

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNÉE 2015

THESE 2015 TOU 32082

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anouchka GILLES

La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine

Le Vendredi 25 Septembre 2015

Directeur de thèse : Mme FRANCHITTO Ludivine et Mme SALLERIN Brigitte

JURY

Président : Mme SALLERIN Brigitte

1^{er} assesseur : Mme HESPEL Catherine

2^{ème} assesseur : Melle FREJEBISE Adeline

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNÉE 2015

THESE 2015 TOU32082

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anouchka GILLES

La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine

Le Vendredi 25 Septembre 2015

Directeur de thèse : Mme FRANCHITTO Ludivine et Mme SALLERIN Brigitte

JURY

Président : Mme SALLERIN Brigitte

1^{er} assesseur : Mme HESPEL Catherine

2^{ème} assesseur : Melle FREJEBISE Adeline

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} octobre 2014

Professeurs Émérites

M. BASTIDE R	Pharmacie Clinique
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G	Physiologie
M. CHAVANT L	Mycologie
Mme FOURASTÉ I	Pharmacognosie
M. MOULIS C	Pharmacognosie
M. ROUGE P	Biologie Cellulaire

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. CHATELUT E	Pharmacologie
M. FAVRE G	Biochimie
M. HOUIN G	Pharmacologie
M. PARINI A	Physiologie
M. PASQUIER C (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A	Pharmacologie
Mme SALLERIN B	Pharmacie Clinique
M. SIÉ P	Hématologie
M. VALENTIN A	Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A	Biologie
Mme BAZIARD G	Chimie pharmaceutique
Mme BENDERBOUS S	Mathématiques – Biostat.
M. BENOIST H	Immunologie
Mme BERNARDES-GÉNISSON V	Chimie thérapeutique
Mme COUDERC B	Biochimie
M. CUSSAC D (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme DOISNEAU-SIXOU S	Biochimie
M. FABRE N	Pharmacognosie
M. GAIRIN J-E	Pharmacologie
Mme MULLER-STAUMONT C	Toxicologie - Sémiologie
Mme NEPVEU F	Chimie analytique
M. SALLES B	Toxicologie
Mme SAUTEREAU A-M	Pharmacie galénique
M. SÉGUI B	Biologie Cellulaire
M. SOUCHARD J-P	Chimie analytique
Mme TABOULET F	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. CESTAC P	Pharmacie Clinique	Mme ARÉLLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme GANDIA-MAILLY P (*)	Pharmacologie	Mme AUTHIER H	Parasitologie
Mme JUILLARD-CONDAT B	Droit Pharmaceutique	M. BERGÉ M. (*)	Bactériologie - Virologie
M. PUISSET F	Pharmacie Clinique	Mme BON C	Biophysique
Mme SÉRONIE-VIVIEN S	Biochimie	M. BOUJILA J (*)	Chimie analytique
Mme THOMAS F	Pharmacologie	Mme BOUTET E	Toxicologie - Sémiologie
		M. BROUILLET F	Pharmacie Galénique
		Mme CABOU C	Physiologie
		Mme CAZALBOU S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S	Bactériologie - Virologie
		Mme COSTE A (*)	Parasitologie
		M. DELCOURT N	Biochimie
		Mme DERAÈVE C	Chimie Thérapeutique
		Mme ÉCHINARD-DOUIN V	Physiologie
		Mme EL GARAH F	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F	Toxicologie
		Mme GIROD-FULLANA S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme HALOVA-LAJOIE B	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I	Biochimie
		Mme LEFEVRE L	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C	Pharmacognosie
		M. LEMARIE A	Biochimie
		M. MARTI G	Pharmacognosie
		Mme MIREY G (*)	Toxicologie
		Mme MONTFERRAN S	Biochimie
		M. Olichon A	Biochimie
		M. PERE D	Pharmacognosie
		Mme PHILIBERT C	Toxicologie
		Mme PORTHE G	Immunologie
		Mme REYBIER-VUATTOUX K (*)	Chimie Analytique
		M. SAINTE-MARIE Y	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D	Hématologie
		Mme TOURRETTE A	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEELANDT M	Pharmacognosie
		Mme WHITE-KONING M	Mathématiques

(*) titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires		Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche	
Mme COOL C (**)	Physiologie	Mme PALOQUE L	Parasitologie
Mme FONTAN C	Biophysique	Mme GIRARDI C	Pharmacognosie
Mme KELLER L	Biochimie	M IBRAHIM H	Chimie anal. - galénique
M. PÉRES M. (**)	Immunologie		
Mme ROUCH L	Pharmacie Clinique		
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique		

(**) Nominé au 1^{er} novembre 2014

Remerciements :

Avant de commencer les remerciements, j'aimerais dédier ce travail à mon héros, mon **Papa**, parti rejoindre les étoiles trop tôt ... Papa, merci pour toutes ces belles années à tes côtés. Ton soutien à toutes épreuves, ton enthousiasme, ton dynamisme, ta joie de vivre, ta confiance en moi, toutes ces choses qui te caractérisent m'ont permis d'arriver là où je suis actuellement, de réaliser mes rêves. Merci pour toutes ces choses-là, merci de m'avoir fait vivre la plus belle des enfances, merci d'avoir été le plus exceptionnel des papas, merci tout simplement d'être toi.

A mon jury,

A Madame **Brigitte SALLERIN**, président du jury et directeur de thèse, pharmacien hospitalier au CHU de Rangueil, professeur à la faculté de pharmacie de Toulouse. Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse, de m'avoir permis de mener à bien de projet. Merci de m'avoir accompagnée aussi bien d'un point de vue personnel que professionnel tout au long de ces années. C'était pour moi une évidence de clôturer ces études à vos côtés.

A Madame **Ludivine FRANCHITTO**, maître de thèse, pédopsychiatre à l'hôpital Paule de Viguier. Je souhaite vous faire part de ma plus grande gratitude à votre égard pour votre disponibilité, votre confiance, votre enthousiasme et vos précieux conseils. Un bonheur de travailler avec vous le temps de cette thèse.

A Madame **Catherine HESPEL**, membre du jury, pharmacien d'officine, titulaire de la pharmacie des Tilleuls à Pontacq. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Vous avez marqué le début de mes études en me donnant le goût et la passion de cette profession, il était donc indispensable que vous soyez présente pour mettre un point final à ces études. Merci pour votre humanité, sympathie et amitié.

A Madame **Adeline FREJEBISE**, ma coach, mon Ade, membre du jury, pharmacien d'officine, assistant de la pharmacie des allées à Valence d'Agen. Merci pour ton soutien, tes encouragements, tes conseils, merci de m'avoir soutenue et encouragée toutes ces années. Tout d'abord une coach sur les terrains de volley, puis une véritable amie et une petite maman tout au long de mes études. Tu es pour moi un réel repère, ta présence aujourd'hui sur le banc du jury est une véritable reconnaissance pour tout ce que tu m'as apporté, merci d'être là.

A ma famille,

Merci à la femme de ma vie, ma **Maman**. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, m'apportes et m'apporteras. Tu as toujours cru en moi, toujours été là, merci de m'avoir permis de réaliser mes rêves. Grâce à toi, ton écoute, tes conseils, ta présence, ton amour, je suis on ne peut plus heureuse et épanouie. Merci d'être la plus belle et la plus extraordinaire des mamans.

A ma grande sœur, ma **Truk**, merci de m'avoir guidée, d'avoir été le plus beau des exemples. Tout au long de ces années, notre complicité n'a cessé de se renforcer, merci pour ta présence à toute épreuve, tes conseils, ton inconditionnel soutien, ton amour. Tu es la plus belle des personnes, je ne pouvais rêver mieux comme grande sœur. Un pilier, une partie de moi, tu m'as permis de me construire. Merci d'être là, merci d'être toi.

A mon petit frère, **Loulou**, ma fierté. A partir de notre rencontre à la maternité, je n'ai cessé d'être la plus fière des grandes sœurs. Enfin un petit mec dans la fratrie. Tu as et tu auras toujours toute mon admiration et mon amour.

A ma petite nièce, ma petite filleule, mon rayon de soleil, ma protégée. Du haut de tes deux ans, tu m'as déjà apportée tout le réconfort et le bonheur du monde. Tu ne te rends certainement pas encore compte de l'impact que tu as sur nous : ton sourire, tes éclats de rire, ta présence, tes caprices nous comblent de bonheur. Tellement fière de toi ma petite **Maïna**, je serai toujours là, toujours là pour essayer d'embellir ta vie comme tu as pu embellir la nôtre.

A Mika, plus qu'une amitié, un vrai grand frère pour moi. Merci de me faire rire, merci pour ta simplicité, ta bonne humeur à toutes épreuves, merci d'être celui que tu es et de toujours répondre présent.

A mes sœurs, **Laetitia, Ulrika** et toutes leurs tribus. Merci d'avoir été à mes côtés pendant ces nombreuses années.

A **Gene, Patoche et Mélanoché**, que serait ma vie si je n'avais pas croisé votre chemin ? Grâce à votre présence, vous m'avez permis de vivre la plus belle des adolescences. Merci pour votre générosité, votre gentillesse et votre amour.

A mes amis,

A mes **pH**, vous qui avez embelli mes années de pharmacie dès mes premiers pas dans la vie étudiante. Vous avez su décliner le mot amitié de la plus belle des manières.

A ma **Béa**, mon double. Merci pour tous nos moments de complicité, notre relation privilégiée, ton écoute, tes conseils, ton amour et ton soutien sans faille. Je serai toujours là pour toi comme tu l'as été pour moi.

A ma **Flo**, mon ange. Tes encouragements, tes mots, ta simple présence sont pour moi des piliers fondateurs de ce que je suis et ce que je fais. Tu as toujours répondu présente, tu as su me redonner le sourire, j'espère pouvoir te combler autant que tu l'as fait.

A **Maé**, mon pumba, présente dès le premier jour sur les bancs de la fac, j'ai de suite su que c'était le début de la plus belle des amitiés. Merci pour ces années de bonheur à tes côtés.

A **Lorraine**, ma lolus, mille mercis pour toutes ces années, ta présence dans les moments de bonheur comme dans les plus difficiles, a été pour moi une réelle bouffée d'oxygène. Merci pour toutes les choses que tu m'apportes chaque jour.

A **Aurore**, mon petit chat des bois, toi qui a su me cerner dès la voiture bar du parking du Ramier. Merci pour ta joie de vivre, ta spontanéité, et pour tous ces superbes moments que l'on a partagés.

A **Solène**, ma Soso, pour notre amitié indélébile, nos fous-rires, notre complicité et nos soirées endiablées.

A **Eva**, ma dadou, merci pour ta sensibilité, ta générosité, merci pour ses moments de confidences et de bonheur qui m'ont appris et construits, merci d'être la personne que tu es.

A **Sara**, mon kikiwiwi à moi. Merci pour cette superbe amitié, pour tout ce que l'on a partagé, pour tous les moments privilégiés que l'on s'est accordés.

A **Marion**, ma petite Ramion, j'ai eu la chance de partager avec toi un été à l'autre bout du monde, un été sous le signe de la découverte et du bonheur. Merci pour ce périple que tu as rendu, tout comme notre amitié, exceptionnel(le).

A **Céline**, Cécé, merci de m'avoir entourée tout au long de ces années, d'avoir été présente en toutes circonstances. Je serai toujours là pour toi.

A mes **Grosses**, j'ai entendu dire que les amis c'est le sel de la vie, vous vous êtes le piment de la mienne.

A **Florie**, ma flo d'amour, tu m'as montré le chemin, tu m'as soutenue, encouragée. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, merci de m'avoir épaulée, de toujours trouver les mots qu'il faut pour me réconforter. Nos moments de complicité me manquent mais c'est un bonheur de te savoir si épanouie à l'autre bout de la Terre avec ta moitié. Merci à lui de te rendre heureuse.

A **Lise**, ma lili chérie je te remercie pour toutes ces années à tes côtés, pour ton rire communicatif, ta générosité et ta gentillesse. Garde toutes ces qualités qui te caractérisent tant et qui font le bonheur de tous ceux qui t'entourent. A l'heure qu'il est, tu as du faire ton choix pour ton avenir, et sache que quel qu'il soit tu feras la plus belle des pharmaciennes.

A **Lucie**, ma lulu, merci pour ton calme apaisant, ta bonne humeur, tes conseils avisés, ta gentillesse, ton réconfort, ta subtilité. Merci pour ton humilité qui fait de toi la plus belle des personnes. Merci de répondre toujours présente, merci d'être là, d'être toi, merci de faire partie de ma vie.

A **Charlotte**, ma chachou, ma protégée. Dès notre rencontre, j'ai tout de suite su que c'était le berceau de la plus grande des amitiés. Merci pour ta folie, ton hyperactivité, ta sensibilité cachée, ta motivation et ton soutien à toutes épreuves. Merci de me faire vivre toutes ces aventures à tes côtés, je te souhaite tout le bonheur du monde, je serai toujours présente à tes côtés.

A **Pauline**, ma popo, avec toi, j'ai partagé tellement de choses, tu as toujours su être là dans les bons comme dans les mauvais moments. Ton amitié fait partie des plus cher à mon cœur. Ta carapace, ta spontanéité, ta sincérité, ta sensibilité, ta gentillesse, toutes ces qualités m'ont permis d'avancer, d'être là où je suis actuellement, merci pour tout ce que tu m'as apporté. Tellement fière de faire partie de tes amis.

A **Stéphanie**, Ma Steph, ma petite chinoise, merci de planée, merci d'être celle que tu es et de ne nous faire rêver, merci pour tous les moments que l'on a partagé. De par ta bonne humeur, ton amitié, ta présence, ta disponibilité à toutes épreuves, j'ai pu voir notre amitié se renforcer un peu plus chaque jour.

A petite **Pauline**, ma Causs, mon coup de cœur. Avec ta fragilité, ta sensibilité, ton sourire, ta bonne humeur, tu sèmes du bonheur tout autour de toi. Tellement fière de toi, de la personne que tu es, de tes avancées. Compte sur moi pour être toujours là pour toi. Je te souhaite que le meilleur aussi bien d'un point de vue professionnel que personnel.

A **Sabine**, ce qui m'a d'abord énormément plu chez toi c'est ta folie, ton humour et ta gentillesse. Puis au fil des années, j'ai appris à te connaître et là je me suis rendue compte de la bonté de ta personne. Toujours à faire passer les autres au premier plan, je pense tu ne te rends pas compte de l'impact que tes mots peuvent avoir, tu as su me réconforter, croire en moi et toujours me booster. Merci pour toute ta générosité et ton amour, sache que je serai toujours à tes côtés.

A **Justin**, mon chouchou, que dire de nous deux ... Depuis le premier jour, tu as été un réel coup de cœur. J'ai de suite su que c'était le début de la plus belle des amitiés. Toujours là pour me faire rire, me faire sourire. Je te remercie pour tout ce que tu m'as apporté, pour tout ton amour et pour tout ce qu'on a encore à partager. Je serai toujours là pour toi, pour prendre soin de toi.

A Clément, **Clemclem**, même si tu ne m'arriveras jamais à la cheville sur les pistes de ski, je te remercie de faire partie de ma vie. Merci pour ta présence permanente, pour ton soutien à toute épreuve, pour tes paroles qui me font du bien. Merci pour ton amitié extraordinaire.

A **Hugo, Dan, François, Flo, Nico, Adri, Edouard, Thibault** merci d'avoir ajouté un peu de testostérone à nos années pharma, merci de me faire rire comme vous le faites, merci tout simplement pour votre amitié.

A **Laura** et **Floriane** qui ont marqué en beauté le début de mes années pharma, les inséparables nouchlauflo ... Malgré le contexte « concours », j'ai passé deux années de folies à vos côtés et ça continu encore et encore. Tellement heureuse d'avoir pu croiser votre chemin. Deux personnes plus exceptionnelles les unes que les autres. Merci pour tout votre soutien, votre amour, votre présence en toute circonstance. Ce n'est que le début de notre trio, encore plein de belles choses à vivre et à partager ... Je vous aime mes chatons.

A tous mes amis d'enfance, qui m'ont toujours suivis, fait rire, et qui m'ont permis de me construire et dans arriver la aujourd'hui.

A **Clémence**, ma petite Clémniou, que dire de notre amitié : éternelle et exceptionnelle. Merci de m'avoir fait rire, de m'avoir fait grandir, de répondre toujours présente, d'être celle que tu es. Je te souhaite tout plein de bonheur mais surtout encore plein de belles choses à partager.

A **Martin, Lucas**, merci pour votre amitié, pour votre humour, merci de toujours me faire rire. Je vous souhaite plein de belles choses pour les années à venir.

A **Marlène**, il est dur de décrire notre amitié en quelques phrases, je te remercie pour toutes ces choses que l'on a partagées, pour tous ces moments de bonheur. Nos cabanes, nos confidences, nos petites histoires ont rendu mon enfance la plus exceptionnelle qu'il soit. Merci d'être celle que tu es, merci d'être là.

A **Perrine**, ma pépite. Je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi, pour tout ce que tu m'as apporté et apportes encore. Tu es une personne exceptionnelle, le cœur sur la main, toujours prête à faire passer l'intérêt des autres avant le tiens. Merci pour tes valeurs et ton intégrité qui m'ont permis de voir les choses différemment. Tellement fière de te compter parmi mes amis les plus chers. Tu es une merveilleuse personne, je te souhaite le meilleur ma pépite.

A **Charlotte**, Chachou, ma compagne des fêtes, notre complicité n'a cessé d'évoluer depuis ces dernières années. J'adore tous les moments que l'on a pas partagés et qu'on partagera. Plein de belles choses pour la suite avec Thibault.

A **Virginie**, Ninie, une découverte des plus agréable, une gentillesse inégalée. Je te remercie de faire partie de mon cercle d'amis et de toujours être présente malgré la distance. Je te souhaite plein de bonheur dans votre nouvelle vie à deux.

A mes amis plus récents,

A **Thibault**, à mon titi, tu es la personne avec le plus grand cœur que je connaisse. Toujours prêt à aider les autres, tu nous as accueillis à bras ouvert à l'autre bout du monde, pour nous faire découvrir les multiples facettes de ta ville fétiche : Montréal. Grâce à toi, on a pu vivre le plus beau des étés. Ca a marqué le début de notre amitié pour mon plus grand bonheur. On te retrouve enfin, et on ne va pas te lâcher, pour profiter de notre chère ville rose.

A **Sophie** et **Laurie**, mes pépettes, un grand merci d'avoir pris le flambeau de l'association, merci d'avoir été aussi assidues, adorables, motivée et surtout tellement fière de vous voir prendre la main.

A tous mes volleyeurs et volleyeuses chéri(e)s, **Renaud, Guigui, Ludé, Sysy, Roxane, Laure, Magalie, Morgane, Aurore, Faustine, Lauryane, Margaux**, merci de partager la même passion, de m'avoir intégrée à la grande famille du « volley », de me faire rêver au-delà des terrains, merci pour tout ce que vous m'apportez depuis que je vous ai rencontrée ...

A **Inès**, une petite dédicace particulière à mon andorrane préférée. Je remercie le volley de m'avoir fait croiser ton chemin, rien que pour ça, je peux dire qu'il s'agit d'une passion, ça m'a permis de te rencontrer et de vivre des choses on ne peut plus forte. Merci pour ta folie, ta gentillesse, ton humour, bref, merci d'être toi !!!

C'est au tour des professionnels de santé de faire l'objet de mes remerciements. Mes premiers pas dans le monde officinal se sont passés dans la **Pharmacie des tilleuls**, dans laquelle j'ai eu la chance de participer aux tâches quotidiennes et d'être entièrement intégrée au sein de l'équipe. Je tiens donc à remercier tout le personnel de la pharmacie de m'avoir donné le goût et l'envie d'en faire mon métier. C'est ensuite en tant qu'étudiante en pharmacie que j'ai eu la chance de faire des boulots d'été à la **Pharmacie du Lac d'Hossegor**, là où j'ai tout appris en terme de conseils, de délivrance ... Bref un grand merci à **Fredou** et à l'ensemble de l'équipe de m'avoir tout appris. Pour terminer ce palmarès des pharmacies les plus tops les unes que les autres, je tiens à mettre un accent sur la **Pharmacie Tolosane** qui m'a accueillie à bras ouvert pour faire mon stage officinal de 6^{ème} année. Un grand merci à **Stéphanie** et à **Carpicarpette** de m'avoir fait confiance, de m'avoir formé comme vous l'avez fait, de m'avoir soutenue et encourager en toutes circonstances. Ce stage m'a apporté aussi bien d'un point de vue professionnel que personnel, j'ai eu la chance de rencontrer des personnes extraordinaires, d'abord des collègues de travail mais maintenant de véritables amies : **Sabine et Christelle**, merci pour votre patience, votre gentillesse, votre folie, votre humour, merci de m'avoir fait passer ces six mois de pur bonheur, merci pour tout ce que vous m'avez appris, restez comme vous êtes. **Evy chérie**, merci pour tous tes conseils, ton sourire, merci d'avoir écouté toutes mes confidences, merci de m'avoir conseillée comme tu l'as fait. **Christine**, un bonheur de te rencontrer, de discuter et d'échanger avec toi. Je te souhaite plein de bonheur à toi et toute ta petite famille. A **Julie**, alala, ma julie, merci pour tout, merci pour ton savoir, merci pour ton

soutien, pour tous tes conseils, pour ton humour, tes histoires. Merci de m'avoir accompagnée et bichonnée tout au long de ce stage. Plein de belles choses pour votre vie à deux. A **Armelle**, un grand merci pour ta gentillesse, ta folie, ton courage, une vraie leçon de vie de t'avoir rencontrée. Merci de m'avoir intégrée comme vous l'avez fait, vous allez tous terriblement me manquer.

Un grand merci à tous ceux qui ont croisé mon chemin de près ou de loin et qui m'ont permis d'arriver là où je suis actuellement.

Pour finir, on dit toujours qu'on garde le meilleur pour la fin ... C'est à ton tour mon **Toto d'amour**. Merci de m'avoir réconciliée avec le mot amour, tu m'as fait comprendre qu' « aimer ce n'est pas renoncer à sa liberté, c'est lui donner un sens » (Marc Levy). Depuis notre rencontre tout a changé, chaque jour à tes côtés me comble d'amour, tu me rends heureuse et surtout amoureuse. Notre amour sans frontière a donné un sens à ma vie. « Parce que l'on ne peut pas tout vivre, alors l'important est de vivre l'essentiel et chacun de nous a son « essentiel » » (Marc Levy). Merci d'être le mien.

Table des matières

REMERCIEMENTS :	3
LISTE DES ABREVIATIONS :	14
INTRODUCTION	15
I. GENERALITES SUR LA DEPRESSION DU POST PARTUM (DPP)	17
1. HISTORIQUE	17
2. DEFINITION	19
3. EPIDEMIOLOGIE	24
4. SEMIOLOGIE	25
a. <i>DPP précoces</i>	27
b. <i>DPP tardives</i>	29
5. FACTEURS DE RISQUE	30
a. <i>Facteurs psychiatriques</i>	31
b. <i>Facteurs relationnels</i>	32
c. <i>Facteurs socio-économiques</i>	33
d. <i>Facteurs gynéco-obstétricaux</i>	34
e. <i>Facteurs endocriniens</i>	35
6. EVOLUTION ET CONSEQUENCES	36
a. <i>Evolution</i>	36
b. <i>Conséquences</i>	36
i. Sur le couple et l'entourage	37
ii. Sur la dyade mère-enfant	37
iii. Sur l'enfant	39
II. PREVENTION ET DEPISTAGE	44
1. PREVENTION	44
a. <i>Définition</i>	44
b. <i>Acteurs de la prévention</i>	45
c. <i>Moments clés de la prévention</i>	48
d. <i>Moyens de prévention</i>	50
2. DEPISTAGE	53
a. <i>Définition</i>	53
b. <i>Dépistage anténatal : DAD-P</i>	55
i. <i>Caractéristiques</i>	55
ii. <i>Objectifs</i>	55
iii. <i>Composition</i>	55
iv. <i>Utilisation</i>	56
c. <i>Dépistage postnatal : EPDS</i>	58
i. <i>Caractéristiques</i>	58
ii. <i>Objectifs</i>	58
iii. <i>Composition</i>	59
iv. <i>Utilisation</i>	60
III. DIAGNOSTIC.....	61
1. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	62
a. <i>Post-partum blues</i>	62
i. <i>Définition et épidémiologie</i>	62
ii. <i>Sémiologie</i>	63
iii. <i>Evolution et prise en charge</i>	63
b. <i>Psychose puerpérale</i>	64
i. <i>Définition et épidémiologie</i>	64
ii. <i>Sémiologie</i>	64
iii. <i>Evolution et prise en charge</i>	65

c.	<i>Autres diagnostics différentiels</i>	66
2.	DIAGNOSTIC SPECIFIQUE	67
IV.	PRISE EN CHARGE ET ROLE DU PHARMACIEN	71
1.	GENERALITES.....	71
2.	DECISIONS D'ORIENTATION	74
3.	PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE.....	75
a.	<i>Psychothérapie</i>	75
i.	Psychothérapie de soutien	76
ii.	Psychothérapie cognitive et comportementale	78
iii.	Psychothérapie interpersonnelle	81
iv.	Thérapie mère-bébé	82
b.	<i>Interventions psychosociales</i>	87
c.	<i>Autres alternatives</i>	87
4.	PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	89
a.	<i>Mère non allaitante</i>	89
i.	Arbre décisionnel.....	91
ii.	Antidépresseurs.....	91
iii.	Conseils associés.....	94
b.	<i>Mère allaitante</i>	95
5.	ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE.....	97
a.	<i>Médiateur de santé</i>	98
b.	<i>Acteurs de santé de premier recours</i>	99
c.	<i>Spécialiste du médicament</i>	100
d.	<i>Education de la patiente</i>	101
e.	<i>Règles hygiéno-diététiques</i>	102
	CONCLUSION :	106
	ANNEXES :	108
	BIBLIOGRAPHIE	112

Liste des abréviations :

DPP : Dépression Post Partum

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HTA : Hyper Tension Artérielle

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

TDAH : Troubles de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

PMI : Protection Maternelle Infantile

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

HAS : Haute Autorité de Santé

DAD-P : Dépistage Anténatal de la Dépression du Post-partum

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ISRS : Inhibiteurs Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

IRSNa : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ATC : Antidépresseurs Tri-Cycliques

IMAO : Inhibiteurs des Mono-Amines Oxydases

CSP : Code de Santé Publique

HPST : Hopital Patient Santé Territoire

Introduction

Dans notre société actuelle, l'arrivée d'un enfant est souvent décrite comme un "heureux événement". De nombreuses femmes considèrent la maternité comme l'une des plus belles expériences de leur vie, mais pour le ressenti de certaines mères, cela s'éloigne de cette image idyllique.

Vécue comme un décalage par rapport à la norme sociale, la dépression post partum est souvent occultée ou ignorée par les jeunes mères, qui éprouvent un sentiment de culpabilité et/ou de honte face à la tristesse ressentie.

Malgré un essor considérable depuis plusieurs années vis à vis du dépistage et de la prise en charge de ce type de trouble, il s'agit d'un véritable problème de santé publique par sa fréquence d'une part, par l'intensité du trouble dépressif d'autre part mais aussi par les multiples conséquences négatives qui peuvent en découler pour le futur de l'enfant.

En effet, elle touche entre 10 à 20% des familles et reste, malgré tout, sous diagnostiquée et donc sous traitée.

Le dépistage et le diagnostic de cette dépression sont difficiles à poser car la frontière entre une adaptation normale face à l'accès à la maternité et la dépression du post partum est étroite.

La maternalité, définie par les processus psychiques autour d'une naissance, nécessite un changement considérable et un processus de maturation qui se fera plus ou moins facilement en fonction des personnes et de leur vécu.

La dépression post partum se place au premier rang des complications post natales et ne doit pas être négligée puisqu'elle peut être à l'origine de conséquences néfastes sur le nouveau-né, la mère, la relation mère/enfant, le couple mais aussi sur l'entourage et l'équilibre familial.

Dans mon futur métier de pharmacien d'officine, je pense que la prise en charge de l'aspect psychologique est primordial, qu'elle nous permet de mieux appréhender et comprendre la relation pharmaciens/patients, mais surtout qu'elle nous oriente sur l'attitude à avoir face à chacun d'entre eux. Ce qui fait la richesse de notre métier est le fait que chaque patient est unique, qu'il faut savoir s'adapter à chaque situation, à chaque pathologie et à chaque patient de manière à répondre au mieux à leurs attentes.

