes signant une possible dépression anténatale) étaient également posées aux femmes.

En 2021, en plus de ce recueil en maternité, sous l'impulsion de Santé publique France et de l'Inserm, des données ont été colligées à deux mois *post-partum*, via un entretien téléphonique ou un web-questionnaire selon le choix des femmes (taux de participation de 67,5 % parmi les 12 723 femmes ayant répondu au questionnaire à la

maternité). Le suivi à deux mois *post-partum* permettait de décrire le vécu de la grossesse et de l'accouchement, l'organisation du retour à domicile et la santé des mères et des enfants avec, en particulier, la passation de l'EPDS pour évaluer trois manifestations psychiques (cf. figure 1 pour plus de détails). Des questions étaient également posées sur le fait d'avoir bénéficié depuis son adolescence de soin en santé mentale : « À partir de votre adolescence, avez-vous eu un suivi avec un psychologue pendant au moins trois mois ? Oui/Non ; un suivi avec un psychiatre pendant au moins trois mois ? Oui/Non ; une hospitalisation pour un motif psychologique ou psychiatrique ? Oui/Non ».

Le protocole détaillé, les questionnaires et les principaux résultats descriptifs sont accessibles sur le site de l'Inserm (<https://enp.inserm.fr/docutheque/les-rapports-des-enp/>) et celui de Santé publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>).

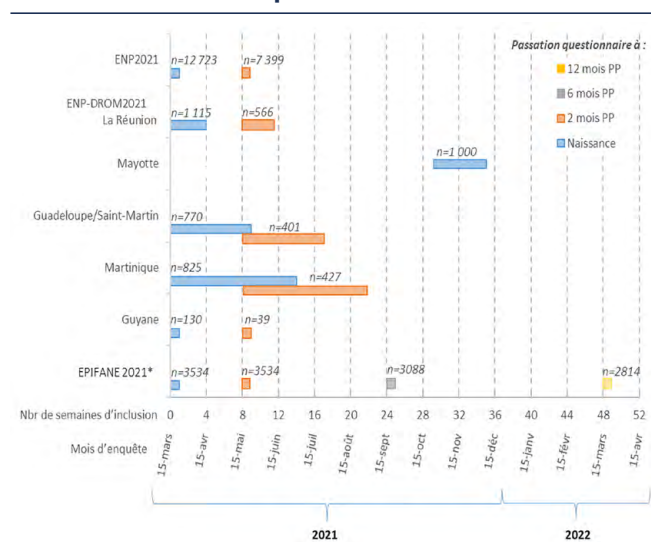
L'EXTENSION DE L'ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE DANS LES DROM EN 2021 (ENP-DROM2021)

Pour permettre aux territoires d'outre-mer de disposer de données spécifiques, Santé publique France et les agences régionales de santé ont prolongé le terrain de l'enquête de l'ENP2021, de 3 à 13 semaines supplémentaires, pour La Réunion, Mayotte, Guadeloupe/Saint-Martin et la Martinique (cf. figure 2). À noter qu'il n'y a pas eu d'extension du terrain d'enquête en Guyane et pas de suivi de l'enquête à 2 mois à Mayotte en raison du contexte local. L'ENP2021 dans les DROM (ENP-DROM2021) conserve la même méthodologie que l'ENP2021 et permet de constituer en maternité un échantillon de 3710 femmes incluses dans l'ENP-DROM2021 sur ces 4 territoires (au lieu de 681 femmes incluses dans l'ENP2021 sans le prolongement de la durée de l'enquête). Avec près de 800 femmes incluses par DROM en maternité, il est donc possible d'analyser les disparités qui existent avec l'Hexagone, et d'étudier les disparités entre ces territoires, où les indicateurs de santé périnatale s'avèrent spécifiques.

L'ENQUÊTE EPIFANE EN 2021

Le manque de données sur l'alimentation du jeune enfant et les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS) ont conduit Santé publique France à mettre

FIGURE 2 | Calendrier des enquêtes ENP2021, ENP-DROM2021 et Epifane2021



PP : *Post-partum*

n=nombre de femmes incluses dans l'enquête ou suivies à 2, 6 et 12 mois *post-partum*.

* Une partie des femmes (n=3 534) incluses dans l'ENP2021 a accepté de participer à l'enquête Epifane 2021 et d'être interrogées à 2, 6 et 12 mois *post-partum*.

en place, en 2012, un système de surveillance de l'alimentation et de l'état nutritionnel des nourrissons au cours de la première année de vie, sous forme de cohortes répétées régulièrement, avec un suivi d'une année d'environ 3500 dyades mère-enfant incluses sur l'ensemble du territoire français hors DROM. L'objectif principal de ce système de surveillance est de décrire les évolutions au cours du temps des pratiques d'alimentation infantile (allaitement maternel, utilisation de préparations pour nourrisson du commerce) afin de guider l'évaluation des politiques de santé publique et d'orienter les actions de promotion de l'allaitement maternel et les recommandations pour une alimentation adéquate des jeunes enfants. La première édition a eu lieu en 2012-2013. En 2021, pour sa seconde édition, Epifane s'est construite comme une sous-cohorte ancillaire de l'ENP avec 3534 dyades mères-enfant incluses en maternité et suivies à 2, 6 et 12 mois *post-partum* (cf. figure 2). En 2021, en plus de données concernant l'alimentation des enfants dans les premiers mois de vie, Epifane a permis d'estimer d'autres indicateurs de la santé des enfants au cours de la première année de vie (croissance, statut vaccinal, exposition au tabagisme passif...), mais aussi des indicateurs concernant l'état de santé des mères, leurs habitudes de vie et leur environnement au cours des 12 mois qui suivent l'accouchement (santé mentale, maladie chronique, attachement à l'enfant, etc.). Concernant la santé mentale périnatale, c'est l'EPDS qui a été proposé à 6 mois et 12 mois *post-partum*. Le détail des protocoles, notamment

celui de la dernière édition de cette enquête sont disponibles sur le site institutionnel de l'agence (<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/alimentation-des-nourrissons-pendant-leur-premiere-annee-de-vie.-resultats-de-l-etude-epifane-2021>).

ANALYSES STATISTIQUES

Les données des échantillons de femmes ayant participé au(x) suivi(s) *post-partum* organisé(s) dans l'ENP2021, l'ENP-DROM2021 ou Epifane2021 ont été pondérées de façon à assurer leur représentativité au regard de l'ensemble des femmes ayant accouché une semaine donnée en France hexagonale (Corse incluse) ou dans chacun des 5 DROM participants (Guadeloupe, Martinique, La Réunion et Mayotte). Les méthodologies utilisées pour cette pondération sont détaillées dans le rapport de l'ENP2021 [14], de l'ENP-DROM2021 [15-17] et Epifane 2021 [20].

Les prévalences de femmes présentant des symptômes de DPP (score EPDS \geq 13), de l'anxiété (Score EPDS-3A \geq 5) ou des idées suicidaires (Score Item 10 de l'EPDS \geq 1) à 2 mois *post-partum* sont estimées pour l'Hexagone (Corse incluse) et pour chacun des DROM (sauf La Guyane en raison du peu de femmes ayant complété l'EPDS). Lorsque les effectifs le permettaient ($n > 30$), une déclinaison par région de résidence dans l'Hexagone a également été réalisée. Les prévalences des différentes manifestations psychiques par région de l'Hexagone ont été obtenues après standardisation indirecte sur l'âge à l'accouchement en prenant comme population de référence, la population hexagonale globale. Les rapports de prévalences standardisées de chaque région et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) calculés par la méthode de Byar ont permis d'évaluer s'il existait une différence significative au seuil de 5 % entre la prévalence hexagonale et chaque prévalence régionale en Hexagone. Dans les représentations cartographiques de l'Hexagone, les couleurs des régions sont plus intenses lorsque leur prévalence spécifique était significativement supérieure à la prévalence hexagonale. Inversement, les couleurs des régions sont plus claires lorsque leur prévalence spécifique était inférieure à la prévalence hexagonale.

Dans tous les DROM, les prévalences ont également été comparées à celles de l'Hexagone grâce à une régression de Poisson à variance robuste intégrant un ajustement sur le mode de passation du questionnaire (web ou téléphone) et l'âge de la mère.

Que ce soit dans les analyses bivariées ou multivariées, des modèles de Poisson à variance robuste ont été utilisés pour étudier les facteurs de risque associés à la survenue de symptômes de dépression, d'anxiété à 2 mois *post-partum* ou d'un non-recours aux soins anténatals en santé mentale.

Dans les analyses multivariées, les covariables incluses dans chacun des modèles ont été initialement sélectionnées sur la base de travaux antérieurs rapportés dans la littérature, de nos hypothèses et sur les résultats des analyses bivariées effectuées pour chacun des variables à expliquer (symptômes de DPP, d'APP à 2 mois et le non-recours aux soins anténatals en santé mentale). Une procédure manuelle descendante a ensuite été appliquée pour identifier les facteurs indépendamment et significativement associés à chaque variable à expliquer tout en forçant l'ajustement sur plusieurs variables socio-éco-démographiques que nous jugeons pertinentes. La linéarité des associations entre les variables quantitatives continues (comme le score de la dimension 6 de la littérature en santé ou l'indice de masse corporelle) et chacune des variables à étudier a été confirmée à l'aide de polynômes fractionnaires. La multicolinéarité des variables démographiques et socio-économiques a été évaluée en utilisant le facteur d'inflation de la variance généralisée.

Lorsque cela était nécessaire des imputations multiples par équations chaînées (MICE) ont été réalisées.

À l'issue des modèles bi ou multivariés, les rapports de prévalences (bruts ou ajustés - RPa), l'IC95 % correspondant et les p-value associées sont présentés. Comme indiqué par Zou *et al.*, les rapports de prévalences ont été interprétés de la même manière que des risques relatifs.

Concernant les données de la sous-cohorte Epifane2021, l'évolution des prévalences des symptômes de DPP, APP et des IDS à 2, 6 et 12 mois *post-partum* a été testée en utilisant des tests de Mac Nemar (comparaison de deux proportions appariées) sur données pondérées.

Pour toutes les prévalences estimées, les coefficients de variation (CV) ont été calculés en rapportant leurs écarts-types à leurs valeurs. Le CV donne le niveau d'exactitude des estimations produites. Une prévalence sera considérée avec une mauvaise précision si le CV est compris entre 16,6 % et 33,3 % (indiquée par un ^M); ou peu fiable et à ne pas diffuser si CV $>$ 33,3%.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata 16/SE® et 18® (College Station, Texas 77845 USA).

RÉSULTATS

POURCENTAGE DE FEMMES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION, DE L'ANXIÉTÉ ET DES IDÉES SUICIDAIRES À DEUX MOIS *POST-PARTUM* EN FRANCE HEXAGONALE

En 2021, à deux mois *post-partum*, une femme sur six ayant accouché dans l'Hexagone présentait des symptômes de dépression (16,7 %, IC95 % [15,7-17,7]), une sur quatre de l'anxiété (27,6 %, [26,5-28,8]) et une sur 20 des idées suicidaires (5,4 %, [4,7-6,1]) [21].

Si on extrapolait ces prévalences au nombre de femmes ayant accouché en France hexagonale chaque année (soit environ 660 000 femmes⁹), nous estimerions que près de 110 000 femmes auraient des symptômes de dépression, près de 182 000 seraient anxieuses et 35 000 des idées suicidaires à deux mois *post-partum* (cf. figure 3)

FIGURE 3 | Symptômes de dépression, anxiété et idées suicidaires à deux mois *post-partum* déclarées par les femmes participant à l'Enquête nationale périnatale (n=7 133) et extrapolation sur le nombre de femmes potentiellement concernées en France hexagonale chaque année

Symptômes de dépression du *post-partum*: **16,7 %** [15,7-17,7]
=> près de 110 000 femmes chaque année



Anxiété du *post-partum*: **27,6%** [26,5-28,8]
=> près de 182 000 femmes chaque année

Idées suicidaires en *post-partum*: **5,4%** [4,7-6,1]
=> près de 35 000 femmes chaque année

NB : Chaque manifestation psychique a été évaluée à l'aide de l'EPDS (cf. les encadrés 1, 2 et 3 de la figure 1).

COEXISTENCE DES TROIS MANIFESTATIONS PSYCHIQUES

Parmi les femmes incluses dans l'étude, près d'une femme sur trois (31,3 %) présentait au moins une des trois manifestations psychiques dépistées à deux mois *post-partum*. Une grande proportion de femmes présentant des symptômes de dépression étaient également anxieuses (83,2 %) ou avaient des idées suicidaires (23,9 %). Près d'une femme avec des symptômes

de dépression à deux mois *post-partum* sur cinq (20,8 %) cumulait anxiété et idées suicidaires en plus. Concernant les femmes anxieuses à 2 mois *post-partum*, près de la moitié (50,3 %) avaient également des symptômes de dépression et 14,3 % déclaraient des idées suicidaires. Près d'une femme anxieuse sur 8 (12,6 %) combinaient des symptômes de dépression et des idées suicidaires (cf. figure 4, page suivante) [21].

DÉCLINAISONS RÉGIONALES

On relevait une disparité régionale avec des pourcentages allant de 11,4 % en Bourgogne - Franche-Comté à 21,7 % en Centre - Val de Loire pour les symptômes de dépression à deux mois *post-partum* ou allant de 21,2 % en Normandie à 33,9 % en Centre - Val de Loire pour l'anxiété à deux mois *post-partum* (cf. figure 5, page suivante).

Grâce au dégradé de couleur de la figure 5, il est possible de visualiser rapidement les régions avec un pourcentage de symptômes de dépression plus bas ou plus élevé que celui observé dans l'Hexagone (dégradé de rouge) et de même pour l'anxiété (dégradé de bleu).

On relève que les régions avec un pourcentage élevé de symptômes de dépression à deux mois *post-partum* (Centre-Val de Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur) étaient également celles où les femmes anxieuses à deux mois *post-partum* étaient les plus fréquentes.

Pour les idées suicidaires, les faibles effectifs n'ont pas permis de réaliser une analyse régionale.

