

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ
DEPARTEMENT DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES

ANNÉE : 2024

THESE 2024/TOU3/2064

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

BOULANGER CLAIRE

**DÉPRESSION DU POST PARTUM : RÔLE DU PHARMACIEN
D'OFFICINE**

le 8 octobre 2024

Directeur de thèse : SALLERIN, Brigitte

JURY

Président : ROUCH, Laure
1er assesseur : COMBES, Claire

**PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques
de la Faculté de santé
au 08 mars 2023**

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COSTE A.	Parasitologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie
Mme DERA EVE C.	Chimie Thérapeutique
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
Mme WHITE-KONING M.	Mathématiques

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme ECHINARD-DOUIN V. (*)	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
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. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELENDT M.	Pharmacognosie

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

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme DINTILHAC A.	Droit Pharmaceutique
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
Mme RIGOLOT L.	Biologie Cellulaire, Immunologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme HAMZA Eya	Biochimie
Mme MALLI Sophia	Pharmacie Galénique
M. TABTI Redouane	Chimie Thérapeutique

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à tous les professeurs et intervenants qui m'ont aidé et guidé dans la rédaction de ma thèse.

Au membre du jury,

Madame Brigitte SALLERIN, directrice de cette thèse, je vous remercie chaleureusement de m'avoir encadré. Merci pour vos conseils, votre enseignement et votre disponibilité.

Je remercie également madame Laure ROUCH, en sa qualité de présidente du jury, de m'avoir accordé son temps et son attention pour mon travail.

Merci Claire COMBES, pharmacienne d'officine, de ta présence et de ton soutien. Je voulais clôturer ce chapitre à tes côtés.

A ma famille,

Merci à mes parents, de m'accompagner, de me soutenir dans tous mes projets, merci pour votre amour inconditionnel.

Merci à ma sœur préférée, en espérant que le sujet de ma thèse ne te fasse pas trop peur. Mais la super tata que je suis t'aidera.

Merci à mon chéri, de m'épauler au quotidien et de partager avec moi nos beaux projets.

Merci à mes grand-parents de me soutenir et de toujours vous préoccuper de mon bonheur.

A mes amis,

A mes amis de la fac, Louise, Amélie, Julia, Charlotte. Ces études m'ont permis de rencontrer les belles personnes que vous êtes.

Merci Maeva, Céline et JV, d'être présents depuis toutes ces années et d'avoir partagé avec moi tous ces bons souvenirs.

A Nat, ma dernière belle rencontre, qui me fait faire des cas cliniques toutes les semaines avec ses questions.

A mes anciens collègues,

Merci à toute l'ancienne équipe du PDD de m'avoir appris tant de conseils pendant mes études. Merci à la nouvelle équipe, d'avoir partagé avec moi ma dernière année.

Merci à Julie pour m'avoir accordé votre confiance dans le début de ma carrière en tant que pharmacienne. Merci à Patricia pour ta gentillesse, ta bonne humeur et ton soutien.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	5
Introduction	9
PARTIE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE	10
I - Définitions	10
a - le baby blues.....	10
b - la dépression post-partum.....	11
c - la psychose post-partum.....	12
d - les troubles anxieux.....	13
e - l'état de stress post-traumatique post-partum (ESPT post-partum).....	13
II - Epidémiologie	14
III - Physiopathologie	15
IV - Symptomatologie	20
V - Facteurs environnementaux et génétiques influents	21
a - facteurs de risque.....	21
b - facteurs protecteurs & allaitement.....	24
VI - Conséquences	25
a - évolution et conséquences pour la mère.....	25
b- impact sur le développement de l'enfant.....	26
c - rôle du père et dépression post-partum paternel.....	28
VII - Prise en charge	30
a - la prévention.....	30
b - le dépistage.....	30
c - le diagnostic.....	32
d - traitement.....	35
1 - mesures d'hygiène de vie.....	37
2 - psychothérapie.....	38
(1) psychothérapie de soutien.....	39
(2) thérapie cognitivo-comportementale.....	39
(3) thérapie interpersonnelle.....	40
(4) activation comportementale.....	41
(5) thérapie d'inspiration psychanalytique.....	41
(6) thérapie psychodynamique.....	43
(7) guidance interactive.....	43
(8) thérapie électroconvulsive.....	44
3 - traitements médicamenteux.....	44
(1) allaitement.....	46
(2) modalité de prise.....	47
(3) instauration.....	47
(4) effets indésirables.....	48
(5) arrêt.....	48
(6) nouvelles pistes de traitement.....	49
4 - unités de soins mère-bébé.....	50

5 - interventions psychosociales.....	50
(1) soutien social.....	50
(2) associations / programmes de formation parentale.....	51
(3) les 1000 premiers jours.....	52
VIII - La place du pharmacien d'officine.....	53
PARTIE II : ENQUETE.....	59
a - objectifs.....	59
b- méthodes.....	59
1 - déroulement de l'étude en pratique.....	59
2 - élaboration du questionnaire.....	59
c - résultats.....	61
d - discussion.....	65
Conclusion.....	71
Annexes.....	72
Bibliographie.....	75

Introduction

La dépression post-partum représente un problème de santé publique majeur de par sa fréquence, son sous-diagnostic (50 % de ces femmes ne sont pas diagnostiquées) et les risques graves encourus par la mère et le nouveau-né.

La grossesse et l'accouchement entraînent des changements physiologiques hormonaux, psychologiques et sociaux considérés comme un stress majeur pour la mère. On a pu parler d'état de "transparence psychique" [1]. Ces changements sont source d'émotions fortes parfois contradictoires conduisant parfois à une dépression qui peut éclipser la joie accompagnant l'arrivée du nouveau-né. De plus, la perception par la société de cette pathologie psychique est plutôt négative : une certaine pression sociale en émane. Les mères culpabilisent de ressentir cette tristesse, ont du mal à en parler voire occultent leurs symptômes.

