



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : TSSH2522275J (numéro interne : 2025/118)
Date de signature	04/08/2025
Emetteur	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Mise en en place d'un parcours de prise en charge de la dépression post-partum.
Action à réaliser	Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) des territoires retenus désignent, en lien avec l'ARS, un chef de projet chargé de la mise en place, de l'adaptation et de la coordination du parcours de prise en charge de la dépression post-partum sur son territoire.
Résultats attendus	Un parcours de repérage et de prise en charge coordonné, gradué et intégré de la dépression post-partum, articulé entre tous les professionnels concernés ; le renforcement de leur formation et la systématisation de l'information des parents sur la dépression post-partum.
Echéance	Il est demandé de mettre en place le parcours à partir d'août 2025, pour une durée de 3 ans.
Contact utile	Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital Bureau de la prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables (P3) Mél. : dgos-P3@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages + 3 annexes (6 pages) Annexe 1 : Missions et compétences attendues du chef de projet Annexe 2 : Composantes du parcours de santé Annexe 3 : Cadre d'évaluation de l'expérimentation
Résumé	La présente instruction a pour objet d'accompagner les territoires sélectionnés pour mettre en œuvre l'expérimentation. Elle vient préciser les objectifs et les éléments qui serviront à l'évaluation.

Mention Outre-mer	Un territoire d'Outre-mer - la Martinique - a été retenu pour mener l'expérimentation.
Mots-clés	Expérimentation ; dépression post-partum ; dispositif spécifique régional en périnatalité (DSRP) ; périnatalité.
Classement thématique	Santé publique / Santé des populations et prévention
Textes de référence	- Article 61 de la Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 ; - Décret n° 2025-559 du 21 juin 2025 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation visant à mettre en place un parcours de prise en charge de la dépression post-partum ; - Arrêté du 21 juin 2025 établissant la liste des territoires participant à l'expérimentation visant à mettre en place un parcours de prise en charge de la dépression post-partum.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Il est attendu des ARS un relai des orientations données par l'instruction auprès des DSRP.
Validée par le CNP le 25 juillet 2025 - Visa CNP 2025-47	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

1. Contexte

L'article 61 de la Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 prévoit d'améliorer l'accompagnement des femmes confrontées à une dépression post-partum en expérimentant la mise en place d'un parcours de prise en charge spécifique dans six régions et pour trois ans.

Ce parcours a pour objectif « de prendre en charge le plus précocement possible les femmes diagnostiquées, de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques du post-partum, d'améliorer l'orientation de ces femmes, de faciliter leur accès à un suivi psychologique et d'améliorer leur suivi médical. Il vise à systématiser l'information des femmes sur la dépression post-partum, sur les possibilités de traitement ou d'intervention et sur les dispositifs de suivi médical et d'accompagnement psychologique disponibles. »

La coordination de l'ensemble des acteurs de la périnatalité apparaît comme un enjeu majeur pour garantir une prise en charge pluridisciplinaire des parents et de leur enfant, leur apporter les soins nécessaires et limiter les conséquences à court, moyen et à long terme de la dépression post-partum.

Cette instruction est l'aboutissement de travaux menés dans le cadre d'un groupe de travail national composé de directions d'administration centrale, de la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, de représentants des ARS, de représentants des professionnels concernés (psychiatres, psychologues, sages-femmes, puéricultrices, etc.) et de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité.

Cette instruction permet le lancement de l'expérimentation en précisant ses objectifs, les territoires expérimentateurs, la désignation d'un chef de projet et ses missions, les principales composantes du parcours de prise en charge, le suivi et l'évaluation de cette expérimentation.

2. L'expérimentation

2.1. Objectifs de l'expérimentation

L'expérimentation poursuit les objectifs suivants :

- Former les professionnels de santé sur les conséquences psychologiques du post-partum ;
- Systématiser l'information des parents sur la dépression post-partum, sur les possibilités de traitement ou d'intervention et sur les dispositifs de suivi médical et d'accompagnement psychologique disponibles ;
- Améliorer l'accès à un suivi psychologique pour les parents présentant des symptômes pouvant évoquer une dépression post-partum et l'accès à un suivi médical (notamment en soins conjoints si cela est nécessaire).