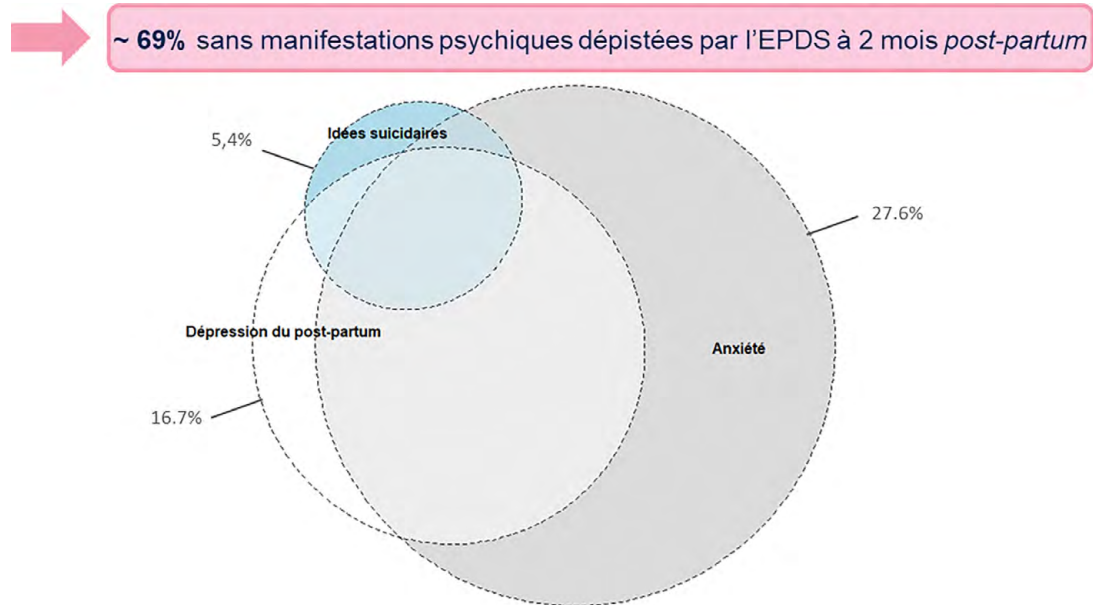
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES PLUS À RISQUE DE DÉVELOPPER DES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION OU DE L'ANXIÉTÉ À DEUX MOIS *POST-PARTUM* EN FRANCE HEXAGONALE

La figure 6, p. 13, synthétise les résultats de nos analyses multivariées ayant fait l'objet de publications antérieures [22, 23] et visant à mettre au jour les caractéristiques des femmes plus à risque de développer des symptômes de dépression ou de l'anxiété à deux mois *post-partum*.

On retrouve certains facteurs communs à la dépression et à l'anxiété et l'on note quelques différences. Globalement, les femmes plus jeunes sont plus à risque de dépression et anxiété du *post-partum* ainsi que celles qui ont des antécédents de problématiques psychologiques

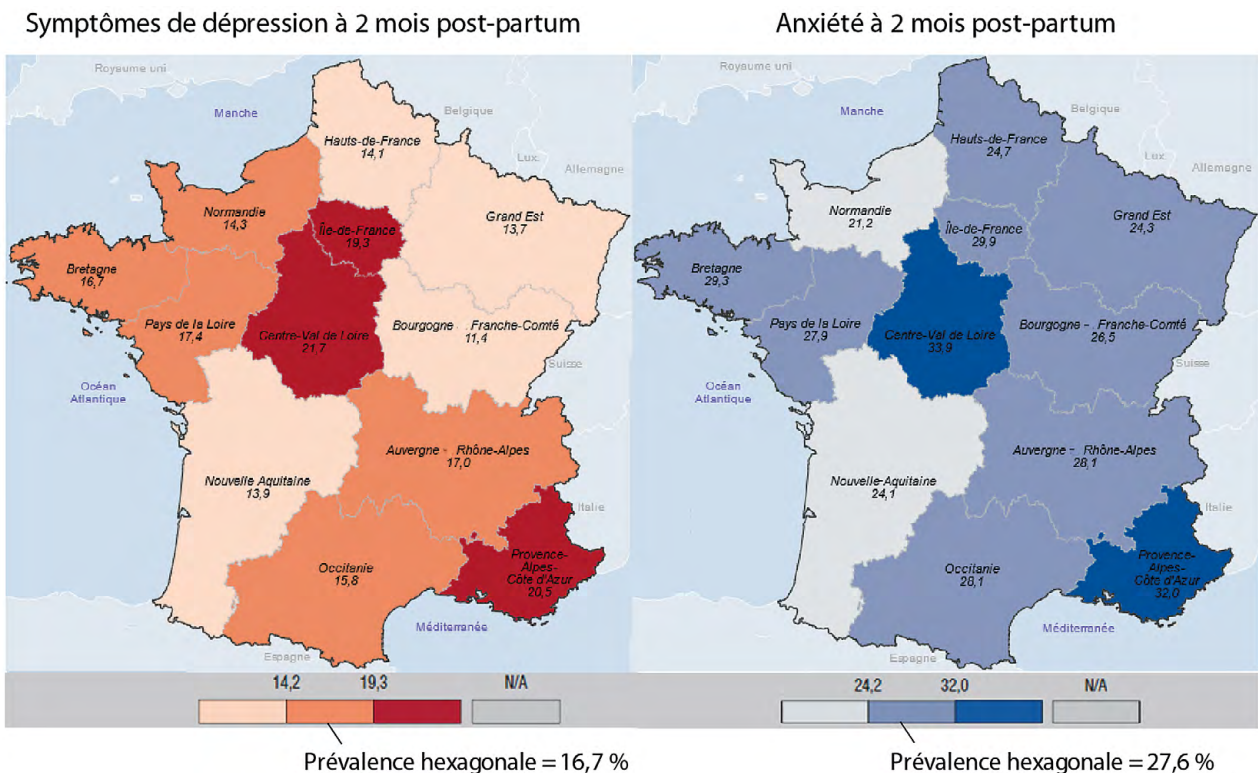
9. Nombre moyen de naissances vivantes entre 2023 et 2025 [données Insee disponibles fin 2025].

FIGURE 4 | Coexistence à 2 mois *post-partum* des trois manifestations psychiques dépistées par l'EPDS chez les femmes participant à l'Enquête nationale périnatale, France hexagonale (n=7 133)



Les femmes déclarant des symptômes de dépression et/ou une anxiété et/ou des idées suicidaires à 2 mois *post-partum* sont celles qui ont un score à l'Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) ≥ 13 et/ou un score EPDS-3A ≥ 5 et/ou un score à l'item 10 de l'EPDS ≥ 1 - Source : Santé publique France [21]

FIGURE 5 | Pourcentages régionaux de femmes avec des symptômes de dépression ou de l'anxiété à 2 mois *post-partum* et différence avec la prévalence hexagonale, Enquête nationale périnatale, France hexagonale, mars 2021 (n=7 126)

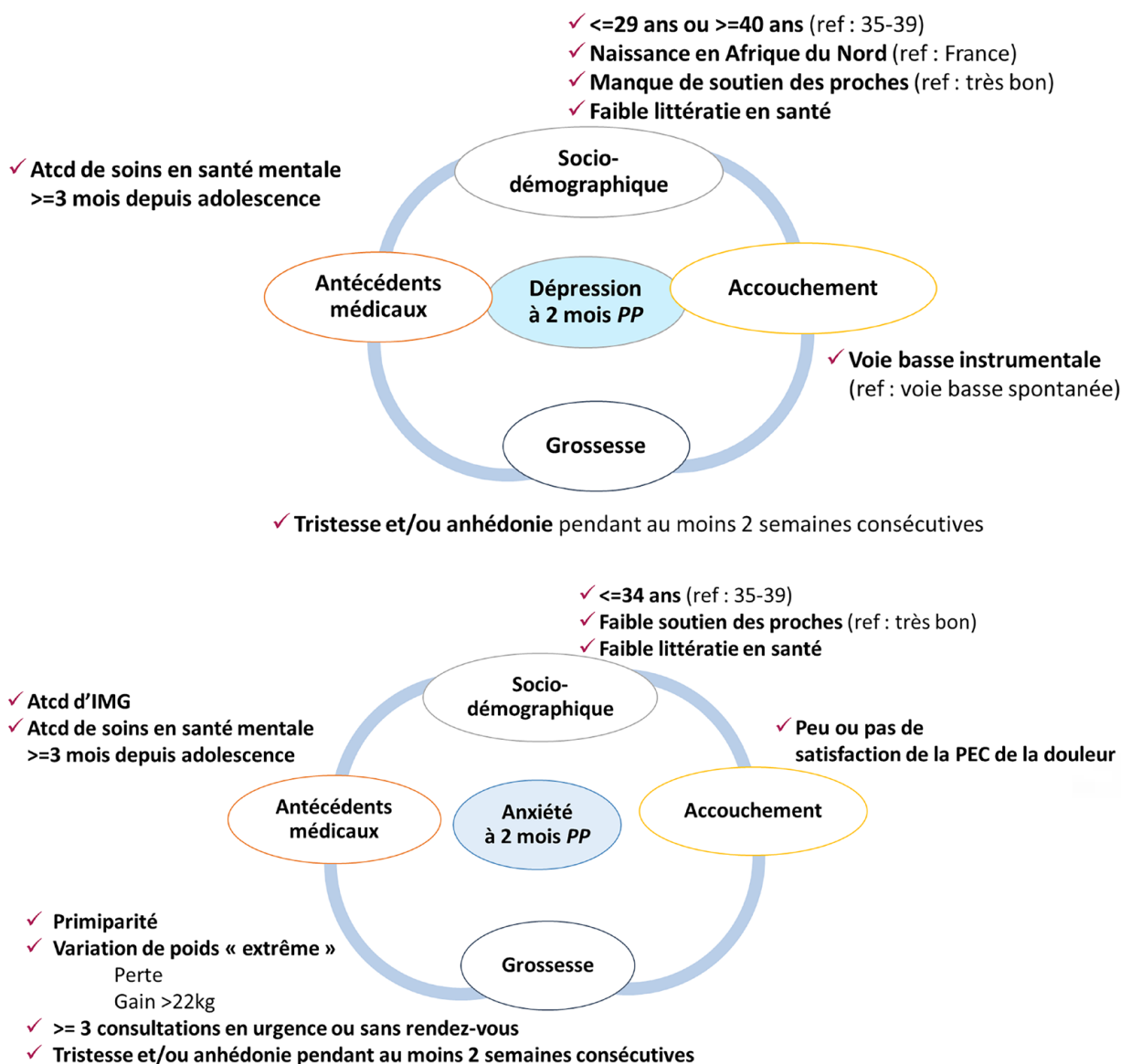


Les pourcentages [%] de femmes avec des symptômes de dépression (score ≥ 13) ou avec de l'anxiété (score EPDS-3A ≥ 5) à deux mois *post-partum* sont déclinés par lieu de résidence des femmes étudiées après exclusion des femmes résidant à l'étranger (n=7 126). Les données pour la région Corse ne sont pas présentées sur cette carte du fait du faible nombre de femmes résidant sur ce territoire (n=25).

Note de lecture : Les régions qui apparaissent en couleurs foncées ou claires ont des pourcentages régionaux significativement supérieurs ou inférieurs ($p < 0,05$) à celui de la hexagonale respectivement.

Source : Santé publique France [21]

FIGURE 6 | Femmes plus à risque de développer des symptômes de dépression ou de l'anxiété à 2 mois *post-partum*, Enquête nationale périnatale, France hexagonale, mars 2021 (n=7 133)



Variables d'ajustement communes aux deux « outcomes » : Être en couple, niveau d'études, avoir une activité professionnelle pendant la grossesse, indice de masse corporelle, ne pas avoir une grossesse à bas risque obstétrical, poids pour l'âge gestationnel, réhospitalisation de l'enfant dans le mois suivant la sortie de la maternité.

En plus pour la dépression : antécédents d'IMG, changement de poids durant la grossesse, consultation en urgence ou sans rendez-vous pour un motif en lien avec la grossesse.

En plus pour l'anxiété : pays de naissance, ne pas avoir consulté en prévision de la grossesse, mode de délivrance, prématurité.

ATCD : antécédent ; PEC : prise en charge ; IMG : Interruption Médicale de grossesse

ou psychiatriques depuis leur adolescence, un manque de soutien des proches et une faible littératie en santé. Dans les deux cas, on peut également noter qu'une expérience négative de l'accouchement ressort comme un facteur de risque même si la variable retenue dans les modèles diffère (un accouchement par voie basse instrumentale pour la dépression, insatisfaction quant à la gestion de la douleur lors de l'accouchement pour l'anxiété). Ceci suggère qu'il est important de mieux tenir compte du vécu de l'accouchement sur la santé mentale. D'autres

variables sont spécifiquement associées à l'anxiété telle la primiparité et le fait d'avoir eu un antécédent d'interruption médicale de grossesse ce qui suggère qu'il serait important pour ces femmes d'évaluer plus spécifiquement l'anxiété, par exemple à partir de l'EPDS-3A.

À noter que les violences subies par les femmes qu'elles soient psychologiques, physiques et/ou sexuelles sont significativement associées à la présence de symptômes de dépression à deux mois *post-partum*. Cependant, les

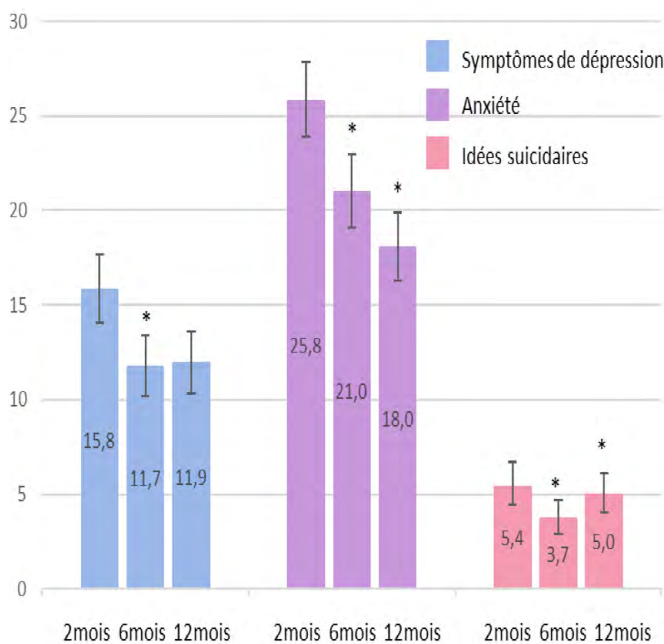
questions sur les violences étant posées dans le même temps que celles dépistant la dépression, la temporalité des événements est difficile à établir. Le sujet de la violence en période périnatale fera donc l'objet d'une analyse à part entière.