J'ai donc voulu me pencher sur un sujet de psychologie et là c'est l'influence maternelle qui m'a permis de faire mon choix, puisqu'elle-même s'était intéressée, lors de son mémoire, au lien entre la dépression du post-partum et l'allaitement. Cela m'a beaucoup intriguée et j'ai voulu en apprendre plus sur le sujet à travers cette thèse.

Afin d'approfondir nos connaissances sur cette pathologie, dans une première partie, nous nous intéresserons à la dépression du post partum en tant que telle, son histoire, ses caractéristiques, son évolution, ses facteurs de risque et ses multiples conséquences. Puis nous exposerons les différents outils mis à disposition des professionnels de santé pour la prévenir et la dépister. Enfin, nous aborderons les différentes modalités de diagnostic et de prise en charge face à ce type de trouble dépressif du post partum et nous terminerons par le rôle du pharmacien d'officine face à cette pathologie.

I. Généralités sur la Dépression du Post Partum (DPP)

1. Historique

Malgré l'idée de la joie et du bonheur ressentis au cours de la grossesse et du post partum, de nombreuses modifications ont lieu au cours de cette période et peuvent entraîner l'apparition de troubles. Il existe en effet des changements à tous les niveaux : modifications biologiques, cognitives, socio familiales mais aussi psychologiques, à l'origine de troubles psychiatriques.

Cette vulnérabilité aux décompensations psychiatriques avait déjà été mise en évidence à l'époque d'Hippocrate, où il parlait, dans son troisième livre des épidémies, de cas de troubles mentaux survenant après les accouchements (1).

Il faut ensuite attendre le 19^{ème} siècle pour que le célèbre psychiatre français Esquirol évoque des « états d'agitation maniaque dont le modèle est l'état d'agitation physique et psychique maniaque post puerpéral ». En 1839, il fait le constat que de nombreuses femmes développent des pathologies psychiatriques en post partum mais que celles-ci étaient rarement dépistées du fait de l'absence de dépistage et de connaissance à ce sujet (2). C'est en 1858 que Louis Victor Marcé, un médecin français, s'intéresse à l'aspect psychiatrique du post partum en écrivant une thèse sous la direction d'Esquirol qui s'intitule « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet » et qui décrit pour la première fois la psychiatrie péri obstétricale (3).

Ce médecin, qui avait aussi écrit les « causes de la folie puerpérale » et qui ont été la base de son enseignement à la faculté de médecine, aura eu une carrière brève mais brillante et aura permis de mettre en lumière des pathologies mentales qui n'avait pas été décrites et étudiées auparavant.

Après de nombreuses années pendant lesquelles l'ouvrage était tombé dans l'oubli, c'est en 1980 que des psychiatres anglo-saxons ont décidé d'appeler leur société psychiatrique périnatale « The Marcé Society » en hommage au médecin français. Cette société francophone verra le jour en 1997 de manière à améliorer la

compréhension ainsi que la prévention et le traitement des troubles psychiques et relationnels liées à l'accès à la maternité, mais aussi son retentissement dans le champ de la petite enfance (4).

Après de nombreuses avancées grâce aux travaux d'Esquirol et Marcé, il se passa près d'un siècle au cours duquel très peu de publications, concernant la psychiatrie périnatale, virent le jour. En effet, les scientifiques s'intéressaient plus aux psychoses aiguës qu'à la seule période périnatale et très souvent jusqu'à la seconde guerre mondiale, on associait les troubles psychiques aux fièvres puerpérales ou fièvres de lait.

C'est au 20^{ème} siècle qu'un intérêt accru se développe autour de cette période, de nombreux professionnels de santé cherchent à comprendre la psychiatrie périnatale et publient de multiples documents. Il est mis en évidence, par les accoucheurs, un état dysphorique au troisième jour du post partum qui touchent un grand nombre de femmes. Cette dysphorie du troisième jour sera considérée comme un trouble de l'humeur transitoire normal voire physiologique en post natale puisqu'il touche de nombreuses accouchées (2).

Dans les années 70, se mettent en place des collaborations multidisciplinaires regroupant des psychologues, psychiatres, obstétriciens qui permettent la mise en évidence de nouvelles données. Ces travaux de groupes ont notamment permis, en 1968, par Pitt et Coll. de développer la notion de dépression post natale atypique, mineure dans son expression mais touchant 10,8% des accouchées sur un échantillon de 305 femmes (5). Ils démontrent à travers son étude que chez plus de 10% des femmes n'ayant aucun trouble anxieux ou dépressif au cours de la grossesse, il y a apparition, vers la sixième semaine du post partum, de manifestations dépressives non délirantes et non mélancoliques. Parallèlement, de l'autre côté de l'atlantique, Yalom et Coll. mettent en évidence un tableau clinique un peu similaire à celui de Pitt et Coll. et le qualifient de « post-partum blues » (6).

Dans les années 60-70, la vulnérabilité psychique du post partum avait été mise en évidence avec deux pathologies distinctes que tout oppose sauf le début précoce dans le post partum : le post partum blues, qui est fugace, fréquent et bénin et la psychose puerpérale, qui s'avère exceptionnelle, mais avec des conséquences dramatiques. C'est avec les travaux de Pitt et Coll. que l'on aura pu mettre en évidence la dépression

du post partum ayant une incidence et une gravité intermédiaire par rapport aux deux troubles précédents.

Ce n'est qu'à partir des années 80-90 qu'une réelle distinction s'est mise en place au sein des troubles psychiques postnataux. Par ordre chronologique d'apparition, on aura :

- le stress post traumatique dans les 24 premières heures,
- le baby blues ou post partum blues dans les dix premiers jours,
- la psychose puerpérale au cours des six premières semaines,
- la dépression post partum à distance de l'accouchement (4-6 semaines).

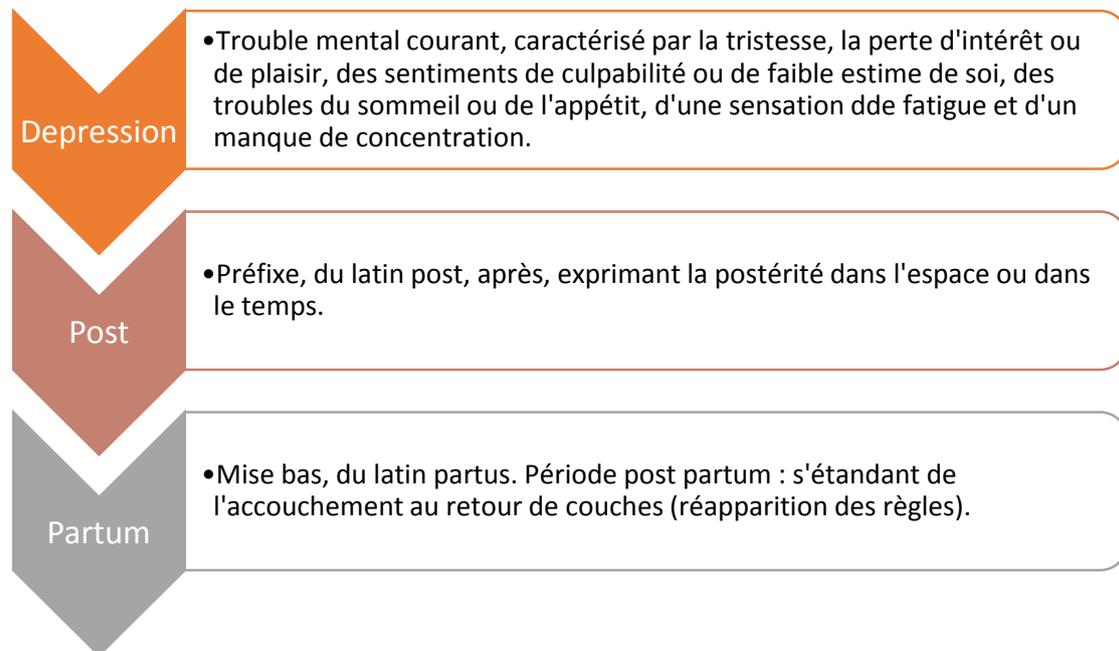
2. Définition

La dépression est une pathologie psychiatrique très répandue dans le monde, elle toucherait près de 100 millions de personnes, dont 3 millions en France.

Il s'agit d'un trouble psychique marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieur de la personne, associé à un trouble thymique caractérisé par une baisse de l'humeur. Elle peut se déclarer à tout âge, quel que soit le sexe, aussi bien chez l'enfant que chez la personne âgée.

Chez la femme, la période périnatale est un moment particulier de la vie qui fait l'objet de nombreux remaniements aussi bien physiques que psychologiques et sociaux. En post accouchement, la jeune mère doit faire connaissance avec l'enfant en faisant le deuil de l'enfant imaginaire, s'occuper de lui tout en s'adaptant à son nouveau statut social et familial, lutter contre la fatigue, et le bouleversement hormonal. Chaque femme doit retrouver un certain équilibre psychique en postnatal, ce qui peut s'avérer très difficile même pour les accouchées ayant conscience de la difficulté de la chose. La recherche d'une nouvelle dynamique psychoaffective peut être une source de souffrance et révéler certaines fragilités. Tous ces facteurs font qu'en périnatalité, le post partum est la période la plus à risque aux décompensations psychiatriques ou même à la survenue de nouveaux troubles d'ordre psychologique (7).

La dépression du post partum, aussi appelée dépression postnatale, appartient à la famille des dépressions périnatales et plus précisément aux troubles dépressifs se manifestant au décours d'une grossesse (Schéma).



La dépression post partum est caractérisée par l'apparition d'un trouble dépressif faisant suite à l'accouchement.

D'après l'OMS, la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Une femme atteinte de dépression post partum doit alors être considérée comme une personne malade et être prise en charge de manière pluridisciplinaire et dans les meilleurs délais de manière à être le plus efficace possible et éviter les conséquences néfastes causées par ce type de trouble psychiatrique.

Pour que cette prise en charge soit la plus précoce et la plus efficace possible, il faut comprendre la définition de la DPP de manière à être le plus compétent possible vis-

à-vis des femmes atteintes par cette pathologie. Pour cela, nous allons nous intéresser aux caractéristiques de la DPP dans les classifications internationales.

Il existe deux classifications des troubles mentaux qui sont communément utilisés par les cliniciens : la Classification Internationale des Maladies (CIM) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui existe depuis 1900, et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) établi par l'Association Américaine de Psychiatrie.

La CIM est, par définition, internationale, tandis que le DSM est un outil national destiné aux psychiatres américains. Malgré le caractère national du DSM, il s'impose comme un outil de diagnostic en psychiatrie internationale.

Dans ces classifications, il n'existe pas de catégorie destinée exclusivement à la dépression post partum mais on pourra la rattacher à d'autres catégories de troubles mentaux.

En effet, pour le DSM-IV, il s'agit d'un trouble dépressif qui apparaît dans les quatre premières semaines après l'accouchement. Il fait apparaître la mention « avec début dans le post partum » (8).

Pour ce qui est de la CIM, le trouble « dépression post partum » est évoqué dans le CIM10 dans la catégorie des « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs » parmi les « troubles légers » (F53.0) si ce trouble apparaît dans les six premières semaines suivant l'accouchement (9).

Ces classifications internationales auront donc des limites temporelles, qui ne reflètent pas la réalité du terrain.

De manière plus générale, de nombreuses études montrent que la plupart des dépressions post partum se déclarent dans les six premières semaines après la naissance, elles se prolongent très souvent bien au-delà. En effet, de nombreuses études épidémiologiques ont clairement démontré que le risque dépressif ne se limite pas aux quatre ou six premières semaines après l'accouchement.

De nombreux spécialistes et experts ainsi que la Société Marcé (Association pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales) se sont accordés à définir cette dépression comme un épisode survenant dans la première année du post-

partum, du fait des conséquences potentielles majeures de la dépression maternelle sur le développement du bébé entre 0 et 12 mois.

On parlera donc de dépression post partum dès lors que le trouble dépressif débutera dans l'année qui suit l'accouchement.

Après avoir défini la dépression du post partum en tant que telle, nous allons nous intéresser au trouble dépressif qui caractérise cette pathologie. Les deux classifications internationales vont ici aussi nous permettre de définir ce trouble dépressif qui caractérise la dépression post partum. On aura deux définitions distinctes pour le DSM-IV et le CIM-10.

Selon le DSM-IV, les critères d'évaluation d'un épisode dépressif majeur sont les suivants :

A-Au moins cinq des neuf symptômes présents presque tous les jours quasiment toute la journée depuis au moins deux semaines, un des deux premiers critères étant obligatoire :

- humeur dépressive (triste) ou irritable
- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités

- perte ou gain de poids
- insomnie ou hypersomnie
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- fatigue ou perte d'énergie
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer
- pensées de mort répétées, idées suicidaires répétées ou tentatives

B-Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte

C-Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D-Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (exemple : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale grave (exemple : hypothyroïdie)

E-Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Dès lors que l'épisode dépressif durant au moins deux semaines ne comporte que maximum quatre et minimum deux des neuf symptômes, on parlera de trouble dépressif mineur.

Selon la CIM-10, l'épisode dépressif se définit de la manière suivante :

- au moins deux des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité

- associés à au moins deux autres symptômes dépressifs parmi : diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idée de culpabilité ou de dévalorisation, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, perturbation du sommeil, et diminution de l'appétit

- humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dit «somatiques », par exemple un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, une aggravation matinale de la dépression, une perte de la libido.

- les symptômes sont présents depuis au moins deux semaines

Ces deux classifications vont ainsi, grâce à la définition de ces troubles du post partum, permettre aux professionnels de santé d'avoir une idée plus précise de la DPP mais ils ne pourront l'appréhender, la diagnostiquer et la prendre en charge dans les plus brefs délais de manière à être le plus efficace possible que s'ils en connaissent également les spécificités cliniques de la DPP que nous aborderons dans la partie sémiologie.

3. Epidémiologie

La dépression du post partum est une complication psychiatrique courante de l'accouchement et apparaît comme le trouble dépressif qui se déclare le plus tard par rapport aux autres pathologies psychiatriques du post partum. En effet durant cette période, la femme présente une certaine vulnérabilité aux décompensations voire à l'émergence de pathologie psychiatrique qui apparaissent presque immédiatement en post accouchement pour le blues du post partum et la psychose puerpérale ou après 4 (8) à 6 (9) semaines pour la DPP (10).

Cette période à haut risque de survenue de troubles psychiatriques a suscité un intérêt particulier chez plusieurs auteurs qui se sont penchés sur l'incidence de la dépression du post partum. Il en résulte des taux très variables, qui vont de 5 à 20% selon les études, et qui s'expliquent par des conditions d'évaluation très diverses, que ce soit les critères diagnostiques, la date d'évaluation, la taille de l'échantillon étudié, la population concernée. Une méta-analyse internationale, réalisée en 1996 par O'Hara et Swain, de 59 études menées auprès de plus de 12000 femmes a permis de mettre en évidence que la DPP toucherait en moyenne 13% des femmes (11). De plus, d'après une étude de Tychev et Dolender sur la prévalence de la DPP, réalisée en 2002, il apparaîtrait que 52% des femmes ayant des symptômes dépressifs en prénatal, le sont aussi en postnatal. Retenons qu'il s'agit d'un véritable problème de santé publique puisqu'elle toucherait entre 10 à 20% des femmes (12) (13) (14). Parmi ces dépressions postnatales, plus de deux tiers seraient des dépressions mineures mais nécessitent tout de même une attention particulière de manière à éviter toute complication ou aggravation du trouble dépressif.

D'après ces taux de prévalence, on peut dire qu'au moins une femme sur dix présentera des signes de troubles dépressifs dans le post partum.

Les études transculturelles montrent une variation importante de la prévalence en fonction des pays. En effet, on a pu se rendre compte à travers différentes publications que la fréquence de la DPP était plus importante dans les pays en développement par rapport au pays développés (15) (16) (17).

Ce taux de prévalence pour la DPP est à peu près le même que celui de la dépression pour la population générale avec une spécificité particulière : deux pics de prévalence à la 6^{ème} semaine et au 2^{ème} trimestre du post partum. D'après Cox, 50% des femmes touchées par la DPP ne serait pas encore guéries un an après l'accouchement, ce qui représente une menace pour la mère, la relation mère/enfant, le développement du nourrisson mais aussi pour l'entourage (18).

Si l'incidence de cette pathologie psychiatrique varie entre les publications, tous les auteurs s'accordent à dire que la DPP reste sous diagnostiquée puisqu'elle n'est pas forcément décelée. En effet, peu de femmes déprimées en post partum consultent ou même parlent de leur ressenti de peur de l'incompréhension ou du jugement d'autrui. A cette réticence s'ajoute une influence du mythe de la maternité forcément heureuse aussi bien sur l'entourage que sur les professionnels de santé. De plus, les accouchées sont généralement toutes atteintes d'une fatigue physiologique causée par la grossesse et l'accouchement, ce qui entraîne une négligence de ces symptômes dans les premières semaines du post partum. Tous ces facteurs rendent le diagnostic de la DPP difficile malgré une évolution considérable durant ces trente dernières années.

4. Sémiologie

Au siècle dernier, on parlait de dépression post-partum en général. C'est vers les années 1990, grâce à de nombreuses études sémiologiques, qu'il est apparu une réelle distinction entre les différentes dépressions du post partum (19). Cette différenciation sera surtout faite grâce à l'étude de la symptomatologie et à l'intensité de ces symptômes. On distingue désormais des DPP majeures et mineures. Malgré leur appellation, les DPP seront dites mineures de par la symptomatologie et non la gravité.

Il ne faut donc pas les négliger puisqu'elles ont des conséquences tout aussi importantes que les DPP majeures.

En 1968, Pitt décrit la DPP comme une dépression atypique. Il avait une vision avant-gardiste puisque ce n'est qu'à la fin du siècle dernier que de nombreux auteurs se sont accordés à dire qu'il s'agissait réellement d'une dépression atypique.

En effet, jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle, de nombreux écrits décrivent la sémiologie de la DPP comme celle de la dépression classique, on peut notamment le constater dans l'étude comparative réalisée par Cooper et Coll. en 1988, qui analyse la symptomatologie et montre l'absence de différence clinique entre les dépressions post-partum et celles survenant en dehors de cette période de puerpéralité (20).

Le début de la DPP est le plus souvent insidieux, parfois sous la forme d'un post-partum blues qui se prolonge, et elle apparaît généralement après une phase de latence de durée variable (21) (7). En effet, la frontière entre une adaptation classique face à l'accès à la maternité et une DPP est très faible, ce qui rend le diagnostic difficile puisque de nombreuses femmes mais aussi de nombreux professionnels de santé ne feront pas la distinction. En effet, au cours de la période post puerpérale, il existe de nombreux remaniements physiologiques, psychiques et sociaux qui peuvent occulter le diagnostic de DPP. Pour ce qui est des remaniements psychologiques, on aura des manifestations anxio-dépressives normales ainsi que des symptômes de somatisations, qui pourront être confondus avec les signes de la dépression (troubles du sommeil, fatigue, diminution de l'appétit ...).

S'ajoute à cette difficulté de distinction le fait que les mères déprimées nient ou occultent souvent leur mal être, de peur d'être blâmées, rejetées ou même jugées de « mauvaise mère » durant cette période stigmatisée par de nombreuses personnes. En effet, pendant de nombreuses années, on parlait de « dépression souriante » lorsqu'il s'agissait d'une DPP, puisque la sémiologie des mères déprimées était souvent déformée par la pression culturelle faisant de la naissance un événement « forcément heureux » (22).

C'est là que les professionnels de santé vont jouer un rôle primordial en ce qui concerne le dépistage, le diagnostic de cette pathologie mais aussi dans l'orientation des patientes vers des structures spécialisées.

En ce qui concerne le tableau clinique de ces mères déprimées, il ne répond généralement que partiellement aux critères de dépression majeure retrouvés dans les classifications internationales, ce qui confirme l'atypie des DPP (7).

D'après les études cliniques, il y aurait une variable temporelle dans les dépressions post natales, qui distinguerait les DPP précoces et les DPP tardives. En fonction de la période d'apparition de la DPP, on aurait une symptomatologie différente.

a. DPP précoces

Les dépressions post-natales précoces se déclarent au premier pic de fréquence de la DPP, c'est-à-dire entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine après l'accouchement. La clinique se rapproche de celle d'un syndrome dépressif typique (7) (23) (10). Il se caractérise par les symptômes suivants :

- Humeur dépressive : caractérisée par de la tristesse, de l'anxiété, des pleurs, une anhédonie, un pessimisme à l'encontre de soi et du monde qui nous entoure, une agressivité imprévisible, une indifférence affective, un sentiment de culpabilité et un désarroi vis-à-vis de la situation.
- Troubles cognitifs : mésestime de soi avec une dévalorisation permanente (ex : « je suis un poids pour ma famille »), autoaccusations (ex : « j'ai mal agi », « je suis une incapable »), idées suicidaires, attention réduite avec une fatigabilité qui apparaît rapidement, mémoire à court terme perturbée, mémoire qui se focalise sur les épisodes douloureux au détriment des épisodes heureux.
- Troubles conatifs : on trouve en plus de ces représentations négatives, une aboulie avec une difficulté à terminer une tâche, à anticiper, à faire des projets ou encore se projeter dans le futur.
- Ralentissement psychomoteur :
 - Ralentissement moteur : attitude de repli sur soi avec les épaules voutées, démarche et gestuelle ralentie, visage peu expressif relatant la tristesse ressentie. Peut aller jusqu'à la prostration dans les cas les plus graves.

- Ralentissement psychique : fatigue intellectuelle avec difficulté de réalisation de tâches même simples, lenteur idéatoire, concentration qui demande un effort important.
- Signes somatiques : sont souvent les premiers signes mis en évidence, précédant l'apparition des signes psychiques. Peuvent être annonciateurs, ce qui permet de mettre en place rapidement les thérapeutiques adéquates.
 - Asthénie avec troubles du sommeil (23) (7) (21) (24): la fatigue est le symptôme le plus fréquent et le plus précoce, elle s'aggrave lors de tout effort physique ou psychique. Quant au sommeil, il est souvent perturbé, non réparateur, il peut y avoir des périodes d'insomnie mais aussi d'hypersomnie. Les nuits sont ponctuées de phase de réveil, de cauchemars et un sentiment d'épuisement est ressenti au moment de se lever.
 - Troubles de l'appétit : le plus souvent caractérisés par de l'anorexie, un dégoût alimentaire, une perte poids. Dans 10% des cas, hyperphagies avec accès boulimiques lors de manifestations anxio-dépressives.
 - Troubles sexuels : réduction du désir sexuel, impuissance, frigidité
 - Troubles fonctionnels : troubles urinaires (pollakiurie, dysurie, brûlure à la miction), digestifs (nausées, dysphagie, dyspesie, ballonnements...), cardiovasculaires (chez les anxieux : tachycardie, hypertension ; chez les déprimés ralentis : bradychardie, hypotension...), musculaires (fatigue, crampes, contractures, myalgie) et neurologiques (céphalées, vertiges, paresthésie).

Pour que la mère soit diagnostiquée dépressive, il faut, d'après les classifications internationales vues précédemment, qu'il y ait un nombre suffisant de symptômes, qu'ils soient présents sur une période d'au moins deux semaines et qu'ils altèrent de façon significative le fonctionnement normal de l'individu (8) (9).

Lors de DPP précoces, le diagnostic sera plus aisé que pour les DPP tardives puisque la symptomatologie répond aux critères de diagnostic d'épisode dépressif majeur.

b. DPP tardives

Ces dépressions plus tardives apparaissent le plus souvent entre le 2^{ème} et le 12^{ème} mois du post-partum, aux alentours du deuxième pic de fréquence de DPP.

Contrairement aux DPP précoces, la symptomatologie est beaucoup plus atypique, ce qui rend le diagnostic beaucoup plus délicat. Ici, ce ne sont pas les signes cliniques de la mère, qui seront le plus révélateur d'un trouble dépressif, mais ceux du bébé. En effet, ce sont souvent les troubles du comportement de l'enfant, qui attirent l'attention des professionnels de santé ou bien même l'entourage et qui peuvent faire évoquer le diagnostic de difficultés relationnelles voire de DPP. Les manifestations dépressives de la mère pourront se révéler au travers de signes indirects, qui s'expriment dans le comportement de l'enfant tels que des troubles de l'alimentation (régurgitation, anorexie, vomissements), pleurs inconsolables, prise de poids insuffisante ou encore troubles du sommeil. On a pu remarquer que les mères atteintes de DPP consultent plus souvent les médecins généralistes voire les pédiatres que les mères non déprimées. Ceci peut être un signe annonciateur de DPP qui ne doit pas être négligé par les professionnels de santé.

La sémiologie maternelle des DPP tardives est caractérisée par une dysphorie modérée avec labilité émotionnelle, fatigabilité (avec troubles du sommeil axés sur l'endormissement) sans ralentissement psychomoteur, voire, à l'inverse, une subagitation et absence d'idées suicidaires. La mère a de grande difficulté à parler de ce qu'elle ressent et attend souvent que ce soit l'entourage qui devine l'importance du problème, de manière à la pousser à consulter un spécialiste. Elle évoque souvent un certain décalage avec ce qu'elle pense ressentir à l'arrivée du bébé, le sentiment de n'être pas si heureuse qu'elle l'aurait pensé/voulu.

Malgré le fait que ces DPP sont en général d'intensité modérée et d'évolution traînante, il ne faut pas les négliger, puisqu'elles altèrent la relation de la mère avec son entourage mais surtout avec le bébé (10). En effet, la mère éprouve de la lassitude et n'arrive plus à répondre aux besoins de son enfant du fait de l'absence de plaisir à s'occuper de lui. Cette lassitude s'accompagne de culpabilité, d'irritabilité, de réduction des intérêts avec une augmentation des manifestations dépressives le soir.

Plus la relation entre la mère et le bébé est insatisfaisante, plus la dépression s'aggrave et plus la relation conjugale devient tendue : un certain désintérêt sexuel avec absence de reprise de la sexualité à 6 mois. En effet, la DPP pourra avoir un impact sur le nouveau-né, mais aussi sur son entourage, car elle présente souvent une certaine agressivité vis-à-vis du compagnon et des autres enfants. Dans certains cas, le père n'est plus un soutien suffisant pour la mère et ne joue plus le rôle d'amortisseur des anxiétés maternelles et devient une source de tension supplémentaire (25).

Dans ces DPP, la dévalorisation globale de soi et du monde n'existe pas, la mésestime de soi est centrée sur l'incapacité à s'occuper du bébé et focalise l'anxiété maternelle. Bien que le diagnostic soit difficile à mettre en place, la DPP doit être décelée le plus précocement possible, de manière à mettre en place une prise en charge efficace pour soulager la souffrance maternelle et aider la relation mère/enfant dont dépend en grande partie l'avenir de l'enfant.

5. Facteurs de risque

La période post natale est considérée comme la plus à risque au développement de troubles de l'humeur, dont la DPP, qui représente l'une des complications les plus courantes de la maternité. La DPP se révèle être un véritable enjeu majeur de santé publique, de par son incidence et ses conséquences à plus ou moins longs termes. De nombreux chercheurs se sont penchés sur l'étude de ses facteurs de risque, de manière à anticiper et agir sur cette pathologie (26). En effet, malgré l'impact considérable de cette pathologie, elle reste, malgré une évolution notable, sous diagnostiquée et sous traitée. Il apparaît donc judicieux de se pencher sur l'étude des facteurs favorisants, de manière à mieux encadrer les jeunes mères prédisposées, afin de limiter les conséquences négatives qui peuvent en découler.

On entend par facteurs de risque, les éléments ou évènements qui sont associés à la survenue d'une DPP. Ces facteurs ont été mis en évidence dans plusieurs études, mais aucun d'entre eux ne semble à lui seul déclencher la survenue d'une dépression post-partum. C'est la synergie entre les différents évènements prédisposants, qui aura un impact sur le développement de la pathologie. En effet, malgré l'influence de ces

différents facteurs, O'Hara et Swain ont montré dans leur méta-analyse que chacun de ces facteurs pris un à un, intervient peu dans la variance globale (11). Il n'existe donc pas une étiologie unique à l'origine d'une décompensation dépressive du post-partum, mais un ensemble de facteurs de risque pouvant influencer l'apparition de cette affection psychiatrique. Cette étiologie multifactorielle regroupe un ensemble de facteurs de risque, dont des facteurs psychiatriques, relationnels, gynéco-obstétricaux, socio-économiques et endocriniens (26) (27) (28) (29) (10) (24) (30).

a. Facteurs psychiatriques

Ils apparaissent comme les facteurs de risque ayant la plus grosse incidence sur le risque de développement d'une DPP. Dans ces facteurs psychiatriques, on retrouve des antécédents personnels dépressifs en postnatale ou à tout autre période de la vie, ainsi que l'existence de manifestations anxieuses ou dépressives durant la période de conception.