2.2. Territoires expérimentateurs

Les territoires sélectionnés pour mettre en œuvre cette expérimentation sont les suivants : Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Martinique, Normandie, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Ces territoires ont été sélectionnés en tenant compte notamment de la présence d'un dispositif spécifique régional en périnatalité unifié à l'échelle régionale, qui sera mobilisé pour la mise en œuvre de l'expérimentation, de la représentativité de la taille des territoires et de la prévalence différente de la dépression post-partum.

2.3. Désignation d'un chef de projet pour la mise en œuvre de l'expérimentation

Afin de permettre la mise en œuvre de cette expérimentation, il est demandé par la présente instruction aux ARS des territoires expérimentateurs, de s'assurer que les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) désignent un chef de projet chargé - avec l'appui de l'ARS et en lien avec l'ensemble des professionnels concernés - de la coordination de l'expérimentation à l'échelle régionale.

Le chef de projet dispose des compétences spécifiées en annexe 1. Le profil du professionnel désigné dépend également des ressources disponibles sur le territoire.

La désignation du chef de projet doit intervenir dès que possible pour permettre la mise en place du parcours de prise en charge de la dépression post-partum.

Des financements ont été alloués dans la première circulaire budgétaire pour le Fonds d'intervention régional (FIR) 2025 aux ARS afin de permettre le renforcement des équipes des DSRP.

2.4. Missions du chef de projet

Pour assurer la bonne mise en œuvre de l'expérimentation et l'effectivité du parcours, le chef de projet :

- Travaille à l'amélioration de la coordination des différentes structures de soins, pour permettre la mise en place d'un parcours dont les grandes lignes sont définies dans l'annexe 2 associant l'ensemble des professionnels de la périnatalité et de la santé mentale, dont les équipes de psychiatrie périnatale de son territoire ;

- Entretien le réseau des professionnels concernés par la dépression post-partum à l'échelle infrarégionale afin de faciliter le repérage, l'orientation et une prise en charge graduée ;
- Participe à l'organisation de formations, au recensement des ressources de son territoire et à l'évaluation de l'expérimentation.

Ses missions sont précisées dans l'annexe 1.

3. Les principales composantes du parcours

Les principales composantes du parcours mentionné dans le décret sont précisées en annexe 2.

L'expérimentation doit s'appuyer sur les dispositifs existants. Ainsi, une souplesse est laissée aux DSRP sur les modalités de déclinaison de l'expérimentation dans la région, en tenant compte de l'organisation de l'offre de soins, des ressources humaines et des dispositifs disponibles sur son territoire.

Le chef de projet accompagne la déclinaison du parcours de santé sur son territoire avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le repérage et la prise en charge de la dépression post-partum. Plusieurs échelles peuvent être envisagées : infra-départementale, territoire du projet territorial de santé mentale (PTSM), départementale, etc.

4. Suivi de l'expérimentation et évaluation

Appuyés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en tant qu'évaluateur, les DSRP, les professionnels impliqués dans l'expérimentation et le chef de projet participent à la collecte des données selon les indicateurs définis (cf. annexe 3). Le chef de projet compile ces données et les transmet au niveau national ainsi qu'à l'évaluateur au mois de juin de chaque année.

Un comité de suivi national se réunit annuellement au mois de décembre pour suivre la mise en œuvre de l'expérimentation, les avancées effectuées et valider la remontée des indicateurs nécessaires à l'évaluation. Le premier comité de suivi aura lieu au mois de décembre 2025.

Ce comité de suivi est composé d'un représentant des différentes directions d'administration centrale concernées, de la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, de la Caisse nationale d'assurance maladie, des ARS sélectionnées pour l'expérimentation, de l'ANAP et de la Fédération française des réseaux santé en périnatalité. Le comité peut convier des personnalités qualifiées dont les compétences sont reconnues en matière de périnatalité, de santé mentale ou de psychiatrie périnatale.

Les chefs de projets seront réunis régulièrement par la DGOS. L'objectif est de les mettre en lien, de les accompagner dans la mise en œuvre de l'expérimentation et de créer un espace de partage d'expériences. Les DSRP, les ARS et l'évaluateur seront conviés à ces réunions.