POURCENTAGE DES TROIS MANIFESTATIONS PSYCHIQUES À 2, 6 ET 12 MOIS *POST-PARTUM*

La cohorte Epifane2021 permet de suivre à 6 et 12 mois *post-partum* l'évolution du pourcentage de femmes majeures présentant des symptômes de dépression, de l'anxiété ou des idées suicidaires (cf. figure 7).

Si le pourcentage des femmes déclarant au moins une de ces trois manifestations psychiques diminue significativement à 6 mois *post-partum* en comparaison de la situation observée à 2 mois ; la part de femmes avec des symptômes de dépression stagne à 12 mois, celle avec de l'anxiété continue à diminuer significativement alors que celle avec des idées suicidaires repart significativement à la hausse.

FIGURE 7 | Pourcentage de femmes déclarant des symptômes de dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires dans l'année suivant l'accouchement, Epifane2021, France hexagonale (mars 2021-mars 2022 ; n=2 178)



* Signifie que le pourcentage observé est significativement différent ($p < 0,05$) de celui observé au temps précédent (ex : le pourcentage de femmes avec des symptômes de dépression à 6 mois *post-partum* est significativement plus bas que celui observé à 2 mois) – test Mac Nemar sur données appariées.

ABSENCE DE RECOURS AUX SOINS ANTÉNATALS EN SANTÉ MENTALE¹⁰ DES FEMMES QUI SE DÉCLARAIENT EN DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES¹¹ PENDANT LEUR GROSSESSE : POURCENTAGE DES FEMMES CONCERNÉES EN 2021 PROFIL DES FEMMES PLUS À RISQUE ?

Parmi les femmes qui se déclaraient en difficultés psychologiques pendant leur grossesse (n=1 347, 12,3%), près des trois quarts (n=982, 73,1%) rapportaient n'avoir pas eu recours à des soins anténatals en santé mentale pendant leur grossesse (cf. figure 8, page 15).

La figure 9, page 15, se focalise sur les femmes qui se déclaraient en difficultés psychologiques pendant leur grossesse. Les encadrés bleus font ressortir les caractéristiques maternelles associées à un moindre recours aux soins anténatals en santé mentale ; les encadrés roses visant, eux, à faire ressortir les caractéristiques des femmes qui vont plus fréquemment recourir à ces mêmes soins.

Par exemple, comparées aux femmes nées en France, globalement, les femmes nées en Afrique recouraient moins fréquemment aux soins anténatals en santé mentale (RPa¹²=1,18, IC95 % [1,08-1,29] pour les femmes nées en Afrique du Nord et 1,11 [1,01-1,23] pour celles nées dans d'autres régions africaines). De même, pour les femmes qui avaient un niveau d'études inférieur au lycée (1,20 [1,09-1,32]) et celles ayant un niveau lycée, bac+1 ou +2 (1,13 [1,04-1,23]) recouraient moins fréquemment aux soins anténatals en santé mentale en comparaison des femmes ayant un niveau d'études bac+3 ou plus. A contrario, les femmes âgées de 35 ans et plus au moment de leur accouchement recouraient plus fréquemment aux soins anténatals en santé mentale que les femmes âgées de 25 à 34 ans (0,89 ; [0,82-0,96]).

Sur le plan de la santé mentale, les sentiments de tristesse, de désespoir, d'impuissance et/ou d'anhédonie – deux symptômes liés à la dépression périnatale – ressentis pendant au moins deux semaines consécutives au cours de la grossesse constituaient un facteur favorisant le recours aux soins anténatals en santé mentale (0,83 [0,78-0,88]).

10. Basé sur la question suivante posée à toutes les femmes participant à l'ENP2021 : "Durant votre grossesse, avez-vous consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques, comme un psychologue, un psychothérapeute ou un médecin ?" [Oui/Non].

11. Femmes ayant répondu « Assez mal » ou « Mal » à la question : " Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?" [Bien/Assez bien/Assez mal/Mal].

12. Rapport de proportions ajusté ou surrisque ajusté.

FIGURE 8 | Difficultés psychologiques ressenties et absence de recours aux soins anténatals en santé mentale, ENP2021 (mars 2021), France hexagonale (n=7 133)

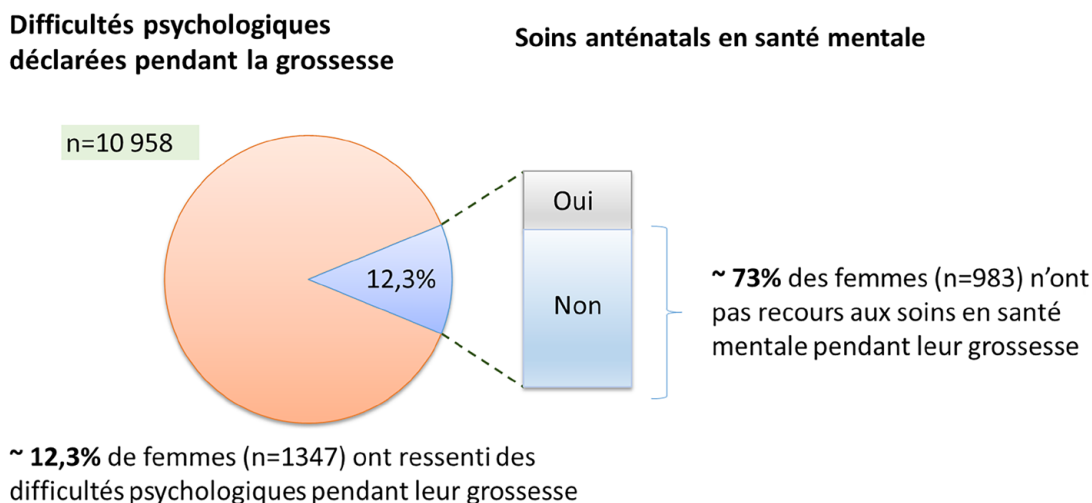
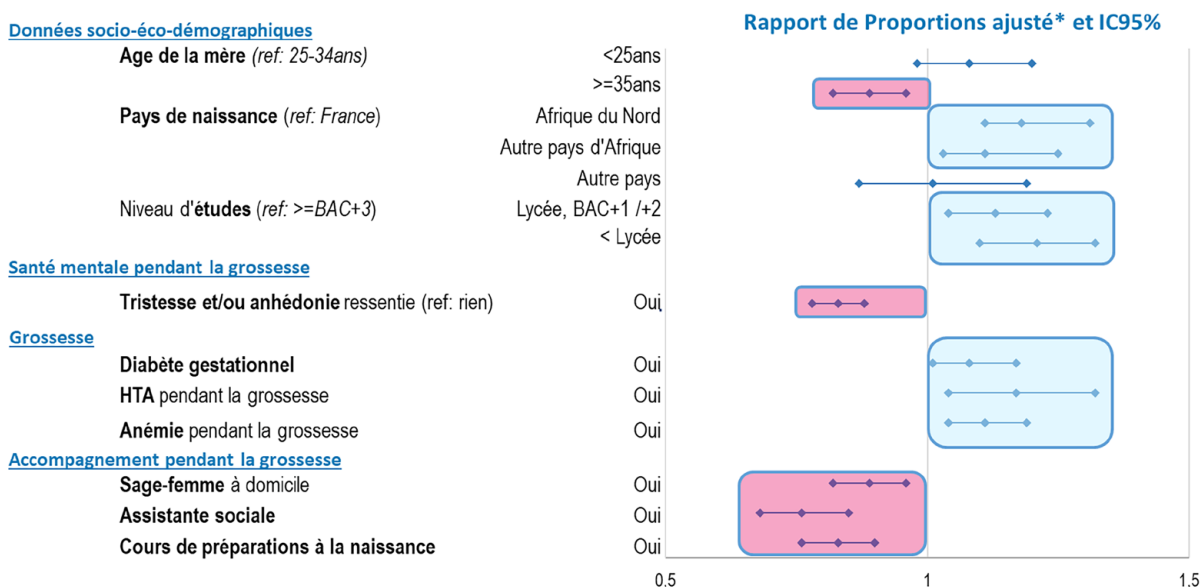


FIGURE 9 | Absence de recours aux soins anténatals en santé mentale parmi les femmes déclarant des difficultés psychologiques pendant leur grossesse, ENP2021 (mars 2021), France hexagonale (n=983)



Variables d'ajustement : vie en couple, situation financière perçue, ne pas bénéficier de la sécurité sociale et d'une mutuelle complémentaire, parité, soutien des proches perçu par la femme.
 * Rapport de proportions d'absence de recours aux soins ajusté qui peut être assimilé à un risque ajusté.

Sur le plan obstétrical, les femmes ayant présenté des complications comme un diabète gestationnel [1,08 [1,01–1,16]], de l'hypertension gravidique [1,17 [1,04–1,31]] ou de l'anémie [1,11 [1,04–1,19]] étaient plus susceptibles de ne pas recourir aux soins anténatals en santé mentale pendant leur grossesse.

Enfin, les femmes ayant bénéficié d'un accompagnement par un professionnel pendant la grossesse étaient plus

susceptibles de recourir à des soins anténatals en santé mentale: -24 % en cas de visites de sages-femmes à domicile [0,76 [0,68–0,85]]; -17% si elles avaient eu un/ des entretien(s) avec un travailleur social [0,83 [0,76–0,90]] et -11 % si elles avaient participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité [0,89 [0,82–0,96]] (cf. figure 9).

FOCUS DANS LES DROM

Pourcentage de femmes présentant des symptômes de dépression, de l'anxiété, et des idées suicidaires à deux mois *post-partum*

Au sein des DROM, on observe des disparités concernant le pourcentage de femmes avec des symptômes de dépression (min-max=17,5-30,6%) (cf. tableau 1). En revanche, le pourcentage de femmes anxieuses était comparable entre les différents territoires (min-max=24,6-29,2%). Pour ce qui est des idées suicidaires, les pourcentages estimés, compris entre 6,8 % à La Réunion à 8,4 % en Martinique, sont à interpréter avec précaution en raison des faibles effectifs (cf. tableau 1, note sur la précision des estimations).

Comparé à l'Hexagone, seul le pourcentage de femmes ayant accouché en Guadeloupe et présentant des symptômes de dépression à deux mois *post-partum* différait de manière significative ($p < 0,05$) avec presque deux fois plus de femmes dépressives en Guadeloupe qu'en Hexagone (cf. tableau 1). Aucun autre pourcentage ne différait significativement de celui observé dans l'Hexagone quels que soient le DROM et la manifestation psychique considérée.

Profils des femmes plus à risque de développer des symptômes de dépression à deux mois *post-partum*

Au-delà des prévalences observées dans ces différents territoires, des analyses bivariées centrées dans un premier temps sur les symptômes de dépression du *post-partum* sont présentées ci-dessous. Elles cherchent à dresser pour chacun des trois territoires des profils de femmes significativement plus à risque de développer des symptômes de dépression à deux mois *post-partum* (cf. figures 10, 11 et 12 et annexes 1, 2 et 3 pour le détail sur PR et les IC95 relatifs).

De même que dans l'Hexagone, les violences périnatales sont significativement associées à des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* dans chacun des 3 DROM étudiés. Ces violences sont des sujets à part entière qui feront l'objet d'analyses dédiées.

D'après nos premières analyses, sur les trois territoires ultramarins étudiés, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans le risque de symptômes de dépression à deux mois *post-partum* entre les femmes qui ont eu un suivi psychologique ou psychiatrique depuis l'adolescence et celles qui n'en ont pas eu.

TABLEAU 1 | Pourcentage de femmes ayant accouché dans les DROM et présentant des symptômes de dépression, de l'anxiété, et des idées suicidaires à deux mois *post-partum* ; comparaison avec l'Hexagone. ENP-DROM2021 - mars-août 2021, France (n=8 403).

Manifestations psychiques évaluées à l'aide de l'EPDS ¹ à 2 mois <i>post-partum</i>	Guadeloupe ²		Martinique		La Réunion		Hexagone	
	(%)	[IC95 %]	(%)	[IC95 %]	(%)	[IC95 %]	(%)	[IC95 %]
Symptômes de dépression (EPDS complet ¹ , score ≥ 13)	30,6**	[24,4-37,5]	21,1	[16,9-26,1]	17,5	[14,1-21,5]	16,7	[15,7-17,7]
Anxiété (échelle EPDS-3A ¹ ; score ≥ 5)	29,2	[23,2-35,9]	24,6	[20,0-29,8]	25,5	[21,7-29,8]	27,6	[26,5-28,8]
Idées suicidaires (EPDS-Item 10 ¹ ; score ≥ 1)	7,8 ^M	[4,8-12,5]	8,4 ^M	[5,7-12,2]	6,8 ^M	[4,7-9,7]	5,4	[4,7-6,1]

1 : cf. les encadrés 1, 2 et 3 de la Figure 1 pour plus de détails.