Ces antécédents personnels, auxquels s'ajoutent les familiaux, peuvent s'avérer prédictifs vis-à-vis de l'apparition d'une DPP. Ainsi, dès lors que les mères ont, auparavant, développé des manifestations dépressives, on considère qu'elles sont plus à risque de déclarer une DPP que des mères n'ayant jamais eu d'épisode dépressif majeur. Elles apparaissent plus vulnérables si elles ont déjà fait l'objet de manifestations anxio-dépressives dans le passé.

D'après Weissman et Olfson (1995), si la mère a déjà contracté cette pathologie lors de sa ou ses précédentes grossesses, le risque de récurrence de DPP s'élève à 50% et ils estiment que 20 à 30% des femmes ayant des antécédents de dépression feront une DPP (31).

Il apparaît aussi que, d'après des études rétrospectives, dans les 10 à 20% des femmes touchées par la DPP, 40% aurait eu des manifestations dépressives au cours de la grossesse. De plus, l'existence d'un blues du post-partum d'intensité élevée peut être révélatrice d'une future DPP et l'intensité des états anxieux au cours de la grossesse apparaît corrélée à l'intensité des épisodes dépressifs du post-partum. Il s'agit

d'évènements, qui ont une influence importante sur l'apparition de cette pathologie, et qui doivent alerter les professionnels de santé, de manière à orienter les jeunes mères, afin de les prendre en charge rapidement pour limiter l'ampleur de la DPP et ses conséquences.

b. Facteurs relationnels

L'entourage de la jeune mère peut aussi avoir un impact sur le risque de contracter une DPP, que ce soit son entourage direct (conjoint, famille) ou indirect (amis, collègues ...). En effet, il s'est avéré qu'une relation conjugale conflictuelle avec un faible soutien du conjoint ou encore une baisse de la libido pouvait influencer le moral de la mère, et favoriser l'apparition de troubles de l'humeur telle qu'une DPP. Une relation conflictuelle ou dépendante avec sa propre mère a aussi pu révéler une certaine vulnérabilité au développement d'un épisode dépressif en post natal. L'accès à la maternité est souvent synonyme de bonheur et de joie, mais il existe de nombreux remaniements, qui nécessitent un soutien social particulier de manière à aborder sereinement son nouveau statut de mère (32) (33).

En 1956, Winnicott, célèbre pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais, met aussi en évidence l'impact de la relation mère-bébé sur la possibilité de développer une DPP. Il considère que dès la naissance, le nouveau-né se trouve dans un environnement spécifique avec un état psychique maternel très particulier qu'il appelle « préoccupation maternelle primaire ». Il décrit cet état de la manière suivante : « Cet état organisé pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus. » C'est un état d'hypersensibilité qui est basé sur une identification au bébé permettant à la mère de se « mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins ». Cet état particulier précède la naissance, est à son apogée pendant les dernières semaines de grossesse et perdure quelques semaines après l'accouchement jusqu'à ce que l'enfant libère la mère. Pour s'en sortir, la mère doit être en bonne santé, être avant tout « une mère ordinaire, normalement dévouée ».

Toutes les femmes ne parviennent à cet état où tout est centré sur leur enfant. Quand les choses ne se passent pas « normalement », la préoccupation maternelle primaire est pathologique et devient une hyperidentification à un bébé fantasmé comme extrêmement vulnérable pouvant entraîner chez la mère une DPP (34).

De plus, une récente étude de 2014 menée par C.Versavel et coll., a montré qu'une personnalité dépendante chez la mère pouvait être considérée comme un facteur de risque pour la DPP. Il s'agit d'un trouble de la personnalité caractérisé par une dépendance psychologique des autres individus, la personne a un besoin constant et excessif d'être pris en charge par manque de confiance en soi et en ses capacités. Cette vulnérabilité entraîne un état de stress chez les mères dépendantes en contexte périnatal puisqu'elles se rendent compte qu'elles ne vont plus pouvoir dépendre de l'entourage mais qu'elles vont devoir au contraire être autonomes et responsables à l'arrivée de l'enfant (26).

Tous ces facteurs relationnels expliquent le fait qu'un faible niveau de soutien de la part de l'entourage de la jeune mère peut être à l'origine de déséquilibre de l'humeur pouvant aller jusqu'à une DPP.

c. Facteurs socio-économiques

Ils font partis des facteurs d'influence, qui associés à d'autres, peuvent entraîner l'apparition de désordre émotionnel dans le post-partum. En ce qui concerne le statut social, il a été mis en évidence que le célibat ou encore l'absence d'activité professionnelle (ou une activité peu valorisante) peuvent rendre la maternité plus difficile à appréhender. En effet, la solitude est un facteur de vulnérabilité, qui augmente le risque de survenue de dépression.

De plus, le nouveau statut de mère nécessite certains moyens et aménagements, qui, si ils ne peuvent être assumés par les jeunes parents, entraînent souvent un sentiment de culpabilité et de mésestime de soi, pouvant engendrer la survenue de manifestations anxio-dépressives. Ceci a été mis en évidence par Hobfoll et coll. lors d'une étude, qui montre que, sur une population défavorisée, le taux de dépression

pendant la grossesse et dans le post-partum est deux fois plus élevé que pour les classes moyennes (35).

De plus, les populations moins scolarisées, avec un niveau d'éducation plus faible, sont les plus à risque comparativement à celles ayant un niveau d'éducation supérieure, car elles ont souvent un sentiment de faible estime d'elles-mêmes.

Une grossesse aux âges extrêmes ou encore une grossesse non désirée, non planifiée ajoutent un facteur de stress supplémentaire, qui, dans certains cas, peut amplifier l'anxiété ressentie au cours de cette période de conception.

d. Facteurs gynéco-obstétricaux

En plus des antécédents psychiatriques, il existe des antécédents médicaux à risque pour le fœtus (maladies héréditaires, diabète, HTA, ...) ou encore des antécédents obstétricaux pathologiques (mort in utero, malformations fœtales, interruption de grossesse, ...), qui peuvent permettre aux professionnels de santé ou même à l'entourage de craindre la survenue de troubles psychiques au cours de la grossesse mais aussi dans le post-partum (36) (37). Des études ont aussi montré l'impact de l'état de l'enfant sur le moral maternel. Il joue un rôle déterminant surtout lorsque le nourrisson est fragile d'un point de vue médical et qu'il nécessite des besoins spéciaux du fait de sa prématurité ou de ses malformations. En plus de l'état de santé du nouveau-né, c'est le comportement de ce dernier, qui peut impacter sur le risque de développement de DPP. S'il a un comportement peu gratifiant ou encore s'il pleure ou régurgite souvent, s'il est considéré comme un enfant difficile, la mère sera considérée plus à risque vis-à-vis d'un trouble psychique en post natal (38). Pendant cette période, l'allaitement aurait un effet bénéfique sur la mère permettant un moment d'échange privilégié entre le nouveau-né et sa mère. De ce fait, le refus ou l'absence d'allaitement sont associés à une fréquence plus élevée de DPP (39) (40).

Il apparaît que la présence d'un soutien de la part de son compagnon ou bien même d'une personne extérieure au moment de l'accouchement entraîne une meilleure estime d'elle-même chez la mère et une diminution des manifestations anxio-dépressives (41). En effet, à l'inverse, des événements de vie stressants ou négatifs tels

qu'un décès, une séparation, une maladie avant, pendant ou après l'accouchement peuvent être annonciateurs de troubles de l'humeur chez la jeune mère. Pour finir avec les facteurs de risque gynéco-obstétricaux, il semblerait que les primipares et les multipares soient plus à risque que les autres.

e. Facteurs endocriniens

Malgré l'idée reçue que les hormones seraient le facteur de risque le plus important dans le développement d'une DPP, de nombreuses études n'ont pas permis de mettre en évidence un impact réel sur l'apparition de troubles psychiques en post natal. Cependant, de manière générale, les femmes ont un taux de dépression plus élevé que celui des hommes, et il a été mis en évidence qu'elles étaient plus vulnérables aux fluctuations hormonales que les hommes. Ceci peut nous laisser penser que les variations hormonales au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement peuvent jouer un rôle non spécifique dans la DPP. Les hypothèses sur l'impact hormonal chez la jeune mère porteraient sur la chute des hormones gonadiques (progestérone et œstrogène) et du cortisol au moment de l'accouchement et l'influence de cette chute sur l'apparition d'une DPP.

On parle d'hypothèses, car les études sont contradictoires et qu'il s'agit d'un sujet faisant encore débat. Selon certaines recherches, il semblerait que les hormones comme la progestérone, les œstrogènes, la prolactine ou encore les hormones thyroïdiennes, jouent un rôle dans le déclenchement ou la résurgence d'une DPP. Ce trouble thymique serait associé à un fonctionnement diminué de la thyroïde, à une diminution du taux de prolactine et à une augmentation de la progestérone. Seul l'impact des hormones thyroïdiennes a pu être mis en évidence, on ne peut donc pas conclure à un facteur de risque endocrinien spécifique de la DPP (42) (43).

6. Evolution et conséquences

a. Evolution

Le profil évolutif de la DPP reste mal connu, il diffère selon les études du fait de la différence au niveau des critères de diagnostic et de la méthodologie. Pour les DPP diagnostiquées à 2 mois du post-partum à l'aide de l'EPDS (Edinburgh Post Natal Depression Scale), le trouble dépressif se résout spontanément au bout de 3 à 4 semaines. Elles ne répondent pas à tous les critères de dépression caractérisée et seront considérées comme des DPP mineures ou simplement un trouble de l'adaptation face à l'accès à la maternité (44). Pour ce qui est des DPP diagnostiquées à l'aide d'entretiens contenant des critères stricts, l'évolution est plus défavorable. Elle est considérée comme traînante puisqu'à un an, il a été démontré que 50% des mères déprimées présentent toujours des manifestations dépressives avec un risque de chronicité ou de récurrence pendant et en dehors du contexte puerpéral (45). Pour les 50% restants, la DPP sera résolutive en 3 à 6 mois. Lorsqu'une femme a déjà présenté un épisode de DPP au cours d'une précédente grossesse, le risque de récurrence est de 50% ; pour ce qui est des femmes n'ayant jamais eu de DPP mais des troubles dépressifs en dehors de la période de puerpéralité, le risque de survenue s'élève à 25-30% (38). Quant au risque de récurrence de manifestations dépressives dans le post-partum, il a été évalué à environ 25% par Cooper et Murray (38).

b. Conséquences

La DPP est une situation préoccupante, aussi bien pour la mère que pour son enfant et son entourage, du fait de ses conséquences à plus ou moins long terme. Elles doivent alerter les professionnels de santé de manière à prendre en charge les mères déprimées dans les plus brefs délais, afin d'être le plus efficace possible et d'éviter les complications.

i. Sur le couple et l'entourage

Comme vu précédemment, il existe un réel lien entre la DPP et une relation conjugale conflictuelle. En effet, la dépression maternelle peut être à l'origine de difficultés conjugales significatives, pouvant aller jusqu'à la séparation ou au divorce. En plus de l'impact sur la relation de couple des parents, il peut aussi y avoir des répercussions chez le père, qui présente un risque accru dans le développement d'un épisode dépressif. L'engagement paternel peut avoir un effet positif et protecteur sur l'enfant, afin de limiter les conséquences néfastes d'une dépression maternelle. A l'inverse, des conflits parentaux ou une mésentente conjugale permanente sont prédictifs de troubles chez l'enfant sur les plans socio-affectif, cognitif et scolaire (46) (47) (48).

ii. Sur la dyade mère-enfant

Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la relation mère-enfant afin de connaître la nécessité de cette proximité maternelle et l'impact sur les enfants qui n'ont pas la chance d'avoir ce lien affectif. Ça a commencé en 1938, par Spitz, un psychanalyste, qui a réalisé une expérience pour mieux comprendre les conséquences d'une séparation mère-enfant. Il a comparé deux populations d'enfants distinctes : des enfants nés de mères en prison, mais s'occupant de l'enfant pendant la journée (Groupe A) et des enfants nés et placés en orphelinat, recevant des soins de manière anonyme (Groupe B). Il a alors décrit trois phases distinctes apparues dans le groupe B et temporairement dans le groupe A : phase de pleurs (recherche de la mère), phase de glapissement, de perte de poids et d'arrêt du développement et une phase de retrait avec refus de contact aboutissant à une dépression anaclitique (dépression de l'enfant séparé de sa mère). Il a appelé ça « l'hospitalisme », aussi appelé « syndrome de Spitz » ou « syndrome des pouponnières » pour faire référence aux séjours dans les hôpitaux pouvant être néfaste pour le nourrisson dû à la séparation de la mère. Cela entraîne des carences affectives et des stimulations moindres qui auront par la suite des conséquences sur le développement normal de l'enfant (49) (50) (51).

C'est ensuite en 1959 que Bowlby s'est intéressé aux jeunes délinquants et enfants hospitalisés pour mettre en évidence la théorie de l'attachement. A la différence de Freud qui considérait que le nourrisson s'attache à la mère uniquement pour satisfaire

à son besoin primaire de nourriture, Bowlby définit l'attachement comme un besoin primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. C'est, selon lui, un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre la mère et son enfant. Il se prolonge du début de la grossesse jusqu'aux trois premières années de vie du nourrisson. Bowlby explique que l'enfant a manifestement tendance à maintenir la proximité avec sa mère dans un premier temps puis avec d'autres personnes de son entourage. L'enfant manifeste des comportements qui augmentent ou maintiennent la proximité (sourires, pleurs, déplacement, suivi des yeux ...), de même que la mère encourage l'enfant à maintenir cette proximité par des sourires ou autres sortes d'amabilités. L'attachement est un processus réciproque qui a un double rôle de protection et de socialisation de manière à ce que l'enfant se développe dans les meilleures conditions et qu'il se sente en sécurité, protégé et confiant. Cette théorie a permis de découvrir l'importance de l'interaction entre le bébé et la mère (ou substitut) qui entre de manière très précoce dans des régulations mutuelles indispensables à la structuration de la personnalité de l'enfant (52) (53).

Le plus souvent, les mères déprimées expriment leur difficulté à s'occuper de leur bébé, elles n'en ont pas envie ou elles ne s'en sentent pas capables, de peur de mal faire. Cette dépression maternelle entraîne une non-disponibilité chez la mère vis-à-vis des besoins de son enfant, ce qui limite l'interaction mère-enfant. Il y a un réel impact négatif de la DPP chez la mère, notamment sur les comportements intuitifs de la mère à l'égard de son enfant (ex : expressions faciales et intonations de la voix exagérés...).

Il a été mis en évidence deux types de mode d'interaction dans la dyade mère-enfant en fonction de l'étude des comportements des mères déprimées. Il y a le mode « intrusif » où les mères sont sur-stimulantes (chatouilles, secousses,...), ce qui peut avoir tendance à effrayer l'enfant par le caractère imprévisible et désagréable du comportement maternel. Les mères déprimées intrusives présentent souvent une certaine agressivité ou colère, qui perturbent le fonctionnement du nourrisson. Celui-ci ressent cette colère et présente une attitude d'évitement de manière à limiter l'intrusion de la mère. D'un autre côté, il y a le mode « retrait » où à l'inverse du mode « intrusif », la mère fuit l'interaction avec absence de stimulation du nourrisson et

désengagement maternel. Les mères repliées sur elles-mêmes ont une attitude non réactive, neutre, qui s'avère négative pour le nourrisson qui n'est pas stimulé, qui reste passif et qui se replie sur lui-même.

Ainsi, le style interactif des mères avec leur enfant risque d'être profondément modifié par la dépression maternelle. Les études qui s'intéressent à l'attitude des mères déprimées ont permis de mettre en évidence des distorsions relationnelles : interactions limitées entre la mère et son enfant, interactions moins cohérentes et peu de partage d'émotions. Or l'enfant a un besoin de stimulation, d'attention et d'émotions gratifiantes de manière à se développer dans les meilleures conditions possibles. Si l'interaction mère-enfant est modifiée, si elle n'est pas suffisamment stimulante, le nouveau-né risque d'avoir des répercussions au cours de son développement.

iii. Sur l'enfant

Les premières relations et interactions, que le nourrisson développe avec son entourage proche, jouent un rôle essentiel dans la mise en place de sa personnalité, comme vu précédemment avec la théorie de l'attachement de Bowlby. En effet, c'est au cours de la première année de la vie du nourrisson, que se mettent en place les principales caractéristiques et que se construit l'identité de l'enfant, aussi bien sur le plan affectif, cognitif et comportemental. Murray l'a très bien exprimé dans l'une de ses études sur l'impact d'une DPP sur le développement de l'enfant ou il dit : « Une mère dépressive instaure des interactions pathogènes avec son nourrisson, or, même, si il est peut être excessif de parler de période sensible, la qualité des premiers échanges mère-bébé est posée comme primordiale pour le devenir psychique de l'enfant ». De plus, pour Winnicott, l'enfant aurait des tendances innées au développement. Pour cela, il faut qu'il trouve autour de lui l'environnement nécessaire et suffisamment bon (good enough mother = notion de Winnicott). Ceci explique l'impact des dépressions maternelles sur le développement de l'enfant.

Pour que l'enfant s'adapte au monde extérieur, il faut qu'il développe des capacités qu'il va réussir à acquérir seul mais aussi grâce aux interactions avec son environnement proche, notamment avec sa mère. Si elle ne répond pas à ses

interactions, pour que le nourrisson se régule, alors il se désorganise. Ceci a été démontré au cours d'une expérience mise en place par Tronick et coll, appelée « still face ». Pendant cette étude, on demande aux mères, après une séquence d'interaction normale avec son enfant, de garder un visage impassible, sans expressions pendant quelques minutes, puis de revenir à une interaction normale. Ils se sont aperçu qu'au cours de la période de still face, le nourrisson se désorganise. D'abord, il essaye d'attirer l'attention de la mère par des sourires, regards intenses, puis il se met à pleurer, trembler. Ceci montre que c'est une relation d'échanges et d'interactions avec le monde extérieur, et surtout son environnement proche, dont le nourrisson a besoin pour se développer dans les meilleures conditions.

La DPP peut entraîner une interruption ou une altération des liens entre la mère et son enfant, et être à l'origine de carences affectives qui entraînent chez l'enfant une organisation pathologique de sa personnalité (54). Ces carences entraînent des conséquences multiples chez le nourrisson qui peuvent être des signes d'alarme pour les professionnels de santé afin de mettre en évidence le trouble dépressif à l'origine de ces carences et conséquences. Le nourrisson présente un mauvais état de santé général avec des troubles du sommeil, une stagnation de la courbe pondérale, un retard de croissance associé à un retard psychomoteur. Tous ces signes peuvent être annonciateurs d'une DPP et ne doivent pas être banalisés ni par la mère ni par les professionnels de santé.

Le retentissement de la DPP sur le développement de l'enfant va se faire tout au long de sa croissance et à différents niveaux : aussi bien sur le plan affectif, que cognitif et comportemental.

- Développement affectif :

D'un point de vue affectif, les enfants de mère déprimées présentent des différences significatives par rapport aux enfants de mères non déprimées. Ils limitent les interactions aussi bien vocales que visuelles avec le monde extérieur, se montrent plus fuyants, évitants, moins souriants avec un certain repli sur soi. La DPP entraîne chez l'enfant des comportements d'inhibition avec une baisse de l'estime de soi, pouvant

entraîner à l'âge adulte des phobies sociales avec de faibles interactions interpersonnelles.

A l'inverse, si au cours de la DPP de la mère, l'enfant a développé un attachement insécuré avec de nombreuses carences affectives, il va tout d'abord s'attacher très rapidement aux personnes leur apportant de l'intérêt avec un besoin de contact et de familiarité qui se traduira ensuite par des manifestations agressives et d'opposition vis-à-vis de la personne ayant suscité son intérêt. L'attachement se manifeste au cours des trois premières années de la vie et si la mère présente un trouble dépressif dans le post partum, les relations mère-bébé seront altérées. Cela peut entraîner chez l'enfant une carence affective qui impacte aussi bien son espace psychique que les liens sociaux que l'enfant développera avec son entourage. Au cours de son épisode dépressif, la mère, lassée, peut se montrer négligente vis-à-vis de son enfant et entraîner un attachement anxieux et ambivalent, à l'origine d'une vigilance accrue à l'égard de son entourage avec un besoin de proximité avec l'adulte, pouvant compromettre toute initiative autonome de la part de l'enfant (55) (56).

- Développement cognitif :

Pour ce qui est du développement cognitif, l'impact d'une dépression maternelle sur son enfant se ressent tout au long de son enfance. La mise en place des fonctions cognitives se trouve altérée, Murray l'a mise en évidence dans l'une de ses études montrant un rendement cognitif moins positif chez les nourrissons de mères déprimées (57). Cela se manifeste par des troubles de l'attention, un éveil désorganisé, un apprentissage linguistique modifié avec un retard dans l'expression verbale, des difficultés scolaires associées à des troubles de l'attention. Les retards de parole et de langage peuvent être à l'origine de perturbations de la communication avec autrui, entraînant un repli sur soi de l'enfant qui fuit le contact visuel avec son entourage de façon à éviter tout échange verbal (51). La dépression maternelle peut nuire au développement normal de son enfant notamment dû à l'impact qu'elle peut avoir sur son apprentissage et sa capacité à recueillir et traiter les informations. D'après une étude menée par Lesesne et Coll, il semble exister un lien entre l'état de santé mentale

de la mère et l'émergence de troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), qui se poursuivrait de la petite enfance jusqu'à l'adolescence (58). Ceci montre l'impact cognitif sur l'enfant, de troubles dépressifs chez la mère.

- Développement comportemental :

De manière générale, les mères déprimées sont moins attentives et réactives aux besoins de leurs enfants. Elles auront une capacité moindre à répondre aux humeurs négatives et à résoudre les problèmes qu'une mère non déprimée. De plus, lors du développement de son enfant, il faut réussir à lui fixer des limites, de manière à le cadrer, ce qu'une mère déprimée a du mal à faire. Ou alors quand elle arrive à les mettre en place, il lui apparaît difficile voire impossible de les faire respecter. De ce fait, l'enfant ne va pas se sentir obligé de les respecter puisqu'il sait et sent que la mère lui laissera faire ce qu'il veut. Elle se sent souvent lassée et fléchie devant les réactions négatives de son enfant. Ceci peut être la source de troubles émotionnels et du comportement chez l'enfant associé au développement d'un tempérament difficile avec une ouverture moindre sur le monde.

De plus, les études ont montré que les enfants nés de mères dépressives avait plus de risque de développer des problèmes d'internalisation (dépression) et d'externalisation (agression, destruction) que les enfants de mères non déprimées. Ils sont généralement plus vulnérables à la psychopathologie avec plus de risque de développer des troubles affectifs, des troubles anxieux ou encore des troubles de conduite (59).

Il faut bien garder à l'esprit que toutes les conséquences vues précédemment ne sont pas systématiques, elles seront fonction de l'intensité du trouble dépressif dans le post-partum mais aussi fonction de sa durée. En effet, certaines études suggèrent que l'impact de la DPP ne devient réel qu'en association avec d'autres facteurs comme la récurrence ou la chronicité des troubles dépressifs maternels. Il faut, malgré tout, rester prudent face à ce type de dépression au vue des conséquences multiples qu'elle peut entraîner.

Pour limiter l'impact de la DPP, les professionnels de santé vont jouer un rôle primordial dans le dépistage précoce de cette pathologie, afin de prendre en charge les mères déprimées de la manière la plus efficace possible et dans les plus brefs délais.

II. Prévention et dépistage

1. Prévention

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la moitié des DPP ne seraient pas diagnostiquées par les professionnels de santé (45) (60) (61) et que parmi les mères diagnostiquées, près d'un tiers d'entre elles, ne sont pas observantes vis-à-vis des traitements instaurés par les médecins (62) (63). De plus, on a vu précédemment que la DPP est une pathologie fréquente pouvant induire des conséquences péjoratives sur l'ensemble de la famille. Il en ressort donc que la prévention est primordiale et qu'il s'agit d'un enjeu considérable en terme de Santé Publique.

a. Définition

La prévention selon l'OMS « est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (64). Il distingue trois types de prévention en fonction du moment et du type de prévention.

- Prévention primaire :

Ensemble des actions mises en œuvre afin de limiter l'incidence d'une pathologie au sein d'une population saine, en jouant sur les causes et les facteurs de risques propres à la maladie. On essaie par des mesures préventives de diminuer la fréquence du problème de santé et de réduire autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas.

Dans le cadre de la dépression du post-partum, ce sont les professionnels de santé, qui vont pouvoir jouer un rôle dans la prévention primaire, en étant attentifs et à l'écoute des femmes en période périnatale, afin de repérer les facteurs de risque pouvant être à l'origine d'un trouble dépressif du post partum.

- Prévention secondaire :

On entend par prévention secondaire toutes les actions visant à détecter et diagnostiquer la pathologie à son stade le plus précoce de manière à mettre en place un traitement rapide et efficace, dans la mesure du possible, pour éviter les complications.

Elle joue un rôle primordial dans la DPP, puisqu'elle va permettre de limiter l'impact sur le nouveau-né, la relation conjugale voire sur l'équilibre familial. On considère le dépistage comme la prévention secondaire de la DPP.

- Prévention tertiaire :

Elle a lieu lorsque la maladie est déclarée. Son but est de limiter la progression et les complications de la maladie. C'est l'ensemble des mesures visant à réduire les invalidités, les rechutes et complications, mais aussi à améliorer la qualité de vie des patients.

Dans notre cas, il s'agit de la mise en place des traitements médicamenteux et non médicamenteux pour une prise en charge globale et adéquate de la DPP. Cela comprend les soins médicaux, paramédicaux et de réhabilitation.

b. Acteurs de la prévention

La prévention va se faire essentiellement par des professionnels de santé, qui seront en contact direct avec les femmes enceintes et les jeunes mères, tout au long de la grossesse et dans le post partum.

- Médecin généraliste :

C'est souvent un intermédiaire privilégié pour les femmes enceintes et celles qui viennent d'accoucher, puisqu'il connaît généralement la patiente dans sa globalité. Quand il s'agit du médecin traitant, la patiente est dans une relation de confiance avec lui, puisqu'elle l'a choisi pour la suivre au long terme. Il connaît donc les antécédents de la patiente sur le plan médical mais aussi familial et social. Cela va lui permettre de

déceler des facteurs de risque ou encore des symptômes précoces pouvant présager la survenue d'une DPP, et il pourra ainsi orienter la patiente vers un soin spécialisé, si nécessaire. De plus, lorsqu'elle le souhaite, la patiente peut demander à son médecin traitant de la suivre sur les débuts de sa grossesse, mais surtout d'assurer le suivi de son bébé. Ces contacts répétés font du médecin généraliste un acteur de santé clé dans la prévention de la DPP.

- Gynécologue-obstétricien et sage-femme

Le gynécologue-obstétricien est un spécialiste de la physiologie de la femme, et va intervenir tout au long de la grossesse, de l'accouchement et en suite de couche. Il accompagne et contrôle la grossesse lors de visites régulières, surveille le développement du fœtus et l'impact de ce dernier sur la future mère. Quant à la sage-femme (ou maïeuticien), elle est la spécialiste de la grossesse normale, du diagnostic jusqu'à l'accouchement. C'est elle, qui pose le diagnostic du début de travail et qui s'occupe de l'accouchement. Ils ont donc une place privilégiée dans le domaine de la prévention puisqu'ils sont en contact direct avec la patiente au cours de la grossesse, de l'accouchement et en suite de couche. Ils peuvent donc être des acteurs de prévention, en s'assurant du bon déroulement psychique de la grossesse, mais aussi de la maternité.

- Pédiatre

Chargé du suivi de l'enfant, il joue un rôle clé dans la prévention et la détection de troubles psychiques du post partum. Il est attentif à la nouvelle relation mère-enfant, qui se met en place, au développement du nouveau-né, mais aussi aux comportements de la mère et de l'enfant, qui peuvent s'avérer révélateurs de DPP.