Face à cette situation, il est primordial d'ouvrir le dialogue, que l'on fasse partie de l'entourage de ces femmes ou que l'on soit professionnel de santé. Le dépistage et le diagnostic se sont démocratisés ces dernières années et il faut continuer dans ce sens. La naissance est un bouleversement pour les parents : il s'agit d'une phase de transition entre le statut d'adulte et le statut de parent avec les responsabilités qui en découlent. Ils doivent donc être accompagnés tout au long de ce processus complexe. L'absence de prise en charge a des conséquences sur la mère, sur la relation mère/enfant et sur le développement du nouveau-né.

Le pharmacien a un rôle central dans la prise en charge personnalisée du patient car c'est une profession qui permet une certaine proximité avec le patient. Grâce à des outils mis à notre disposition et à la disposition de la patiente, le dépistage et le diagnostic peuvent être facilités permettant ensuite une prise en charge adaptée.

La première partie de ce travail définit la dépression post-partum par rapport aux autres pathologies du post-partum. Nous allons successivement aborder l'épidémiologie, la physiopathologie, la symptomatologie, les facteurs environnementaux influents, les conséquences. Nous nous intéresserons aux différentes stratégies thérapeutiques mises en œuvre, de la prévention au traitement, ainsi que la place du pharmacien d'officine dans cette prise en charge.

La deuxième partie s'intéressera à l'analyse d'un questionnaire proposé aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie, concernant leur rôle dans la prise en charge du patient dépressif à l'officine et ses connaissances sur cette pathologie. À partir des résultats, une discussion permettra de commenter l'étude et de proposer des axes d'amélioration.

PARTIE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I - Définitions

La dépression périnatale tend à nous questionner sur le concept même de la dépression et sur la spécificité de la période. Selon la définition de l’OMS, la dépression est un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse persistante et un manque d’intérêt ou de plaisir [2]. On peut parler de perte de “l’élan vital”, une rupture avec l’état antérieur présumé sain [3]. La frontière entre un état de tristesse considéré comme normal et un état dépressif étant arbitraire, le diagnostic se base sur un certain nombre de critères sémiologiques cliniques.

La période périnatale est considérée comme un moment merveilleux pour les parents mais cette image peut parfois être ternie par les complications de la grossesse, de la naissance et des mois suivants l’accouchement car il s’agit d’une période de vulnérabilité psychique. Ces troubles peuvent être envisagés pour certains comme un état réactionnel à l’événement de la grossesse ou de la naissance. D’autres sont définis comme dépressions endogènes car non déclenchées par un stress significatif mais par le ralentissement psychomoteur, les troubles alimentaires, du sommeil etc [3].

On compte les complications psychiques suivantes : le baby blues (qui touche environ 50% des femmes), les troubles psychotiques du post-partum (2%), la dépression post-partum aussi appelée dépression postnatale (entre 10 et 17% selon les études et les populations) et l’état de stress post-traumatique (1%). Ils ont un impact significatif sur le bien-être d’une mère et sa capacité à prendre soin de son nouveau-né. Il est important de les distinguer car ils se caractérisent par leurs symptomatologies, leur moment d’apparition, et leur durée. Comprendre ces aspects de ces troubles est crucial pour les professionnels de la santé et les réseaux de soutien afin de fournir des soins et une aide appropriés aux femmes souffrantes. En examinant les symptômes courants et la chronologie de ces troubles, nous pouvons mieux comprendre les facteurs de risque potentiels, les stratégies de prévention et les options de traitement.

a - le baby blues

La complication la plus courante de l’accouchement est le baby blues, également connu sous le nom de blues post-partum. Il s’agit de la complication bénigne du post partum la plus légère, et est transitoire : elle commence à partir du troisième jour et ne dure qu’une quinzaine de jours maximum.

La symptomatologie repose sur de l'agitation, de l'anxiété, de l'irritabilité, des épisodes de pleurs sans raison, le sentiment de ne pas faire face à la situation, de découragement face à ses responsabilités tout en restant attentive aux besoins de son enfant. La jeune mère présente une labilité émotionnelle [4]. Le pic des symptômes coïncide avec les changements hormonaux (baisse de la progestérone, de l'estradiol, du cortisol et augmentation de la prolactine) mais d'autres pistes de physiopathologie sont aussi étudiées.

Le diagnostic repose sur des entretiens standardisés, des questionnaires et des échelles d'évaluation de l'humeur. Commençant au 3ème jour, la jeune mère peut être à la maternité lorsqu'apparaît les symptômes. Un psychiatre ou un pédopsychiatre doit s'entretenir avec la patiente avant son départ de la maternité, d'autant plus si celle ci présente des facteurs de risque tels que des antécédents personnels ou familiaux de trouble de l'humeur, un milieu psychosocial défavorable, des facteurs de risque obstétricaux. L'échelle d'évaluation du blues maternel Suryani (MSB) est une des plus récentes échelles de diagnostic [5]. Elle contient 24 items évalués pendant la période ante-partum qui pourrait prédire le blues post-partum. Cette échelle se base sur les principes d'attachement de liaison.

La prise en charge passe par l'écoute, la réassurance et le réconfort de la mère mais ne nécessite pas de traitement. Il est important de dédramatiser la situation pour éviter un sentiment de culpabilité chez la mère.

Le blues du post-partum ne constitue pas un trouble psychiatrique mais est considéré comme un trouble transitoire de l'adaptation et d'une réaction émotionnelle normale. L'existence d'un baby blues est faiblement prédictive d'une dépression post-partum [6].

b - la dépression post-partum

La persistance des symptômes dans le temps est un signe de transition vers la dépression post-partum. Elle se définit par de l'anxiété, de l'agitation comme pour le baby blues mais s'en distingue par le fait que les pleurs sont réguliers, la tristesse a des répercussions sur l'état général de la mère : une labilité émotionnelle, une asthénie importante, des pleurs réguliers, des troubles du sommeil et du comportement alimentaire, un manque de libido, voir un désintéressement aux soins et au développement de son nouveau-né. Les symptômes sont donc plus lourds et surtout peuvent perdurer dans le temps. Elle survient de 4 semaines après l'accouchement à un an après.

L'humeur maternelle doit être évaluée en continu pendant les premières 24 à 48 heures après l'accouchement. La dépression post partum a été classée comme un

sous-type de trouble dépressif majeur avec apparition post partum dans le DSM-IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'APA) puis comme trouble dépressif majeur avec apparition périnatale dans le DSM-IV [7]. Nous reviendrons plus en détail sur cette pathologie.

c - la psychose post-partum

La psychose post-partum est un trouble psychiatrique grave caractérisé par des états délirants aigus associés à des états confusionnels et des troubles de l'humeur. Elle est fréquente entre la première et la sixième semaine.