2 : Les femmes ayant accouché sur l'île de Saint-Martin ne sont pas prises en compte

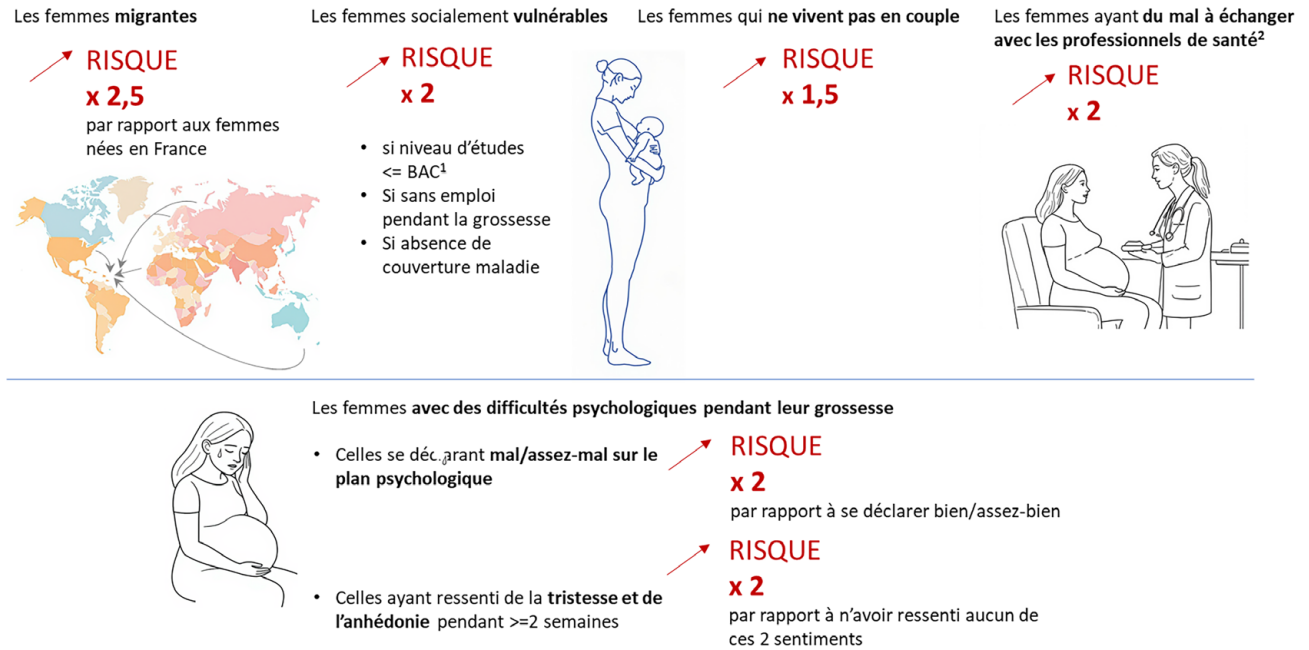
** $p < 0,0001$: comparativement à l'Hexagone et après ajustement sur l'âge maternel et le mode de passation du questionnaire à 2 mois

Note sur la précision des estimations : ^M indique une mauvaise précision de l'estimation qui doit donc être interprétée avec précaution (coefficient de variation compris entre 16.6 % et 33.3 %). Ainsi ces pourcentages n'ont pas été comparés à celui observé dans l'Hexagone.

FIGURE 10 | Guadeloupe : quelles sont les femmes plus à risque de déclarer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* ? ENP-DROM2021 - mars-juillet 2021 (n=329)

Après un accouchement en **Guadeloupe**

Le risque de développer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* est plus élevé pour :



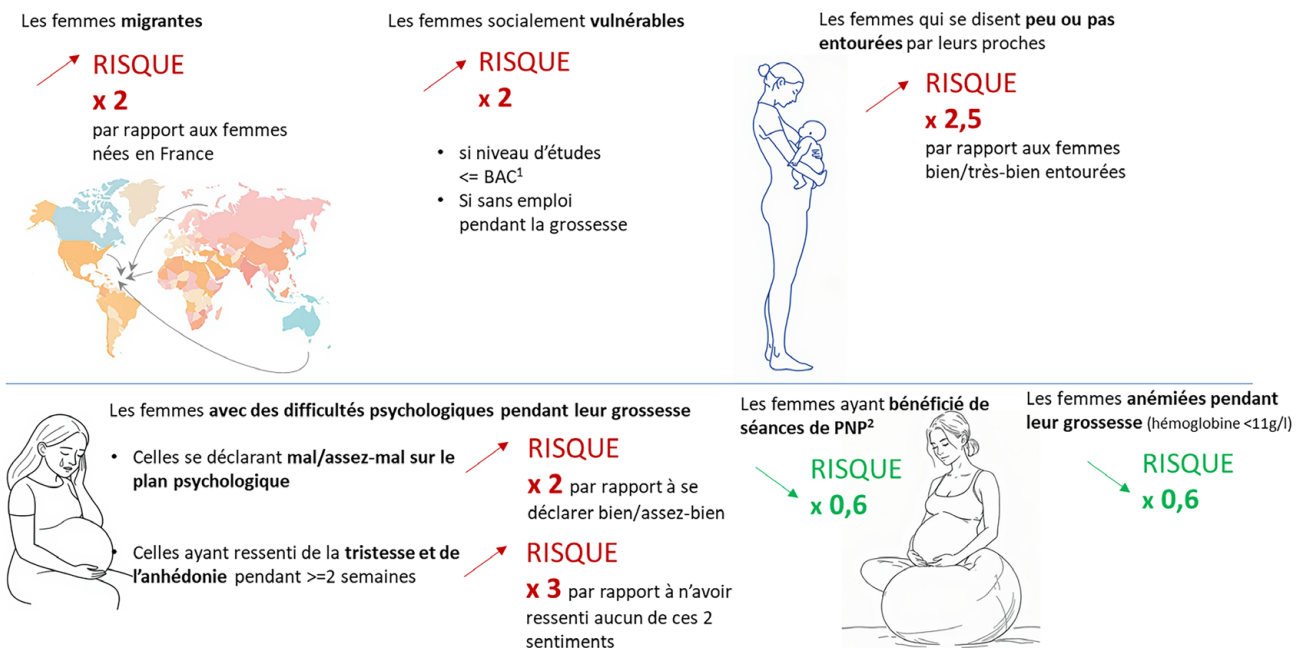
1 : par rapport à > BAC

2 : sur la base d'un questionnaire de littératie en santé visant à évaluer la capacité des femmes à interagir avec les professionnels de santé

FIGURE 11 | Martinique : quelles sont les femmes plus à risque de déclarer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* ? ENP-DROM2021 (mars-août 2021) (n=399)

Après un accouchement en **Martinique**

Le risque de développer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* est plus élevé pour :



1 : par rapport à > BAC

2 : Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

FIGURE 12 | La Réunion : quelles sont les femmes plus à risque de déclarer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* ? ENP-DROM2021 (mars-juin 2021) (n=542)

Après un accouchement à

La Réunion

Le risque de développer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* est plus élevé pour :

Les femmes qui se disent **peu ou pas entourées** par leurs proches



RISQUE
x 2,5

par rapport aux femmes bien/très-bien entourées

Les femmes avec des difficultés psychologiques pendant leur grossesse



• Celles se déclarant **mal/assez-mal** sur le plan psychologique

RISQUE

x 2 par rapport à se déclarer bien/assez-bien

• Celles ayant ressenti de la **tristesse et/ou de l'anhédonie** pendant ≥ 2 semaines

RISQUE

x 2 par rapport à n'avoir ressenti aucun de ces 2 sentiments

Comparaison avec l'Hexagone

Le risque de développer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* dans les DROM diffère-t-il significativement de celui de l'Hexagone ?

Guadeloupe

Globalement, les femmes ayant accouché en Guadeloupe déclarent plus fréquemment des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* comparativement à l'Hexagone (cf. figure 13 et annexe 1).

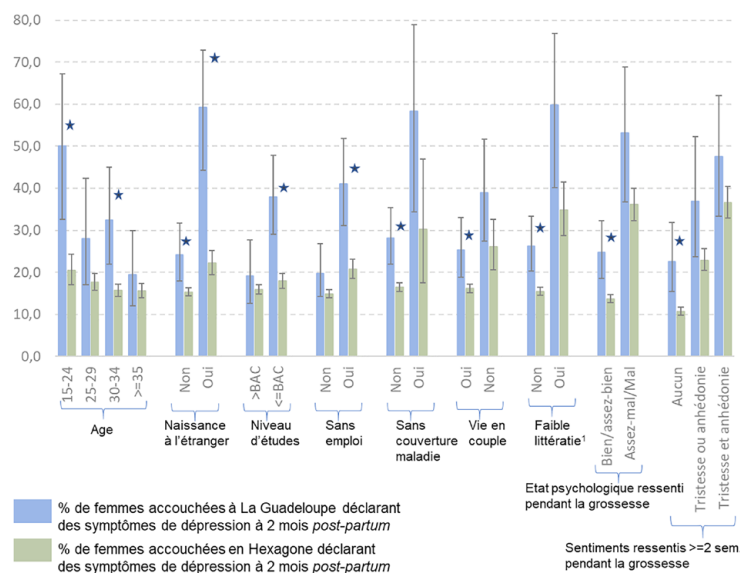
Martinique

Pour la Martinique, le pourcentage de symptômes de dépression est significativement plus élevé comparativement à l'Hexagone pour les femmes avec un niveau d'études \leq BAC et/ou celles qui étaient non anémiées pendant leur grossesse (cf. figure 14 et annexe 2).

La Réunion

À la Réunion, dans nos analyses, les symptômes de dépression à deux mois *post-partum* ne sont pas significativement plus fréquents que dans l'Hexagone et ce quel que soit le groupe de femmes étudiées (cf. figure 15 et annexe 3).

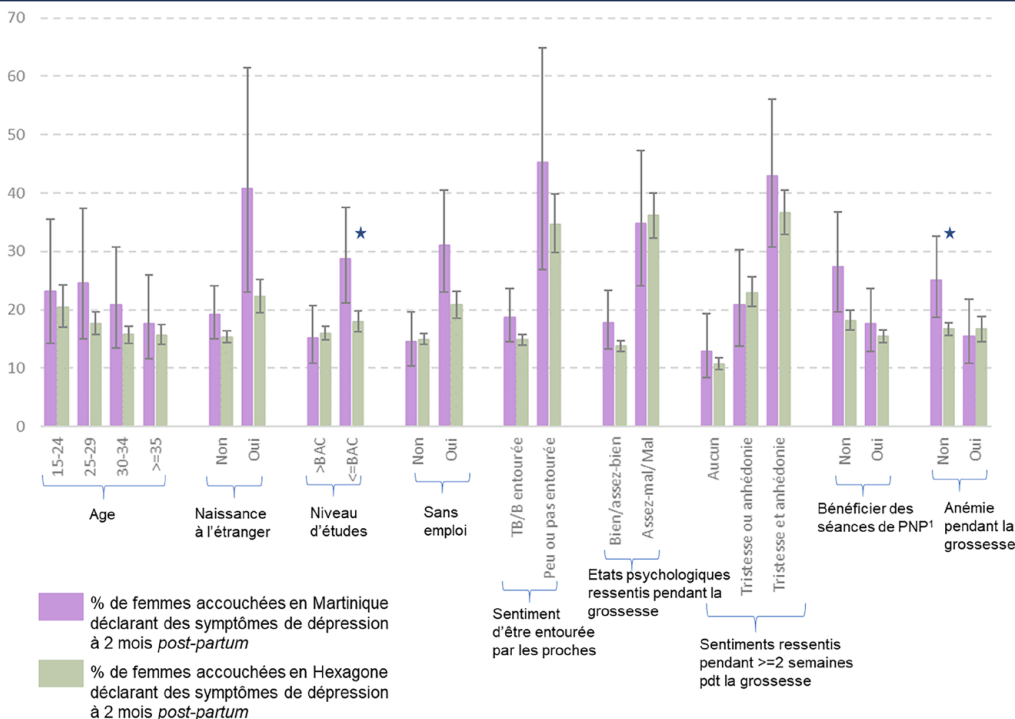
FIGURE 13 | Symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* en Guadeloupe comparés à l'Hexagone, ENP-DROM2021 (mars-juillet 2021) (n= 7 462)



1 : faible capacité des femmes à échanger avec les professionnels de santé

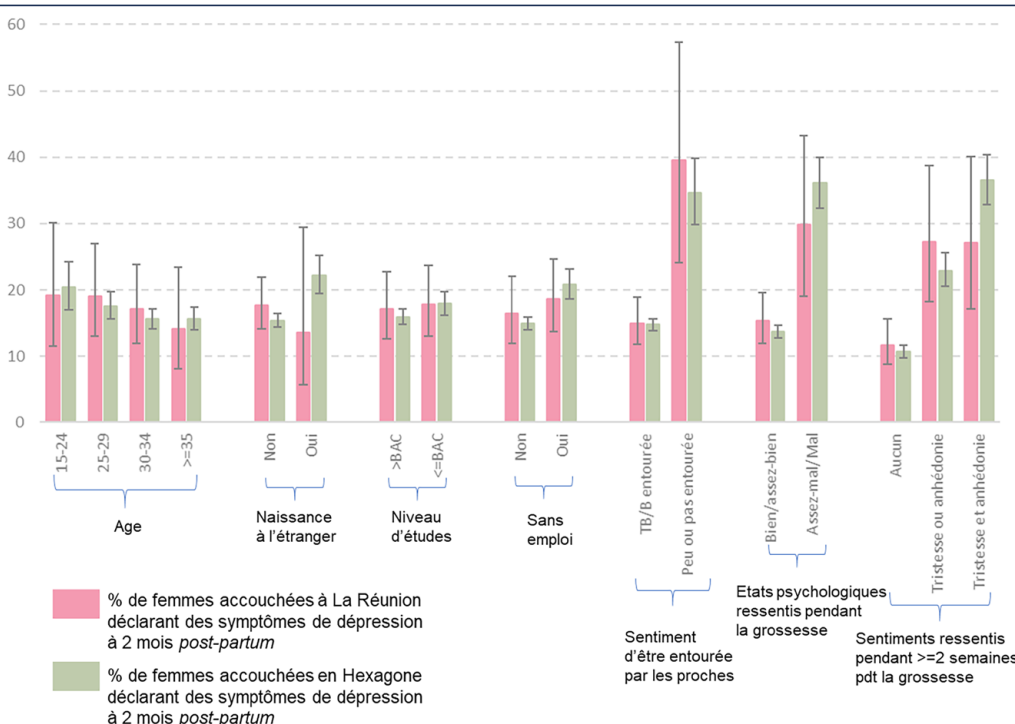
Note de lecture : les intervalles de confiance à 95 % [IC95 %] ont été ajoutés pour mettre en évidence une différence significative (*) entre les pourcentages de femmes déclarant des symptômes de dépression deux mois après un accouchement en Hexagone versus en Guadeloupe. À noter qu'un chevauchement des IC95 % ne permet pas de conclure à une absence de différence.