- PMI

Le service de PMI est un service départemental, placé sous l'autorité du directeur régional, ayant pour but d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant

jusqu'à 6 ans. Ses missions sont surtout préventives et elles ont pour but la santé globale de la famille. C'est une équipe pluridisciplinaire (médecins, sages-femmes, puéricultrices ...) basée au Conseil Départemental, qui reçoit, de la part de la CAF toutes les déclarations de grossesse, et qui informe les familles des mesures, qui sont mises à leur disposition. Ceci leur permet de connaître l'existence de ce type de service et de prendre contact avec la PMI, si cela s'avère nécessaire (65).

- Autorités de Santé

Les troubles dépressifs de la périnatalité représentent un problème de santé publique. De ce fait, le gouvernement s'est penché sur le sujet de manière à mettre en place des propositions d'actions visant à améliorer les connaissances et la prise en charge de ces troubles, afin de limiter leurs incidences.

Circulaire Molénat du 4 juillet 2005 : mise en place par la pédopsychiatre Françoise Molénat, afin de définir des recommandations sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Pour cela, elle a étudié les besoins des familles, mais aussi des professionnels de santé, de manière à avoir une approche plus cohérente. Les principaux objectifs sont une continuité des soins, avec un travail en réseau entre les professionnels de santé ayant été formés de façon adéquate, et le développement de missions pour les professionnels du champ psychique exerçant en maternité (66).

Plan Périnatalité 2005-2007 : l'un des principaux enjeux est d'améliorer l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant. Dans ce plan, on retrouve un « entretien individuel du 4^{ème} mois » (aussi cité dans la circulaire Molénat et les recommandations HAS), qui a pour objectif de « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents ». Il sera proposé systématiquement au 4^{ème} mois de grossesse et pourra se faire seule et/ou en couple, afin de préparer au mieux les parents à la venue au monde de leur enfant. Une autre des mesures du plan de périnatalité, ayant un lien direct avec la DPP, est une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance. Cette démarche a pour but de « renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants en améliorant, dès la

grossesse, la sécurité émotionnelle des parents » avec la mise en place de « véritables collaborations médico-psychologiques en maternité, de l'entretien individuel du 4ème mois, de formations interprofessionnelles regroupant l'ensemble des professionnels de la naissance, dont l'objectif est de faciliter la réflexion commune, notamment autour de la reprise de cas, et d'améliorer ainsi la cohérence des interventions, et d'un réseau de professionnels centré sur chaque famille, qui le souhaite, s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une cohérence suffisante de l'ante au post-natal » (67).

« **Préparation à la Naissance et à la Parentalité** » : recommandations mises en place par la HAS en novembre 2005, afin d'accompagner les mesures du plan périnatalité vu précédemment. Elles sont destinées aux professionnels de santé de périnatalité, pour préparer le couple à la naissance et à toutes les modifications qui en découlent, repérer les familles à risque et les accompagner face à leur vulnérabilité, soutenir la famille avec des notions éducatives et affectives et enfin favoriser une meilleure coordination des professionnels dans un contexte de périnatalité (68).

- Pharmacien

Nous nous pencherons sur son impact dans la prévention lors de la partie sur le rôle du pharmacien au cours d'une DPP.

c. Moments clés de la prévention

La prévention va se faire dès lors qu'il y a un désir d'enfant et jusque dans le post partum. On va s'intéresser aux différentes périodes propices à la prévention pendant ce laps de temps. La HAS préconise un « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » qui doit débiter dès lors que la femme exprime son désir de grossesse (69).

La conception et le post partum sont des périodes au cours desquelles la femme se trouve en permanence confrontée aux professionnels de santé et pendant lesquelles la prévention va jouer un rôle majeur. En effet, il existe des consultations obligatoires lors du suivi d'une grossesse et dans le post partum, puis il y a d'autres moments, qui

sont mis à disposition des femmes enceintes et des jeunes mères, afin d'assurer une prise en charge globale de la femme et de son entourage.

Avant 2006, le suivi de grossesse, réalisé par un médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme, était composé de 7 visites prénatales obligatoires à partir du 3^{ème} mois puis mois par mois jusqu'au terme (dans le cadre de grossesse non pathologique), de trois échographies et de séances de préparation à l'accouchement, si elle le désirait. Toutes ces consultations sont des moments privilégiés pour parler du ressenti de la patiente vis-à-vis de sa grossesse et de son accès à la maternité, afin de déceler des comportements à risque pouvant se traduire par un trouble dépressif dans le post partum.

Ce suivi médical de grossesse a pour but d'améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive.

Malgré cela, le ministère de la Santé estime que la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples n'est pas suffisamment prise en compte et décide de mettre en place le « plan de périnatalité 2005-2007 », décrit précédemment, dans lequel « un entretien du 4^{ème} mois » est mis en place et ajoute une occasion de plus aux femmes enceintes de parler de leur grossesse et ressentis.

En plus de ce suivi médical de grossesse, il existe des consultations post natales : huit jours après l'accouchement, par une sage-femme, et une visite obligatoire 6 à 8 semaines en post partum, afin de s'assurer que tout se passe bien (70).

Toutes ces visites au contact de professionnels de santé sont des moments privilégiés d'échange, qui sont l'occasion pour les femmes et leurs conjoints de parler de leurs préoccupations et craintes vis-à-vis de l'accès à la parentalité. Les professionnels de santé se doivent d'être attentifs, afin de prévenir toute apparition de trouble dépressif dans le post partum. Ainsi, la prévention a lieu à partir du moment où le couple exprime son désir de grossesse, et jusque dans le post partum.

d. Moyens de prévention

Une étude récente menée par Henri Chabrol et coll. fait l'état des lieux de la prévention actuelle de la DPP, et met en évidence que les mesures, mises en place pour prévenir la DPP, ne sont généralement pas probantes ou bien même qu'elles manquent d'études, afin de prouver leur efficacité.

- Prévention biologique

Elle comprend les antidépresseurs, la thérapie hormonale, la thyroxine, les compléments alimentaires en calcium et oméga 3, ainsi que le soulagement de la douleur au moment de l'accouchement. Ces différents moyens de prévention ont fait l'objet d'études, qui sont soit insuffisantes pour prouver l'efficacité réelle de ce type de mesures, soit qui ont des résultats ne permettant pas d'affirmer leur rôle préventif.

Cependant, pour ce qui est de la thérapie hormonale, certains auteurs font l'hypothèse que le bouleversement hormonal au moment de l'accouchement, marqué par une diminution brutale des hormones sexuelles, pourrait expliquer la spécificité du post partum. Pour mettre en évidence cette théorie, ils ont traité des femmes déprimées avec des hormones sexuelles, ce qui a entraîné une amélioration de la symptomatologie dépressive. Cela pourrait s'avérer être un moyen de prévention, mais les données étant insuffisantes, on ne peut se permettre d'intégrer cela dans le traitement de routine de la DPP (71). Il a effectivement été démontré que les progestatifs de synthèse pouvaient avoir un effet néfaste sur l'humeur maternelle et doivent donc être utilisés, pour la contraception, avec une grande prudence dans le post partum. Ceci ne semble pas être le cas pour les progestatifs naturels, mais cela reste à démontrer. Pour ce qui est des œstrogènes, malgré des résultats prometteurs concernant leur rôle préventif et curatif, des études supplémentaires sont nécessaires avant de pouvoir tirer des conclusions.

Concernant l'utilisation de compléments alimentaires pendant la grossesse, ici aussi on manque de preuves évidentes pour banaliser leur utilisation, mais on sait d'ores et déjà qu'un régime alimentaire pauvre en certaines vitamines, minéraux ou autres

nutriments (omega-3, fer, acide folique, vit D, calcium ...) peut entraîner la survenue d'une dépression post-natale. De ce fait, le comblement de ces carences semblerait être une bonne alternative de prévention de la DPP, mais des études complémentaires sont nécessaires pour valider cette hypothèse (72). On retrouve malgré tout souvent ces compléments lors de grossesse, mais pas pour leur aspect préventif de la DPP mais pour des utilisations bien spécifiques (carence martiale, développement du nourrisson...).

- Prévention psychologique et psychosociale :

Concernant les cours, groupes prénataux ou encore le soutien à domicile postnatal, qui visent à faciliter l'adaptation face à l'accès à la parentalité et le débriefing postnatal réalisé par la sage-femme pour discuter de l'accouchement, trop peu d'études sur leur impact confortent leur intérêt pour prévenir la DPP.

Il ne faut pour autant pas négliger ces mesures, car elles permettent une prise en charge de la femme enceinte dans sa globalité. Elle va pouvoir discuter aussi bien de son accouchement, qui peut être vécu comme un traumatisme, et pouvant de ce fait, être un facteur déclenchant de la DPP, que de son nouveau statut de mère, de son ressenti face à tous ces changements.

Même si trop peu d'études permettent de mettre en évidence un impact réel vis-à-vis de la prévention de la DPP, ces mesures sont efficaces dans bien d'autres domaines, notamment dans l'éducation face à l'accès à la parentalité.

De plus, la tendance semble avoir changé depuis 2013, puisque Dennis et Dowswell ont publié une étude montrant les bénéfices de certaines interventions psychosociales et psychologiques concernant la prévention de la DPP. Globalement, celles ayant bénéficié de ce type d'intervention, sont moins susceptibles de développer un trouble dépressif dans le post-partum que les autres. Ces interventions prometteuses comprennent, des visites à domicile dans le post partum par des infirmières ou sage-femme, une assistance téléphonique, des psychothérapies interpersonnelles ayant pour principal but d'accompagner la femme dans le post partum, afin de faciliter l'accès à la parentalité (73). Pour ce qui est des thérapies interpersonnelles, elles sont

constituées de 4 séances hebdomadaires d'une heure visant à leur inculquer une psychoéducation sur le baby blues et la dépression du post partum et à gérer la transition entre le pré et le post partum.

Pour ce qui est de la séance unique de thérapie cognitive et comportementale pour les mères à risque mise en place dans les 2-3 jours du post partum, il a été mis en évidence qu'elle entraînait une diminution de la fréquence de DPP mais aussi une réduction de l'intensité de la dépression. La thérapie cognitive et comportementale est une prise en charge de la souffrance psychique du patient, qui vise, par un nouvel apprentissage, à orienter le patient d'un comportement inadapté vers un comportement adapté vis-à-vis de la situation à laquelle il est confronté. Elle fait partie des thérapies brèves, au cours de laquelle, le thérapeute définit avec le patient les objectifs et les buts à atteindre. Elle est donc adaptée à chaque patient et prend en compte les souhaits de ce dernier. C'est une prise en charge dynamique, qui permet à la personne traitée de se sentir impliquée et d'accepter plus facilement de se traiter (74).

C'est une thérapie adaptée à la DPP puisqu'elle va permettre l'éducation de la mère vis-à-vis de sa nouvelle situation, mais aussi de prendre en charge ses craintes et angoisses face aux modifications majeures faisant suite à l'accouchement.

- Autres préventions :

Des essais ont été effectués pour un bilan postnatal précoce : à une semaine de l'accouchement, mais il ne présente pas de bénéfice supplémentaire à celui réalisé à six semaines, afin d'identifier et prendre en charge les problèmes postnataux (75).

Dans plusieurs pays, on s'est intéressé à l'impact de l'extension des soins de la sage-femme dans le post partum et deux résultats contradictoires ont été mis en évidence. Un met en évidence un caractère préventif significatif alors que l'autre non. Des études complémentaires semblent nécessaires afin de tirer des conclusions.

Un des moyens de prévention de la DPP ayant fait ses preuves est le dépistage des familles à risque au cours de la grossesse, avec recherche des facteurs de risque. Cela

permet d'adopter une stratégie adéquate de façon à éviter la survenue ou limiter les conséquences d'un trouble dépressif en périnatalité.

La dyade mère-enfant a un impact non négligeable sur le développement possible d'un trouble psychique dans le post partum. Il faut s'assurer qu'elle se met en place correctement afin de limiter les conséquences néfastes. Cela peut, entre autre, passer par l'allaitement qui va permettre la mise en place d'une relation privilégiée entre la mère et son enfant. En effet, il permet à la mère de nouer une relation fusionnelle avec le nourrisson, qui apporte du plaisir, et une amélioration de sa confiance en elle vis-à-vis des nouvelles responsabilités et charges qui s'offrent à elle. En plus des bénéfices sur la relation mère-enfant, l'allaitement semble avoir un caractère préventif sur l'apparition de dépression dans le post partum (40).

La prévention primaire de la DPP est en plein cœur de nombreuses recherches actuelles, afin d'apporter plus de preuves concrètes concernant son impact. La DPP étant une entité clinique très fréquente considérée comme un problème de santé publique, la prévention semble être une alternative des plus intéressantes de manière à limiter son incidence d'une part, et ses conséquences d'autre part (76).

Nous allons maintenant nous intéresser aux différents aspects de la prévention secondaire et tertiaire à travers le dépistage et la prise en charge de la DPP.

2. Dépistage

a. Définition

Le dépistage consiste à identifier, de manière présomptive, à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement.

Un programme de dépistage implique un problème majeur de santé publique, pour lequel il existe des moyens thérapeutiques pour ceux étant considérés comme à risque. Les tests de dépistage se doivent d'être simples, fiables, performants, validés et reproductibles.

L'objectif majeur du dépistage est d'améliorer la santé des individus par le diagnostic précoce des maladies à un stade, où elles sont curables, ou quand leurs conséquences peuvent être limitées. Le dépistage est donc une démarche de prévention secondaire.

Concernant la DPP, les études épidémiologiques procèdent généralement de la manière suivante : tout d'abord il y a une phase de dépistage à l'aide de questionnaires puis il y a une phase de diagnostic par l'intermédiaire d'un guide d'entretien semi-structuré. Nous allons tout d'abord nous intéresser à la phase de dépistage, puis nous verrons les principes du diagnostic dans la partie suivante.

La DPP est une affection psychiatrique fréquente et trop peu diagnostiquée au vu de son impact et de ses conséquences. Les retentissements de la DPP en termes de santé publique sont majeurs pour la jeune mère, son couple mais aussi le développement psycho-affectif de son bébé. Une amélioration du dépistage et de la prise en charge de cette pathologie représente donc un réel enjeu de santé publique. De ce fait, de nombreux chercheurs se sont penchés sur l'élaboration de moyens de dépistage, afin d'agir rapidement et efficacement face à ces troubles psychiques.

Nous allons voir deux questionnaires distincts, qui ont été élaborés dans le but de déceler, pendant et après la grossesse, les femmes à risque de développer une DPP. En effet, il existe deux périodes primordiales au dépistage : l'ante et le post partum. Il semble donc intéressant de dépister la DPP au cours de ces deux périodes. Pour ce qui est de la période ante-partum, plusieurs questionnaires ont été élaborés par différents auteurs depuis les années 1990, mais n'ont pas été validés sur une population autre que celle grâce à laquelle le questionnaire a été mis en place. J'ai donc choisi de vous présenter celui ayant été validé sur plusieurs populations, le DAD-P, même si il n'est pas encore utilisé en pratique courante, afin d'avoir une vision des deux approches distinctes. Quant au questionnaire visant à dépister la DPP dans le post partum, l'EPDS,

il a été validé internationalement et fait maintenant partie du dépistage de routine de la DPP.

b. Dépistage anténatal : DAD-P

i. Caractéristiques

Le DAD-P ou Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post partum aussi appelé « Questionnaire de Genève » est un test, qui a été élaboré par une équipe de chercheurs, afin de dépister les femmes enceintes à risque de développer une dépression du post partum. Il a été construit lors d'une étude prospective portant sur la DPP et validé par une étude multicentrique.

ii. Objectifs

Il a pour objectif principal de permettre aux professionnels de santé de dépister, de manière rapide et régulière, les femmes à risque de développer une DPP au cours des consultations prénatales.

Il favorise une relation de confiance entre la patiente et le professionnel, ce qui permet d'aborder des sujets, qui auraient pu être mis de côté en temps normal. Il permet la verbalisation du ressenti des femmes enceintes, qui seront plus à même de parler de leurs craintes et angoisses.

iii. Composition

Ce test de dépistage se présente en deux parties distinctes. La première partie, qui aborde les aspects personnels, somatiques et psychologiques, comprend six items avec quatre réponses possibles par item qui sont cotées de 0 à 1 (sauf pour l'item 4 qui est coté de 0 à 3). Le score maximal est de 8 et on considère l'échelle comme positive dès lors que le score est supérieur ou égal à 3.

Quant à la deuxième partie, elle comporte une à deux questions supplémentaires, qui diffèrent selon la version du questionnaire, concernant l'existence d'un changement relationnel avec la mère de la patiente depuis qu'elle est enceinte, la fréquence des

pleurs et la préparation à la naissance. On estime qu'il y a un risque de DPP si les réponses aux questions complémentaires sont positives.

Il existe deux versions de DAD-P, une version permettant un dépistage large et l'autre utilisée pour un dépistage plus spécifique. Elles diffèrent uniquement au niveau des questions complémentaires de la deuxième partie, la première partie reste la même. Le dépistage large est utilisé pour dépister un maximum de femmes à risque, il comprend aussi les faux positifs (femmes « à risque » mais qui ne développeront pas de DPP). Quand il est positif, il est recommandé de s'intéresser aux facteurs de risque, afin de détecter les faux positifs.

Pour le dépistage plus spécifique, il va permettre de dépister les femmes présentant un maximum de risque avec une valeur prédictive plus fiable et sera plus utilisé pour la recherche.

D'après ce test, on pourra dire qu'il y a un risque de trouble dépressif en postnatal si le DAD-P est positif. Pour cela, il faut que l'échelle soit positive ou que les questions complémentaires le soient aussi. Annexe 1.

iv. Utilisation

Ce test peut facilement être proposé lors de consultations prénatales, il ne nécessite pas de formation psychopathologique et peut donc être réalisé par tous les professionnels de santé présents pendant la période prénatale.

Il est recommandé de le faire durant les deux derniers trimestres de grossesse et les auteurs encouragent les acteurs de santé à le répéter régulièrement. Ces questions vont permettre à la femme enceinte de parler de ses éventuelles difficultés psychologiques pressenties ou ressenties.

Lorsque le test est positif, qu'il met en évidence une vulnérabilité potentielle, le professionnel va soit approfondir certaines questions et refaire le test lors de la prochaine visite, soit rechercher des facteurs de risque et orienter vers des professionnels qualifiés en psychopathologie de la périnatalité.

Si une dépression est soupçonnée, on peut proposer de faire l'EPDS, que l'on va voir par la suite et qui est recommandé pour le dépistage de la dépression périnatale.

Lors de cette étude multicentrique, qui a mis au point ce questionnaire pré-partum pour la détection de la dépression post-partum, des recommandations ont été élaborées pour permettre de savoir quelle attitude adopter face à chaque cas de figure.

La première étape consiste à dépister une dépression déjà présente au cours de la grossesse grâce à deux questions simples préconisées par la « Preventive Services Task Force » des Etats Unis : « Durant les deux dernières semaines, vous êtes-vous parfois sentie abattue, déprimée, sans espoir ? » et « Avez-vous ressenti moins d'intérêt ou de plaisir en effectuant vos activités ? ». Après cela, on cherche à déterminer le risque de développer une dépression future dans le postpartum.

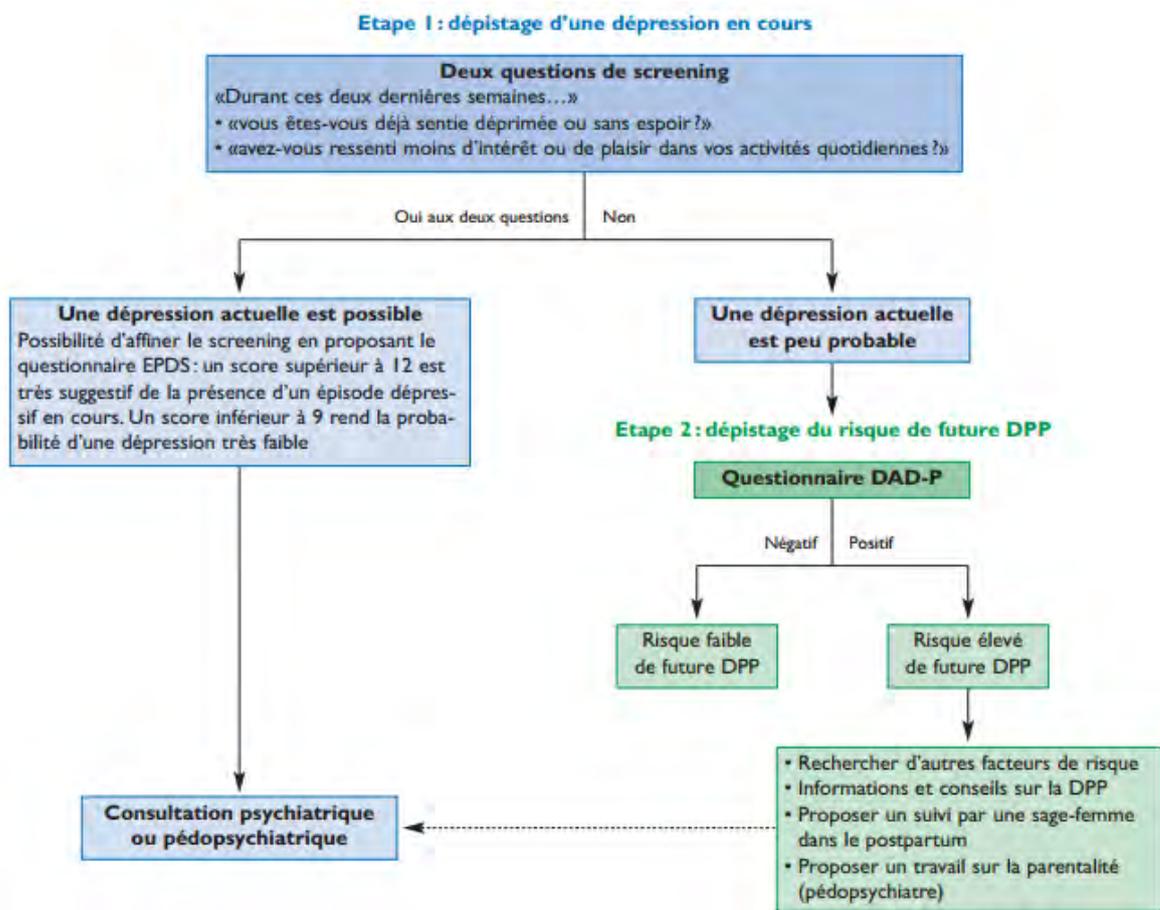


Figure 1. Recommandations pour la détection d'une dépression en cours et la détection du risque de future dépression du postpartum
DAD-P: Dépistage Antenatal du risque de Dépression du Postpartum; EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale; DPP: dépression du postpartum.

L'étude, qui a mis en place ce dépistage anténatal, avait pour but de favoriser un suivi de grossesse aussi bien somatique que psychologique au vu des conséquences péjoratives des troubles anxieux et/ou dépressifs, que peut rencontrer la femme enceinte.

Pour cela, on peut s'appuyer sur la clinique en posant des questions à la patiente sur les principaux facteurs de risque de la DPP ou utiliser des questionnaires de dépistage en ante et postnatal (77).

c. Dépistage postnatal : EPDS

i. Caractéristiques

Il existe plusieurs types d'outils standardisés utilisés pour l'évaluation des dépressions qui permettent d'assurer une bonne reproductibilité et une uniformisation des mesures. Mais ces outils, utilisés en pratique courante en dehors de la période de puerpéralité, ne sont pas applicables à la période du post partum. C'est pourquoi l'équipe de John Cox s'est penchée, en 1987, sur l'élaboration d'un nouveau questionnaire adapté à la périnatalité : l'Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS).

Ce questionnaire est un outil psychométrique internationalement reconnu dans l'aide au dépistage de la DPP. Son acceptabilité par les patientes et sa facilité d'utilisation en font un outil de référence dans le dépistage des dépressions maternelles par les professionnels de santé. Cette échelle peut être utilisée en suite de couche immédiate, mais aussi lors de la consultation post natale.

D'après une étude menée par Chabrol et coll. elle « permet à la fois le dépistage précoce des mères à risque de développer une dépression postnatale et, dans les premières semaines du postpartum, celui des mères présentant une dépression du post-partum » (78).

ii. Objectifs

L'intérêt de cet auto-questionnaire est de dépister les mères déprimées en post-natal. Il a été établi par John Cox dans le but de révéler ces dépressions par des professionnels de santé non spécialisés en psychiatrie. En effet, cela va permettre aux

professionnels « non psy » de mettre en évidence et reconnaître ces troubles psychiatriques le plus rapidement possibles, afin de mettre en place les mesures nécessaires pour éviter toutes complications. Comme il s'agit d'un auto-questionnaire, le professionnel n'a pas besoin de formation pour le faire passer. Il est préférable que cela soit la mère qui réponde aux questions, et non un proche, afin d'avoir une échelle, qui s'approche considérablement de la réalité.

Il a été montré que la passation de l'EPDS entraîne une relation de confiance entre le professionnel et la patiente et qu'il permet souvent l'ouverture du dialogue. Les femmes se sentent plus aptes à exprimer les sentiments négatifs qu'elles ressentent et dévoilent leurs réelles impressions.

Il permet d'apprécier si une femme est déprimée ou pas, mais aussi de contrôler l'état dépressif des mères ayant une prise en charge thérapeutique.

iii. Composition

Il a été établi par J.Cox, puis traduit et validé en français par l'équipe de N.Guédenet. Sa conception s'est inspirée de trois échelles déjà existantes que J.Cox a remaniées en y ajoutant des items de sa propre construction. C'est à partir de ces trois échelles que J.Cox a construit son auto-questionnaire : "Irritability, Depression and Anxiety Scale" de Snaith et al. (1978) - "Hospital Anxiety and Depression Scale" de Zigmond et Snaith (1983) - "Anxiety and Depression scale" de Bedford et Foulds (1978).

Il est resté très attentif sur le choix et la formulation de ses items, afin de rendre ce questionnaire accessible à tous, mais aussi de s'assurer de l'acceptabilité par les mères tout en ménageant leur sensibilité. Pour cela, il s'est limité à 10 items avec une cotation aisée, des mots simples et des phrases courtes. Chaque item est coté de 0 à 3 en fonction de l'intensité des symptômes, le score maximal étant de 30. Si le score EPDS est supérieur à 9 à J3, on considère que c'est prédictif d'une DPP ; s'il est supérieur à 12 entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine du post partum, alors on considère que la mère présente une dépression majeure. Annexe 2.

iv. Utilisation

A la base, utilisé pour dépister la DPP dans le post partum, l'EPDS s'est étendu à la période prénatal après une étude menée par Murray et Cox en 1990. Quand le questionnaire semble témoigner de l'existence d'un trouble dépressif du post partum, le professionnel doit se pencher sur la clinique, les facteurs de risque et il est possible de refaire le test une à deux semaines plus tard, si nécessaire. Une évaluation clinique plus poussée devrait être effectuée pour confirmer le diagnostic. De par sa simplicité d'obtention et d'utilisation, ses propriétés psychométriques et son utilisation internationale, il s'impose comme l'outil de dépistage le plus utilisé pour la dépression périnatale (79) (80) (81) (82).

III. Diagnostic

A la suite d'un dépistage de la DPP positif, il faut poser le diagnostic, afin de s'assurer que la patiente présente bien une DPP et la prendre en charge rapidement et efficacement. En effet, les tests de dépistage ne suffisent pas à eux-seuls, pour poser le diagnostic de DPP, mais ils aident à orienter et attirer l'attention des professionnels et de la femme sur le risque potentiel de troubles dépressifs dans le post partum. Si le test s'avère en faveur d'une DPP, le professionnel se penchera sur le diagnostic de cette pathologie.

Le diagnostic de la DPP fait débat dans la littérature. Certains auteurs s'accordent à dire qu'il s'agit d'un épisode dépressif majeur en contexte de post natalité, alors que d'autres tiennent à le différencier d'une dépression classique, et parlent de dépression atypique.

On a vu précédemment que le post partum est une période à risque de décompensations psychiatriques. En effet, la maternité est un état de haute vulnérabilité aux manifestations extérieures et à l'histoire personnelle de la future mère pouvant laisser place à une fragilité maternelle. Cette période est marquée par de nombreux remaniements physiques, relationnels, psychiques et psychologiques, pouvant entraîner des épisodes psychiatriques.