Bien que le mécanisme par lequel il se produit reste incertain, son déclencheur semble provenir des manifestations et de la vulnérabilité marquée du trouble bipolaire. Cependant, les schémas de symptômes chez la femme atteinte de psychose post-partum diffèrent de ceux non liés à la procréation. Ses manifestations sont brutales, commençant par un état d'euphorie, d'hyperactivité et de pensée désorganisée comprenant des délires de culpabilité, de persécution, un état confusionnel, des hallucinations auditives, un discours décousu, suivi d'une alternance de phases maniaques et dépressives dans les trois semaines suivant l'accouchement. Le pic de fréquence de l'épisode psychotique bref est le dixième jour.

Dans les cas les plus graves, cela peut conduire au suicide ou à l'infanticide, nécessitant une hospitalisation, un traitement avec des médicaments psychiatriques et parfois la séparation de l'enfant de sa mère. Il s'agit donc d'une urgence médicale. Les mères doivent informer leur médecin en cas de sédation excessive, des difficultés d'alimentation et une incapacité à prendre du poids chez leurs nourrissons. L'alimentation au biberon peut être un choix prudent à envisager, car les effets secondaires d'autres médicaments psychotropes administrés à une mère qui allaite ne sont pas bien connus.

Ces risques sont accrus par la consommation de substances, de tabac et de comportement à risque pouvant conduire à la violence, l'exposition aux IST, la victimisation, une mauvaise alimentation, le non respect des soins médicaux, etc.

Le risque de récurrence lors de la prochaine grossesse et le risque de développer une maladie mentale comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire ne peuvent être ignorés. Par conséquent, l'identification et l'orientation précoces sont essentielles dans la prise en charge [8]. Le mood disorder questionnaire est un outil de dépistage des troubles bipolaires [9].

d - les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont un autre type de trouble périnatal. Ils peuvent être isolés ou associés à d'autres entités cliniques du post-partum. En effet, l'association de l'anxiété à la dépression n'est pas rare et fait état de comorbidité. Il s'agit d'anxiété généralisée, de troubles obsessionnels compulsifs, de crises de panique ou d'anxiété sociale. Par exemple, les phobies d'impulsion sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé, qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées. L'obstétricien doit être vigilant aux symptômes car ils ont un effet délétère sur le développement du fœtus puis du nouveau-né et complique la parentalité précoce [8]. Une étude a mis en évidence que 83,2% des femmes atteintes de troubles dépressifs souffraient également de troubles anxieux généralisés associés [10]. Le traitement de la dépression conduit généralement à la disparition ou du moins à la réduction des troubles anxieux.

Les autres comorbidités de la dépression sont les troubles du comportement alimentaires et l'usage ou l'abus de toxiques.

e - l'état de stress post-traumatique post-partum (ESPT post-partum)

Les femmes peuvent également souffrir d'ESPT post-partum lié à l'accouchement. Cela concerne les mortinaissances, les accouchements prématurés avec complication mais également les nouveaux nés en bonne santé [11]. Des antécédents d'agression sexuelle rendent le sujet plus susceptible de développer des troubles anxieux ou l'apparition d'ESPT et une composante personnelle et environnementale rentre en compte. Les incidents obstétricaux comme les

avortements spontanés, les états hémorragiques sévères, le travail douloureux, l'indication à la césarienne sont propices à l'apparition de l'ESPT.

Il est caractérisé par des cauchemars, des flashbacks et une hyperexcitation autonome [12] : il s'agit de reviviscences mnésiques du traumatisme. Les symptômes peuvent persister pendant quelques semaines ou mois, et peuvent même réapparaître vers la fin de la prochaine grossesse. Le ESPT post-partum peut également entraîner une tocophobie, une peur de l'accouchement.

Le diagnostic peut se faire via différents outils : l'IES-R (impact of event scale - revised, mesure auto rapportée de la réponse à un événement traumatique qui mesure 14 des 17 symptômes de l'ESPT décrit dans le DSM-IV), le CRIES (children's revised impact of event scale, destiné aux enfants), le CAPS-5 (clinician administered PTSD scale for DSM-5, mesure la fréquence et l'intensité des symptômes) [13].

II - Epidémiologie

Une méta-analyse répertoriant 565 études provenant de 80 pays a permis de faire l'état des lieux de la prévalence de la dépression post-partum dans le monde [14]. Elle a été observée chez 17,22% des femmes avec un intervalle de confiance à 95% de 16,00 - 18,51, soit près d'une femme sur cinq. L'hétérogénéité des résultats étant dû à la taille de l'étude, le développement du pays et les inégalités de revenu du pays. La prévalence la plus élevée en Afrique australe s'élève à 39,96%.

Il est intéressant de noter que les estimations dérivent souvent de méta-analyse étant effectuée dans des pays développés (autour des 13% de prévalence contre 19% pour les pays à revenu faible ou intermédiaire) et donc inférieur à la prévalence mondiale [15]. Les traditions culturelles peuvent jouer un rôle dans cette disparité. Le taux est également corrélé à l'état matrimonial, au niveau d'éducation, au soutien social, du conjoint, à l'âge gestationnel, au plan de grossesse, à la situation financière du couple, aux conditions de vie, au tabac et alcool, à la mortalité infantile et aux complications liées à l'accouchement. On peut cependant remarquer qu'aucune différence significative n'a été notée concernant le sexe du nourrisson et la préférence sexuelle [14].

Cette étude a ses forces et ses limites à considérer : il s'agit de la plus grande étude populationnelle mais certaines zones géographiques manquent de données et étant une étude transversale, un biais de rappel est à noter ainsi qu'un biais de déclaration (le recensement est fait via des auto-déclarations des participants).

En général, la prévalence de la dépression post-partum est estimée autour des 10 à 15%.