FIGURE 14 | Symptômes de dépression en Martinique comparés à l'Hexagone, ENP-DROM2021 (mars-juillet 2021) (n=7 532)



1 : séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
 Note de lecture : les intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) ont été ajoutés pour mettre en évidence une différence significative (*) entre les pourcentages de femmes déclarant des symptômes de dépression deux mois après un accouchement en Hexagone versus en Martinique. À noter qu'un chevauchement des IC95 % ne permet pas de conclure à une absence de différence.

FIGURE 15 | Symptômes de dépression à La Réunion comparés à l'Hexagone, ENP-DROM2021 (mars-juillet 2021) (n=7 675)



Note de lecture : les intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) ont été ajoutés pour mettre en évidence une différence significative (*) entre les pourcentages de femmes déclarant des symptômes de dépression deux mois après un accouchement en Hexagone versus à La Réunion. À noter qu'un chevauchement des IC95 % ne permet pas de conclure à une absence de différence.

DISCUSSION ET IMPLICATIONS POUR LA CLINIQUE ET LA PRÉVENTION

Fondés sur les données de l'ENP2021, de l'ENP-DROM2021 et d'Epifane 2021, ces travaux visaient à étudier les symptômes de DPP, l'APP, les IDS et l'absence de recours aux soins anténatals en santé mentale pendant la grossesse. Leurs prévalences ont été estimées, et, selon le cas, nous avons évalué les facteurs de risque associés ainsi que leurs disparités territoriales.

Les données issues de l'ENP2021 révèlent que 16,7 % des femmes ayant accouché en France hexagonale en 2021 présentaient des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum*, 27,6 % une anxiété, et 5,4 % des idées suicidaires. L'analyse longitudinale grâce aux données d'Epifane 2021 montre une diminution significative du pourcentage de femmes avec des symptômes de dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à 6 mois, suivie d'une stagnation, d'une nouvelle diminution significative, ou d'une réémergence à 12 mois *post-partum* pour les symptômes de dépression, l'anxiété et les idées suicidaires respectivement. Dans les DROM, les données de l'ENP-DROM2021 montrent que seul le pourcentage de femmes ayant accouché en Guadeloupe et présentant des symptômes de dépression à deux mois *post-partum* différait de manière significative de la fréquence hexagonale avec presque deux fois plus de femmes dépressives en Guadeloupe (30,6 %) qu'en Hexagone (16,7 %).

L'EPDS, UN OUTIL DE DÉPISTAGE « TRIPLEMENT » UTILE À GÉNÉRALISER SUR L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE PÉRINATALE

Les prévalences estimées en France hexagonale pour les symptômes de dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à 2 mois *post-partum* sont en accord avec la littérature [24-26]. Cependant, ces résultats sont aussi à mettre en perspective de la pandémie de SARS-CoV-2 car les femmes participant à l'ENP2021 ont accouché au moment de la 3^e vague de cette pandémie. Elles ont donc vécu leur grossesse et leur accouchement au cours d'une période particulière ce qui a pu impacter leur santé mentale. De nouvelles estimations à distance de cette crise sanitaire seront réalisées en 2027 dans les prochaines éditions de l'ENP et d'Epifane et permettront de confirmer/infirmier ces premières estimations.

L'ENP rendu obligatoire en juillet 2022 et ayant notamment pour objectif de repérer les femmes en

difficultés psychologiques entre la 4^e et la 8^e semaine *post-partum* n'est pas encore systématique puisque seules 25 % des femmes en bénéficiaient en 2025¹³. Des actions pourraient être discutées pour faciliter l'accès des femmes à cet entretien (exemples : message de relance des femmes, sensibilisation des professionnels pour qu'ils mettent en place un suivi proactif de bonne réalisation de cet entretien, remboursement de cet entretien à 100 %, etc.) et systématiser l'utilisation de l'EPDS conformément aux recommandations de la HAS et aux préconisations du conseil national des sages-femmes [27, 28]. Par ailleurs, les prévalences estimées de difficultés psychologiques ressenties pendant la grossesse, de symptômes de DPP, d'APP et d'IDS à 6 et 12 mois *post-partum* soulignent l'intérêt d'un dépistage en anténatal et la nécessité de poursuivre le repérage au-delà des 2 premiers mois *post-partum*. Parmi les outils de repérage disponibles, l'EPDS déjà recommandé par la HAS est un auto-questionnaire bien accepté des femmes et des cliniciens. Il est facile à utiliser puisqu'il peut être rempli en salle d'attente avant d'être discuté lors de la consultation. À ce jour, plusieurs maternités utilisent l'EPDS comme un outil de dépistage systématique des symptômes de la dépression en routine. On peut espérer que cette pratique se généralise progressivement non seulement dans les maternités mais également parmi les professionnels de santé avec lesquels les femmes enceintes ou en *post-partum* interagissent, notamment ceux avec lesquels elles pourraient se sentir en confiance pour évoquer ces sujets très personnels et limiter ainsi les faux positifs et les faux négatifs. L'outil pourrait ainsi être utilisé à tout moment de la période périnatale et notamment durant la grossesse au décours de l'EPP par exemple ; durant le séjour en suite de couches et bien sûr en *post-partum* au moment de l'ENP par exemple (qui correspond à la période où l'on observe un pic de dépression du *post-partum* dans la littérature et dans nos travaux) mais pas seulement.

L'EPDS, même s'il a été développé initialement pour le repérage des symptômes dépressifs peut également être utile pour repérer l'anxiété et/ou des idées suicidaires (cf. le site du ministère de la santé¹⁴ pour le repérage via l'EPDS de la dépression et de l'anxiété). Ainsi, l'EPDS, malgré ses limites, présente une triple valence qui n'est pas encore pleinement exploitée par les cliniciens et dont l'intégration dans des recommandations à destination des professionnels de santé mériterait d'être évaluée.

13. Données de la Cnam présentées lors du congrès de la SFSP en novembre 2025.

14. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/perinatalite-11520/article/entretien-prenatal-precoce-la-boite-a-outils>

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES À SUIVRE AVEC PLUS D'ATTENTION

L'étude des facteurs de risque de symptômes de DPP et d'APP à deux mois *post-partum* en Hexagone montre que certains facteurs sont communs à ces deux symptomatologies : plus jeune âge à l'accouchement, antécédents de soins en santé mentale depuis l'adolescence, manque de soutien perçu des proches, faible littératie en santé au sens de la capacité à interagir avec les professionnels de santé et un vécu négatif de l'accouchement même si la variable retenue dans les modèles diffère (un accouchement par voie basse instrumentale pour la dépression, insatisfaction quant à la gestion de la douleur lors de l'accouchement pour l'anxiété). Ceci suggère qu'il est important de mieux caractériser l'impact de l'accouchement sur la santé mentale [29]. En termes de prévention, il pourrait être recommandé de mieux informer les femmes et les cliniciens sur l'impact d'un vécu difficile de l'accouchement (même en cas d'accouchement par voie basse instrumentale) en évaluant par exemple le syndrome de stress post-traumatique après l'accouchement. Le soutien des proches est également un levier sur lequel il serait possible d'agir pour mieux repérer et aider les femmes à consulter devant des symptômes de DPP ou de l'APP à 2 mois *post-partum*. L'amélioration du soutien des proches pourrait se faire en renforçant les actions de sensibilisation à destination du grand public ou *a minima* à destination des personnes accompagnant les femmes lors de leur consultation *ante* et *post-partum* ; de façon à créer un entourage soutenant pour les femmes en période périnatale (cf. brochure développée par le PsyCom sur Santé mentale, grossesse et parentalité¹⁵ ; site « 1 000 premiers jours - Émotion pendant la grossesse¹⁶ », outils développés via le projet européen PATH¹⁷, le podcast « 3,2,1... Parents ! »¹⁸). Une expérimentation¹⁹ régionale²⁰ réalisée dans le cadre de l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale 2024, commencée en 2025 pour une durée de trois ans et visant, notamment, à systématiser l'information des parents sur les risques liés à la dépression du *post-partum*, va en ce sens.

FOCUS DANS LES DROM

Bien que devant être interprétées avec précaution (en raison des faibles effectifs), les premières analyses bivariées réalisées dans les DROM permettent de dresser, sur ces différents territoires, des profils de femmes plus à risque de développer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum*. En particulier, dans les trois DROM étudiés (Guadeloupe, Martinique, La Réunion), les premières analyses réalisées montrent que, contrairement aux données déjà publiées dans la littérature, il n'a pas été mis en évidence de risque significativement plus élevé de développer des symptômes de dépression à 2 mois *post-partum* chez les femmes avec des antécédents de suivi psychologique/psychiatrique depuis leur adolescence. Ces résultats pourraient être dus à un manque de puissance (notamment en Guadeloupe et en Martinique) ou à l'existence d'un biais déclaratif ou de désirabilité des femmes qui ne révéleraient pas leurs antécédents de soin en santé mentale. On relève cependant un facteur de risque commun sur les trois DROM étudiés : le fait d'avoir ressenti des difficultés psychologiques pendant sa grossesse. Le repérage précoce de ces situations pourrait permettre de prévenir la survenue des symptômes de dépression en *post-partum*. Par ailleurs, la Guadeloupe ressort particulièrement avec un pourcentage de femmes déclarant des symptômes de dépression à deux mois *post-partum* presque deux fois supérieur à celui de l'Hexagone. Des études complémentaires sont nécessaires pour bien appréhender les raisons de cette différence entre la Guadeloupe et l'Hexagone.

RECOURS AUX SOINS ANTÉNATLS EN SANTÉ MENTALE DES FEMMES EN DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES PENDANT LEUR GROSSESSE

Les trois quarts des femmes, ayant accouché dans l'Hexagone et déclarant des difficultés psychologiques pendant leur grossesse disaient ne pas avoir eu recours à des soins anténatls en santé mentale. En 2021, en France hexagonale, le recours aux soins anténatls en santé mentale pendant la grossesse semble sous-optimal pour les femmes en difficultés psychologiques pendant leur grossesse, comme dans d'autres pays. Chez ces femmes, nos analyses incitent à penser que les troubles en santé mentale passent au second plan par rapport aux difficultés physiologiques rencontrées pendant la grossesse (diabète gestationnel, hypertension gravidique, etc.). Elles suggèrent néanmoins que les femmes présentant des symptômes dépressifs pendant au moins

15. https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/04/PSYCOM_Brochures-A5_SM_Grossesse_2025_WEB.pdf

16. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-emotions-pendant-la-grossesse>

17. <https://path-perinatal.eu/fr/>

18. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/podcasts/3-2-1-parents>

19. Instruction n° DGOS/P3/2025/118 du 4 août 2025 relative à l'expérimentation visant à mettre en place un parcours de prise en charge de la dépression post-partum | Bulletins officiels

20. Hauts-de-France, Centre-Val de Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Normandie et Martinique.

deux semaines pendant leur grossesse entraînent plus fréquemment dans le parcours de soins que celles qui n'en déclaraient pas. Ce résultat suggère que ces femmes avec des symptômes dépressifs seraient mieux repérées et incitées à entrer plus fréquemment dans un parcours de soins. La pleine application de la démarche de « l'aller vers » (EPP, EPNP, visites à domicile, etc.) pourrait améliorer significativement le repérage des femmes à risque et leur orientation vers un parcours de soins adapté. En aval du dépistage ou de l'autodépistage, le non-recours aux soins s'explique probablement également pour partie par les difficultés de prise en charge liées au non-remboursement des psychologues et à l'offre de soins en santé mentale qui est limitée dans les structures publiques. La mise en place de Mon Soutien Psy par l'Assurance maladie permettant l'accès sans frais à 12 séances avec un psychologue libéral pourra peut-être faciliter, dans certains cas, l'accès aux soins à ces femmes (<https://www.info.gouv.fr/actualite/mon-soutien-psy-12-seances-remboursees-par-an>). Nos résultats montrent par ailleurs que le recours aux soins anténatals en santé mentale est augmenté quand les femmes avaient bénéficié de visites à domicile de sage-femmes, d'entretiens avec un travailleur social ou de séances de préparation à la naissance. Ainsi, une incitation au suivi des séances de préparation à la naissance (séances remboursées à 100 % par l'Assurance maladie) pourrait donc être une solution pour améliorer le recours aux soins anténatals en santé mentale des femmes en difficultés psychologiques. Cette incitation pourrait passer par un suivi proactif des femmes n'effectuant pas ces séances, avec des relances si nécessaire. L'expérimentation régionale évoquée ci-dessus, centrée sur trois objectifs (systématiser l'information des parents sur la dépression *post-partum*; améliorer la formation des professionnels de santé notamment de premier recours et améliorer la prise en charge dans le cadre d'un parcours de soins gradué) souligne l'intérêt général porté à la thématique de la santé mentale périnatale en France.

CONCLUSION

Les symptômes de la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires en *post-partum* sont des manifestations psychiques fréquentes en France. Elles pourraient concerner près de 200 000 femmes en France chaque année d'après les estimations issues des données de l'ENP2021. La proportion de femmes en difficultés psychologiques pendant leur grossesse effectivement prises en charge pourrait être réduite. À cette fin, le dépistage pourrait être renforcé aux différents moments de la période périnatale via des outils de repérage comme l'EPDS (accepté par les femmes et les professionnels de santé). Ces travaux ont permis de mettre en évidence d'importantes disparités régionales et d'identifier des leviers d'actions pour améliorer le dépistage de ces symptômes et le recours aux soins anténatals en santé mentale (visite à domicile, préparation à la naissance et à la parentalité par exemple) qui pourraient faire l'objet d'évaluations spécifiques et être renforcés le cas échéant. ●

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Monk C, Lugo-Candelas C, Trumpff C. Prenatal Developmental Origins of Future Psychopathology: Mechanisms and Pathways. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019;15:317-44.
- [2] Inserm / Santé publique France. *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018.* Saint-Maurice: Santé publique France, 2024.
- [3] Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, *et al.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet.* 2014;384(9956):1800-19.
- [4] O'Donnell KJ, Glover V, Barker ED, O'Connor TG. The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Dev Psychopathol.* 2014;26(2):393-403.
- [5] Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, *et al.* Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;117:26-64.
- [6] Kallas KA, Marr K, Moirangthem S, Heude B, Koehl M, van der Waerden J, *et al.* Maternal Mental Health Care Matters: The Impact of Prenatal Depressive and Anxious Symptoms on Child Emotional and Behavioural Trajectories in the French EDEN Cohort. *J Clin Med.* 2023;12(3).
- [7] Hadfield H, Wittkowski A. Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *J Midwifery Womens Health.* 2017;62(6):723-36.