L'article 61 de la LFSS pour 2024 prévoit la remise du rapport d'évaluation de l'expérimentation « au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation », soit en avril 2028.

L'évaluation doit nourrir les réflexions quant aux suites à donner à l'expérimentation. Le rapport final analysera donc la pertinence du rôle des DSRP dans cette expérimentation, des missions du chef de projet par rapport aux besoins de repérage précoce de la dépression post-partum, et celle des modalités de déploiement de l'expérimentation pour conditionner sa réussite. Il devra également interroger l'opportunité de généraliser une telle expérimentation.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe,

Signé

Sophie BARON

Pour la ministre et par délégation :

La cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins,

Signé

Clotilde DURAND

Missions et compétences attendues du chef de projet

1. Missions du chef de projet

Pour assurer ses missions de coordination, le chef de projet s'appuie sur l'ensemble des acteurs de périnatalité, de santé mentale et de psychiatrie qui jouent un rôle dans le repérage et la prise en charge de la dépression post-partum. Il assure également l'articulation du parcours de santé avec l'action des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), pouvant s'appuyer sur les travaux de ces derniers afin de mettre en œuvre l'expérimentation.

A. Faciliter l'information auprès des parents

Pour ce faire, le chef de projet bénéficie d'affiches mises à disposition par la DGOS. Ces supports devront être transmis aux acteurs de première ligne (médecins de ville, pharmaciens, infirmiers...). Il veillera à ce que ces supports soient, autant que de possible, mis à disposition des patients au sein des cabinets, centres de santé, centres périnataux de proximité, maisons de santé, maternités, par exemple.

Une marge de manœuvre est laissée au chef de projet pour convenir de la meilleure stratégie à adopter.

De son côté, le ministère prévoit une page Internet de sensibilisation à la dépression post-partum et à la mise en œuvre de cette expérimentation. Cette page permettra d'opérer un renvoi vers les ressources des 1000 premiers jours¹ et un lien vers le site Ameli².

B. Permettre la formation des professionnels de santé

Le chef de projet favorise l'accès des professionnels médicaux (médecins généralistes, psychiatres, pédiatres, gynécologues, obstétriciens, sages-femmes) aux formations sur les conséquences psychologiques du post-partum. D'autres professionnels peuvent également être associés autant que de besoin tels que les psychologues, puéricultrices, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les infirmiers, les professionnels de la petite enfance.

Pour cela, il peut s'appuyer sur des outils de formation existants dans sa région ainsi qu'au niveau national (tel que le MOOC « santé mentale périnatale ») et/ou le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale.

Le DSRP peut également dispenser des formations s'il dispose de la certification Qualiopi. Le chef de projet peut enfin faire appel à des organismes extérieurs ou mobiliser des professionnels en interne qui soient capables d'assurer une formation.

Les sessions de formation organisées doivent permettre de former les professionnels sur les compétences nécessaires au repérage des signes de vulnérabilité dès la grossesse et les conséquences de la dépression post-partum.

La formation doit inciter les professionnels à favoriser la systématisation de l'information sur la dépression post-partum auprès des parents, dans un objectif de prévention. Ils doivent non seulement sensibiliser les parents et futurs parents aux risques et aux signes de symptômes de dépression post-partum, mais aussi les aider à connaître les outils à leur disposition et à trouver les ressources d'information nécessaires.

¹ [Le baby blues et la dépression post-partum \(1000-premiers-jours.fr\)](http://Le-baby-blues-et-la-dépression-post-partum-(1000-premiers-jours.fr))

² [Dépression post-partum | ameli.fr](http://Dépression-post-partum-ameli.fr) | Médecin

C. Assurer l'interconnaissance et la mise en réseau des professionnels de santé

Le chef de projet organise des temps d'échange dédiés à la dépression post-partum pour établir une culture commune entre professionnels de santé, un partage de pratiques et une interconnaissance de tous les acteurs gravitant autour des parents et du nourrisson durant la période périnatale, afin de favoriser la fluidité des parcours.

Le chef de projet pourra également s'appuyer sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les contrats locaux de santé (CLS), les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les PTSM pour faciliter la connexion entre tous les acteurs.