Le suicide représente environ 20% des décès post-partum. A noter cependant que le taux de décès et de tentative de suicide est plus faible en périnatal que dans la population générale féminine [16]. Le risque de suicide est difficile à évaluer. Une tentative de suicide ultérieure est le facteur de risque le plus important mais d'autres facteurs sont à prendre en compte pour évaluer la gravité, tels qu'un plan précis de suicide ou d'autres éléments faisant craindre un passage à l'acte.

Une revue systématique [17] a recensé les résultats suivants en France : une prévalence de 8% dans les années 2000 qui a augmenté à 10% dans les années 2010. En 2015, dans le cadre de l'étude Elfe, 12,5 % des femmes enceintes ont déclaré une détresse psychologique anténatale [18]. En 2021, une enquête nationale périnatale a présenté les prévalences de la dépression post-partum, de l'anxiété à deux mois du post-partum selon les régions de France [19]. La prévalence nationale était de 16,7% avec un intervalle de confiance à 95% de 15,7 - 17,7. On observe une disparité régionale avec une prévalence supérieure dans les régions d'Ile-de-France, Centre-Val de Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'offre de soin doit donc être adaptée aux besoins géographiques.

Il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'une pathologie sous diagnostiquée et que les études ont tendance à sous-estimer les données, à ne tenir compte que des cas de dépression sévère, nécessitant une hospitalisation et étant traités par antidépresseurs.

III - Physiopathologie

La dépression post-partum a une physiopathologie complexe impliquant divers facteurs. Un aspect clé est les changements hormonaux et les déséquilibres qui se produisent pendant la période post-partum qui contribuent au développement de symptômes dépressifs. L'humeur étant régulée par l'activité cérébrale, un dysfonctionnement des neurotransmetteurs ou des systèmes neuroendocriniens pourraient être la cause d'une dépression. Nous allons passer en revue les

molécules et gènes candidats étudiés potentiellement impliqués dans la dépression post-partum.

La recherche suggère que la chute soudaine des niveaux d'hormones, y compris les œstrogènes, la progestérone et les hormones thyroïdiennes pendant la grossesse et après l'accouchement, ont un effet important sur l'humeur et peuvent contribuer au développement de la dépression post-partum. Les études sur l'association entre les niveaux d'hormones de reproduction et la dépression postpartum ont montré des résultats mitigés.

La corrélation avec les concentrations absolues **d'œstrogènes** et de **progestérone** n'a pas été démontrée dans des études transversales contrairement aux études faites sur l'estradiol et la progestérone lors d'études animales. Cette variabilité peut s'expliquer par les critères diagnostiques qui regroupent des symptômes très différents : les femmes peuvent donc déclarer l'épisode dépressif dans des conditions hormonales très différentes expliquant la difficulté d'identifier les facteurs biologiques et hormonaux impliqués. On doit également garder à l'esprit que la maladie ne se cantonne pas à un simple dérèglement biologique mais est un épisode thymique influencé par un environnement social et psychologique dans un contexte d'un état biologique [20]. L'association temporelle entre les changements hormonaux importants de l'accouchement et la survenue de la dépression pousse les recherches dans ce sens. Ces hormones influencent les émotions, l'excitation et régulent les systèmes biologiques impliqués dans la dépression. On pense que les œstrogènes influencent les symptômes affectifs, tandis que la dopamine et la sérotonine sont impliquées dans les symptômes psychotiques.

Dans des études de pseudo-grossesse conçues pour limiter les fluctuations hormonales de la période péri partum avec l'administration exogène d'estradiol, le retrait de cette hormone a augmenté les comportements dépressifs [21]. L'œstrogène est lié à l'incidence de la dépression post-partum [22]. L'œstrogène contribue à la génération de nouveaux neurones dans le cerveau, et il module la fonction des récepteurs de la sérotonine et la transcription des neurotransmetteurs nerveux. Les fluctuations des niveaux d'œstrogènes ou l'absence d'œstrogènes sont liées à la dépression, et les œstrogènes affectent les neurotransmetteurs de l'hypothalamus pour réguler le sommeil et la température. Dans une étude menée en Israël, la prévalence de la dépression post-partum a été enregistrée à 6,8 %, ce qui est similaire au taux de prévalence de la dépression post-partum dans la recherche actuelle (12 %) [23].

Le gène du récepteur alpha des œstrogènes médie les changements hormonaux et un polymorphisme de ce gène a été associé à la dépression post-partum mais les résultats n'ont pas été significatifs [20]. Cependant, une étude a mis en évidence un

enrichissement significatif des transcrits du gène ESR1 provoquant une sensibilité accrue aux œstrogènes chez les femmes présentant une susceptibilité de développer une dépression post-partum sachant que le taux plasmatique d'œstrogène n'étaient pas significativement différents [24].

Les facteurs épigénétiques sont des modifications de l'expression des gènes liés à la structure de la chromatine, tels que des méthylations ou des modifications des histones, affectent la transcription des gènes. Ces modifications sont initiées par l'environnement. Une étude, utilisant la conception translationnelle inter-espèces et des puces à méthylation, a identifié des profils de méthylation de l'ADN médié par les œstrogènes [25]. La reprogrammation de la méthylation sur des souris en réponse à un traitement au long court avec du 17βestradiol (E2) a permis de mettre en évidence que la méthylation de l'ADN était significativement corrélée au changement épigénétique médié par E2 au niveau de deux gènes : la protéine 1 de l'hétérochromatine, la protéine de liaison 3 (HP1BP3) et le domaine de répétition du tétricopeptide 9B (TTC9B). Ces gènes sont liés à la plasticité synaptique et à la signalisation des œstrogènes. La méthylation de l'ADN liée à la plasticité synaptique de l'hippocampe peut donc être une étiologie de la dépression post-partum.

Une étude des changements épigénétiques sous-jacents du gène OXTR associés à la dépression post-partum a révélé une interaction entre le génotype et la méthylation de l'ADN chez les femmes souffrant de dépression post-partum notamment s'ils sont associés à des événements de vie indésirables antérieurs a été observée comme étant associée à la dépression post-partum [26]. Il existait également une corrélation inverse entre les taux sériques d'estradiol et la méthylation de l'ADN du gène OXTR, en particulier chez les patientes souffrant de dépression post-partum, ainsi que des interactions entre l'estradiol, la méthylation de l'ADN OXTR et le rapport entre l'allogestrel et le rôle de la progestérone. Ces données mettent en évidence l'interrelation entre les modifications épigénétiques et neuroendocrines associées à la dépression post-partum, où les modifications de la méthylation de l'ADN du gène OXTR sont corrélées aux taux sériques d'estradiol et aux allogènes inversement corrélés au rapport de progestérone.