- [8] WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization© World Health Organization 2022.; 2022.
- [9] National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Copyright © NICE 2019.; 2018.
- [10] Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction N° SGMCAS/2022/106 du 12 avril 2022 relative à la déclinaison pour 2022 de la politique relative aux 1 000 premiers jours de l'enfant. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022.
- [11] Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction N° SGMCAS/2021/74 du 1^{er} avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1 000 premiers jours de l'enfant et de ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu'aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux. 2021.
- [12] Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction n° DGCS/SD2/DGS/2025/159 du 8 décembre 2025 relative à la déclinaison territoriale de la politique des 1 000 premiers jours de l'enfant. 2025.
- [13] Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction interministérielle N° SGMCAS/2023/110 du 18 juillet 2023 relative à la déclinaison, pour 2023, de la politique relative aux 1 000 premiers jours de l'enfant. 2023.
- [14] Cinelli H, Lelong N, Le Ray C. Collaborators - Members of the, E. N. P. Study Group. French national perinatal survey 2021: Births, 2-month follow-up and establishments. Situation and trends since 2016. Inserm, 2022.
- [15] Caliez F, Nguyen A-D, Ali Oicheih L, Demiguel V, Lebreton E, Regnault N. Santé périnatale à La Réunion - Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021). Saint-Denis (La Réunion) Agence regionale de santé, 2023.
- [16] Pioche C-V FM, Gustave J, Yacou C, Ayhan-Kancel G, Nadessin F-L, Demiguel V, Lebreton E, Regnault N. Perinatal health in Guadeloupe and Saint Martin. Results of the 2021 National Perinatal Survey in the DROM (ENP-DROM 2021). Saint-Maurice: Santé publique France, 2023.
- [17] Rosine J LE, Daudens-Vaysse E, Ruster L, Demiguel V, Regnault N. Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021). Saint-Maurice: Santé publique France, 2023.
- [18] Toibibou Z, Demiguel V, Lebreton E, Regnault N. and Balicchi J. Santé périnatale à Mayotte. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021). Santé publique France, 2023.
- [19] Cinelli H Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en Guyane. Inserm, 2023.
- [20] Salanave B Lebreton É, Demiguel V, Regnault N et Epifane2021 Study Group. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épifane 2021.
- [21] Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharoux 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 Épidémiol Hebd 2023;18:348-60.
- [22] Doncarli A, Demiguel V, Le Ray C, Deneux-Tharoux C, Lebreton E, Apter G, *et al.* Depression at 2 Months Postpartum: Results From the French National Perinatal Survey. J Clin Psychiatry. 2025;86(4).
- [23] Doncarli A, Demiguel V, Le Ray C, Deneux-Tharoux C, Lebreton E, Apter G, *et al.* Prevalence of anxiety symptoms and associated factors at 2 months postpartum, results from a 2021 French national prospective cohort study. Eur Psychiatry. 2024;67(1):e89.
- [24] Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86-92.
- [25] Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Arch Womens Ment Health. 2005;8(2):77-87.
- [26] 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.
- [27] Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017.
- [28] Éléonore Bleuzen SB, Adrien Gantois, Myriam Kheniche, Nathalie Baunot, Sophie Guillaume, Nathalie Piquée, Priscille Sauvegrain, Laurent Gaucher;. Entretien postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique. Collège National des Sages-Femmes de France, 2022.
- [29] Jacques M, Chantry AA, Tebeka S, Evrard A, Doncarli A, Lelong N, *et al.* Disrespectful Maternity Care and Postpartum Depression at 2 Months: A Population-Based Study. BJOG. 2026;133(4):751-60.

ANNEXE 1 | Symptômes de dépression à deux mois *post-partum* selon les caractéristiques des femmes ayant accouché en Guadeloupe ou en Hexagone, ENP-DROM2021, France (n=7 462)

	Guadeloupe (hors St-Martin)							Hexagone						
Effectifs	329							7 133						
Nbre de femmes (EPDS>=13)	84							1 121						
	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	IC95 %*	p*	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	[IC95 %]*	p*
Échantillon d'étude	-	-	30,6	[24,4-37,5]	-	-	-	-	-	16,7	[15,7-17,7]	-	-	-
Caractéristiques Socio-éco-démographiques														
Age	0,014							0,033						
15-24	14,7	[10,4-20,2]	50,0	[32,6-67,3]	1,54	[0,92-2,56]		10,7	[9,9-11,6]	20,4	[17,0-24,3]	1,30	[1,06-1,60]	
25-29	26,8	[21,3-33,1]	28,0	[17,1-42,3]	0,86	[0,48-1,55]		28,6	[24,5-29,8]	17,6	[15,7-19,7]	1,12	[0,97-1,30]	
30-34	33,4	[27,4-40,1]	32,4	[21,9-45,0]	1			36,4	[35,1-37,6]	15,7	[14,2-17,2]	1		
>=35	25,1	[19,9-31,1]	19,4	[12,0-29,9]	0,60	[0,33-1,07]		24,3	[23,3-25,4]	15,6	[14,0-17,4]	0,99	[0,86-1,15]	
Naissance à l'étranger	<0,001							<0,001						
Non	81,0	[75,1-85,8]	24,1	[17,9-31,7]	1			80,3	[79,1-81,4]	15,3	[14,4-16,4]	1		
Oui	19,0	[14,2-29,9]	59,3	[44,3-72,8]	2,46	[1,68-3,59]		19,7	[18,6-20,9]	22,2	[19,4-25,2]	1,44	[1,25-1,67]	
Vie en couple	0,046							<0,001						
Oui	61,2	[54,2-67,8]	25,3	[18,8-33,1]	1			95,2	[94,5-95,8]	16,2	[15,2-17,2]	1		
Non	38,8	[32,2-45,8]	38,9	[27,5-51,7]	1,54	[1,01-2,35]		4,8	[4,2-5,4]	26,1	[20,6-32,6]	1,61	[1,27-2,04]	
Niveau d'études	0,004							0,053						
>BAC	43,6	[37,2-50,2]	19,1	[12,7-27,7]	1			59,6	[58,3-61,0]	15,9	[14,8-17,1]	1		
<=BAC	56,4	[49,8-62,7]	38,0	[29,0-47,9]	1,98	[1,25-3,16]		40,4	[39,0-41,7]	17,9	[16,2-19,8]	1,13	[0,99-1,28]	
Ne pas travailler pendant la grossesse	<0,001							<0,001						
Non	49,4	[42,8-56,1]	19,8	[14,2-26,9]	1			70,6	[69,2-71,9]	14,9	[14,0-15,9]	1		
Oui	50,6	[43,9-57,2]	41,1	[31,1-51,9]	2,08	[1,37-3,13]		29,4	[28,1-30,8]	20,8	[18,6-23,2]	1,40	[1,23-1,59]	
Finance perçue	0,011							<0,001						
Vraiment/Plutôt à l'aise/ça va	30,9	[25,4-36,8]	25,0	[16,7-35,8]	1			59	[57,6-60,2]	14,3	[13,2-15,5]	1		
c'est juste	40,8	[34,4-47,6]	22,8	[14,1-34,7]	0,91	[0,50-1,65]		31,6	[30,4-32,9]	17,1	[15,4-19,0]	1,20	[1,05-1,37]	
Faire des dettes/c'est difficile	28,3	[22,1-35,4]	46,5	[32,5-60,9]	1,86	[1,13-3,05]		9,4	[8,6-10,3]	28,6	[24,6-33,1]	2,01	[1,69-2,38]	
Ne pas avoir de couverture maladie	0,003							0,018						
Non	94,8	[91,7-96,8]	28,2	[21,9-35,4]	1			98,9	[98,5-99,3]	16,5	[15,5-17,5]	1		
Oui	5,2	[3,2-8,3]	58,3	[34,4-78,9]	2,07	[1,28-3,32]		1,1	[0,7-1,5]	30,2	[17,5-46,9]	1,83	[1,11-3,03]	
Faible littératie (capacité à échanger avec les professionnels de santé)	<0,001							<0,001						
Non	87,2	[81,3-91,4]	26,3	[20,3-33,3]	1			94,6	[93,9-95,3]	15,5	[14,6-16,5]	1		
Oui	12,8	[8,6-18,7]	59,9	[40,1-76,9]	2,28	[1,52-3,42]		5,4	[4,7-6,1]	34,8	[28,7-41,5]	2,24	[1,85-2,72]	
Caractéristiques psychologiques/psychiatriques														
Suivi psychologie et/ou psychiatrique et/ou hospitalisation depuis l'adolescence	0,140							<0,001						
Non	90,1	[85,2-93,4]	28,7	[22,2-36,3]	1			84,8	[83,9-85,6]	15,0	[14,0-16,1]	1		
Oui	9,9	[6,5-14,8]	44,0	[24,0-66,2]	1,53	[0,87-2,70]		15,2	[14,4-16,1]	24,5	[21,9-27,3]	1,63	[1,43-1,86]	
Tristesse/Anhédonie pendant la grossesse	0,010							<0,001						
Aucun	59,6	[52,9-66,0]	22,6	[15,4-31,9]	1			67,6	[66,3-68,8]	10,7	[9,8-11,7]	1		
Tristesse seule ou Anhédonie seule	21,1	[16,0-27,3]	36,9	[23,7-52,3]	1,63	[0,95-2,79]		18,4	[17,5-19,4]	22,9	[20,5-25,6]	2,13	[1,85-2,46]	
Tristesse et anhédonie	19,3	[14,7-25,0]	47,5	[33,3-62,1]	2,10	[1,30-3,39]		14	[13,0-15,0]	36,6	[32,9-40,4]	3,41	[2,98-3,89]	

	Guadeloupe (hors St-Martin)							Hexagone						
Effectifs	329							7 133						
Nbre de femmes (EPDS>=13)	84							1 121						
	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	IC95 %*	p*	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	IC95 %*	p*
Santé psychologique perçue pendant la grossesse	<0,001							<0,001						
Bien/Assez bien	83	[77,2-87,5]	24,8	[18,5-32,3]	1			87,2	[86,2-88,1]	13,7	[12,8-14,7]	1		
Assez mal/Mal	17	[12,5-22,8]	53,1	[36,8-68,8]	2,14	[1,41-3,26]		12,8	[11,9-13,8]	36,1	[32,3-40,0]	2,63	[2,31-2,98]	
Caractéristiques médicales/Obstétricales														
Parité	0,734							0,927						
Primipare	38,2	[31,9-44,8]	27,9	[18,5-39,7]	1			41,7	[40,4-42,9]	16,8	[15,4-18,3]	1		
Multipare	61,8	[55,2-68,0]	30,2	[22,9-38,7]	1,08	[0,68-1,72]		58,3	[57,1-59,6]	16,7	[15,4-18,1]	0,99	[0,88-1,11]	
Surpoids ou obésité (>=25 kg/m2)	0,796							0,115						
Non	50,9	[44,1-57,6]	29,8	[20,8-40,7]	1			62,2	[60,9-63,4]	15,8	[14,7-17,0]	1		
Oui	49,1	[42,3-55,9]	28,0	[20,2-37,5]	0,94	[0,59-1,49]		37,8	[36,6-39,1]	17,4	[15,8-19,1]	1,10	[0,98-1,24]	
MAP/HTA avec hospitalisation	0,088							<0,001						
Non	92,1	[88,6-94,6]	26,7	[20,6-33,9]	1			92,6	[91,8-93,2]	16,0	[14,9-17,0]	1		
Oui	7,9	[5,4-11,4]	42,0	[24,8-61,4]	1,57	[0,93-2,63]		7,4	[6,8-8,1]	26,0	[21,7-30,8]	1,63	[1,35-1,96]	
Diabète gestationnel	0,500							0,721						
Non	88,8	[84,6-92,0]	27,9	[21,6-35,2]	1			84,1	[83,1-85,1]	16,6	[15,6-17,8]	1		
Oui	11,1	[7,9-15,4]	33,7	[19,4-51,8]	1,21	[0,69-2,10]		15,9	[14,9-16,9]	17,1	[14,8-19,8]	1,03	[0,88-1,21]	
Anémie en lien avec la grossesse	0,976							0,958						
Non	65,8	[59,1-71,9]	29,7	22,5-38,1	1			78,6	[77,4-79,7]	16,7	[15,6-17,8]	1		
Oui	34,2	[28,1-40,9]	29,9	19,7-42,6	1,00	0,63-1,61		21,4	[20,3-22,6]	16,7	14,6-18,9	1,00	[0,86-1,15]	
Ne pas consulter en prévision de la grossesse	0,915							0,011						
Non	20,9	[16,7-25,8]	30,0	[20,4-41,7]	1			38,2	[37-39,4]	15,0	[13,7-16,5]	1		
Oui	79,1	[74,2-83,3]	30,7	[23,4-39,1]	1,02	[0,66-1,59]		61,8	[60,6-63,0]	17,6	[16,3-18,9]	1,17	[1,04-1,32]	
Accouchement														
Modalité accouchement	0,185							0,022						
VBNI	75,4	[68,7-81,1]	27,1	[20,7-34,5]	1			66,5	[65,3-67,7]	15,8	[14,6-17,0]	1		
VBI	6,2	[3,7-10,3]	37,2	[14,8-66,8]	1,37	[0,61-3,08]		12,7	[11,9-13,5]	19,4	[16,7-22,3]	1,22	[1,04-1,45]	
Césarienne	18,4	[13,2-24,9]	42,6	[25,9-61,2]	1,57	[0,95-2,60]		20,8	[19,7-21,8]	18,1	[15,9-20,4]	1,14	[0,99-1,32]	
Peu ou pas satisfaite de la gestion de la douleur	0,111							0,41						
Non	78	[71,6-83,4]	28,2	20,9-36,9	1			90,7	[90,0-91,5]	16,4	[15,3-17,5]	1		
Oui	22	[16,6-28,4]	41,4	27,3-57,0	1,46	[0,91-2,34]		9,3	[8,5-10,0]	17,8	[14,7-21,4]	1,09	[0,90-1,33]	
Soutien individuel et social pdt grossesse														
Sentiment d'être entourée	0,384							<0,001						
TB/B entourée	90,8	[86,1-94,0]	29,6	[23,1-37,1]	1			91	[90,1-91,8]	14,8	[13,9-15,7]	1		
Peu ou pas entourée	9,2	[6,0-13,9]	38,5	[20,6-60,2]	1,30	[0,72-2,35]		9	[8,2-9,9]	34,6	[29,8-39,8]	2,34	[2,00-2,74]	
Ne pas bénéficier des séances de PNP	0,08							0,006						
Non	57	[50,2-63,6]	24,9	[17,4-34,5]	1			54,9	[53,6-56,3]	15,4	[14,3-16,5]	1		
Oui	43	[36,4-49,8]	37,3	[27,5-48,2]	1,49	[0,95-2,33]		45,1	[43,7-46,4]	18,1	[16,5-19,9]	1,18	[1,05-1,33]	

1. Pourcentage en colonne

2. Pourcentage de femmes présentant des symptômes de dépression à deux mois *post-partum* pour chaque modalité

* Rapport de prévalences (RP) des symptômes de dépression à 2 mois, Intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) and p-value globale (Régression de Poisson à variance robuste sur données pondérées). Les associations significatives au seuil de 5 % apparaissent en gras.