D. Participer au recensement des ressources

Le chef de projet participe à l'enrichissement, à la mise à jour régulière - ou à défaut à la création - de la base de données recensant tous les professionnels de santé mentale, de psychiatrie et de périnatalité.

E. Définir le parcours de santé sur le territoire

En lien avec les acteurs du territoire, le chef de projet affine la mise en œuvre du parcours de santé en matière de dépression post-partum défini par cette instruction (cf. annexe 2) selon les besoins du territoire, en fonction des ressources disponibles et des dispositifs existants.

F. Participer à l'évaluation

Le chef de projet organise, avec les acteurs du territoire, le recueil des indicateurs qui les concernent (définis en annexe 3) en prévision de l'évaluation de l'expérimentation et les fait remonter à l'échelle nationale en amont du comité de suivi annuel.

2. Compétences attendues

Le chef de projet désigné pour mettre en œuvre l'expérimentation doit détenir, *a minima*, les compétences listées ci-dessous :

Connaissances :

- Organisation du système de santé, de ses acteurs, et des logiques de territorialisation ;
- Organisation de la santé publique et de l'organisation régionale de l'offre périnatale et santé mentale ;
- Méthodologie de conduite de projets en santé publique ;
- Fonctionnement des DSRP ;
- Principes d'intervention en prévention, promotion et offre de soins en périnatalité et santé mentale.

Savoir-être :

- Capacités relationnelles favorisant le travail en équipe et le lien avec les acteurs de la périnatalité du territoire ;
- Esprit d'initiative ;
- Esprit de synthèse ;
- Autonomie et sens des responsabilités ;
- Capacités organisationnelle et rédactionnelle ;
- Capacité à rendre compte ;
- Aptitude à l'animation, la planification, l'organisation de réunions et prise de parole en public.

Savoir-faire :

- Manager un projet ;
- Travailler en équipe ;
- Conduire et animer un projet ;
- Analyser ;
- Synthétiser ;
- Diagnostiquer et capitaliser ;
- Rédiger des supports (compte-rendu, tableau de bord, notes de synthèse, plans d'actions et d'évaluations).

Composantes du parcours de santé

Une modélisation de parcours de santé gradué, coordonné et intégré est proposée afin que les six territoires expérimentateurs puissent le décliner au regard des besoins et des ressources de leur territoire. Le parcours doit permettre d'améliorer la prise en charge de la dépression post-partum le plus précocement possible chez les parents et d'évaluer l'impact de la situation sur l'enfant. Une attention particulière doit être portée sur les vulnérabilités pouvant être associées à une dépression post-partum (très jeune âge des parents, situations obstétricales particulières, isolement social, exposition à des violences, conduites addictives...¹) qui peuvent être des signaux d'alerte et donc nécessiter une vigilance particulière.

Les symptômes de dépression post-partum doivent par la suite pouvoir être pris en charge. Les parents doivent donc pouvoir avoir recours à une offre de soins graduée qui réponde à leurs besoins. Cette offre de soins inclut l'ensemble des professionnels et des dispositifs intervenant dans le repérage et la prise en charge de la dépression post-partum.

Ainsi, on distingue plusieurs niveaux dans le cadre du repérage et de la prise en charge de la dépression post-partum.

A. Repérage

De nombreux professionnels de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, infirmiers, puéricultrices, sages-femmes, obstétriciens, professionnels de protection maternelle et infantile -PMI...) peuvent être au contact des parents au cours de la grossesse et dans les semaines et mois suivant la naissance. Ils sont, dès lors, amenés à se retrouver face à l'expression des premiers signes de dépression post-partum ou de difficultés du nourrisson.

Il est donc important que ces professionnels soient sensibilisés au repérage de ces signes et qu'ils soient formés aux actions à mener une fois le repérage effectué.

Le repérage peut également être effectué dans le cadre de l'entretien prénatal précoce et de l'entretien postnatal précoce, désormais obligatoires pour toutes les femmes et réalisés par les médecins généralistes, les gynécologues et gynécologues obstétriciens ou les sages-femmes.