Comme nous l'avons présenté au début de cette thèse, il existe classiquement, trois troubles psychiatriques du post partum dont « le post-partum blues » fréquent et généralement anodin, la psychose puerpérale rare mais grave et la dépression du post partum. Pour poser un diagnostic de DPP, le professionnel de santé pourra s'appuyer sur le diagnostic différentiel entre les différents troubles psychiatriques du post partum et sur le diagnostic clinique plus spécifique.

1. Diagnostic différentiel

a. Post-partum blues

i. Définition et épidémiologie

Le « post-partum blues », aussi appelé « blues du post partum », « maternity blues », « syndrome du 3^{ème} jour » ou encore « baby blues », fait partie des manifestations thymiques que l'on peut retrouver dans le post partum. C'est un trouble de l'humeur fugace, qui se déclare classiquement entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour, pour régresser au plus tard vers le 10^{ème} jour du post partum. Typiquement, le début est rapide, puis les symptômes disparaissent rapidement. C'est une période dysphorique transitoire, qui dure quelques jours, parfois qu'un seul, voire même quelques heures (83) (10) (23) (84) (85).

Il est considéré comme fréquent, puisqu'il touche entre 30% et 80% des accouchées en fonction des auteurs. Lempérière et coll. estime que la moitié des femmes déclare un état de blues dans le post partum. C'est un phénomène bien connu, de par sa fréquence, mais aussi grâce au fait que, souvent, ce trouble thymique se déclare lors du séjour à l'hôpital ce qui fait que les professionnels de santé y sont régulièrement confrontés et qu'ils savent l'appréhender et le prendre en charge.

C'est un épisode banal et classique dont la nature se discute entre une adaptation classique, un trouble de l'humeur ou une réaction émotionnelle normale. Le blues n'est pas considéré comme un état pathologique et n'est donc pas référencé dans les classifications nosographiques internationales.

Concernant l'étiologie, aucune n'est reconnue à ce jour, en particulier, mais plusieurs auteurs ont mis en évidence des facteurs pouvant encourager sa survenue. Il y a des facteurs organiques (montées de lait, variation hormonale, fatigue intense, anémie), des facteurs physiologiques (deuil de la grossesse, séparation physique de l'enfant, deuil de l'enfant imaginaire...) et la mise en place de la « préoccupation maternelle primaire », qui est un état d'hypersensibilité maternelle nécessaire, pour répondre au mieux aux besoins du nouveau-né.

ii. Sémiologie

Grâce à la prévalence du « blues du post-partum », sa symptomatologie diversifiée est bien connue du milieu obstétrical.

La jeune mère présente une humeur dysphorique avec variabilité de l'humeur et passage rapide de la dépressivité à l'exaltation. Cette labilité émotionnelle s'accompagne d'irritabilité et de crises de larmes à répétition, d'une anxiété associée à des ruminations pessimistes vis-à-vis du nouveau-né. La mère a souvent peur de ne pas savoir s'occuper de son enfant avec un sentiment de découragement, devant l'ampleur de leurs responsabilités. On retrouve chez ses mères des troubles du sommeil à l'origine d'une asthénie, qui peut être à l'origine de l'irritabilité de ses jeunes mères.

Malgré la diversité de ses symptômes, la mère reste attentive aux besoins de son enfant, elle s'intéresse et communique avec lui tout en ayant conscience de sa fragilité passagère.

iii. Evolution et prise en charge

Cet état est considéré comme physiologique pour certains auteurs, qui considèrent qu'il s'agit d'un processus d'adaptation, qui permet à la jeune mère d'acquérir une sensibilité et une réactivité particulière indispensables pour répondre au mieux aux besoins de son enfant.

On parle d'un trouble dysthymique mineur à résolution rapide et spontanée, qui est favorisée par l'attitude chaleureuse de l'entourage de la jeune mère. Il se résout généralement en quelques heures voire quelques jours. Dans de rares cas (10%), il persiste au-delà d'une semaine et peut être le point de départ d'une évolution dépressive du post partum ou bien même annoncer une psychose puerpérale. De ce fait, il faut prendre cet état, en général passager, au sérieux, afin d'éviter toute évolution et complication.

Ce trouble thymique transitoire, qui apparaît sans gravité, ne nécessite pas de traitement spécifique, mais simplement une écoute attentive associée à une attitude empathique et compréhensive vis-à-vis de l'entourage de la patiente (aussi bien ses proches que le personnel soignant de la maternité). Il est important de dédramatiser

la situation, afin d'éviter toute culpabilité maternelle. Il faut, malgré tout, rester prudent si cet état se prolonge, afin d'éviter toute complication (86) (87).

b. Psychose puerpérale

i. Définition et épidémiologie

Ce trouble du post partum est un trouble psychotique rare, qui touche 0.2% des accouchées, mais qui nécessite une attention particulière du fait de sa gravité, son intensité et ses conséquences à plus ou moins long terme. Cette psychose puerpérale recouvre un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur et une certaine confusion. Elle apparaît souvent de façon brutale et se déclenche généralement entre la première semaine et jusqu'à la fin du premier mois du post partum. On entend par psychose une altération globale de la personnalité bouleversant les rapports du sujet avec la réalité. C'est une affection mentale au cours de laquelle le patient n'est pas, ou que partiellement, conscient de son état avec la présence d'un délire, qui entraîne une perception erronée de la réalité. La psychose puerpérale est la plus sévère des manifestations psychiatriques du post partum (88).

ii. Sémiologie

La survenue de ce trouble psychotique au cours de la puerpéralité est brutale, se déclare le plus souvent après la sortie de la maternité, avec une intensité, qui est rapidement maximale. La clinique est très variable et peut passer d'une thématique mélancolique à une thématique maniaque en très peu de temps, la symptomatologie est très changeante.

Des prodromes peuvent être observés au cours de la grossesse ou dans le post-partum immédiat tels que des crises d'angoisse, des plaintes somatiques associées à des sensations étranges ainsi que des troubles de l'humeur et du sommeil. Ces signes peuvent être annonciateurs d'une psychose et doivent alerter les professionnels de santé de manière à dépister ce trouble psychiatrique du post-partum au plus vite afin d'éviter toute complication.

Après cette courte phase prodromique, la bouffée délirante se déclenche avec des éléments confusionnels, de grandes oscillations thymiques et une anxiété extrême. On peut avoir soit des états d'agitation maniaque soit des états dépressifs pouvant aller jusqu'à la mélancolie profonde. La psychose puerpérale est un état confuso-délirant avec obnubilation, voire désorientation spatio-temporelle, associé à des hallucinations auditives et visuelles.

Les bouffées délirantes sont souvent axées sur l'enfant, l'accouchement ou encore la maternité. Pendant les phases dépressives, la jeune mère peut être persuadée que ce n'est pas son enfant, qu'on lui a échangé, qu'il est malade, anormal ou encore qu'il est mort. A l'inverse, au cours des phases maniaques, elle peut percevoir son enfant comme un enfant prodige, exceptionnel et robuste, chargé de missions salvatrices, idées de toute puissance et de mission divine. Elle peut se sentir persécutée, et développer une agressivité à son égard et celui du nouveau-né. Elle présente souvent des sentiments d'incapacité, de culpabilité à l'idée de ne pas être à la hauteur pour élever son enfant. C'est une symptomatologie fluctuante, bruyante, avec une adhésion au délire majeure et une anxiété intense.

La psychose puerpérale est une réelle urgence psychiatrique avec un danger majeur, qui réside en une agressivité physique et morale envers son enfant pouvant aller jusqu'à l'infanticide et/ou le suicide. C'est une symptomatologie intense et brutale, qui est facilement diagnostiquée. La gravité du phénomène le rend facilement reconnaissable. Il est en effet impossible d'ignorer la profonde détresse des femmes qui en souffrent, les professionnels de santé étant confrontés à ce trouble ne l'oubliant généralement jamais et savent très facilement le diagnostiquer.

iii. Evolution et prise en charge

Le pronostic de la psychose puerpérale reste globalement favorable avec une guérison dans deux tiers des cas. Elle nécessite une prise en charge systématique avec hospitalisation de la jeune mère dans un service psychiatrique. Le réflexe médical est immédiat, l'enfant doit être écarté de sa mère, qui représente un réel danger, et qui

doit être hospitalisée dans les plus brefs délais afin de mettre en place un traitement adéquat.

Nous avons vu précédemment que la séparation précoce du lien mère-enfant peut avoir des conséquences néfastes sur la dyade, empêchant la mise en place du lien initial entre la jeune mère et son enfant. Il faut l'éviter autant que possible et privilégier les rencontres médiatisées dès que possible ou les hospitalisations dans les unités mère-bébé, qui prennent en charge la mère, mais aussi le nouveau-né, afin de maintenir ce lien primordial. Ces hospitalisations peuvent durer plusieurs mois, jusqu'à ce que le traitement soit totalement efficace correctement.

Le pronostic maternel à long terme est favorable avec le plus souvent l'absence de troubles par la suite, mais avec une récurrence lors des prochaines grossesses de l'ordre de 20 à 30%. Cependant, il ne faut pas négliger le risque de chronicité avec développement de troubles bipolaires (ou schizophréniques) débutant dans le post partum. Le suivi de ces jeunes mères, ayant fait un épisode de psychose puerpérale, devra être très strict.

La prévention des récurrences doit être faite, afin d'éviter la survenue d'une nouvelle psychose lors de la prochaine grossesse. Il faut conseiller à la patiente d'attendre un petit moment avant de faire un autre enfant, afin de laisser le temps à la mère de créer un lien solide avec son enfant qui vient de naître pour favoriser un développement optimal du nouveau-né. De plus, dans certains cas, il sera préférable d'hospitaliser systématiquement la mère et son bébé dans un service d'unité mère-bébé lors de ces problèmes (2) (10) (21) (23).

c. Autres diagnostics différentiels

Il existe d'autres pathologies qui pourront présenter des symptômes pouvant faire penser à une dépression du post partum. Il est important pour les professionnels de savoir faire la différence entre toutes ces pathologies afin de poser le bon diagnostic. Je les citerai brièvement afin de savoir qu'ils peuvent mimer une dépression dans le post-partum.

Etat de stress post traumatique (ESPT) : Selon le DSM-IV, il est décrit comme « un évènement au cours duquel le sujet a : soit été témoin de la mort ou de la grave blessure d'un individu ; soit, a été menacé lui-même de mort ou de grave blessure ; soit son intégrité physique a été menacée. Cet évènement aura été suivi de réactions de « peur intense, d'impuissance ou d'horreur. » Or, l'accouchement peut s'avérer être traumatisant pour la mère à cause de la douleur extrême ou encore le sentiment de perte de contrôle ressenti (8) (88).

Troubles anxieux : Il existe une anxiété non pathologique qui peut se développer à la suite d'une grossesse, qui a pu être attribuée à l'état normal de préoccupation maternelle primaire qui fait suite à l'accouchement. Dans ce cas-là, l'anxiété reflète l'attachement de la mère pour son enfant, elle veut répondre au mieux aux besoins de son enfant. Cette inquiétude se réduit au fil des mois et ne nécessite pas de prise en charge.

Il existe des troubles anxieux pathologiques comme les TOC, phobies d'impulsion ou encore les troubles paniques, qui ont tendance à diminuer pendant la grossesse et à s'aggraver dans le post partum (21).

Autres : hypothyroïdie, le syndrome de Cushing ou encore les dépressions induites par les substances psychoactives peuvent aussi présenter des symptômes pouvant mimer une dépression et ne doivent pas être oubliés de la démarche diagnostic.

2. Diagnostic spécifique

Nous avons évoqué le fait que dans la littérature, le diagnostic de la DPP a longtemps fait débat, faut-il un diagnostic spécifique ? Ces dépressions ne sont-elles pas identiques à celles en dehors du contexte de puerpéralité ? Les auteurs n'étaient pas d'accord à ce sujet, certains considèrent la DPP comme une dépression « ordinaire », alors que certains maintiennent qu'il s'agit d'une dépression atypique.

La spécificité de la dépression post partum n'est pas clairement définie, cependant il existe des caractéristiques qui lui sont propres et qui permettront aux professionnels

de santé, associées aux critères de l'épisode dépressif majeur, de poser le diagnostic de dépression post partum.

Temporalité : cette notion est spécifique à la DPP. Au milieu des années 1990, le DSM-IV propose pour la première fois, le diagnostic de DPP en le dissociant de l'épisode dépressif majeur par la notion de temps. Selon le DSM-IV, la dépression est dite postnatale si elle apparaît dans les 4 à 6 semaines suivant l'accouchement (8).

La CIM-10 propose quant à elle d'observer l'apparition des symptômes dépressifs dans les six semaines à la suite de l'accouchement (9).

Cependant, dans la plupart des études, les scientifiques n'utilisent pas ce critère lié au moment d'apparition, ils estiment que la dépression est qualifiée de postnatale si elle est présente dans l'année qui suit l'accouchement (89). Kumar a décrit dans une analyse transculturelle que selon les régions, la dépression postnatale ne se situe pas dans le même laps de temps (90).

Sémiologie : Après s'être intéressé à la temporalité du trouble dépressif, le professionnel de santé va se pencher sur la sémiologie. Les scientifiques se sont aperçus après de nombreuses années de recherche que certains symptômes sont similaires à ceux d'un épisode dépressif majeur retrouvé dans le DSM-IV et que d'autres sont plus spécifiques de la DPP.

Rappelons les critères de l'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV (8) :

Diagnostic requérant au moins cinq des symptômes suivants, présents pendant une période d'une durée de deux semaines ; et au moins un des deux premiers :

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours
- 2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, pour toutes les activités
- 3) Perte ou gain de poids significatif
- 4) Insomnie ou hypersomnie
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur
- 6) Fatigue ou perte d'énergie

- 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, ou inappropriée
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision
- 9) Pensées de mort récurrentes, ou idées suicidaires récurrentes

Dans son livre intitulé « Les dépressions périnatales », Dayan s'est intéressé à la spécificité clinique des DPP en les comparant à certains critères d'une dépression ordinaire (91):

<i>Dépression du post-partum « typique »</i>	<i>Dépression ordinaire</i>
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Réveil précoce
Labilité émotionnelle	Constance de l'humeur
Rares idées suicidaires	Assez fréquentes idées suicidaires
Perte d'estime de ses capacités maternelles	Perte d'estime de soi
Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé	Anxiété moins fréquente
Rareté du ralentissement psychomoteur	Fréquence du ralentissement psychomoteur

On peut rajouter d'autres symptômes spécifiques qui ne figurent pas sur ce tableau : la mère a le sentiment de ne pas être aussi heureuse qu'elle l'aurait pensé ou même voulu, elle ne ressent pas de plaisir lorsqu'elle s'occupe de son enfant ou ne s'en sent parfois même pas capable, de peur de mal faire. Son anxiété est ressentie par l'entourage, elle présente une certaine agressivité vis-à-vis de son compagnon voire même de ses autres enfants.

La spécificité de la DPP est en grande partie due aux circonstances particulières que représente la naissance, la mère se rend compte des nouvelles exigences maternelles auxquelles elle va être confrontée. Elle doit faire face à toutes les modifications physiques et psychiques qui s'offrent à elle tout en s'occupant de son enfant.

Afin de poser un diagnostic fiable, les professionnels de santé définiront la DPP en la différenciant des autres troubles pouvant apparaître dans le post partum grâce au diagnostic différentiel, mais aussi en se penchant sur les symptômes des jeunes mères en étudiant la période où ils se situent.

Le diagnostic d'une DPP va s'appuyer sur le dépistage et sera en grande partie basé sur la spécificité temporelle et symptomatologique de la DPP (7) (10) (21) (23).

IV. Prise en charge et rôle du pharmacien

1. Généralités

La question de la prise en charge psychique des jeunes mères a beaucoup évolué depuis le siècle dernier. En effet, pendant de nombreuses années, on considérait la grossesse et le post-partum comme une période « d'immunité naturelle » au cours de laquelle les femmes ayant des pathologies psychiques se retrouvaient protégées. La prise en charge pharmacologique ne servait que dans des cas très précis puisque les médecins n'avaient pas le recul nécessaire concernant les risques d'une thérapeutique médicamenteuse sur le nouveau-né.

Le siècle dernier a été le fruit de nombreuses avancées dans le domaine de la psychopathologie périnatale, notamment dans la prise en charge des différentes affections auxquelles la jeune mère peut être confrontée et dont fait partie la DPP.

Cependant, pour que cette prise en charge puisse se faire, il faut prendre en compte la censure maternelle qui peut conditionner l'acceptation d'une orientation et d'une prise en charge.

Cox et coll. ont observé, lors d'une étude, que la moitié des femmes diagnostiquées ne reçoivent pas le traitement adéquat, et que celles qui sont traitées, ne sont pas systématiquement observantes, ce qui ne permet pas de traiter le trouble psychique de manière efficace et durable (80). Ceci souligne la nécessité de mettre en place des moyens de prévention et de traitement efficaces, bien acceptés par les jeunes mères déprimées et facilement applicables afin de limiter les conséquences néfastes à plus ou moins long terme.

La prise en charge nécessite une certaine continuité, notamment en ce qui concerne les interlocuteurs de la jeune mère, afin de limiter sa vulnérabilité et de mettre en place un environnement de confiance autour de cette dernière. Cette continuité est nécessaire au cours de toute la période de périnatalité, afin de prévenir et traiter la DPP. Afin que la prise en charge soit optimale, le travail en réseau est indispensable

pour favoriser les échanges entre les professionnels de santé. La psychopathologie périnatale nécessite une interdisciplinarité entre tous les acteurs de santé, afin de favoriser une communication et des échanges efficaces entre individus, secteurs et institutions. Le travail en réseau permet d'augmenter la cohérence, la qualité et la continuité des interventions médicales et médicosociales, allant de la grossesse jusqu'à la petite enfance.

Le pédopsychiatre joue un rôle essentiel dans l'articulation de ce réseau, c'est le spécialiste des difficultés psychiques, qui émanent de la naissance et de la petite enfance. Il participe au maintien de la continuité des soins entre le pré et le post-partum, qui s'avère essentiel, puisqu'à l'heure actuelle, les jeunes mères sortent de la maternité sous 48h lorsque l'accouchement s'est bien passé et que l'enfant ne présente pas de difficultés apparentes. Il semble nécessaire d'établir un lien étroit entre les acteurs de santé de la maternité et ceux intervenant à domicile.

Les acteurs du réseau de soin doivent être clairement identifiés par les parents, dans leurs fonctions, leurs rôles, afin d'instaurer une relation de confiance. En effet, les jeunes mères déprimées ou encore leur entourage, peuvent se sentir stigmatisées, voire persécutées, par les services sociaux ou médicaux, ce qui peut conduire à un refus de soins aussi bien pharmacologique que psychologique.

Les mesures mises en place par le réseau de soin doivent être combinées, complémentaires, pour permettre aux parents de se sentir sécurisés, soutenus et regardés avec respect, même si l'enfant est amené, pour un temps, à être confié à des tiers.

Il semble essentiel d'avoir un espace-temps aménagé avec une disponibilité des intervenants et une continuité dans les interventions associées à une communication interdisciplinaire efficace indispensable au bon déroulement de la prise en charge. La disponibilité des intervenants psychiatres, ou plus souvent psychologues, est impérative pour permettre une réponse rapide, voire immédiate.

Dans les années 50, des unités de soin mère-enfant ont vu le jour dans les pays anglo-saxons pour une prise en charge globale de la dyade. Cela s'est étendu en France dans les années 60 grâce à Racamier. A partir de ce moment-là, « l'introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique » a été préconisée pour éviter la séparation de l'enfant

et de sa mère déprimée, pour leur permettre de développer ou maintenir un lien essentiel aussi bien pour la mère que pour le développement de son enfant.

Les difficultés rencontrées par les familles, lors de l'accès à la parentalité, justifient de plus en plus la présence d'un pédopsychiatre dans les maternités avec la mise en place de conduites thérapeutiques, faisant une place importante au bébé, aussi bien dans une démarche préventive que curative. La formation psychologique du personnel des maternités et de néonatalogie semble essentielle, afin de pouvoir prévenir, dépister, orienter ou encore traiter les jeunes mères déprimées ainsi que son entourage dans les conditions les plus favorables possibles. Le rôle du pédopsychiatre auprès des équipes de soin prend ici toute sa valeur.

La DPP peut être considérée comme un phénomène dyadique voire triadique puisqu'elle fait intervenir aussi bien la mère que son enfant, et dans certains cas la mère, le père et leur enfant. La prise en charge va s'intéresser aussi bien à la mère qu'à son enfant. Chez la mère, la prise en charge va se pencher sur le trouble dépressif en tant que tel et sur la maternité, alors que chez l'enfant, elle se basera sur des mesures de prévention vis-à-vis de l'impact sur la relation mère-enfant et son développement, mais aussi sur leur prise en charge. Même si la mère et l'enfant restent au centre de toutes les attentions vis-à-vis de la prise en charge de la DPP, il ne faut pas oublier les conséquences péjoratives que cette affection peut entraîner chez les pères et la fratrie. Il faut les prendre en compte et leur proposer une prise en charge, si nécessaire, afin d'optimiser la parentalisation mais aussi la formation d'une nouvelle famille.

L'objectif du traitement de la DPP est la promotion de la santé mentale, qui passe par la réduction des symptômes et des répercussions sur la mère, l'enfant et son entourage ainsi que la prévention de récurrences en dehors, ou dans le post partum pour les futures grossesses. Pour que cet objectif soit atteint, la prise en charge doit être globale et adaptée à chaque mère. Elle est basée sur une approche non médicamenteuse, comprenant différentes formes de psychothérapies et autres moyens thérapeutiques et sur une approche pharmacologique dans le cas où la psychothérapie n'a pas suffi.

La prise en charge de la DPP est donc une prise en charge globale, qui demande une continuité des soins, une interdisciplinarité et une prise en charge multidimensionnelle adaptées à la patiente et à son entourage, afin de restaurer la santé mentale de la jeune mère et limiter les conséquences à plus ou moins long terme. Il s'avère primordial de prendre en charge les jeunes mères présentant une DPP, en mettant en œuvre tous les moyens nécessaires disponibles : moyens communautaires (associations...), paramédicaux (sage-femme, puéricultrices, psychologues ...) médicaux (psychiatre, pédiatre ...) et sociaux (assistantes sociales ...).

2. Décisions d'orientation

La prise en « compte » d'une DPP va démarrer bien avant le post partum : au moment du projet de grossesse si le couple effectue la visite pré-conceptuelle ou alors au moment de la grossesse. En effet, la première démarche de prise en charge passe par la prévention des troubles psychiques, afin d'éviter sa survenue. Le professionnel de santé, qui s'occupe du suivi de la grossesse, peut faire passer un test de dépistage s'il estime que la mère est à risque de développer une DPP. Si ce test s'avère positif, d'autres tests ultérieurs au moment du post partum seront nécessaires, afin d'envisager le diagnostic de DPP au cours d'entretiens semi-structurés basés sur la clinique. Une fois que le diagnostic semble posé, il va falloir prendre une décision concernant l'orientation de la jeune mère déprimée.

Le système français n'a pas défini d'orientation claire et précise. En effet, elle repose sur les prises de décisions des professionnels de santé primaire (ceux au contact de la patiente pendant le séjour à la maternité et dans le post partum). Si celui-ci estime un risque de troubles psychiques chez la mère, il peut orienter vers un professionnel spécialisé en psychiatrie, afin de prendre la décision la plus appropriée possible. La présence de psychologue ou pédopsychiatre dans les services de maternité peut permettre d'orienter plus facilement la patiente si elle présente une DPP.

Ainsi, il n'existe pas de schéma thérapeutique unique, cela va se faire en fonction de la patiente, de ses antécédents, de l'intensité et de la durée de sa DPP. Dans certains

cas, il ne semble pas nécessaire d'orienter vers des spécialistes, certaines DPP mineures pourront être prises en charge par des professionnels non « psy », simplement par leur disponibilité, leur écoute, leur guidance, leur rôle de soutien affectif et émotionnel. Les troubles peuvent répondre favorablement à quelques entretiens et/ou à l'aménagement de l'environnement sans pour autant nécessité de prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique.

Cependant, dans le cas de DPP avérées et majeures, il s'avère nécessaire d'avoir recours au professionnel spécialiste de la DPP, afin d'avoir une orientation et un traitement adaptés.

L'orientation va donc se faire au cas par cas, par des professionnels de santé spécialisés dans le domaine de la psychiatrie et pédopsychiatrie, ou pas.

3. Prise en charge non médicamenteuse

a. Psychothérapie

La psychothérapie est une méthode thérapeutique utilisant la psychologie comme moyen de traitement à tous les âges. Ce traitement psychologique est destiné à prendre en charge les troubles mentaux, psychiques, somatiques, les perturbations comportementales ou tout problème à l'origine d'une souffrance ou d'une détresse psychologique.

Elle a pour but de restaurer la santé mentale en favorisant chez le patient des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental, interpersonnel, mais aussi dans sa personnalité ou son état de santé. Elle peut être accompagnée, si nécessaire, par d'autres types d'interventions à visée thérapeutique comme un traitement pharmacologique, soutien social, neurostimulation ...

En 1978, Racamier a évoqué le concept de maternité comme étant « l'ensemble des processus psycho-affectifs, qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité ». Cela fait référence à la naissance psychique de l'enfant chez la mère lors de l'accès à la maternité. L'un des objectifs de la psychothérapie sera

de traiter la souffrance ainsi que les difficultés maternelles, d'aider à la constitution d'un lien mère-enfant, afin de prévenir l'apparition de conséquences néfastes, notamment de troubles du développement chez l'enfant.

La prise en charge psychothérapeutique peut prendre une dimension dyadique voire triadique, afin de favoriser une prise en charge globale visant à restaurer ou instaurer des relations privilégiées entre le couple et son enfant.

En fonction du type de patient, on aura une approche psychothérapeutique différente. En effet, il existe différents types de psychothérapies qui n'ont pas la même approche. Le choix de celle-ci va se faire en fonction du patient, du type et de la sévérité du trouble et du contexte de l'intervention. Nous allons voir ici les différentes méthodes psychothérapeutiques mises en œuvre pour traiter la DPP.

i. Psychothérapie de soutien

Aussi appelée approche ou soutien psychologique non directif, elle trouve son origine dans les psychothérapies issues de la psychanalyse. Elle est centrée sur une relation empathique avec le professionnel de santé qui joue un rôle de soutien, d'écoute attentive ponctuée de conseils, de suggestions et d'encouragements destinés à mettre en confiance la jeune femme déprimée dans son nouveau rôle de mère. Il s'établit une certaine relation pédagogique entre le professionnel de santé et la jeune mère.

Cette psychothérapie est centrée sur l'adaptation et la réalité visant à apporter une aide et un soulagement à la patiente et non à mobiliser le psychisme en profondeur. Elle se distingue des autres méthodes thérapeutiques puisqu'elle est non codifiée, sans référence théorique précise et elle n'emploie pas de technique spécifique.

On peut parler de thérapeutique relationnelle ne visant pas l'obtention de remaniements psychologiques profonds mais qui apporte un renforcement des capacités d'adaptation de la jeune mère, une mise en place de moyen de défense vis-à-vis de sa nouvelle situation, une amélioration symptomatique, un dégagement des contraintes extérieures en jouant sur l'environnement ainsi que l'accompagnement psychologique de la jeune mère face à l'accès à la parentalité.

Cette approche de soutien permet un éclairage et une réflexion sur la vie courante, notamment sur les relations actuelles de la mère avec son entourage, en particulier concernant sa dynamique familiale pour la DPP. Ce soutien permet une meilleure adaptation de la mère face à cette nouvelle situation, de limiter la survenue de situations désastreuses, mais aussi de mettre en place des repères, qui s'appuient sur les aspirations de la patiente et non sur la société actuelle.

Pour que cette thérapie soit efficace, il faut qu'une relation chaleureuse de confiance s'instaure entre le professionnel et la jeune mère, afin qu'elle serve de support au travail de soutien. Il s'agit d'une relation empathique au cours de laquelle le professionnel de santé montre à la jeune mère déprimée qu'il comprend sa situation, ce qui permet à la patiente de mieux assumer la situation et donc d'accepter une prise en charge.