ANNEXE 2 | Symptômes de dépression à deux mois *post-partum* selon les caractéristiques des femmes ayant accouché en Martinique ou en Hexagone, ENP-DROM2021, France (n=7 532)

	Martinique							Hexagone						
Effectifs	399							7 133						
Nbre de femmes (EPDS>=13)	80							1 121						
	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	IC95 %*	p*	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	[IC95 %]*	p*
Échantillon d'étude	-	-	21,1	[16,9-26,1]	-	-	-	-	-	16,7	[15,7-17,7]	-	-	-
Socio-éco-démographiques														
Age	0,726							0,033						
15-24	18,1	14,2-22,8	23,2	[14,2-35,5]	1,11	[0,60-2,07]		10,7	[9,9-11,6]	20,4	[17,0-24,3]	1,30	[1,06-1,60]	
25-29	22,4	17,9-27,5	24,5	[15,0-37,3]	1,17	[0,63-2,18]		28,6	[24,5-29,8]	17,6	[15,7-19,7]	1,12	[0,97-1,30]	
30-34	29,6	24,8-34,8	20,8	[13,5-30,8]	1			36,4	[35,1-37,6]	15,7	[14,2-17,2]	1		
>=35	29,9	25,2-35,1	17,6	[11,6-26,0]	0,85	[0,47-1,51]		24,3	[23,3-25,4]	15,6	[14,0-17,4]	0,99	[0,86-1,15]	
Naissance à l'étranger	0,007							<0,001						
Non	91,1	87,1-93,9	19,1	[15,0-24,1]	1			80,3	[79,1-81,4]	15,3	[14,4-16,4]	1		
Oui	8,9	6,1-12,8	40,7	[23,0-61,5]	2,13	[1,22-3,69]		19,7	[18,6-20,9]	22,2	[19,4-25,2]	1,44	[1,25-1,67]	
Vie en couple	0,494							<0,001						
Oui	74,6	69,3-79,2	20,1	[15,5-25,7]	1			95,2	[94,5-95,8]	16,2	[15,2-17,2]	1		
Non	25,4	20,8-30,7	24,0	[15,1-35,8]	1,19	[0,72-1,96]		4,8	[4,2-5,4]	26,1	[20,6-32,6]	1,61	[1,27-2,04]	
Niveau d'études	0,004							0,053						
>BAC	55,5	49,8-61,0	15,1	[10,8-20,7]	1			59,6	[58,3-61,0]	15,9	[14,8-17,1]	1		
<=BAC	44,5	39,0-50,2	28,7	[21,2-37,5]	1,89	[1,23-2,92]		40,4	[39,0-41,7]	17,9	[16,2-19,8]	1,13	[0,99-1,28]	
Ne pas travailler pendant la grossesse	<0,001							<0,001						
Non	60,2	54,6-65,6	14,5	[10,4-19,7]	1			70,6	[69,2-71,9]	14,9	[14,0-15,9]	1		
Oui	39,8	34,4-45,4	31,0	[23,0-40,5]	2,15	[1,40-3,30]		29,4	[28,1-30,8]	20,8	[18,6-23,2]	1,40	[1,23-1,59]	
Finance perçue	0,104							<0,001						
Vraiment/Plutôt à l'aise/ça va	37,8	32,8-43,2	16,6	[11,3-23,6]	1			59	[57,6-60,2]	14,3	[13,2-15,5]	1		
C'est juste	40,7	35,3-46,3	20,9	[14,3-29,5]	1,26	[0,75-2,11]		31,6	[30,4-32,9]	17,1	[15,4-19,0]	1,20	[1,05-1,37]	
Faire des dettes/c'est difficile	21,5	17,1-26,6	29,7	[19,4-42,6]	1,79	[1,04-3,07]		9,4	[8,6-10,3]	28,6	[24,6-33,1]	2,01	[1,69-2,38]	
Ne pas avoir de couverture maladie	0,303							0,018						
Non	95,6	91,8-97,7	21,3	[17,0-26,3]	1			98,9	[98,5-99,3]	16,5	[15,5-17,5]	1		
Oui	4,4	2,3-8,2	35,9	[11,0-71,7]	1,69	[0,62-4,57]		1,1	[0,7-1,5]	30,2	[17,5-46,9]	1,83	[1,11-3,03]	
Faible littératie (capacité à échanger)	0,864							<0,001						
Non	96,3	93,8-97,8	21	[16,7-26,1]	1			94,6	[93,9-95,3]	15,5	[14,6-16,5]	1		
Oui	3,7	2,2-6,2	23,0	[7,6-51,9]	1,09	[0,39-3,01]		5,4	[4,7-6,1]	34,8	[28,7-41,5]	2,24	[1,85-2,72]	
Caractéristiques psychologiques/psychiatriques														
Suivi psychologique et/ou psychiatrique et/ou hospitalisation depuis l'adolescence	0,492							<0,001						
Non	89,6	85,4-92,7	19,5	[15,2-24,8]	1			84,8	[83,9-85,6]	15,0	[14,0-16,1]	1		
Oui	10,4	7,3-14,6	24,6	[12,7-42,3]	1,26	[0,65-2,43]		15,2	[14,4-16,1]	24,5	[21,9-27,3]	1,63	[1,43-1,86]	
Tristesse/Anhédonie pendant la grossesse	<0,001							<0,001						
Aucun	54,6	49,0-60,0	12,9	[8,4-19,3]	1			67,6	[66,3-68,8]	10,7	[9,8-11,7]	1		
Tristesse ou Anhédonie seule	24,6	20,3-29,5	20,8	[13,7-30,3]	1,61	[0,90-2,86]		18,4	[17,5-19,4]	22,9	[20,5-25,6]	2,13	[1,85-2,46]	
Tristesse/anhédonie	20,8	16,5-26,0	43,0	[30,8-56,1]	3,32	[1,99-5,54]		14	[13,0-15,0]	36,6	[32,9-40,4]	3,41	[2,98-3,89]	

	Martinique							Hexagone						
Effectifs	399							7 133						
Nbre de femmes (EPDS>=13)	80							1 121						
	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	IC95 %*	p*	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	[IC95 %]*	p*
Santé psychologique perçue pendant la grossesse	0,003							<0,001						
Bien/Assez bien	80,2	75,2-84,3	17,7	[13,3-23,3]	1			87,2	[86,2-88,1]	13,7	[12,8-14,7]	1		
Assez mal/Mal	19,8	15,7-24,8	34,8	[24,1-47,3]	1,96	[1,26-3,05]		12,8	[11,9-13,8]	36,1	[32,3-40,0]	2,63	[2,31-2,98]	
Caractéristiques médicales/Obstétricales														
Parité	0,812							0,927						
Primipare	46,1	40,7-51,6	20,5	[14,6-28,1]	1			41,7	[40,4-42,9]	16,8	[15,4-18,3]	1		
Multipare	53,9	48,3-59,3	21,6	[16,0-28,6]	1,05	[0,68-1,64]		58,3	[57,1-59,6]	16,7	[15,4-18,1]	0,99	[0,88-1,11]	
Surpoids ou obésité (>=25 kg/m2)	0,188							0,115						
Non	49,2	43,6-54,7	16,8	[11,7-23,5]	1			62,2	[60,9-63,4]	15,8	[14,7-17,0]	1		
Oui	50,8	45,3-56,4	22,8	[16,8-30,0]	1,35	[0,86-2,13]		37,8	[36,6-39,1]	17,4	[15,8-19,1]	1,10	[0,98-1,24]	
MAP/HTA avec hospitalisation	0,389							<0,001						
Non	91,2	87,8-93,7	20,5	[16,0-25,8]	1			92,6	[91,8-93,2]	16,0	[14,9-17,0]	1		
Oui	8,8	6,3-12,2	26,9	[14,3-44,8]	1,31	[0,70-2,48]		7,4	[6,8-8,1]	26,0	[21,7-30,8]	1,63	[1,35-1,96]	
Diabète gestationnel	0,204							0,721						
Non	90	86,1-92,9	19,9	[15,5-25,3]	1			84,1	[83,1-85,1]	16,6	[15,6-17,8]	1		
Oui	10	7,1-13,8	28,7	[16,5-45,1]	1,44	[0,82-2,53]		15,9	[14,9-16,9]	17,1	[14,8-19,8]	1,03	[0,88-1,21]	
Anémie en lien avec la grossesse	0,034							0,958						
Non	51,6	46,0-57,1	25,9	[19,2-33,9]	1			78,6	[77,4-79,7]	16,7	[15,6-17,8]	1		
Oui	48,4	42,9-54,0	16,1	[11,4-22,2]	0,62	[0,40-0,96]		21,4	[20,3-22,6]	16,7	14,6-18,9	1,00	[0,86-1,15]	
Ne pas consulter en prévision de la grossesse	0,895							0,011						
Non	20,9	17,1-25,3	21,7	[14,0-31,9]	1			38,2	[37-39,4]	15,0	[13,7-16,5]	1		
Oui	79,1	74,7-82,9	21,0	[16,1-26,8]	0,97	[0,59-1,57]		61,8	[60,6-63,0]	17,6	[16,3-18,9]	1,17	[1,04-1,32]	
Accouchement														
Modalité accouchement	0,601							0,022						
VBNI	70,6	65,2-75,5	22,6	[17,4-28,8]	1			66,5	[65,3-67,7]	15,8	[14,6-17,0]	1		
VBI	10,9	7,8-15,1	17,9	[8,7-33,3]	0,79	[0,38-1,63]		12,7	[11,9-13,5]	19,4	[16,7-22,3]	1,22	[1,04-1,45]	
Césarienne	18,5	14,5-23,4	17,3	[9,9-28,6]	0,77	[0,42-1,39]		20,8	[19,7-21,8]	18,1	[15,9-20,4]	1,14	[0,99-1,32]	
Peu ou pas Satisfaction gestion de la douleur	0,839							0,41						
Non	78	72,6-82,6	21,7	[16,6-27,9]	1			90,7	[90,0-91,5]	16,4	[15,3-17,5]	1		
Oui	22	17,4-27,4	23	[13,5-36,5]	1,06	[0,60-1,86]		9,3	[8,5-10,0]	17,8	[14,7-21,4]	1,09	[0,90-1,33]	
Soutien individuel et social pendant la grossesse														
Sentiment d'être entourée	<0,001							<0,001						
Très bien/Bien entourée	90,9	86,9-93,7	18,7	[14,6-23,6]	1			91	[90,1-91,8]	14,8	[13,9-15,7]	1		
Peu ou pas entourée	9,1	6,3-13,1	45,2	[26,9-64,9]	2,42	[1,46-3,99]		9	[8,2-9,9]	34,6	[29,8-39,8]	2,34	[2,00-2,74]	
Ne pas bénéficier des séances de PNP	0,049							0,006						
Non	63,4	57,7-68,7	17,6	[12,9-23,6]	1			54,9	[53,6-56,3]	15,4	[14,3-16,5]	1		
Oui	36,6	31,3-42,3	27,4	[19,6-36,8]	1,55	[1,00-2,41]		45,1	[43,7-46,4]	18,1	[16,5-19,9]	1,18	[1,05-1,33]	

1 Pourcentage en colonne

2 Pourcentage de femmes présentant des symptômes de dépression à deux mois *post-partum* pour chaque modalité

* Rapport de prévalences (RP) des symptômes de dépression à 2 mois, Intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) et p-value globale (Régression de Poisson à variance robuste sur données pondérées). Les associations significatives au seuil de 5% apparaissent en gras.