L'association du gène HMNC1 (Hermicentin 1) et la dépression post partum n'a pas été démontré de façon significative mais des études animales ont montré que son expression au niveau de l'hippocampe est altérée avec la chute des taux d'œstrogènes et contiennent des sites de liaison aux œstrogènes [27].

Des études se sont penchées sur les niveaux de **progestérone** et son rôle dans la dépression post-partum mais les résultats sont mitigés. Cette hormone serait liée à l'anxiété [28].

Concernant les **neurostéroïdes**, l'allopregnanolone a été proposé comme biomarqueur potentiel. Il s'agit du métabolite de la progestérone. Son taux augmente pendant la grossesse et chute en post-partum, d'autant plus que son taux diminue lors de dépression et augmente après un traitement avec antidépresseur. Selon les modèles animaux, un retrait simultané de progestérone et de l'estradiol provoquerait un sentiment d'impuissance et d'anxiété. De plus, l'allopregnanolone module le récepteur GABA, qui médie l'anxiolyse, ainsi que l'axe HPA, la neuroprotection, le système limbique. L'interaction complexe des hormones qui a été étudiée pour comprendre les réels mécanismes impliqués dans la dépression post-partum [29]. Une fois de plus, cette piste a été démontée par d'autres études sachant que le moment de la mesure du taux circulant d'allopregnanolone peut influencer sur son résultat [30]. Il est donc difficile de comparer ces études.

L'association entre le dysfonctionnement **thyroïdien** et la dépression post-partum n'a pas été définitivement établie [31]. Cependant, un test d'anticorps anti-thyroïdase peroxydase positif à 32 semaines de grossesse multiplie par deux à trois le risque de dépression post-partum [31]. Cela suggère que le dysfonctionnement thyroïdien pourrait être un facteur contribuant à la dépression post-partum chez un certain groupe de femmes.

Les neurotransmetteurs font partie des hypothèses les plus étudiées. Pour rappel, ils sont synthétisés à partir d'acides aminés dans le neurone présynaptique et stockés dans des vésicules. Lors de l'arrivée d'un potentiel d'action, les neurotransmetteurs vont être libérés dans la fente synaptique. Ils peuvent ensuite se lier aux récepteurs postsynaptique pour poursuivre la transmission neuronale; se lier à des autorécepteurs présynaptique pour exercer un rétrocontrôle négatif; se lier à des transporteurs présynaptique; être métabolisé par une monoamine oxydase (MAO).

Les polymorphismes du gène transporteur de la **sérotonine** 5-HTT est l'un des mieux étudiés. Un polymorphisme sur l'allèle en cause, le S 5-HTTLPR dans la région promotrice du gène transporteur de la sérotonine (SLC6A4) sur le chromosome 17 entraîne une modification de la recapture de la sérotonine. La version courte du gène serait donc liée à une réduction d'expression du transporteur et de l'absorption de la sérotonine [32]. Cela prédit un épisode dépressif en début du post-partum chez les patientes à risque (notamment avec des antécédents personnels de dépression post-partum ou victime d'abus [33]). En effet, cet allèle augmenterait les effets environnementaux, les facteurs de stress, l'insatisfaction envers le partenaire entre autres [34]. Il y aurait aussi un lien entre la biodisponibilité du tryptophane et la sérotonine. Le tryptophane hydroxylase 2 catalyse la première étape limitante de la synthèse de la sérotonine. Fait intéressant, le groupe d'allèles situé dans la région promotrice du gène TPH₂ (spécifique du cerveau et des neurones) a montré des résultats significatifs d'association à une dépression pendant la grossesse et 6 à 8

mois après avec un faible taux de dépression dans les premiers jours après l'accouchement tandis que les polymorphismes de la région de l'intron 8 n'était associé qu'à des troubles dépressifs pendant la grossesse. Un modèle animalier a mis en évidence l'inhibition des récepteurs des glucocorticoïdes dans le noyau sérotoninergique du raphé dorsal sur l'expression du gène TPH2 [35].

On peut également citer le polymorphisme du gène de la **MAOA**, enzyme impliquée dans la désamination oxydative des amines de la sérotonine entre autres. On note un score EPDS important à la 36ème semaine de grossesse et à 6 semaines après l'accouchement chez les femmes présentant des variantes à faibles activités de MAOA et de COMT [36].

L'implication de **COM** (catéchol-O-méthyltransférase) qui dégrade les catécholamines, est controversée : une méta-analyse du polymorphisme COMT dans le trouble dépressif majeur n'a pas montré d'association significative. Le rôle du genre n'a pas été démontré mais des facteurs environnementaux associés à un polymorphisme de COM reste intéressant à explorer [37].

Un faible niveau de sérotonine entraîne une libération insuffisante de **prolactine** qui va avoir un impact sur les troubles de l'humeur périnatale, l'anxiété maternelle et la lactation [38]. Le comportement maternel est affecté en cas de déficit en prolactine car il s'agit d'un déclencheur du comportement maternel et facilite la synthèse de lait [39].

De plus, il a été proposé que **l'ocytocine**, qui stimule l'éjection du lait, joue un rôle dans la dépression post-partum [23]. L'ocytocine synthétique est régulièrement administrée aux femmes pendant le travail et l'accouchement pour déclencher ou augmenter le travail et prévenir les hémorragies post-partum [23]. Il est un régulateur clé du stress et de l'anxiété et est régulé par les hormones gonadiques et par les facteurs psychosociaux. Dans les études, les symptômes dépressifs ont été mesurés à l'aide de l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg et les taux d'ocytocine ont été mesurés dans le plasma [23]. Sur les douze études sur l'ocytocine endogène, huit ont révélé une relation inversement proportionnelle entre la dépression post-partum et les niveaux d'ocytocine. Leur niveau abaissé serait un élément prédictif de la maladie et de la gravité des symptômes chez les patientes avec antécédents de trouble dépressif majeur [40]. Cela permettrait d'apporter une preuve biologique sur le risque de survenue de la maladie et lutter contre la stigmatisation de cette maladie. D'autres études doivent être faites avec de grands échantillons pour confirmer cette piste.