Cette thérapie de soutien a fait l'objet de deux études afin d'évaluer son efficacité lors de l'usage dans le post partum. Dans l'une de ces études menées par Cox et coll., les femmes déprimées recevaient huit visites hebdomadaires par des puéricultrices entraînées au soutien psychologique non directif (80). Lors de cette étude, le taux de guérison complète était bien supérieur chez les mères traitées (69%) comparé au groupe contrôle recevant les soins habituels (38%). Une étude plus récente mise en place par Wickberg et coll. (44), qui se basait sur six visites hebdomadaires par des infirmières formées, a permis de mettre en évidence que 80% des femmes ayant reçu le soutien psychologique ont bénéficié d'une guérison complète contre 25% dans le groupe contrôle. Ces résultats permettent de confirmer l'intérêt de l'utilisation de ce type de thérapeutique lors de troubles dépressifs dans le post partum. L'intervention d'un tiers permet d'offrir la possibilité d'ouvrir un dialogue sur le vécu maternel pouvant suffire à rompre l'engrenage des tensions mère-enfant et entraîner la rémission de la dépression, si cette dernière n'est pas trop intense. Le plus souvent, on trouve cette thérapie, non spécifique de la DPP, en association avec d'autres prises en charge.

ii. Psychothérapie cognitive et comportementale

Lors de DPP, il est indispensable de mettre en place une prise en charge adéquate et efficace compte tenu de l'effet potentiellement dévastateur de ce type de trouble sur la femme elle-même, son conjoint et le nourrisson. Jusqu'à la fin du siècle dernier, peu d'études s'étaient penchées sur l'analyse des différentes possibilités de thérapeutique pour la DPP. Récemment, quelques revues ont remédié à ce manque d'informations, notamment concernant l'apport de la thérapie cognitive et comportementale dans le traitement de la DPP. Il semblerait qu'elle permettrait une amélioration significative de l'humeur chez les jeunes mères déprimées.

La thérapie cognitive et comportementale est une thérapie, qui a été validée scientifiquement, et qui vise à réduire les activités dépressogènes, à remplacer les idées négatives, ou encore les comportements inadaptés par des pensées et réactions en adéquation avec la réalité. Elle est basée sur un nouvel apprentissage visant à modifier le comportement inadapté des mères déprimées tout en se basant sur les volontés de la patiente. Cette thérapie s'intéresse à la fois au processus de pensée de l'individu et à son comportement. Elle est participative et prend en compte les attentes de la patiente. En début de thérapie, le thérapeute définit avec la jeune mère les objectifs à atteindre, ce qui permet à cette dernière de se sentir impliquée dans la prise en charge de son trouble, et, par conséquent, de mieux l'accepter. L'un des objectifs de la thérapie sera de permettre à la jeune mère de s'auto-surveiller pour repérer les progrès et obstacles à la progression afin de trouver, avec le thérapeute, des méthodes d'auto-renforcement visant à remplacer les cognitions et comportements négatifs en pensées et attitudes positives.

Dans un premier temps, la thérapie cognitive et comportementale s'intéresse à trouver la solution aux problèmes actuels et c'est uniquement en second lieu qu'elle se penche sur la compréhension de leurs origines dans le passé.

Lors de la DPP, ces thérapies se fondent sur le rôle attribué du mode de pensée et de comportement de la jeune mère pour engendrer, précipiter ou maintenir l'humeur dépressive de la DPP. Il semblerait que cela soit dû au manque d'expériences

gratifiantes et à l'excès d'expériences négatives dans le passé. Le but de la prise en charge cognitive et comportementale est d'accroître les pensées positives aux dépens des pensées négatives, qui sont la source principale de la DPP. Cela passe par l'accroissement des activités agréables, encourager la mère à faire ce qu'elle aimait faire avant l'accouchement, sortir de son quotidien, voir ses amis... ; et à réduire les activités dépressogènes. Cette thérapie participe aux renforcements des compétences maternelles et à la modification des comportements et cognitions dysfonctionnels.

Afin de mieux comprendre cette approche cognitivo-comportementale, nous allons voir un protocole de thérapie cognitive et comportementale mis en place par Milgrom et al. en 1999 (92). Ce protocole s'intitule « Dépasser la dépression postnatale » et s'appuie sur le « Programme de gestion de la dépression » de Lewinsohn mis en place en 1984.

Il a montré son efficacité et utilise des techniques de base de la thérapie cognitive et comportementale avec un carnet de bord permettant de mettre par écrit les progrès ou difficultés, afin d'aménager les séances à venir en fonction de la mère déprimée. L'objectif principal de ce protocole est d'amener des modifications aussi bien comportementales que cognitives. Chacune des séances proposées fait intervenir : psychoéducation, revue des exercices à domicile, jeux de rôle et discussion. Pour adapter le protocole aux mères présentant une dépression postnatale, quelques aménagements ont dû être faits. Dans un premier temps, c'est l'aspect comportemental qui sera traité puis le cognitif afin d'essayer d'amener des changements rapidement positifs (activités agréables, relaxation, réduction de l'anxiété) dans le quotidien des jeunes mères. Dans le protocole de Milgrom, le nombre de séances dédiées à la cognition est plus important, pour amener des changements, de manière progressive, afin que les mères les tolèrent mieux. Par exemple, il y aura moins d'exercices à domicile qu'en période hors post partum, puisque la mère présente déjà une asthénie physiologique due à l'arrivée du bébé. Les instructions sont simplifiées, une séance centrée sur la famille a été ajoutée au vu de l'influence de celle-ci et l'accent de ce protocole est davantage mis sur l'affirmation de soi.

Programme de la thérapie cognitive et comportementale de Milgrom (92) :

CONTENU DU PROGRAMME

Phase 1. Interventions comportementales

Session 1 : Comprendre et prendre en charge la dépression postnatale

Session 2 : Activités agréables – Comment en trouver le temps?

Session 3 : Relaxation au fil de la journée

Session 4 : Affirmation de soi et estime de soi – Dire aux autres ce que je pense et ce que je ressens

Phase 2. Interventions cognitives

Session 5 : Attentes irréalistes des modèles de parentalité issus du passé

Session 6 : Mon dialogue interne – le chaînon manquant

Session 7 : Développer un style de pensée plus constructif

Session 8 : Défier mon critique interne

Phase 3. Rechute : prévention et évaluation

Session 9 : Résumé : reprendre – rassembler – poursuivre

Session 10 : Consolider ce que j'ai appris

STRUCTURE DE LA SÉANCE

– Introduction

– Règles de base

– Activité de groupe (par ex. : exercice pour faire connaissance)

– Discussion de groupe (par ex. : grossesse, naissance et maintenant) (Utilisation du tableau pour établir la liste des facteurs de stress)

– Psychoéducation (par ex. : qu'est-ce que la dépression du post-partum [DPP]? Introduction à l'approche cognitivo-comportementale de la DPP. Stratégies pour améliorer son humeur)

– Aperçu de la prochaine séance

– Exercices à faire à domicile

Ce protocole a été évalué, afin de juger de son efficacité, et il en ressort des effets positifs chez les mères traitées par cette thérapie avec des bénéfices supplémentaires lorsque le module mère-enfant est additionné (Milgrom, 1999). En effet, cette thérapie peut être utilisée sur la mère seule, sur la dyade mère-enfant et sur le couple. Il a été démontré, lors d'une étude sur l'efficacité de la thérapie cognitive et comportementale, qu'elle était aussi efficace qu'un traitement à base d'antidépresseur prescrit pendant au moins six mois et que les rechutes semblent moins fréquentes (93) (94). Une prise en charge psychothérapeutique semble d'autant

plus être un traitement de choix pour la DPP, puisque la plupart des femmes qui allaitent, se disent réticentes à l'idée de prendre un médicament (95).

iii. Psychothérapie interpersonnelle

Cette thérapie a été développée en 1970 par G.Klerman et M.Weissman lors de leurs recherches sur la nature et le traitement de la dépression. Cette approche thérapeutique s'appuie sur le fait que la dépression se développe dans un contexte étiologique, biologique, génétique et psychosocial particulier et que la prise en charge des problèmes interpersonnels, qui peuvent être aussi bien la cause et la conséquence de la dépression, peut être une des voies de guérison du trouble thymique du post-partum. Elle a pour objectif de réduire les symptômes dépressifs chez la jeune mère, d'augmenter son estime de soi et d'aider la patiente à modifier ses relations interpersonnelles importantes et/ou ses attentes vis-à-vis de ses relations. La psychothérapie interpersonnelle ne cherche pas à modifier la structure psychique de la patiente, mais à identifier les situations interpersonnelles, qui déséquilibrent la jeune mère et qui peuvent être à l'origine de la DPP (96) (97) (98).

Quatre domaines problématiques font l'objet de cette approche thérapeutique :

- Conflits interpersonnels : conflits conjugaux, conflits parents-enfant, conflits au travail...
- Deuils : décès d'un proche, chagrin irrésolu de la perte d'un proche.
- Déficits interpersonnels : l'isolement concerne les personnes qui se lamentent d'un manque de relations sociales, personnes se sentant seules et qui le vivent mal.
- Changement de statut social : transition de rôle, vécu difficile à la suite d'un changement de statut. Dans le cas de la DPP, il s'agit de l'accès à la parentalité : on passe du statut d'adulte au statut de parents avec toutes les responsabilités que cela implique. Cela peut aussi être l'absence de travail à la suite de la grossesse.

Le thérapeute qui pratique cette technique se centre sur un ou deux des domaines problématiques utilisés dans cette approche thérapeutique. Il s'agit d'une thérapie à court terme et de durée brève qui comporte 10 à 16 séances structurées en trois phases distinctes :

- Phase initiale : prise de contact avec le professionnel de santé, identification du cadre de travail avec choix des domaines problématiques à aborder, établissement du nombre de séances nécessaires, explication à la jeune mère du principe de cette thérapie.
- Phase intermédiaire : phase de travail spécifique, le thérapeute s'appuie sur les problématiques à traiter, phase de traitement psychothérapeutique en tant que tel.
- Phase finale : phase de terminaison, préparation à la fin de la thérapie, limite la dépendance de la mère envers son thérapeute, la patiente ne reste pas en thérapie pendant des années contrairement à la psychanalyse.

La psychothérapie interpersonnelle est utilisée dans le traitement de la DPP, où elle se centre majoritairement sur la résolution des problèmes conjugaux et sur l'adaptation au rôle de mère et aux modifications des conditions de vie qu'il impose. Son efficacité a été démontrée lors d'une étude menée par O'Hara et coll., qui montre que l'utilisation de thérapie interpersonnelle lors de DPP a permis de diminuer la symptomatologie dépressive, d'augmenter le taux de guérison et de permettre aux jeunes mères d'avoir une adaptation sociale de bien meilleure qualité (28).

iv. Thérapie mère-bébé

Deux formes principales de thérapie mère-bébé sont spécifiques de la DPP et sont proposées aux parents. Ils ont le choix entre : les thérapies d'inspiration psychanalytique, aussi appelées psychothérapies psychodynamiques, et la guidance interactive. Elles visent la relation mère-bébé et la relance du processus de parentalité. En effet, elles prennent en compte la dyade mère-bébé afin d'avoir une prise en charge globale, il ne s'agit pas du traitement de la mère mais de la relation mère-enfant. Elles

ont pour objectif de permettre à la mère d'avoir une nouvelle vision de la situation et de se sentir mère, de découvrir leurs propres compétences au rôle de mère et de se sentir gratifiées. Pour cela, ces deux thérapies s'intéressent à la relation entre la mère et son enfant avec deux approches distinctes. Lors de l'approche psychanalytique, le thérapeute s'intéresse au sens des interactions alors qu'au cours de la guidance interactive, il cherche à modifier la relation mère-bébé en intervenant directement sur les interactions. Tout ceci permet une diminution notable de la symptomatologie dépressive de la DPP, mais aussi des conséquences sur le nourrisson.

Ces thérapies mères-bébés se sont développées ces vingt dernières années, elles sont brèves et entraînent une amélioration des troubles fonctionnels, du comportement et de l'attachement. Elles prennent en charge les troubles relationnels qui découlent de la DPP et qui sont souvent dûs à un mauvais ajustement entre les manifestations de l'enfant et les réactions maternelles ou parentales.

Psychothérapie psychodynamique : ou psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Cette thérapie a été mise en place à Genève par B.Cramer et F.Palacio Espasa qui mettent l'accent sur le rôle des projections parentales sur le comportement de l'enfant (99). Le soutien et l'interprétation sont les deux éléments essentiels de ces thérapies. Le thérapeute est souple, actif, attentif et empathique. Pour ce qui est de l'interprétation, elle concerne le transfert de la mère sur le bébé. Elle fait un lien entre le présent et le passé pour faire prendre conscience à la mère qu'elle répète ses conflits infantiles du passé sur la relation qu'elle entretient avec son enfant. Cette thérapie vise à modifier les projections, les représentations et les attentes de la mère envers son enfant. Le thérapeute va s'intéresser à la propre histoire d'attachement de la mère afin de comprendre la représentation que la mère se fait d'elle-même et de sa relation avec son enfant. En effet, l'histoire des relations de la mère est impliquée dans le développement de l'attachement de l'enfant à sa mère. Le thérapeute cherche à mettre en lumière le passé de la mère, ses problèmes et ceux de son enfant, afin de mettre en évidence le lien qui existe entre les problèmes de l'enfant et l'histoire de la mère. Les projections maternelles peuvent être à l'origine des dysfonctionnements relationnels précoces et sont le centre de la thérapie psychanalytique du post-partum.

C'est une thérapie brève qui est composée d'une dizaine d'entretiens avec la mère auxquels participe l'enfant. Le comportement de l'enfant peut être dû à l'attitude la mère qui n'en a pas conscience : en effet, des conflits propres à la mère peuvent, à son insu, encourager le comportement gênant de l'enfant. Le thérapeute essaye de mettre en évidence ces éléments et de les expliquer à la mère. Il s'agit d'un travail sur le lien entre la mère et l'enfant. La présence de l'enfant au cours de ces séances va permettre de provoquer des changements plus spectaculaires que s'il n'avait pas été là.

Selon Palacio Espasa et Knauer, il arrive souvent que les couples accèdent à la parentalité avec des « deuils » non résolus. Des regrets peuvent émerger concernant son enfance, sa relation avec ses propres parents. La mère doit se détacher de l'idée qu'elle est encore une enfant, afin d'accéder à la maternité et de laisser une place à son enfant. Ce deuil de l'enfance peut être à l'origine d'un syndrome dépressif dans le post-partum. Au cours de ces thérapies psychodynamiques brèves, ce sont les conflits de la maternalité qui sont travaillés avec la mère et son thérapeute : elles ont pour objectif de décontaminer le bébé des projections maternelles, afin de lui laisser prendre sa propre place et de résoudre les désordres de la relation mère-enfant (25) (91) (100).

La guidance interactive : elle a été mise en place aux Etats-Unis par Susan McDonough et consiste à filmer une séquence de jeu entre une maman et son enfant pendant 5 à 10 minutes puis d'analyser cette séquence en visualisant la vidéo. Cette thérapie vise à modifier les interactions entre la mère et son enfant grâce à des conseils donnés par le thérapeute. Elle cherche à favoriser la mise en place du processus de maternalité en guidant la mère dans ses stratégies interactives avec son bébé. La thérapie de guidance interactive a pour but de permettre à la mère de prendre conscience de ses compétences en tant que mère et d'augmenter sa sensibilité aux demandes du bébé. Le thérapeute invite la mère à interagir librement avec son enfant. Ces moments sont enregistrés puis visionnés avec la patiente et servent de base au thérapeute, qui va décrypter, avec la mère, les interactions. Cette approche thérapeutique se centre sur l'observation des interactions mère-bébé, ce qui va permettre d'agir rapidement sur certains troubles des interactions ou du développement mis en lumière au cours des séances de thérapie. Le thérapeute va pouvoir travailler sur les perceptions et

comportements de la mère en lui donnant des conseils pour avoir une meilleure lecture et une meilleure compréhension des besoins et signaux émis par le bébé. Le thérapeute s'attache aux interactions en tant que telles et aux contributions de l'enfant et de la mère dans ses interactions. Il s'agit d'un travail sur le présent à la différence de l'approche psychanalytique qui s'attache au passé. Cette approche va permettre de modifier, par l'intermédiaire du thérapeute, certaines attitudes de la mère pouvant être à l'origine de dysfonctionnements, en l'orientant et la guidant dans sa relation avec son enfant.

Ces thérapies mère-bébé peuvent exclure le père de la prise en charge et augmenter les tensions au sein du couple avec un désinvestissement aussi bien avec la mère que l'enfant. Pour résoudre cela, des thérapies parents-enfant, ou thérapies familiales se sont développées dans les années 90. Elles prennent en charge la triade père-mère-bébé. Ces thérapies triadiques peuvent aussi bien se mettre en place au cours d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique qu'au cours d'une guidance interactive (101).

En règle générale, la durée moyenne du traitement est de 6 séances, d'où l'appellation de thérapies brèves.

Ces thérapies ont fait l'objet de plusieurs études qui se sont penchées sur les effets celles-ci. Ces traitements ont eu un impact positif aussi bien sur la mère que sur l'enfant et sur leur relation. Chez le bébé, ils ont observé une amélioration des troubles du sommeil, de l'alimentation et une diminution des troubles du développement (moins agressifs, plus compliants, plus calmes). Chez les mères, une amélioration notable concernant leurs sensibilités aux besoins de l'enfant a pu être observée avec une diminution d'intrusion de ses propres projections sur l'enfant. Cela favorise une augmentation de l'estime des mères avec une perception plus positive de leurs enfants. La plupart du temps, les troubles à l'origine de la consultation ont nettement diminué pour laisser place à des interactions mère-enfant plus harmonieuses ainsi que des représentations plus positives.

Ces deux types de thérapies brèves ont montré une efficacité équivalente concernant leurs impacts positifs aussi bien chez la mère que chez l'enfant. La seule différence est

que la guidance interactive améliore plus fortement la sensibilité maternelle vis-à-vis des signaux du bébé alors que pour la psychothérapie psychanalytique, c'est l'amélioration de l'estime de soi qui est plus importante.

Unité mère-bébé : C'est en 1948, au Royaume-Uni que la première unité mère-bébé a vu le jour après les travaux de Spitz montrant les conséquences sur le nourrisson d'une séparation précoce. Ensuite, les unités se sont multipliées après la publication de Baker concernant les bénéfices d'une hospitalisation conjointe : réduction de la durée d'hospitalisation et du nombre de rechutes. En France, ce n'est qu'en 1979 qu'ouvre la première unité à Créteil, à l'initiative d'un service de pédopsychiatrie. On compte en France, 21 unités réparties sur l'ensemble du territoire avec des modalités d'accueil différentes : temps plein, hospitalisation de jour, mixte ; issues d'un service de psychiatrie adulte ou de pédopsychiatrie. Les indications de ces unités mère-enfant sont : la psychose puerpérale, la DPP et les troubles anxieux sévères et les troubles chroniques de type schizophrénie et troubles de la personnalité borderline.

Ces unités ont été développées pour accueillir les mères dont la désorganisation psychique ancienne ou actuelle risque de mettre en péril les premiers liens mis en place avec leurs bébés et de perturber le développement psychoaffectif de leurs nourrissons. Elles permettent aux mères de s'occuper de leur enfant tout en se déchargeant de cette responsabilité à certains moments grâce au personnel soignant. Ces hospitalisations conjointes ont plusieurs finalités concernant la mère, l'enfant, le père et le lien qui les unit. Le premier enjeu est de prendre en charge la pathologie maternelle afin de redonner confiance à la mère en ses capacités maternelles et de limiter les conséquences de ces bouleversements psychiques sur l'enfant. Pour cela, il est important que la mère voit son enfant, dès que cela est possible, afin de rétablir le lien le plus rapidement possible. Pour l'enfant, le but de ces unités est de lui offrir le cadre le mieux adapté à son développement physique et psychique. L'importance de la relation mère-enfant au cours de la première année de vie du bébé est primordiale, mais il ne faut pas oublier la nécessité d'évaluer les risques encourus par l'enfant confronté aux troubles psychiques de sa mère. Cette évaluation se fait par les professionnels de santé. Un des premiers objectifs de ce type d'unité est la réduction

des dysfonctionnements dans les interactions et la mise en place d'un attachement sécuritaire.

Lors de ces hospitalisations, le père est aussi pris en compte afin de favoriser les échanges affectifs entre les membres de la triade, pour éviter qu'il se sente exclu, et d'en faire un allié du traitement. Il existe des structures où le père est aussi hospitalisé avec la mère et son enfant mais c'est plus rare (Marseille en France).

Il y a peu d'études à l'heure actuelle concernant le bénéfice de ce type de prise en charge sur le développement de l'enfant mais il est supposé que le bénéfice qu'en retire la mère retentit sur l'enfant tout en permettant un maintien de la relation mère-enfant (102) (103).

b. Interventions psychosociales

La DPP est une pathologie psychique du post-partum, qui nécessite un traitement global afin d'avoir une prise en charge efficace. Elle est basée sur un travail psychothérapeutique qui peut être complété par des interventions psychosociales. Elles sont mises en place afin d'apporter une aide et un soutien nécessaires aux jeunes mères déprimées. Il existe différentes modalités psychosociales, qui ont été développées spécifiquement pour la DPP : préparation à l'accouchement ; groupes de parole abordant différents sujets comme la transition à la maternité, la gestion du stress post-natal, les capacités d'interactions et d'organisation ... ; visites à domicile par des visiteurs de santé (infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux ...) ; soutien téléphonique ; PMI ... Ces interventions, qui n'ont pas toutes fait l'objet d'étude concernant leurs bénéfices, sont appréciées par la plupart des mères, qui ont le sentiment d'avoir une considération privilégiée des acteurs médico-sociaux. Cela contribue à un sentiment de sécurité et de confort. N'ayant pas encore fait leur preuve concernant leur caractère curatif à elles-seules, elles peuvent être utilisées en complément d'une autre prise en charge de la DPP.

c. Autres alternatives

Une récente étude menée par Chabrol et coll. en 2008 a permis de faire l'état des lieux concernant les alternatives de prise en charge de la DPP (75). Elles ne sont pas

considérées comme une alternative unique de traitement de la DPP mais peuvent être à l'origine de perspectives d'avenir.

Luminothérapie : c'est une méthode douce qui a été mise en place pour traiter la dépression saisonnière et les troubles du sommeil en s'exposant à une lumière d'intensité et de spectre proche de celle du soleil. Cette méthode joue sur la synthèse de mélatonine au niveau de la glande pinéale. Cette hormone est impliquée dans la régulation du sommeil et de l'horloge biologique. Elle est synthétisée à partir de la sérotonine en absence de lumière. Chez les personnes atteintes de dépression saisonnière, la mélatonine est anormalement sécrétée la journée, ce qui explique leur état de fatigue. Une étude s'est intéressée à son application à la DPP et a permis de montrer une bonne réponse clinique des mères déprimées à la luminothérapie, mais la petite taille de l'échantillon de l'étude ne permet pas de généraliser ce postulat (75) (104).

Privation de sommeil : il a été mis en évidence le fait que la privation de sommeil ou thérapie d'éveil, avait un effet antidépresseur. Cependant, cet effet est transitoire et entraîne une rechute dès le premier sommeil récupérateur. Il apparaît paradoxal de traiter un dépressif, qui présente généralement des troubles du sommeil par une thérapie d'éveil, pourtant l'effet antidépresseur a été retrouvé dans 60% des cas. Cette thérapie est utilisée le plus souvent en association avec des antidépresseurs, afin de pallier à leur délai d'action à la mise en place du traitement alors que la thérapie d'éveil agit presque immédiatement. Une étude s'est intéressée à cette méthode lors des troubles de l'humeur au cours de la grossesse et du post-partum et montre qu'une privation partielle de sommeil pourrait avoir un effet bénéfique sur la DPP. D'autres études sont nécessaires pour valider ces résultats et l'intégrer dans la prise en charge de la DPP (75) (104) (105).

Exercice physique : une pratique régulière d'une activité physique adéquate (marche avec poussette) a entraîné lors d'une étude un bénéfice non négligeable concernant la diminution des symptômes dépressifs. Cela peut être une alternative intéressante

que l'on peut associer à d'autres prises en charge. La pratique d'exercice physique a un impact positif important sur la mère, en plus de la diminution des symptômes dépressifs, d'un point de vue physique, psychique et psychosocial, qui justifie la recommandation de reprendre l'exercice physique dès que cela est possible (75).

Relaxation/massage : il s'agit de méthodes thérapeutiques ayant pour objectif principal de détendre les jeunes mères déprimées, d'apaiser les symptômes anxieux et dépressifs. Le massage des bébés permet de mettre en place une relation privilégiée entre la mère et son enfant et de favoriser le développement d'un attachement sécurisé. Dans l'état des lieux de Chabrol et coll., ces alternatives montrent un effet positif sur la DPP (75).

4. Prise en charge médicamenteuse

Si les mesures non médicamenteuses ne suffisent pas à la prise en charge de la DPP, la prescription de psychotropes (antidépresseurs, hypnotiques/anxiolytiques, neuroleptiques, thymorégulateurs et traitements de substitution aux opiacées) pour contrôler la pathologie peut s'avérer nécessaire. La mise en place d'un traitement médicamenteux va dépendre du fait que la mère allaite ou pas. En effet, le risque majeur à prendre en compte est le fait que le psychotrope passe dans le lait maternel et qu'il puisse avoir des conséquences sur le nourrisson. Nous allons nous intéresser aux deux cas de figure, afin de connaître la démarche à suivre.

a. Mère non allaitante

Si la jeune mère déprimée ne peut, ou ne souhaite pas allaiter, l'instauration d'un traitement médicamenteux pose moins de problème. La prise en charge psychothérapeutique mère-enfant reste malgré tout le traitement de référence de la DPP en première intention, afin de prendre en charge le trouble dépressif de la mère mais aussi ses conséquences sur son enfant et leur relation. Avant de mettre en place un traitement antidépresseur, l'ANSM préconise de réaliser un bilan pré-thérapeutique au cours duquel il est recommandé :

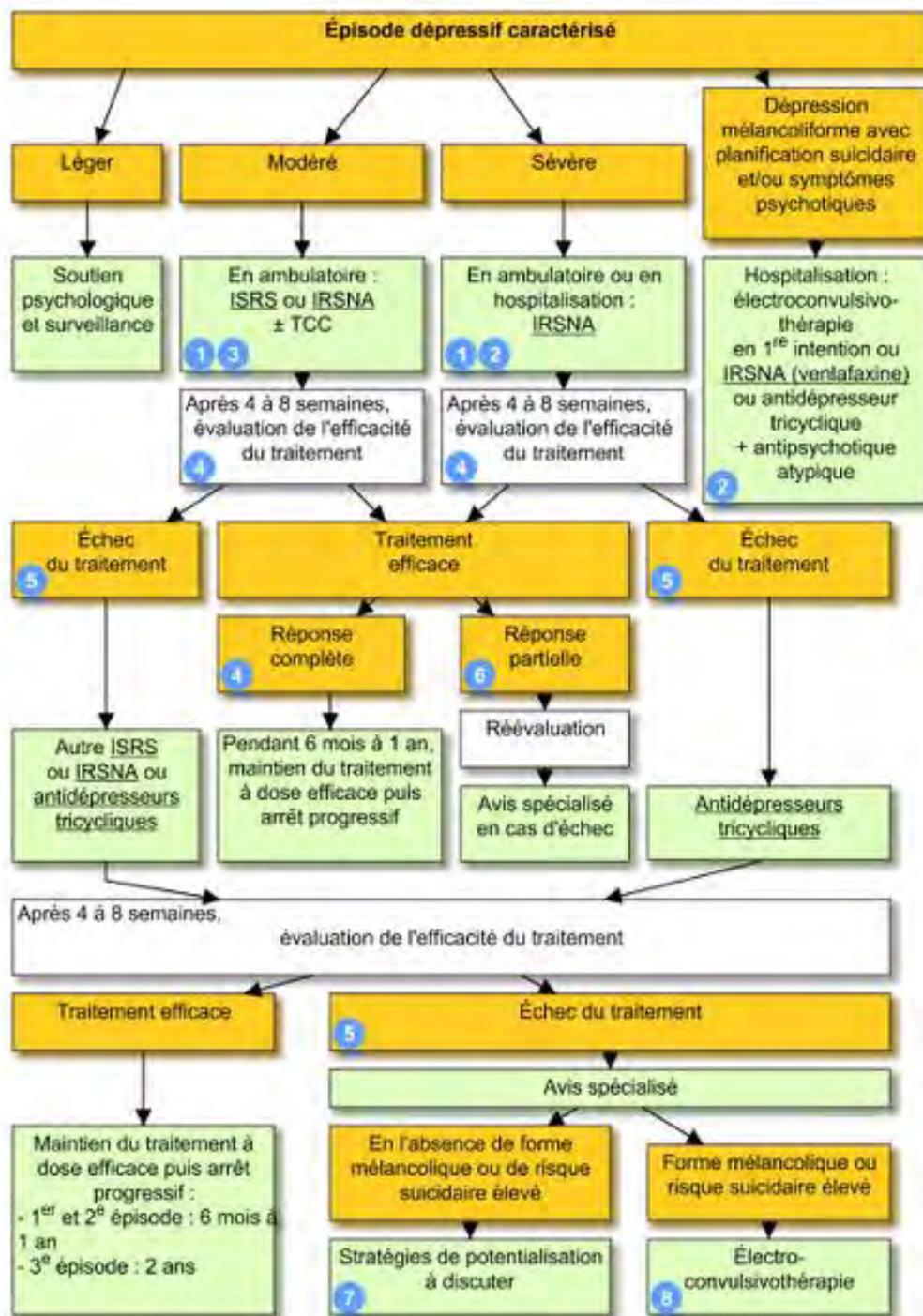
- d'évaluer la symptomatologie dépressive et le risque suicidaire
- de rechercher des antécédents personnels ou familiaux de troubles dépressifs unipolaires et de troubles bipolaires
- d'éliminer les contre-indications spécifiques de chaque classe d'antidépresseurs
- de rechercher et traiter des affections somatiques (cardiologiques, urologiques, ophtalmologiques, neurologiques...)
- de rechercher les comorbidités psychiatriques et les conduites addictives.