Ces dernières peuvent également être amenées à effectuer ce repérage dans le cadre du « dispositif de sage-femme référente »² (dont le rôle court jusqu'à la quatorzième semaine suivant l'accouchement).

B. Prise en charge

Les troubles repérés peuvent être de nature différente, allant de troubles légers à des troubles sévères. Dès lors, plusieurs acteurs peuvent être mobilisés dans la prise en charge de ces troubles.

Les professionnels de santé doivent pouvoir prendre en charge les parents tout en évaluant l'impact de la condition des parents sur l'enfant. Le besoin d'une prise en charge en soins conjoints parents-enfant doit être réinterrogé de manière systématique.

¹ Cf. la liste non exhaustive de situations constituant une vulnérabilité et pouvant nécessiter une adaptation de la prise en soin lors de la grossesse et du post-partum mentionnée dans les recommandations de la Haute Autorité de santé sur l'« Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leurs enfants, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal », publiées le 11 janvier 2024.

² Ses missions sont définies par [l'avenant 6 à la convention nationale des sages-femmes](#), signé le 12 décembre 2022 et paru au Journal officiel le 28 mars 2023.

Les troubles légers peuvent être pris en charge par certains acteurs de première ligne (tels que les médecins généralistes, les sages-femmes ou les psychologues). En cas d'intensité des symptômes plus importante (troubles modérés à sévères), les patients peuvent alors être orientés vers une prise en charge spécialisée, assurée par des établissements autorisés en psychiatrie de l'adulte ou en psychiatrie périnatale³ ou des psychiatres libéraux, en fonction des besoins et de l'offre du territoire. Dès lors, plusieurs prises en charge sont possibles :

- Des soins ambulatoires : soins à domicile, centres médico-psychologiques (CMP) pour adultes et pour enfants et adolescents, centres d'activités thérapeutiques et de temps de groupe (CATTG), équipes mobiles de psychiatrie périnatale, équipes mobiles de liaison, psychiatres libéraux ;
- Des hospitalisations à temps partiel ou à temps plein.

³ L'article R. 6123-175 du Code de la santé publique dispose que la psychiatrie périnatale organise « les soins conjoints parents-bébés, dès l'antéconceptionnel et le prénatal ».

Annexe 3

Cadre d'évaluation de l'expérimentation

L'évaluation sera réalisée par l'ANAP en lien avec les DSRP et tous les professionnels impliqués dans l'expérimentation.

Un rapport du Gouvernement sera remis au Parlement au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, soit au mois d'avril 2028.

Liste des indicateurs qui seront mobilisés pour l'évaluation pour chacun des territoires participant à l'expérimentation :

Numéro indicateur	Description de l'indicateur annuel	Fournisseur de données
1	% des professionnels de premier recours formés	Chef de projet
2	% des professionnels déclarant que les contenus répondent à leurs attentes / besoins	Chef de projet
3	Évolution de la connaissance des professionnels formés sur le sujet de la dépression post partum avant la formation, à la fin de la formation et à M+6	Chef de projet
4	% de femmes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce (EPP) / entretien postnatal précoce (EPNP)	Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)
5	% de femmes ayant déclaré une sage-femme référente	CNAM
6	Nombre de projets déployés par les CPTS en lien avec le sujet de la dépression post-partum	Fédération des CPTS
7	Nombre d'interactions sur les ressources répertoriées sur le site des 1000 premiers jours	Santé publique France
8	Nombre de femmes pour lesquelles au moins un anti-dépresseur a été prescrit pendant la grossesse et dans l'année qui suit la grossesse	Santé publique France
9	Nombre de gestes auto-infligés pendant la grossesse et dans l'année qui suit l'accouchement	Santé publique France
10	Nombre de femmes ayant bénéficié d'un accompagnement Monsoutienpsy pendant la grossesse et dans l'année qui suit la grossesse	CNAM

Les indicateurs relevant du chef de projet feront l'objet d'un questionnaire distribué aux participants à l'issue des formations sur le post partum et à M+6. Ce questionnaire sera travaillé par l'ANAP et les chefs de projets.

Une enquête à destination des parents concernés sera par ailleurs travaillée par l'ANAP et les chefs de projets.

D'autres éléments pourront être demandés aux chefs de projets dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre de l'expérimentation.