Les **cytokines** et les inducteurs de cytokines sont connus pour provoquer des changements de comportement similaires aux symptômes de la dépression [31].

Les **régulateurs des lymphocytes T** chez les femmes déprimées peuvent présenter des changements avant même l'accouchement [31]. On pense que les hormones endocrines et le réseau de cytokines contribuent à la dépression post-partum. De même, un trouble psychoneuroimmunologique, causé par une réaction inflammatoire commotion pendant le travail et l'accouchement, peut être responsable de la dépression post-partum. Le mécanisme des changements dans les lymphocytes T qui résultent de la dépression est encore inconnu.

Le lien entre la mesure du taux de **corticotropine placentaire** (CRH) au milieu de grossesse et la dépression post-partum a été proposé [41]. Mais il a été contredit par une étude faite en Caroline du Nord avec un score EPDS (Edinburgh Postnatal échelle de dépression) [42]. Cette piste est encore à explorer.

De plus, il existe des preuves suggérant que la prédisposition génétique et les antécédents personnels et familiaux jouent un rôle dans le développement de la dépression post-partum. Cependant, le caractère génétique ne concerne que les épisodes dépressifs commençant dans les quatre premières semaines. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour bien comprendre l'interaction entre la prédisposition génétique et d'autres facteurs dans la physiopathologie de la dépression post-partum.

Il est important de reconnaître les défis de l'identification des biomarqueurs, tels que l'hétérogénéité de la population de patients, l'accès limité aux échantillons (limité aux facteurs circulants dans le sang) et le manque de contrôle sur les conditions expérimentales en clinique. La variabilité des résultats des études peut s'expliquer aussi par l'importance des facteurs environnementaux tels que le stress mais aussi la période d'apparition de la dépression : une étude de l'impact du polymorphisme d'un même gène à des périodes différentes va donner des résultats différents. Il faut donc garder à l'esprit que, jusqu'à présent, les études biologiques sont des repères mais n'ont pas de grandes conséquences thérapeutiques.

IV - Symptomatologie

La grossesse et la transition vers la maternité donnent naissance à des facteurs de stress psychologiques. Une femme doit s'adapter aux changements de son image corporelle, de ses relations avec son mari et les membres de sa famille, de ses responsabilités et de la manière dont elle est perçue par la société.

L'épisode dépressif caractérisé du post-partum sans caractéristique psychotique se définit par une humeur triste, avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle. Elle est associée à une forte culpabilité de se

sentir mal alors qu'elle vit un moment qui est censé être heureux, avec minimisation des symptômes, voire dissimulation à l'entourage.

Les plaintes physiques de type céphalées, douleurs abdominales sont parfois au premier plan.

L'anxiété importante s'exprime par des phobies d'impulsion, des craintes de faire du mal au bébé, et un évitement du contact qui aura des répercussions comportementales chez l'enfant. Il faut rechercher des signes d'hypomanie (témoignant de caractéristiques mixtes de l'épisode dépressif) qui sont fréquents lors de la période périnatale : tachypsychie, insomnie sans fatigue, hyperréactivité émotionnelle, etc.

Elles peuvent développer un comportement obsessionnel sur leur enfant avec un comportement de vérification compulsif et des pensées répétitives et intrusives liées à certaines survenues chez le nouveau-né. Elles sont souvent liées à des pensées de maltraitance du bébé ou à une peur de danger pour le bébé [43].

Il existe une autodépréciation de la mère avec un sentiment d'incapacité et un comportement désengagé vis-à-vis du nouveau-né.

Contrairement à une dépression ordinaire, la dépression du post-partum présente une aggravation de la symptomatologie le soir (vs une amélioration), des difficultés d'endormissement (vs des réveils précoces), une labilité émotionnelle (vs une constance de l'humeur), une anxiété fréquente, de rares idées suicidaires [13].

V - Facteurs environnementaux et génétiques influents

a - facteurs de risque

La dépression est d'origine biologique mais dépend aussi grandement de facteurs environnementaux, d'une vulnérabilité génétique. Cette étiologie multifactorielle regroupe des facteurs psychiatriques, démographiques, socio-économiques, gynéco-obstétricaux, la planification et le suivi de grossesse, l'exposition à certaines substances.

La recherche a exploré l'impact des antécédents de dépression ou de maladie psychiatrique sur la dépression post-partum. La grossesse et le post partum peuvent être l'occasion de décompensation d'un trouble de l'humeur ou d'une schizophrénie. On parle alors de dépression secondaire. Toute patiente souffrant d'un trouble psychiatrique chronique ayant un projet de grossesse doit être informée sur le risque de rechute de son trouble en période périnatale. Une méta-analyse de Beck [31] a trouvé des preuves solides qu'un antécédent de dépression est un prédicteur modéré de la dépression post-partum (DPP). En termes de conditions spécifiques, la dépression prénatale, en particulier, a été identifiée comme un puissant facteur

prédictif de PPD. Les résultats des études d'O'Hara et Swain, ainsi que de Pfof et al. ont reproduit les résultats de travaux antérieurs, renforçant encore la conclusion selon laquelle les antécédents de santé mentale sont un contributeur majeur à la PPD [44]. Concernant les épisodes thymiques à caractères psychotiques, on retrouve des symptômes confusionnels avec un risque de suicide et d'infanticide : il s'agit d'une psychose puerpérale.

Certaines pathologies neurologiques telles que la sclérose en plaque, l'épilepsie, les maladies vasculaires cérébrales vont altérer les bases de l'humeur et sont donc un facteur étiologique prédictif. L'impact de ces pathologies, les douleurs, le handicap, l'image corporelle ont aussi un impact indirect sur l'humeur.