ANNEXE 3 | Symptômes de dépression à deux mois *post-partum* selon les caractéristiques des femmes ayant accouché à La Réunion ou en Hexagone, ENP-DROM2021, France (n=8 107)

	La Réunion							Hexagone						
Effectifs	974							7 133						
Nbre de femmes (EPDS>=13)	542							1 121						
	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	IC95 %*	p*	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	[IC95 %]*	p*
Échantillon d'étude			17,5	[14,1-21,5]				-	-	16,7	[15,7-17,7]	-	-	-
Socio-éco-démographie														
Age							0,798							0,033
15-24	24,1	[20,0-28,7]	19,2	[11,6-30,1]	1,12	[0,62-2,03]		10,7	[9,9-11,6]	20,4	[17,0-24,3]	1,30	[1,06-1,60]	
25-29	27,7	[23,4-32,5]	19,1	[13,1-27,0]	1,12	[0,68-1,85]		28,6	[24,5-29,8]	17,6	[15,7-19,7]	1,12	[0,97-1,30]	
30-34	26	[22,1-30,2]	17,1	[12,0-23,8]	1			36,4	[35,1-37,6]	15,7	[14,2-17,2]	1		
>=35	22,2	[18,3-26,5]	14,1	[8,1-23,4]	0,83	[0,44-1,56]		24,3	[23,3-25,4]	15,6	[14,0-17,4]	0,99	[0,86-1,15]	
Naissance à l'étranger							0,558							<0,001
Non	93,7	[90,9-95,6]	17,7	[14,1-21,9]	1			80,3	[79,1-81,4]	15,3	[14,4-16,4]	1		
Oui	6,3	[4,4-9,1]	13,6	[5,6-29,5]	0,77	[0,32-1,84]		19,7	[18,6-20,9]	22,2	[19,4-25,2]	1,44	[1,25-1,67]	
Vie en couple							0,686							<0,001
Oui	73,4	[68,6-77,8]	17	[13,3-21,5]	1			95,2	[94,5-95,8]	16,2	[15,2-17,2]	1		
Non	26,6	[22,2-31,4]	18,8	[11,9-28,4]	1,11	[0,67-1,82]		4,8	[4,2-5,4]	26,1	[20,6-32,6]	1,61	[1,27-2,04]	
Niveau d'études							0,843							0,053
>BAC	42,3	[37,6-47,2]	17,1	[12,6-22,8]	1			59,6	[58,3-61,0]	15,9	[14,8-17,1]	1		
<=BAC	57,7	[52,8-62,4]	17,8	[13,1-23,7]	1,04	[0,68-1,58]		40,4	[39,0-41,7]	17,9	[16,2-19,8]	1,13	[0,99-1,28]	
Ne pas travailler pendant la grossesse							0,564							<0,001
Non	46,3	[41,4-51,2]	16,4	[12,0-22,0]	1			70,6	[69,2-71,9]	14,9	[14,0-15,9]	1		
Oui	53,7	[48,8-58,5]	18,6	[13,7-24,7]	1,13	[0,74-1,73]		29,4	[28,1-30,8]	20,8	[18,6-23,2]	1,40	[1,23-1,59]	
Finance perçue							0,165							<0,001
Vraiment/Plutôt à l'aise/ça va	48	[43,1-52,9]	14,5	[10,2-20,1]	1			59	[57,6-60,2]	14,3	[13,2-15,5]	1		
C'est juste	36,8	[32,3-41,6]	18,1	[12,7-25,0]	1,24	[0,77-2,01]		31,6	[30,4-32,9]	17,1	[15,4-19,0]	1,20	[1,05-1,37]	
Faire des dettes/c'est difficile	15,2	[11,9-19,0]	25,1	[15,4-38,1]	1,73	[0,98-3,05]		9,4	[8,6-10,3]	28,6	[24,6-33,1]	2,01	[1,69-2,38]	
Ne pas avoir de couverture maladie														0,018
Non	100	[-]	17,5	14,1-21,5				98,9	[98,5-99,3]	16,5	[15,5-17,5]	1		
Oui	0	[-]	-	-	-	-	-	1,1	[0,7-1,5]	30,2	[17,5-46,9]	1,83	[1,11-3,03]	
Faible littératie (capacité à échanger avec les professionnels de santé)							0,599							<0,001
Non	93,1	[90,5-95,0]	17,9	[14,3-22,1]	1			94,6	[93,9-95,3]	15,5	[14,6-16,5]	1		
Oui	6,9	[5,0-9,5]	14,5	[6,5-29,1]	0,81	[0,37-1,78]		5,4	[4,7-6,1]	34,8	[28,7-41,5]	2,24	[1,85-2,72]	
Caractéristiques psychologiques/psychiatriques														
Suivi psychologique et/ou psychiatrique et/ou hospitalisation depuis l'adolescence							0,063							<0,001
Non	89,9	[86,1-92,8]	15,7	[12,2-20,0]	1			84,8	[83,9-85,6]	15,0	[14,0-16,1]	1		
Oui	10,1	[7,2-13,9]	27,9	[15,2-45,5]	1,77	[0,97-3,25]		15,2	[14,4-16,1]	24,5	[21,9-27,3]	1,63	[1,43-1,86]	
Tristesse/Anhédonie pendant la grossesse							<0,001							<0,001
Aucun	62,5	[57,5-67,2]	11,7	[8,8-15,6]	1			67,6	[66,3-68,8]	10,7	[9,8-11,7]	1		
Tristesse seule ou Anhédonie seule	22,3	[18,2-26,9]	27,2	[18,2-38,7]	2,32	[1,44-3,73]		18,4	[17,5-19,4]	22,9	[20,5-25,6]	2,13	[1,85-2,46]	
Tristesse/anhédonie	15,2	[12,0-19,2]	27,1	[17,1-40,1]	2,31	[1,38-3,87]		14	[13,0-15,0]	36,6	[32,9-40,4]	3,41	[2,98-3,89]	

	La Réunion							Hexagone						
Effectifs	974							7 133						
Nbre de femmes [EPDS>=13]	542							1 121						
	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	IC95 %*	p*	% ¹	IC95 %	DPP ²	IC95 %	RP*	[IC95 %]*	p*
Santé psychologique perçue pendant grossesse	0,007							<0,001						
Bien/Assez bien	85	[80,8-88,3]	15,4	[12,0-19,6]	1			87,2	[86,2-88,1]	13,7	[12,8-14,7]	1		
Assez mal/Mal	15	[11,7-19,2]	29,8	[19,1-43,3]	1,92	[1,19-3,11]		12,8	[11,9-13,8]	36,1	[32,3-40,0]	2,63	[2,31-2,98]	
Caractéristiques médicales/Obstétricales														
Parité	0,251							0,927						
Primipare	36,7	[32,1-41,6]	14,5	[9,5-21,7]	1			41,7	[40,4-42,9]	16,8	[15,4-18,3]	1		
Multipare	63,3	[58,4-67,9]	19,3	[15,0-24,5]	1,33	[0,82-2,16]		58,3	[57,1-59,6]	16,7	[15,4-18,1]	0,99	[0,88-1,11]	
Surpoids ou obésité (>=25 kg/m²)	0,542							0,115						
Non	51,8	[46,8-56,8]	16,5	[12,2-22,0]	1			62,2	[60,9-63,4]	15,8	[14,7-17,0]	1		
Oui	48,2	[43,2-53,2]	18,9	[13,7-25,4]	1,14	[0,74-1,75]		37,8	[36,6-39,1]	17,4	[15,8-19,1]	1,10	[0,98-1,24]	
MAP/HTA avec hospitalisation	0,943							<0,001						
Non	87,7	[83,7-90,9]	17,2	[13,6-21,6]	1			92,6	[91,8-93,2]	16,0	[14,9-17,0]	1		
Oui	12,3	[9,1-16,3]	17,7	[8,9-32,2]	1,02	[0,51-2,05]	-	7,4	[6,8-8,1]	26,0	[21,7-30,8]	1,63	[1,35-1,96]	
Diabète gestationnel	0,84							0,721						
Non	77	[72,4-81,0]	17,6	[13,7-22,3]	1			84,1	[83,1-85,1]	16,6	[15,6-17,8]	1		
Oui	23	[19,0-27,6]	16,7	[10,5-25,6]	0,95	[0,57-1,58]		15,9	[14,9-16,9]	17,1	[14,8-19,8]	1,03	[0,88-1,21]	
Anémie en lien avec la grossesse	0,896							0,159						
Non	49,0	[44,2-54,3]	17,4	[12,6-23,5]	1			76,0	[74,8-77,1]	16,3	[15,2-17,4]	1		
Oui	51,0	[45,7-55,7]	17,9	[13,1-23,9]	1,03	[0,67-1,58]		24,0	[22,9-25,2]	18,0	[15,9-20,4]	1,11	[0,96-1,27]	
Ne pas consulter en prévision de la grossesse	0,152							0,011						
Non	21,8	[18,3-25,8]	12,8	[7,9-20,1]	1			38,2	[37-39,4]	15,0	[13,7-16,5]	1		
Oui	78,2	[74,2-81,7]	18,8	[14,7-23,6]	1,46	[0,87-2,7]		61,8	[60,6-63,0]	17,6	[16,3-18,9]	1,17	[1,04-1,32]	
Accouchement														
Modalités accouchement	0,971							0,022						
VBNI	68	[63,2-72,6]	17,8	[14,0-22,8]	1			66,5	[65,3-67,7]	15,8	[14,6-17,0]	1		
VBI	10,6	[7,9-14,0]	16,1	[6,9-33,0]	0,91	[0,40-2,07]		12,7	[11,9-13,5]	19,4	[16,7-22,3]	1,22	[1,04-1,45]	
Césarienne	21,4	[17,4-25,9]	17,3	[10,2-27,8]	0,97	[0,55-1,70]		20,8	[19,7-21,8]	18,1	[15,9-20,4]	1,14	[0,99-1,32]	
Peu ou pas satisfaite de la gestion de la douleur	0,607							0,41						
Non	79,2	[74,3-83,4]	17	[13,1-21,6]	1			90,7	[90,0-91,5]	16,4	[15,3-17,5]	1		
Oui	20,8	[16,6-25,7]	19,6	[11,6-31,1]	1,16	[0,66-2,01]		9,3	[8,5-10,0]	17,8	[14,7-21,4]	1,09	[0,90-1,33]	
Soutien individuel et social pdt grossesse														
Sentiment d'être entourée	<0,001							<0,001						
Très bien/Bien entourée	89,6	[85,7-92,6]	15	[11,8-18,9]	1			91	[90,1-91,8]	14,8	[13,9-15,7]	1		
Peu ou pas entourée	10,4	[7,4-14,3]	39,5	[24,1-57,3]	2,63	[1,60-4,32]		9	[8,2-9,9]	34,6	[29,8-39,8]	2,34	[2,00-2,74]	
Ne pas bénéficier des séances de PNP	0,228							0,006						
Non	50,5	[45,5-55,4]	15,3	11,2-20,4	1			54,9	[53,6-56,3]	15,4	[14,3-16,5]	1		
Oui	49,5	[44,6-54,5]	19,8	14,6-26,2	1,29	[0,85-1,96]		45,1	[43,7-46,4]	18,1	[16,5-19,9]	1,18	[1,05-1,33]	

1. Pourcentage en colonne

2. Pourcentage de femmes présentant des symptômes de dépression à deux mois *post-partum* pour chaque modalité

* Rapport de prévalences (RP) des symptômes de dépression à 2 mois, Intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) and p-value globale (Régression de Poisson à variance robuste sur données pondérées). Les associations significatives au seuil de 5% apparaissent en gras.

AUTEURS

Alexandra Doncarli, Santé publique France; Sarah Tebeka, Assistance publique-Hôpitaux de Paris; Nolwenn Regnault, Santé publique France; Anne Moulin, Santé publique France.

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL, RELECTEURS DE LA SYNTHÈSE

Les membres du groupe de travail

« Santé mentale » de Santé publique France :

Virginie Demiguel, Santé publique France; Camille Le Ray, Inserm, Assistance publique-Hôpitaux de Paris; Catherine Deneux-Tharoux, Inserm; Elodie Lebreton, Santé publique France; Gisèle Apter, Université de Rouen Normandie; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France; Catherine Crenn-Hebert, Assistance publique-Hôpitaux de Paris; Romain Dugravier, GHU Paris, Psychiatrie et Neurosciences; Marie-Noëlle Vacheron, GHU Paris, Psychiatrie et Neurosciences.

Les membres du groupe de travail

« Santé mentale - DROM Antilles » :

Gülen Ayhan-kancel, Dispositif spécifique régional en périnatalité, GIP-RASPEG- Guadeloupe; Marie-Laure Audel, Agence régionale de Santé-Martinique; Klarys Charlery-Adele, Agence régionale de Santé-Martinique; Valentine Manzoni-Gouachon, Agence régionale de Santé-Martinique; Malika Lamalle, Réseau en santé périnatale; Jean-Claude Carolina, Protection maternelle et infantile-Martinique; Alix Moulancier, Protection maternelle et infantile-Martinique; Camille Resid, Protection maternelle et infantile-Martinique; Kattia Thalmensy, Protection maternelle et infantile-Martinique; Mathilde Melin, Santé publique France; Jacques Rosine, Santé publique France.

Les membres du groupe de travail

« Santé mentale - DROM Réunion » :

Florence Caliez, Agence régionale de La Réunion; Anh Dao N'Guyen, Agence régionale de La Réunion; Valérie Achon, Professionnel de santé; Sophie Asensio, Professionnel de santé; Aurélie Bouthier, Professionnel de santé; Oriane Collet, Professionnel de santé; Kelam Mouind, Professionnel de santé; Julia Rouillay, Professionnel de santé; Isabelle Villefranque, Professionnel de santé; Fabian Thouillot, Santé publique France; Muriel Vincent, Santé publique France

REMERCIEMENTS

Tous nos remerciements aux mères qui ont accepté de participer aux différentes enquêtes (ENP, ENP-DROM2021 et Epifane2021) et à l'ensemble des personnels impliqués dans leur conception, pilotage, collecte des données, monitoring et data management sans lesquels ces différentes analyses n'auraient pu être menées.

Aspects éthiques

Toutes les enquêtes ont reçu l'approbation éthique et les autorisations légales nationales protégeant les personnes, la sécurité des données et la confidentialité.

En particulier, pour sa réalisation, l'ENP2021 a reçu l'avis d'opportunité auprès du Conseil national de l'information statistiques le 14 octobre 2019, le label d'intérêt général et de qualité statistique auprès du Comité du Label (Visa n° 2021X701SA, arrêté du 23 novembre 2020), l'avis favorable d'un Comité de protection des personnes (CPP) le 7 juillet 2020, et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) (DR-2020-391 du 31 décembre 2020).

Pour les extensions de l'ENP2021 dans les DROM s'ajoutent également un avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) obtenu le 30 novembre 2020 et une autorisation spécifique de la CNIL (DR-2021-067) délivrée le 19 mars 2021. Concernant Epifane2021, l'avis favorable du CPP Sud-Ouest et outre-mer II n° 2-20-081 id9129 a été obtenu le 25 septembre 2020 et l'autorisation de la Cnil le 16 juillet 2021 (DR-2021-212).

Financement

Toutes les enquêtes présentées dans cette synthèse ont été entièrement financées par des fonds publics.

MOTS-CLÉS :

SANTÉ MENTALE PÉRINATALE,
DÉPRESSION DU *POST-PARTUM*,
ANXIÉTÉ DU *POST-PARTUM*,
IDÉES SUICIDAIRES,
DISPARITÉS TERRITORIALES,
DROM, OUTRE-MER

KEY WORDS:

PERINATAL MENTAL HEALTH,
POSTPARTUM DEPRESSION,
POSTPARTUM ANXIETY,
SUICIDAL IDEATION,
REGIONAL DISPARITIES,
OVERSEAS TERRITORIES