Le praticien va évaluer l'intensité du trouble dépressif et mettre en place un traitement adapté qui s'appuie sur la prise en charge d'un épisode dépressif majeur en dehors du contexte de puerpéralité.

L'objectif de cette prise en charge sera de diminuer les symptômes de la DPP jusqu'à la rémission complète, afin de permettre à la jeune mère de jouer son rôle de mère dans des conditions les plus optimales possibles. De plus, ce traitement aura pour but de prévenir les répercussions, les récurrences en dehors de la période du post-partum, mais aussi les récurrences lors de prochaines grossesses (106) (107).

L'instauration d'un traitement antidépresseur présente un délai d'action de 3 à 5 semaines, ainsi, la réponse au traitement se fera après ce laps de temps. D'après les recommandations du Vidal Reco, une évaluation du traitement mis en place, se fera dans les 4 à 8 semaines après l'initiation du traitement, afin de voir s'il est efficace ou s'il faut adapter les doses ou encore changer de classe thérapeutique. Selon l'ANSM, une réévaluation du patient au cours des deux premières semaines après la mise en route d'un traitement antidépresseur est nécessaire. Elle permet d'évaluer l'évolution clinique, l'observance et dépister toute aggravation de la symptomatologie dépressive. La surveillance clinique en début de traitement est indispensable puisqu'il peut se produire une levée d'inhibition avec labilité de l'humeur, rebond anxieux et risque de passage à l'acte augmenté. Le choix du traitement va se faire en fonction de l'intensité du trouble dépressif, mais aussi en fonction de la symptomatologie de chaque patiente. Nous allons nous appuyer, ici, sur les recommandations de prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé du Vidal Reco (108).

i. Arbre décisionnel



ii. Antidépresseurs

Le développement des antidépresseurs s'est basé sur l'hypothèse monoaminergique selon laquelle la dépression est due à un déséquilibre au niveau des neurotransmetteurs du système nerveux central. Ce déséquilibre, pouvant être à

l'origine de la dépression, intéresse le fonctionnement de trois neurotransmetteurs : la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Les différentes classes thérapeutiques s'appuient sur ce postulat, afin de corriger le déficit de ces neurotransmetteurs et de diminuer voire abolir la symptomatologie dépressive.

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine. La sélectivité de cette classe thérapeutique pour les récepteurs de la sérotonine permet de limiter les effets indésirables et ainsi d'améliorer la tolérance des patientes. Il s'agit du traitement de première intention de l'épisode dépressif majeur d'intensité modérée ou sévère, puisque les molécules de cette classe thérapeutique sont bien tolérées.

Mode d'action : Inhibition sélective de la recapture de la sérotonine au niveau du transporteur présynaptique de la sérotonine ce qui permet une augmentation de la concentration en sérotonine dans les espaces synaptiques. La sérotonine est un neurotransmetteur du système nerveux central et a un impact sur de nombreuses fonctions physiologiques dont la régulation de l'humeur. La diminution du taux de sérotonine peut être l'une des causes biologiques de la dépression ce qui explique l'utilisation des ISRS dans le traitement d'épisode dépressif majeur.

Molécules : Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline.

IRSNA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNA).

Cette classe thérapeutique est aussi utilisée en première intention de la prise en charge d'un trouble dépressif majeur mais ne présente pas de sélectivité unique.

Mode d'action : Inhibition sélective de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Cette inhibition au niveau du transporteur présynaptique va permettre d'augmenter la concentration en sérotonine et de noradrénaline dans les espaces synaptiques et favoriser la transmission nerveuse. Ces deux neurotransmetteurs peuvent être à l'origine de la dépression lorsqu'ils sont en déficit, c'est pourquoi les IRSNA cherchent à rétablir l'équilibre chimique au niveau du système nerveux central pour prendre en charge la dépression.

Molécules : duloxétine, milnacipran, venlafaxine.

ATC : Antidépresseurs Tricycliques ou imipraminiques. Ils sont utilisés en 2^{ème} ou 3^{ème} intention dans le traitement de l'épisode majeur dépressif. Ils ne sont utilisés que dans le cas où les autres classes thérapeutiques d'antidépresseurs n'ont pas eu les effets attendus. Ceci s'explique par le fait qu'ils sont moins bien tolérés et qu'ils présentent plus d'effets indésirables.

Mode d'action : ils agissent principalement au niveau de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline mais ne possèdent pas de sélectivité ce qui est à l'origine des effets indésirables et d'une tolérance moindre par rapport aux ISRS et IRSNA. Ces effets indésirables sont dûs à leurs actions anti-cholinergique, adrénolytique α et antihistaminique H1.

Molécules : amitriptyline, amoxapine, clomipramine, dosulépine, doxépine, imipramine, maprotiline, trimipramine.

IMAO : Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase. On a des IMAO non sélectifs et des IMAO sélectifs. Ils sont une option thérapeutique après échec des autres traitements antidépresseurs, du fait de leur faible tolérance et de leurs interactions médicamenteuses.

Mode d'action : la monoamine oxydase est une enzyme présente au niveau du corps cellulaire de la synapse, qui métabolise les monoamines qui sont la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine et qui sont impliqués dans le contrôle de l'humeur. Ces IMAO vont permettre de bloquer cette enzyme et permettre à une plus grande quantité de monoamines d'être disponibles.

Molécules : iproniazide (non sélectif), moclobémide (sélectif).

Autres antidépresseurs : ils sont regroupés dans cette classe avec des mécanismes pharmacologiques différents des autres classes déjà citées.

-Tianeptine : elle restaure la plasticité neuronale et induit la recapture pré-synaptique de la sérotonine. Elle fait l'objet d'une surveillance particulière avec une ordonnance sécurisée afin de limiter les abus et détournements.

-Miansérine : elle agit par blocage des autorécepteurs α -adrénergiques, n'inhibe pas la recapture de la noradrénaline, mais augmente son taux de renouvellement. Elle n'agit ni sur la dopamine, ni sur la sérotonine.

-Agomélatine : action mélatonergique et sérotoninergique, utilisable en 1^{ère} intention. Suivi hépatique nécessaire.

-Mirtazapine : antagonisme spécifique de la noradrénaline et de la sérotonine au niveau pré-synaptique, blocage des autorécepteurs α_2 entraînant l'augmentation des transmissions sérotoninergiques et noradrénergiques, blocage des récepteurs H1, action sédatrice.

Associations médicamenteuses avec les antidépresseurs : dans le cadre d'une prise en charge d'un trouble dépressif, d'autres médicaments pourront être mis en place par le médecin prescripteur, afin de prendre en charge le trouble dans sa globalité. La prescription concomitante à des anxiolytiques/hypnotiques peut être justifiée lorsqu'il existe, en début de traitement, une insomnie et/ou une anxiété invalidante du fait de la mise en place retardée de l'effet antidépresseur. De plus, l'association antidépresseur/antipsychotique peut être justifiée dans le cas d'épisode dépressif majeur à caractéristiques psychotiques et dans les formes sévères de dépression. L'association d'un antidépresseur avec d'autres psychotropes se fait au cas par cas, en fonction de la symptomatologie du patient et par décision du médecin (109).

iii. Conseils associés

Il est indispensable d'informer les patientes afin d'améliorer leurs connaissances sur leurs troubles et sur les propriétés du traitement, afin d'optimiser au maximum la prise en charge. Il faut savoir que les antidépresseurs ne répondent pas à l'urgence, puisqu'il existe un délai d'action de 2 à 4 semaines avant que la symptomatologie dépressive diminue. Pour gérer une urgence, il faudra se pencher vers d'autres alternatives plus rapides comme l'électro-convulsivothérapie qui est bien tolérée et qui agit vite. Il faut informer la patiente de ce délai d'action afin qu'elle n'arrête pas le traitement précocement dû à l'absence d'amélioration constatée. De plus, il faut compter 6 à 12

semaines avant rémission complète et expliquer à la patiente qu'il est important de poursuivre le traitement plusieurs mois après l'amélioration des symptômes.

Le pharmacien se doit d'informer le patient sur les modalités de prise des médicaments et insister sur le fait que l'observance est primordiale. Il expliquera au patient qu'il peut y avoir des effets indésirables et qu'en cas de soucis avec son traitement, ne pas hésiter à lui en parler voire à consulter le médecin prescripteur.

Concernant l'arrêt du traitement, il faut expliquer à la patiente que cela ne se fait pas de manière brusque et que cela nécessite un avis médical. En effet, l'arrêt du traitement avant la durée recommandée est à l'origine d'un risque plus élevé d'échec de guérison. Dans le cadre d'un épisode dépressif majeur, la durée du traitement va de 6 mois à un an après la rémission complète, afin de prévenir les risques de rechute ou de récurrence. On informe la patiente des signes de rechutes et on lui fait part de l'existence du syndrome de sevrage, qui peut apparaître la semaine suivant l'arrêt du traitement. Il se fera de manière progressive avec une période de diminution des posologies. De plus, l'ANSM recommande les modalités suivantes :

- pour une durée de traitement inférieure à un an, l'arrêt se fait en quelques semaines, en diminuant, par exemple, toutes les semaines la posologie journalière d'un quart,
- pour une durée de traitement supérieure à un an, l'arrêt se fait en quelques mois, en diminuant, par exemple, toutes les 4 à 6 semaines la posologie journalière d'un quart.

Quand l'arrêt du traitement a été décidé, le patient fait l'objet d'une surveillance étroite par le médecin ou le psychiatre, le pharmacien et son entourage (110) (109).

b. Mère allaitante

Dans le cas où la jeune mère a choisi d'allaiter, le médecin prescripteur va devoir peser la balance bénéfice/risque pour prendre la décision d'instaurer un traitement ou pas. Pour prendre cette décision thérapeutique, il doit tenir compte du risque potentiel de la DPP, si elle est non traitée, mais aussi des conséquences possibles de la mise en place d'un traitement à base de psychotropes sur l'enfant.

Tous les psychotropes sont susceptibles de passer dans le lait maternel à des taux plus ou moins importants en fonction des molécules. Après avoir décidé d'instaurer un traitement, le choix du psychotrope se fera en fonction du taux de passage dans le lait maternel et du profil de toxicité le plus faible possible. Le plus important dans l'instauration d'un traitement à base de psychotropes en contexte de puerpéralité, c'est la prudence mais aussi la concertation interdisciplinaire. Il est recommandé d'utiliser les molécules ayant le plus de renseignements en ce qui concerne leur utilisation dans le post-partum. La monothérapie est à privilégier avec la dose efficace la plus faible possible, afin de limiter le risque d'iatrogénie.

Une étude de 2014, élaborée au CHU de Toulouse par Basoul C et coll., fait le point sur l'utilisation des psychotropes au cours de la grossesse et de l'allaitement, afin de permettre aux professionnels de s'appuyer sur ce référentiel pour le suivi ou l'instauration d'un psychotrope au cours de la période périnatale (111). Nous nous appuyons ici sur cet article pour voir les différentes molécules pouvant être utilisées dans le cadre de la DPP.

Antidépresseurs :

- ISRS : la paroxétine et la sertraline peuvent être utilisées au cours de l'allaitement puisqu'elles ne passent que faiblement dans le lait maternel. Les autres molécules de cette classe thérapeutique sont déconseillées.
- IRSNA : Déconseillés au cours de l'allaitement du fait du manque de données.
- ATC : amitriptyline, clomipramine et imipramine utilisables au cours de l'allaitement en monothérapie. Leur taux plasmatique chez le nourrisson est presque indétectable mais ils sont maintenant peu utilisés en pratique courante par les psychiatres.
- IMAO : utilisation déconseillée au cours de l'allaitement et peu utilisés en pratique courante.

- Autres antidépresseurs : déconseillés au cours de l'allaitement.

Dans le cadre de DPP grave ou faisant partie d'une maladie bipolaire, l'instauration d'un traitement thymorégulateur, anxiolytique/hypnotique ou neuroleptique peut être nécessaire au cours de l'allaitement :

- Thymorégulateur : carbamazépine possible au cours de l'allaitement ainsi que les dérivés du valproate mais sous surveillance.
- Anxiolytique/Hypnotiques : oxazépam, zolpidem, zopiclone, hydroxyzine peuvent être utilisés au cours de l'allaitement.
- Neuroleptiques : halopéridol, chlorpromazine, olanzapine, rispéridone et quétiapine utilisables pendant l'allaitement sous surveillance médicale.

L'instauration d'un traitement médicamenteux pour la prise en charge de la DPP se fait toujours en deuxième intention sauf si le trouble dépressif est majeur. En effet, on privilégie toujours l'approche psychothérapeutique qui va prendre en charge la DPP dans sa globalité. Quand la mise en place d'un traitement est nécessaire, il faut en parler avec la patiente afin de voir avec elle si elle se sent prête à le prendre puisque l'observance de ce type de traitement est primordiale afin d'éviter toute décompensation. Il semble donc plus judicieux d'avoir l'aval de la patiente pour être sûr qu'elle acceptera de prendre son traitement correctement.

5. Rôle du pharmacien d'officine

Le métier de pharmacien d'officine est en constante évolution. En effet, il a fait l'objet de nombreux remaniements ces dernières années avec l'apparition de nouvelles missions. La pratique professionnelle des pharmaciens d'officine est passée de la simple préparation et dispensation de médicament à une réelle démarche d'éducation et d'échanges avec les patients et les autres professionnels de santé.

On a pu voir que la DPP touche entre 10 et 15% des femmes et qu'elle peut avoir des conséquences à plus ou moins long terme sur l'humeur maternelle, la stabilité du couple, la relation mère-enfant et le développement de l'enfant. Malgré une évolution

franche au cours de ces vingt dernières années, la DPP reste insuffisamment diagnostiquée et traitée. Ceci, ainsi que sa prévalence et ses conséquences, en font un réel problème de santé publique.

En tant que professionnel de santé, le pharmacien d'officine se doit de promouvoir la santé publique. Nous allons voir son rôle et ses différentes missions dans la prise en charge des femmes atteintes de DPP (112) (113).

a. Médiateur de santé

Le pharmacien dispose de nombreux atouts, qui lui permettent d'être un réel médiateur de santé au profit des patients. C'est un professionnel de santé en contact direct avec les patients, ce qui lui permet de jouer son rôle dans l'éducation pour la santé. Leur proximité géographique, leur accessibilité, leur disponibilité en font un acteur clé de santé publique. Ces contacts répétés avec les patients permettent au pharmacien de mieux les connaître, d'appréhender et de répondre à leurs demandes ainsi que d'instaurer une relation de confiance. Ces actions sont encadrées par des règles du CSP et du Code de déontologie. Une de ces obligations majeures est l'éducation pour la santé. Le CSP précise en effet que le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale ».

Du fait de son accessibilité, de la fréquence des contacts et de la bonne connaissance des patientes, le pharmacien occupe une place privilégiée pour les accompagner tout au long de la DPP. Pour que cet accompagnement soit le plus bénéfique possible, le pharmacien doit être à l'écoute de la jeune mère déprimée. L'écoute est, selon moi, l'une des qualités première d'un pharmacien d'officine. Il faut qu'elle soit active et empathique, que la patiente ressente une relation de confiance se mettre en place. Qu'elle puisse parler librement de ses ressentis en tant que jeune mère, sans crainte de jugement. Il représente une aide et un soutien pour la patiente et son entourage dès les premières plaintes, aussi bien dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge.

Le pharmacien d'officine fait partie intégrante de l'équipe soignante prenant en charge la jeune mère déprimée. De ce fait, il doit essayer de mettre en place une approche d'équipe en favorisant le travail en réseau pour permettre une prise en charge

optimale de la patiente. Cette mission est définie dans le CSP, qui précise que les pharmaciens d'officine « participent à la coopération entre professionnels de santé ; participent à la mission de service public de permanence des soins ».

Il doit s'associer à d'autres professionnels de santé en vue d'aider au mieux les patientes : infirmières, psychiatre, pédopsychiatre, travailleurs sociaux, médecins. Une bonne communication entre les différents acteurs de santé joue un rôle primordial dans la prise en charge de la DPP (112) (113).

b. Acteurs de santé de premier recours

Le CSP définit les missions des pharmaciens d'officine et mentionne notamment que les pharmaciens officinaux « contribuent aux soins de premier recours ». Cela désigne les soins de proximité qui comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, ainsi que la prise en charge et la continuité des soins. On parle de « soins de premier recours » puisqu'ils sont en début de chaîne du parcours de santé des patients. Ces soins de premier recours vont permettre d'orienter l'accès vers d'autres professionnels de santé spécialisés, ainsi que la coordination des soins et de l'équipe soignante.

Ces soins de premier recours ont fait l'objet d'innovations au cours de la loi HPST du 21 juillet 2009. Le CSP reprend l'article 36 de la loi HPST, en disposant que « *l'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades et des usagers, sont organisés par l'ARS au niveau territorial (...) dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité (...).* » Ces soins comprennent : « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et des affections courantes ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ; en tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins et le secteur médicosocial ; l'éducation pour la santé* ». L'article ajoute que « *les professionnels de santé (...) concourent à l'offre de soins de premier recours (...)* »

Cette nouvelle loi valorise le rôle du pharmacien dans le parcours de soins, définit ses nouvelles missions et l'intègre, comme un acteur clé, dans les soins de premier recours. Il va permettre aux jeunes mères déprimées une prise en charge dans sa globalité sans apporter de jugements, en restant à sa disposition et à son écoute tout

en l'orientant vers d'autres professionnels spécialisés dans le domaine de la psychiatrie ou pédopsychiatrie.

Dans le cadre de la DPP, le pharmacien peut agir à tous les niveaux des soins de premier recours définis par la loi HPST. Concernant la prévention, il peut notamment s'intéresser aux antécédents de la patiente, voir s'il existe des facteurs de risque, si elle a des antécédents de troubles dépressifs ou même de DPP ; au ressenti de la femme en ce qui concerne sa grossesse, s'il s'agit d'une grossesse désirée ou pas, si elle est suffisamment entourée ... Dans le cas où tous ces aspects semblent péjoratifs et où la femme présente un risque de DPP, le pharmacien peut l'orienter vers un professionnel de santé ou une structure spécialisée, afin qu'un suivi particulier soit mis en place, soit pour prévenir, soit pour diagnostiquer la DPP et adopter la prise en charge la plus adaptée (113) (114) (115) (116).

c. Spécialiste du médicament

Le pharmacien d'officine est considéré comme le spécialiste du médicament. Même si la prescription de spécialités pharmaceutiques ne fait pas partie de la première intention dans la prise en charge de la DPP, le pharmacien doit s'assurer du bon usage du médicament par la jeune mère quand celle-ci fait l'objet d'une prescription médicale.

La plupart du temps, ce sont des psychotropes qui sont prescrits lors d'une DPP. Il faut expliquer à la jeune mère les modalités de prise, vérifier avec elle la bonne compréhension de son traitement pour favoriser une bonne observance. En effet, nous avons pu voir précédemment que les jeunes mères déprimées sont le plus souvent réticentes à l'idée de prendre des médicaments au cours de l'allaitement et que lorsqu'elles acceptent d'en prendre, elles ne sont pas toujours observantes. C'est au pharmacien d'expliquer le rôle de chacune des spécialités prescrites afin que la patiente se rende compte de l'utilité du médicament et qu'elle soit la plus compliant possible. Il faut insister sur le fait que certains des médicaments utilisés pour la DPP présentent un certain délai d'action et que malgré cela, il faut sensibiliser la jeune mère à l'importance d'une prise régulière. Le pharmacien doit voir avec la patiente les

modalités de prise, afin d'élaborer un plan thérapeutique personnalisé et détaillé prenant en compte les contraintes et habitudes de vie et que cela soit le plus facile possible pour elle et ainsi favoriser une bonne observance. Dans certaines situations particulières, comme un oubli de prise ou encore un décalage horaire, le pharmacien aide la patiente à adapter ses prises de médicaments.

De plus, au vu des risques pour l'enfant, le pharmacien se doit de sensibiliser la jeune mère aux risques de prises de médicaments sans avis médical, afin de limiter toute complication (112) (117).

d. Education de la patiente

Le pharmacien d'officine va jouer un rôle primordial dans l'éducation de la patiente. Les contacts répétés vis-à-vis des femmes enceintes ou des accouchées, font du pharmacien d'officine un acteur clé dans l'éducation pour la santé. Il se doit d'instaurer une relation de confiance avec les patientes de manière à favoriser le dialogue afin de connaître les plaintes et les craintes de celles-ci.

Le pharmacien va essayer d'inculquer aux patientes de nouvelles notions concernant la DPP. Aussi bien sur la pathologie en elle-même, que sur le bon usage des médicaments, l'importance de la compliance vis-à-vis des traitements médicamenteux mais aussi des alternatives thérapeutiques et des moyens mis à leurs dispositions pour vivre au mieux avec une DPP. Dès lors que la patiente a conscience de son état de santé, il lui sera plus facile d'adhérer à la proposition de prise en charge et de savoir quelle attitude adopter.

Il faut éviter de se focaliser uniquement sur le bébé et s'intéresser à la jeune mère, qui peut se sentir délaissée après une période où elle aura été le centre de toutes les attentions.

Cette éducation peut faire l'objet d'entretien pharmaceutique avec la patiente de manière à aider la jeune mère et son entourage à comprendre la maladie ainsi que son traitement afin optimiser la prise en charge et améliorer la qualité de vie de ces jeunes mères.

Au comptoir, le pharmacien se doit d'être rassurant ; de faire comprendre à la patiente qu'il s'agit d'une complication courante de la grossesse, qu'elle n'est pas la seule, et qu'il existe des structures et spécialistes pouvant lui venir en aide.

Si cette DPP se poursuit en dépression chronique, l'instauration d'une éducation thérapeutique, avec établissement d'un diagnostic éducatif et d'un programme personnalisé, pourra être mise en place par les professionnels de santé. Cette éducation thérapeutique sera réalisée par une équipe multi-professionnelle et interdisciplinaire, intégrant un travail en réseau.

e. Règles hygiéno-diététiques

Le CSP précise que les pharmaciens d'officine « peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. »

Le pharmacien a un rôle de transmission des règles hygiéno-diététiques, qui constituent la base de la prise en charge des mères atteintes de DPP. Ces règles, mises en application, peuvent permettre une amélioration de la vie quotidienne par une simple modification de l'hygiène de vie. Dans le cas des DPP légères, elles peuvent avoir un impact colossal. Elles sont aussi bénéfiques lors de DPP majeures puisqu'elles permettent à la jeune mère d'être impliquée dans son traitement et de se sentir actrice de la prise en charge.

Sommeil : il joue un rôle majeur dans la DPP. En effet, il peut être aussi bien une des causes qu'une des conséquences de troubles dépressifs. On peut conseiller la jeune mère sur des règles simples, pour essayer de mettre en place un sommeil équilibré. Il faut respecter les temps de sommeil en prêtant attention aux signes précurseurs de fatigue et ne pas lutter, avoir une bonne literie favorise un sommeil de bonne qualité, éviter les excitants (thé, café, sodas, épices) et les repas lourds le soir sans se priver pour autant, éviter un réveil précoce dû à une hypoglycémie. Une activité physique régulière dans la journée permet de trouver le sommeil plus facilement, cependant il faut éviter toute activité physique et intellectuelle dans l'heure qui précède le coucher. Modifier son environnement pour qu'il soit propice au sommeil : limiter la lumière, le bruit, ainsi qu'une température excessive dans la chambre à coucher. Il vaut éviter de faire une sieste trop longue dans la journée, maximum vingt minutes et se préparer à l'endormissement en pratiquant éventuellement des méthodes de relaxation (118).

Cependant, dans certains cas, la mère sera dans la nécessité de se reposer plus longtemps dans la journée, notamment si le bébé a pleuré tout le long de la nuit. Il faudra donc adapter ses conseils au cas par cas.

Alimentation : certains aliments peuvent être « antidépresseurs » par la production d'acides aminés utilisés pour lutter contre la dépression. Les acides aminés, qui constituent les protéines, jouent un rôle essentiel dans la fabrication des neurotransmetteurs. Certains d'entre eux sont produits par l'organisme et d'autres doivent être apportés par l'alimentation comme la phénylamine et le tryptophane qui peuvent jouer sur la dépression. Le tryptophane est un précurseur de la sérotonine, neurotransmetteur produit le soir pour ensuite se transformer en mélatonine et favoriser l'endormissement. De ce fait, les aliments riches en tryptophanes comme l'avocat, les œufs, le poulet, le canard, porc, fromage... devront être consommés de préférence le soir pour suivre la sécrétion physiologique de sérotonine. La phénylalanine est le précurseur de la tyrosine à l'origine de la dopamine et la noradrénaline qui peuvent être à l'origine de dépression, s'ils ne sont pas présents en quantité suffisante. Il faut donc en consommer suffisamment afin d'éviter les carences. Ils sont contenus dans le canard, la dinde, le poulet, les flocons d'avoine, le lait entier, le chocolat noir ...

Il faut conseiller à la jeune mère d'avoir une alimentation saine et équilibrée, de manger varié mais aussi de manger ce qui lui fait plaisir. On favorise une alimentation riche en magnésium (fruits secs, chocolat...), qui joue un rôle sur la fatigue et le stress, mais aussi en oméga-3 qui sont essentiels puisqu'ils ne sont pas synthétisés par l'organisme. Biologiquement, ils agissent au niveau de la composition des membranes cellulaires en favorisant une qualité, une fluidité et une intégrité de celles-ci permettant ainsi d'améliorer la réception des neurotransmetteurs sur les récepteurs du neurone post-synaptique.

Quand la jeune mère décide d'allaiter son enfant, il faut lui rappeler que l'alimentation doit être saine, variée et équilibrée de manière à apporter tous les nutriments nécessaires au bon développement du nourrisson. Malgré les envies fréquentes de régime restrictif à la suite de l'accouchement, le pharmacien doit insister sur l'importance d'une nutrition variée et complète afin d'assurer l'apport nutritionnel

optimal du nouveau-né. Dans les recommandations de l'HAS concernant l'allaitement maternel, « il est conseillé à la mère de réduire sa consommation de matières grasses d'origine animale et d'éviter une perte de poids trop rapide afin de minimiser le risque d'exposition du nourrisson aux dioxines » (119).

Pour finir sur l'alimentation, il est nécessaire de rappeler au patient qu'il est bénéfique d'augmenter les prises alimentaires dans la journée en fractionnant les repas, de prendre ses repas à heures fixes, d'augmenter l'apport hydrique et de bien mastiquer les aliments (120) (121).

Exercice physique : la pratique d'une activité physique régulière a fait ses preuves concernant son efficacité sur les symptômes dépressifs. Les avantages de l'exercice physique sont reconnus aussi bien du point de vue physiologique que psychologique. Il permet une diminution des états anxieux et dépressifs, et peut constituer un type de traitement non spécifique chez les jeunes mères présentant une DPP. Il a été démontré que trente minutes d'exercice par jour, trois à cinq jours par semaine, améliorent significativement la symptomatologie dépressive, la qualité du sommeil, l'humeur, la confiance et l'estime de soi mais aussi la concentration. L'exercice physique augmente la concentration de certains neurotransmetteurs comme la sérotonine ou les endorphines entraînant une amélioration de l'humeur.