Les facteurs de risque de dépression post-partum comprennent des facteurs démographiques tels que le sexe, l'âge, la précarité sociale, la carrière professionnelle : un niveau d'éducation élevé et une carrière élevée sont associés à un risque réduit de la dépression post-partum contrairement aux niveaux socio-économiques bas [45]. Il suffit de comparer les prévalences de dépression post-partum dans les différents pays pour se rendre compte que le développement du pays et les revenus du pays sont corrélés à un haut de dépression plus important [15].

L'isolement, l'état matrimonial et le faible soutien social [46, 47] et la violence conjugale [48], la perception d'une faible implication du partenaire sont associés à une augmentation des symptômes dépressifs. La violence conjugale augmente le risque de faire une dépression post-partum par deux [47]. Ces résultats indiquent l'importance d'une détection et d'une intervention précoce, qui peuvent toutes deux réduire la probabilité de résultats négatifs. Les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance [49] sont également à envisager comme critère prédisposant à une dépression post-partum. Les mauvaises relations avec la belle-famille sont aussi associées à la dépression post-partum [47].

Des facteurs de risque psychosociaux tels que la peur de faire du mal au bébé, un faible attachement au bébé, une faible estime de soi, une attitude négative envers la grossesse, une réticence quant au sexe du bébé, peuvent également augmenter la probabilité de dépression post-partum. Le fait que le bébé ait un comportement peu gratifiant complique l'attachement et le lien mère-nouveau-né. Le concept du nourrisson irritable fait écho à la dépression post-partum maternelle.

Les facteurs gynécologiques et obstétricaux comprennent l'âge (si la grossesse survient avant 20 ans ou après 35 ans), la primiparité. Une grossesse compliquée par une pathologie gravidique comme une hypertension gravidique ou un diabète gestationnel sont des facteurs à prendre en compte. Le mode d'accouchement est un facteur clé dans le déclenchement de symptômes du trouble de stress

post-traumatique. Les femmes qui subissent un accouchement traumatisant ont moins d'enfants ultérieurs et les ont plus espacés. L'accouchement instrumental, la césarienne et les complications liées à l'accouchement conduisant à une hospitalisation du nouveau-né [50], les complications obstétricales telles que l'accouchement prématuré, l'insuffisance pondérale à la naissance, et les naissances multiples sont des événements traumatisants et donc des facteurs de risque [47]. La technologie de procréation assistée ne semble pas être un facteur influençant significativement les symptômes dépressifs. Les femmes qui passent par un accouchement normal se préparent psychologiquement au travail (par exemple, en utilisant un plan de naissance), ont un contact peau à peau avec le nouveau-né et ressentent un sentiment de contrôle physique grâce à l'utilisation d'un analgésique péridural, sont moins susceptibles de subir un traumatisme de l'accouchement. Une étude de 2019 a étudié l'impact de la pression fundique, d'une déchirure périnéale du 3ème ou 4ème degré, d'un accouchement instrumental ou terminé par césarienne et a identifié ces facteurs comme des facteurs de risque [51]. Une autre variable pertinente est la méthode de contrôle de la douleur avec le rôle de l'analgésie rachidienne/péridurale.

Une étude de cohorte longitudinale de 2022 étudiant l'association de la grossesse non planifiée et des symptômes dépressifs périnataux a suivi des femmes tout au long de leur grossesse et jusqu'à 12 mois après l'accouchement. Il faut distinguer la grossesse inopportune, qui survient à un moment non souhaité, et la grossesse non désirée. Les études sont généralement basées sur le concept de grossesse non planifiée car le pourcentage de grossesse est plus important ce qui permet d'avoir une étude épidémiologique plus intéressante et représentative de la population globale. L'association entre grossesse non désirée et des symptômes dépressifs est à noter au cours des premières phases de la grossesse notamment puis s'estompent et en post-partum. A ce titre, il est intéressant de faire une étude longitudinale plutôt que d'utiliser des conceptions transversales. Pour ce type de grossesse, les femmes ont davantage de mal à s'impliquer, ont une tendance à avoir moins de visites prénatales, de moins bonnes habitudes de vie. La vigilance concernant la supplémentation en acide folique et en apport en vitamine en général est amoindrie. Tout cela suggère que ces femmes sont moins sujettes à prendre moins d'elles et de leur futur enfant [52].

Il faut informer la femme enceinte sur les risques de la prise de substance pendant la grossesse, du tabac et de l'alcool. Les femmes présentant ce trouble addictif peuvent être accompagnées par un addictologue et il est primordial en tant que professionnel de santé de lui souligner l'importance du sevrage. En effet, il est connu que l'exposition au tabac in utero est associée à des malformations congénitales telles que la réduction des membres, le gastroschisis et les fentes buccales, labiale ou palatine. La nicotine traverse le placenta, passe dans la circulation sanguine et se

lie aux récepteurs foetaux nicotiniques de l'acétylcholine situés dans le système nerveux central et périphériques. Elle serait également associée aux naissances prématurées, aux mortinaissances et aux morts subites du nourrisson [53]. Au-delà de la dangerosité pour le fœtus, des méta-analyses ont mis en évidence l'implication de la consommation de tabac dans la dépression post-partum [54]. La sixième édition de l'enquête nationale périnatale note une diminution du nombre de femme consommant des substances toxiques pendant la grossesse : 12,2% en 2021 contre 16,3% en 2016 pour la consommation de tabac au troisième trimestre et 1,1% contre 2,1% pour le cannabis [55]. La relation entre la consommation maternelle d'alcool et la dépression post-partum est quant à elle controversée. Une méta-analyse incluant plus de 50 000 participants a présenté des résultats avec un risque significatif pour les femmes consommant de l'alcool [56]. Des études ont également confirmé l'impact d'une mauvaise qualité de sommeil sur l'apparition de troubles dépressifs malgré les nombreux biais existants (hétérogénéité socio-économique, définition d'une qualité de sommeil jugée satisfaisante) [47]. Cette association serait justifiée par une mauvaise qualité de vie, un manque de bien-être, le stress engendré favorisant l'apparition de syndrome dépressif.

Il est connu que les troubles primaires de la thyroïde sont associés aux troubles de l'humeur et inversement mais les preuves disponibles ne sont pas concluantes.

L'anémie post-partum et l'hypercortisolémie pourraient être des facteurs de risque mais les études sont contradictoires et varient en fonction de l'hétérogénéité des échantillons des études [47]. Les études n'ont pas pu établir un lien clair entre les facteurs endocriniens et la dépression post-partum.