Afin d'inciter la jeune mère à pratiquer une activité physique régulière, le pharmacien va adopter un discours motivant, surtout pour les mères qui n'ont pas le « goût du sport ». Dans un premier temps, on va lui conseiller de faire une activité physique faisable, adaptée au post-partum, comme la marche à pied avec poussette, la natation ... Le pharmacien peut conseiller à la jeune mère de se fixer des petits objectifs de manière à impliquer la jeune femme dans cette démarche. De plus, cela peut être l'occasion de rencontrer du monde, d'échanger avec d'autres personnes et de sortir de l'isolement (122) (123).

Maintien d'une vie sociale : la période du post-partum peut être ressentie comme difficile puisque la jeune mère n'est plus le centre de l'attention, on ne s'occupe plus d'elle mais surtout de son enfant. Elle peut se sentir délaissée et le manque de soutien social a des effets négatifs sur la DPP. Le pharmacien doit encourager la jeune mère à

solliciter son entourage, à préserver son réseau relationnel. Cela peut s'avérer difficile pour la mère déprimée, puisqu'il y a souvent un repli sur soi avec une perte d'estime et de confiance en soi qui peut s'ajouter à la difficulté d'aller vers les autres. Le pharmacien peut alors l'encourager à profiter des périodes de rémission, pour entretenir son réseau et dans les périodes plus compliquées, à s'orienter vers les professionnels de santé. Il peut aussi orienter la jeune mère vers des lieux d'accueils parents/bébé qui sont mis en place pour favoriser une socialisation en douceur et mettre en place des activités avec d'autres enfants.

Pour finir, le pharmacien peut suggérer à la jeune mère de pratiquer une activité de relaxation comme le yoga ou encore la sophrologie, afin d'optimiser l'efficacité du traitement médicamenteux.

Ces règles ont montré une réelle efficacité dans la réduction de la symptomatologie dépressive et en conseillant la jeune mère d'appliquer ces mesures hygiéno-diététiques, le pharmacien joue son rôle dans la promotion de la santé publique (110) (106).

Conclusion :

La période du post-partum est une période au cours de laquelle la jeune mère doit faire face à de nombreux bouleversements physiques, psychologiques et sociaux. Ces modifications peuvent être à l'origine d'une décompensation ou bien même d'une révélation de certaines fragilités ou troubles psychiques. La DPP fait partie de ces troubles psychiques de la périnatalité ayant un impact considérable en termes de prévalence mais aussi de conséquences. En effet, elle touche environ 13% des femmes avec des impacts à plus ou moins long terme sur l'entourage, le couple, la mère, l'enfant, mais surtout la relation mère-enfant. Tous ces aspects de la DPP en font un réel problème de santé publique, qui est devenu une priorité pour bon nombre de chercheurs. Elle a effectivement fait l'objet de nombreuses études afin de mieux la cerner, l'appréhender et la prendre en charge correctement.

Ces recherches ont permis de mettre en lumière de nombreux aspects de la DPP, qui étaient jusque-là méconnus, aussi bien d'un point de vue clinique, étiologique, psychologique ou encore pharmacologique. Ces récentes données ont joué un rôle clé dans le développement de mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Des progrès considérables ont été faits dans le domaine de la psychiatrie périnatale. Les équipes de périnatalité sont désormais beaucoup plus à l'aise avec cette pathologie en ce qui concerne sa prévention, son dépistage mais aussi les mesures pouvant être proposées à la jeune mère dans le cadre d'une DPP. Ceci a pu être possible grâce au développement de formations et d'informations des équipes de périnatalité, les rendant plus à même d'appréhender ce trouble psychique du post-partum.

Concernant la prise en charge, la psychothérapie reste le traitement de référence de la DPP en privilégiant les thérapies mère-bébé, afin de limiter les conséquences sur la mère et son enfant. De plus, lorsque cela s'avère nécessaire et que la mère se sent prête, l'instauration d'un traitement médicamenteux peut être mis en association avec la psychothérapie. Cela fait partie des nombreuses évolutions, puisqu'avant on préférait ne pas mettre de traitement pharmacologique du fait de l'absence de données concernant leur utilisation pendant l'allaitement. Il a été mis en évidence

qu'une DPP non traitée pouvait avoir des conséquences autant, voire plus importante, que le traitement médicamenteux lui-même, ce qui est à l'origine de changement dans la prise en charge de la DPP.

Même si les données concernant la DPP ont connu un essor considérable ces vingt dernières années, elle est encore au cœur de bon nombre d'études, afin de rendre la prise en charge encore plus efficace et complète. La prévention, le dépistage/diagnostic ainsi que le traitement aussi bien psychologique que pharmacologique représente une réelle perspective d'avenir pour la prise en charge de la DPP. En effet, le constat reste le même, malgré la progression concernant le diagnostic et la prise en charge de la DPP, encore trop de femmes ne sont pas dépistées et donc pas soignées. Cela peut être dû à une banalisation de la situation par la jeune mère, son entourage ou encore les professionnels de santé mais aussi du fait que la jeune femme ne se sent pas de dévoiler son ressenti qu'elle considère comme anormal lors de cet évènement forcément heureux. Il existe donc encore une marge de progression pour pouvoir diagnostiquer et traiter l'ensemble des femmes déprimées dans le contexte de puerpéralité. Cette progression est multidisciplinaire, elle concerne tous les professionnels de santé en contact direct avec les mères au cours de la période périnatale, mais aussi les représentations de notre société dans son ensemble. Ainsi le pharmacien d'officine, qui est souvent exposé aux femmes enceintes ou jeunes mères, peut jouer un rôle dans la prise en charge de la jeune mère déprimée. Il peut agir tout au long de la période périnatale, aussi bien en pré qu'en post-partum. Son action peut s'étendre de la prévention jusqu'à la prise en charge, de par son écoute attentive et ses conseils appropriés, afin d'orienter et de suivre l'évolution de la jeune mère.

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire DAD-P :

Première partie :

	Oui, beaucoup ou souvent	Oui moyennement	Oui, un peu ou parfois	Non pas du tout
1. Avez-vous des démangeaisons ?	1	0	0	0
2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?	1	0	0	0
3. Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?	1	0	0	0
4. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?	1	0	0	0
5. Avez-vous un sentiment de solitude ?	3	2	1	0
6. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?	1	1	1	0

Deuxième partie :

Questions complémentaires dépistage large :

7. Pleurez-vous facilement ?

- Oui beaucoup (1 point)
- Oui, moyennement (1 point)
- Oui, un peu (0 point)
- Non, pas du tout (0 point)

8. Avez-vous suivi ou pensez-vous suivre des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme pour cette grossesse-ci ?

- Oui (0 point)
- Non, mais je l'ai fait pour une grossesse précédente (1 point)
- Non (1 point)

Question complémentaire dépistage ciblé :

7. Depuis que vous êtes enceinte, vos relations avec votre mère sont :

- Plus chaleureuses (1 point)
- Plus difficiles (1 point)
- Il y a eu rupture (1 point)
- Sans changement (0 point)
- Je n'ai plus de mère (1 point)

Annexe 2 : Questionnaire EPDS :

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

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

Ceci signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

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

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir

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

3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Oui, la plupart du temps (3)
- Oui, parfois (2)
- Pas très souvent (1)
- Non, jamais (0)

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

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

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

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

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

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

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

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

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse

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

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

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

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal

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

Bibliographie

1. J. Masmoudi, S. Trabelsi, F. Charfeddine, A. Jaoua, Service de Psychiatrie. *La dépression du post-partum*. Juin 06 / Décembre 06. N°11/12, 7-13.
2. Bydlowski, Monique. *Psychopathologie périnatale : du "blues" à la dépression postnatale (DPN)*. 1997.
3. Marcé, Louis Victor. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. Paris : L'Harmattan, 1858.
4. La société Marcé Francophone. *L'association francophone pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales*. [En ligne] ikicrea, 1998. <http://www.marce-francophone.fr/>.
5. Pitt, B. *"Atypical" Depression Following Childbirth*. s.l. : The British Journal of Psychiatry, November 1968.
6. ID. Yalom DT, Lunde, RH, Moos, DA, Hamburg. *"Postpartum blues" Syndrome : A Description and Related Variables*. s.l. : Arch Gen Psychiatry, 1968.
7. C. Agbokou, F.Ferreri, P.Nuss, C.-S. Peretti. *Cliniques des dépressions maternelles postnatales*. s.l. : EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 2011. 37-170-A-30.
8. Boyer P, Guelfi JD, Pull CB, Pull MC. *Manuel Diagnostique et Statistiques des Troubles mentaux*. Texte révisé 2003. DSM-IV.
9. Pull CN, Chaillet G. *Classification internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement*. Paris : Masson, 1994.
10. Maurice Ferreri, Arnaud Heim, Philippe Nuss, Nazbanou Heim, Henri-Jean Philippe. *Troubles psychiatriques du post-partum*. s.l. : EMC-Obstétrique, 2009. Article 5-110-B-10.
11. O'Hara M. W., Swain A. M. *Rates and risk of post-partum depression-a meta-analysis*. s.l. : International Review of Psychiatry, Janvier 1996. Vol. 8. p.37-54.
12. MC, Glangeaud-Freudenthal N. *Evaluation de la prévalence de la dépression post-partum en France*. s.l. : Devenir, 1999. Vol. 11. p.53-64.
13. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. *Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum*. s.l. : Acta Obstet Gynecol Scand, 2001. 80 (3) : 251-5.
14. Krantz I, Eriksson B, Lundquist-Persson C, Ahlberg BM, Nilstun T. *Screening for post-partum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) an ethical analysis*. s.l. : Scand J Public Health, 2008. 36 (2) : 211-6.
15. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Molteno C. *Post partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement*. s.l. : British Journal of Psychiatry, 1999. 175 : 554-558.
16. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. *Gender. Poverty and postnatal depression : a study of mothers in Goa*. India : American Journal of Psychiatry, 2002. 159 (1) : 43-47.
17. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. *Life events, social support and depression in childbirth : perspectives from a rural community in the developing worl*. s.l. : Psychological Medicine, 2003. 33 (7) : 1161-1167.
18. Poinso François, Samuélian Jean-Claude, Delzenne Valérie, SparrowJoshua, Rufo Marcel. *Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque*

- dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. s.l. : La psychiatrie de l'enfant, 2001. Vol. 44. p.379-413.
19. Guédeney Nicole, Jeammet Philippe. *Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientations thérapeutiques*. s.l. : Devenir, 2001. Vol. 13. p.51-64.
 20. PJ Cooper, L Murray. *Postnatal depression* . s.l. : British Medical Journal, Juin 1988. 316(7148).
 21. J., Dayan. *Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum*. s.l. : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Octobre 2007. 36 (6) : 549-561.
 22. Hopitaux, Revue Mensuelle des Psychiatres des. *L'information psychiatrique*. Octobre 2004. Vol. 80. p.635.
 23. Ferreri F, Nuss P, Perreti C. *Clinique des états dépressifs*. s.l. : L'encyclopédie médico-chirurgicale, 2007. 110 (10), p.37.
 24. P, Chardeau. *Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge*. s.l. : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Janvier 2000. 29 (1) : 52.
 25. Chabrol, Henri. *Les dépressions de la maternité* . Octobbre 1998 : "Que suis-je" 1ère édition , Paris .
 26. Versaevel C, Leleu O, Jeanson R, Lajugie C, Bizet B, Danel T, Charrel C-C, Duhamel A. *La personnalité dépendante : un facteur de risque majeur pour la dépression post-partum ?* s.l. : Devenir, 2014. Vol. 26. p.153-164.
 27. Robertson, E., Celasun, N., and Stewart, D.E. *Risk factors for postpartum depression*. s.l. : Literature review of risk factors and interventions, 2003.
 28. M.W, O'Hara. *La dépression du post-partum : les études de l'Iowa*. s.l. : Devenir, 2001. Vol. 13. p.7-20.
 29. D.Amaru, O.Le bon. *La dépression du post-partum : correlats et facteurs predictifs*. s.l. : Service de psychiatrie, CHU Tivoli, La louvière.
 30. al., Oppo A. et. *Risk factors for post-partum depression : the role of the postpartum depression predictors inventory-revised (PDPI-R)*. Aout 2009. Vol. 12. p.239-249.
 31. Weissman M.M., Olfson M. *Depression in Women : Implications for Health Care Research*. s.l. : Science. p.799-801.
 32. Mills EP, Finchilescu G, Lea SJ. *Postnatal depression-examination of psychosocial factors*. s.l. : S Afr Med, 1995. 85 : 99-105.
 33. Verkerk GJ, Pop VJ, Van Son MJ, Van Heck GL. *Prediction of depression in the postpartum period : a longitudinal follow-up study in high-risk and low risk women*. 2003. 77 : 159-66.
 34. Cramer B. *Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ?* s.l. : Devenir, 2002. Vol. 14. p.89-99.
 35. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. *Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and post-partum women*. s.l. : J Consult Clin Psychol, 1995. 63 : 445-53.
 36. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. *The impact of very premature birth on the psychological health of mothers*. Dec 2003. 73 : 61-70.
 37. Drewett R, Blair P, Emmett P, Emond A. *Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period : a population-based birth cohort study*. s.l. : J Child Psychol Psychiatry, 2004. 45 : 359-66.
 38. Cooper PJ, Murray L. *Course and recurrence of postnatal depression-evidence for the specificity of the diagnostic concept*. s.l. : Br J Psychiatry, 1995. 166 : 191-195.

39. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover B, Sandler M. *Links between early postpartum mood and post-natal depression*. s.l. : Br J Psychiatry, 1992. 160 : 777-80.
40. Gina, Guigui. *Connaissance et méconnaissances des mères sur l'allaitement*. s.l. : Devenir, 2007. Vol. 19. p. 261-297.
41. Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. *Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment : a randomized, controlled study*. s.l. : Am J Obstet Gynecol, 1993. 168 : 1388-93.
42. Harris B, Lovett L, Smith J, Read G, Walker R, Newcombe R. *Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its homonal correlates across the peripartum period*. 1996. 168 : 739-44.
43. Lazarus JH, Ammar IF, Oretti R, Perkes AB, Richards CJ, Harris B. *Clinical aspects of recurrent postpartum thyroiditis*. s.l. : Br J Gen Pract, 1997. 47 : 305-8.
44. Wickberg B, Hwang C.P. *Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample*. s.l. : Acta Psychiatr. Scand, 1997. 95 : 62-66.
45. Kumar R, Robson K.M. *A prospective study of emotional disorders in childbearing women*. s.l. : BR. J. Psychiatry, 1984. 144 : 35-47.
46. Cummings EM, Kouros CD. *La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants*. s.l. : Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.
47. Tissot Hervé, Frascarolo France, Despland Jean-Nicolas, Favez Nicolas. *Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale*. s.l. : La psychiatrie de l'enfant 2, 2011. Vol. 54. p.611-637.
48. Boyce P, Cox J, Holden J. *Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression; in perinatal psychiatry; use and misuse of Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Londres : s.n., 1994. 82-102.
49. Durand-Lasserve. Hospitalisme . *Encyclopaedia Universalis*. [En ligne] <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hospitalisme/>.
50. R.A, Spitz. *Maladies de carence affective chez le nourrisson. De la naissance à la parole, la première année de la vie*. Paris : s.n., 1973. 206-218.
51. Spira A, Scippa L, Berthet C, Meuret C, Besozzi R, Cramer B. *L'hospitalisme en l'an 200, développement psychologique d'enfants dans un orphelinat roumain*. s.l. : Psychiatrie Enf., 2000. 43 : 587-646.
52. J, Bowlby. *Attachement et perte*. Paris : s.n., 1978. Vol. I (l'attachement), II (la séparation).
53. Guédénéy N, Lamas C, Bekhechi V et al. *Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère*. s.l. : Arch Pédiatr, 2008. 15 : S12-S19.
54. Mille C, Henniaux T. *Carences affectives et négligences graves*. s.l. : EMC-Pédopsychiatrie, 2007. 1-8 [Article 37-208-A-85].
55. Finzi R, Cohen O, Sapir Y, Weizman A. *Attachment styles in maltreated children : a comparative study*. s.l. : Child Psychiatry Hum., 2000. 31 : 113-128.
56. Hildyart K.L, Wolfe D.A. *Child neglect : developmental issues and outcomes*. s.l. : Child Abuse Negl., 2002. 26 : 679-695.
57. L, Murray. *The impact of postnatal depression on infant development*. s.l. : Journal of child psychology and psychiatry, 1992. 33 : 543-561.
58. Lesesne CA, Visser SN, White CP. *Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children : association with maternal mental health and use of health care resources*. s.l. : Pediatrics, 2003. 111 : 1232-7.
59. Anne-Claude, Bernard-Bonnin. *La dépression de la mère et le développement de l'enfant*. Montreal : Pediatrics and Child Health, 2004. 9 (8) : 589-598.

60. Beck C.T, Gable R.K. *Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments*. s.l. : Nurs Res, Aout 2001. Vol. 50. p.242-250.
61. al., Hewitt C et. *Methods to identify post-natal depression in primary care : an integrated evidence synthesis and value of information analysis*. s.l. : Health Technol Assess, Juillet 2009. Vol. 13. p.1-145, 147-230.
62. Appleby L, Fox L, Shaw M, Kumar R. *The psychiatrist in the obstetric unit : establishing a liaison service*. s.l. : Br J Psychiatry, 1988. 154 : 510-515.
63. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Sistac C, Michaud C, Roge B. *Dépistage, prévention et traitement des dépressions du postpartum : une étude contrôlée chez 859 sujets*.
64. *Organisation Mondiale de la Santé* . [En ligne] <http://www.who.int/fr/>.
65. DREES. *La protection maternelle et infantile*. [En ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,1202.html>.
66. Molénat, Docteur. *Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité*. 2005.
67. Bréart G, Puech F, Rozé J.C. *Plan périnatalité 2005-2007*. *Santé Gouv* . [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.
68. Santé, Haute Autorité de. *Préparation à la naissance et à la périnatalité (PNP)*. Novembre 2005.
69. —. *Suivi et Orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Mai 2007 .
70. Maladie, Assurance. *Suivi médicale de la mère après l'accouchement*. *Ameli Santé* . [En ligne] 12 Décembre 2013. <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/suivi-medical-de-la-mere-apres-l'accouchement.html>.
71. Gillain B, Dubois V. *Troubles psychiques aigus du post-partum*. s.l. : ConfMed, 26/02/03.
72. Miller BJ, Murray L, Beckmann MM, Kent T, Macfarlane B. *Dietary supplements for preventing postnatal depression* . s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews , 2013.
73. Dennis CL, Dowswell T. *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression* . s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews , 2013.
74. Cognitive, Association Francaise de Thérapie Comportementale et. *Thérapies Comportementales et Cognitives*. *AFTCC*. [En ligne] <http://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>.
75. Chabrol H, Callahan S, Séjourné N. *Prévention et traitement de la dépression du post-partum*. s.l. : Devenir 3 , 2008. Vol 20, p.211-248.
76. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C., *Preventing postpartum depression : review and recommendations*. s.l. : Archives of Women's Mental Health, February 2015. Vol 18, p.41-60.
77. Righetti-Velmeta M, Conne-PerréArd E, Bousquet A, Manzano J. *Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression postpartum*. s.l. : La psychiatrie de l'enfant 2 , 2006. Vol 49, p.513-541.
78. Chabrol H, Teissedre F. *Etude de l'EDPS (échelle post-natale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum*. s.l. : L'encéphale, Septembre 2004. 30 (4) : 376-81.

79. Guédeney N, Fermanian J, Guelfi J.D., *Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne*. s.l. : Devenir , 1995. Vol 7, p.69-92.
80. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of post-natal depression. Development of the 10-item Edinburgh Post-natal Depression Scale*. s.l. : Br J Psychiatry, Juin 1987 . Vol 150, p.782-786.
81. Murray D, Cox JL. *Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS)*. s.l. : Journal of Reproductive Infant Psychology, 1990. Vol 8, p.99-107.
82. Guédeney N, Fermanian J. *Validation study of the French version of the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties* . s.l. : Eur. Psychiatry, 1998. Vol 13, p.83-89.
83. Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA. *"Postpartum Blues" Syndrome : A description and Related Variables* . s.l. : Arch Gen Psychiatry, 1968.
84. al., M'Bailara K et. *Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psychosociales* . s.l. : L'encéphale , Juin 2005. Vol 31, p.331-336.
85. Stein G, Brockington I, Kumar R. *The maternity blues : Motherhood and mental illness*. London : Academic Press, 1982. p.119-54.
86. Chabrol H, Sejourne N, Theux G, Denis A. *Influence de certaines variables psychologiques, psychosociales et obstétricales sur l'intensité du baby blues* . s.l. : L'encéphale , Avril 2008. 34 (2) : 179-182.
87. Chabrol H, Sejourne N. *Prévention du blues du post-partum : étude pilote* . s.l. : Gynécologie Obstétrique et Fertilité , Décembre 2007 . 35 (12) : 1242-4.
88. Denis A, Callahan S. *Etat de stres post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature* . s.l. : Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive , Décembre 2009 . 19 (4) : 116-9.
89. Romiro P, Saurel-Cubizolles MI, Lelong N. *Whar makes mothers unhappy : psychological disrress one year after childbirth in Italy and France*. s.l. : Social Science and Medecine. 49, p.16SI-1661.
90. R, Kumar. *Postnatal mental illness : a transcultural perspective*. s.l. : Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology, 1994. 29, p.250-264.
91. Dayan. *Les dépressions périnatales* . s.l. : Elsevier/Masson, 2008.
92. J, Dayan. *Thérapie Comportementale et Cognitive*. s.l. : Elsevier/Masson, 2008.
93. Clark DM, Hawton K, Cowen P. *Cognitive therapy for depression and anxiety : is it better than drug treatment in the long term ?* New York : Oxford University Press, 1990.
94. ID, Glick. *Treating depression* . San Francisco : Jossey-Bass Inc., 1995.
95. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. *A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression*. s.l. : British Medical Journal, 1997. 314 : 932-936.
96. Cuijpers P, Geraedts AS, Van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, Van Straten A. *Interpersonal psychotherapy for depression : a meta-analysis*. s.l. : Am J Psychiatry. 166 (6) : 581-92.
97. Hovaguimian T, Markowitz J. *La formation en psychothérapie interpersonnelle. De sa conception aux Usa à son adaptation à Genève*. s.l. : Psychothérapies 4, 2006. Vol 26, p.221-232.
98. O, Omay. *La psychothérapie interpersonnelle : une approche particulièrement adaptée au contexte périnatal*. s.l. : European Psychiatry, Novembre 2013. Vol 28, n°8S, p.56.

99. Knauer D, Cramer B. *Les thérapies conjointes mères ou parents/bébés : évaluations, évolutions et processus cliniques*. s.l. : Psychothérapies, 2006. 26 (2) : 97-102.
100. Palacio Espasa F, Knauer D. *La psychothérapie psychodynamique brève avec la mère, le père et le bébé : aspects cliniques et techniques*. s.l. : Devenir, 2006. 18 (1) : 5-22.
101. Moralès-Huet M, Babouam C, Guedeney N. *Psychothérapies précoces parents-bébé*. Paris : Psychiatrie, Septembre 2003.
102. Martin T, Dayan J, Dutordoit A. *Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France*. Caen : Annales médico-psychologiques, Septembre 2003.
103. Chardeau P, Lafont V. *Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale*. Montesson : Psychiatrie.
104. Wirz-Justice A, Cajochen C. *Rythmes circadiens et dépression : possibilités de traitements chronobiologiques*. Suisse : s.n.
105. T, Trémine. *Dépression et rythmes circadiens*. s.l. : L'information psychiatrique, Octobre 2006.
106. Santé, Haute Autorité de. *Dépression de l'adulte épisode isolé pris en charge par le psychiatre en ambulatoire*. *Haute Autorité de Santé*. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272453/fr/depression-de-l-adulte-episode-isole-pris-en-charge-par-le-psychiatre-en-ambulatoire.
107. *Dépression*. *Inserm*. [En ligne] <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>.
108. *Vidal*. s.l. : Dictionnaire médical, 2015.
109. ANSM. *ANSM*. [En ligne] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4541761eb43e6042b30470ef558862b4.pdf.
110. Santé, Haute Autorité de. *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*. *Haute Autorité de Santé*. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_608233/fr/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire.
111. C Bascoul, L Franchitto, O Parant, JP Raynaud. *Psychotropes pendant la grossesse et l'allaitement ; mise au point pratique*. Toulouse : Presse Médicale, 2014.
112. pharmaciens, Ordre des. *Le métier du pharmacien*. *Ordre Pharmacien*. [En ligne] <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Pharmacie/Pharmacien-titulaire-d-officine>.
113. Santé, Agence Régional de. *Pharmacien d'officine*. *Agence Régional de Santé*. [En ligne] http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/406_Sect_pharma_bio_medicale/40602_Pharma_officine/4060207_Theses/These_Pharmacies_C_FEBRE_2012.pdf.
114. M, Dupuy. *Les nouvelles missions du pharmacien d'officine apportées par la loi Hopital-Pateint-Santé-Territoire illustrées par l'entretien pharmaceutique des patients insuffisants respiratoires*. Pontoise : s.n., Mars 2014.
115. d'officine, Groupe de travail pharmaciens. *Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins*. Juillet 2009.

116. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Loi HPST. *Santé Gouv*. [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>.
117. publique, Code de la santé. Code de la santé publique . *legifrance* . [En ligne] <http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>.
118. Santé, Haute Autorité de. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses . *has-sante*. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuse_s_rapport.pdf.
119. —. Allaitement maternel. *has-sante*. [En ligne] Mai 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf.
120. Inserm. Nutrition et Santé. *inserm*. [En ligne] <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/nutrition-et-sante>.
121. INPES. Nutrition-Guides alimentaires. *INPES*. [En ligne] http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/nutrition/nutrition_guides_alimentaires.asp.
122. Tordeurs D, Janne P, Appart A, Zdanowicz N, Reynaert C. *Efficacité de l'exercice physique en psychiatrie : une voie thérapeutique ?* Yvoir-Belgique : L'encéphale, Octobre 2011.
123. Gaspar de Matos M, Calmeiro L, Da fonseca D. *Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression* . Marseille : La Presse Médicale , Mai 2009.
124. Knauer D, Cramer B. *Les thérapies brèves conjointes mères ou parents::*.
125. Santé, Haute Autorité de. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : guide méthodologique . [En ligne] Juin 2007. www.has-sante.fr .
126. —. Recommandations, Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation . *HAS-sante* . [En ligne] juin 2007. www.has-sante.fr .
127. —. Recommandations, Education thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? . *has-sante*. [En ligne] Juin 2007. www.has-sante.fr .
128. —. Recommandations, Education thérapeutique du patient : comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ? [En ligne] Juin 2007. www.has-sante.fr .

RESUME en français :

Le post partum est une période particulière au cours de laquelle, la mère fait l'objet de nombreux remaniements pouvant entraîner la survenue de troubles psychiatriques. Parmi eux, se trouve la dépression post partum qui fait partie des complications courantes faisant suite à l'accouchement.

Son incidence et ses conséquences en font un réel problème de santé publique, amenant les professionnels de santé à se pencher sur le sujet. Ces dernières décennies ont fait l'objet de nombreuses avancées en termes de dépistage, diagnostic et prise en charge. Concernant cette dernière, plusieurs alternatives sont possibles afin de favoriser une prise en charge globale de la patiente. Pour cela, le pharmacien d'officine, acteur de santé, peut, grâce à ses contacts répétés, informer, orienter et éduquer les jeunes mères déprimées.

RESUME en anglais :

The "post-partum" means an important period in a woman life time. During this period she is subject to intern alterations leading to psychiatric disorders. One of them is the post-partum depression which is common complications following the childbirth.

The implications and consequences caused make this period a real public health trouble and health professionals are now focused on this subject. Thanks to many studies for years we are able to detect, diagnose and treat. We offer many possibilities to fully treat the patient and the pharmacist is ready to inform, guide and educate through its expertise.

DISCIPLINE administrative : Pharmacie, Psychiatrie

MOTS-CLES : Dépression post-partum, Sémiologie, Facteurs de risque, Conséquences, Dépistage, Diagnostic, Puerpéralité, Prise en charge, Rôle du pharmacien

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Toulouse III
35, rue des Maraichers
31062 TOULOUSE CEDEX

Directeurs de thèse : Mme FRANCHITTO Ludivine et Mme SALLERIN Brigitte