En outre, comprendre les facteurs de risque associés à la PPD peut aider les femmes et leurs familles à planifier la période post-partum et à prendre les mesures nécessaires pour prévenir le développement de la PPD.

b - facteurs protecteurs & allaitement

Une étude a montré que les soins peau à peau permettent de réduire de 1,04% les scores de dépressions chez les nourrissons prématurés et de faible poids à la naissance [47].

L'allaitement a un impact sur le moral des femmes et est associé à une fréquence moins élevée de dépression post-partum. Cependant, le niveau de preuve des études actuelles est insuffisant pour en faire un moyen de prévention [57]. Les causes du sevrage précoce (reprise du travail ou difficulté à l'allaitement due à des crevasses, engorgement, insuffisance de lait, échec de la lactation etc) ont peu d'effet sur l'estime de soi mais semble affecter la dépression post-partum [58]. Les résultats d'une étude ont conclu que les symptômes dépressifs antepartum sont négativement associés à l'allaitement exclusif, notamment entre 3 et 6 mois

post-partum, sachant que le lait maternel a un intérêt nutritionnel et immunitaire et permet d'avoir un moment privilégié avec l'enfant [59]. Il permet une relation privilégiée entre la mère et l'enfant, contribue à la mise en place d'un lien d'attachement à travers le peau-à-peau qui permet la libération d'hormones comme l'ocytocine et la prolactine qui contribue à la production de lait.

Des études ont montré que la pratique d'activité physique douce telle que les activités aquatiques pendant la grossesse serait bénéfique [60, 61] sachant en plus que la sédentarité et le surpoids sont liés à la dépression post-partum notamment dûe à la faible estime de soi liée à l'image corporelle.

Les habitudes alimentaires saines ont des effets protecteurs comme la supplémentation en vitamines dont la vitamine D, calcium, zinc, poisson, d'acides gras polyinsaturés, d'acide docosahexaénoïque (DHA) [47]. Mais des études supplémentaires sont nécessaires pour étudier les facteurs controversés.

La contraception en post-partum a fait l'objet d'études mais aucune association a été mise en évidence.

VI - Conséquences

a - évolution et conséquences pour la mère

L'évolution maternelle est souvent favorable malgré le risque assez faible de symptomatologie résiduelle parfois observé au-delà de la première année. 50% des mères déprimées présentant toujours des signes dépressifs à un an présentent un risque de chronicité ou de récurrence [62]. Le risque de récurrence au cours d'une nouvelle grossesse est important [63]. Pour les femmes n'ayant pas eu de dépression post-partum mais des antécédents de troubles dépressifs en dehors de la période de puerpéralité, le risque s'élève à 25-30% [64].

La dépression entraîne des anomalies chronobiologiques, c'est-à-dire des troubles du cycle veille-sommeil. Le pic physiologique de sécrétion de mélatonine vers trois heures du matin est supprimé et son taux est anormalement élevé en journée. Il est cependant difficile de dire s'il s'agit d'une conséquence de la dépression ou une cause, due à un déficit en monoamines [65].

Une prise en charge est nécessaire afin que l'épisode dépressif ne dure pas et que la mère puisse améliorer les interactions précoces avec son enfant le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions. Tout au long de la grossesse, la mère a imaginé son enfant, selon les traits familiaux et inconsciemment selon ses envies

d'enfant "à son image". Après l'accouchement, le bébé imaginé vient se confronter au bébé réel.

b- impact sur le développement de l'enfant

Le traitement de la dépression post-partum a un double enjeu : la prise en charge de la mère mais aussi de l'enfant. En effet, une absence de prise en charge de cette pathologie à un risque de répercussion sur le développement de l'enfant. Les effets sont complexes, discontinus dans le temps et indirects. L'enjeu est le bon développement physique et psychique de l'enfant. Un pédopsychiatre pourra évaluer l'enfant afin de prévenir certaines perturbations du développement psychomoteur. Les retentissements sur l'enfant dépendent principalement de la gravité de la dépression post-partum.

L'enfant doit apprendre à réguler ses émotions et son engagement vers l'extérieur. Il a besoin d'aide extérieure, et notamment de l'aide de sa mère pour apprendre à se réguler. Pour cela, il va lui envoyer des signaux comme un sourire ou des pleurs qui devront être bien interprétés. Les sollicitations sont mal supportées chez une mère dépressive et vécu comme une intrusion dans son repli dépressif. En fonction de la réponse de son interlocuteur, l'enfant apprend des stratégies qui lui permettront de ressentir qu'il est efficace dans l'interaction et établir un lien de confiance. Face à une mère dépressive, l'enfant va user de comportement d'autorégulation qui va diminuer son engagement vers l'extérieur en l'absence d'interactions adaptées et va donc s'orienter vers soi [66].

En premier lieu, il y a une altération du lien mère/enfant. Les psychanalystes se sont intéressés aux conséquences de la séparation mère-enfant notamment avec le syndrome des pouponnières ou hospitalisme qui entraînerait des carences affectives et des stimulations moindres [67]. Ils se sont ensuite penchés sur la théorie de l'attachement et sur le besoin de tisser des liens avec autrui.

La mère peut présenter des difficultés à s'occuper de son enfant, un sentiment de "mal faire" ou bien éprouver un désintérêt pour le nouveau-né qui a perturbé sa vie. Ce désengagement maternel provoque une diminution des interactions mère/enfant : le visage de la mère est fermé, l'intonation de voix est neutre, elle ne le stimule pas sur le plan verbal, ne le stimule pas avec des jeux. L'interaction comportementale entre une mère et son bébé se caractérise par trois sens : le toucher, la vue et l'ouïe. La dimension corporelle se définit par la manière dont la mère manipule, touche son bébé et comment il réagit à son contact avec un tonus corporel réactionnel. L'aspect visuel de l'interaction peut s'expliquer par la notion de miroir : la mère se voit en son enfant et inversement. L'enfant va adapter un comportement de mimétisme en apercevant sa mère sans avoir encore conscience de la signification des mimiques sur son propre visage. Il est connu que quand la mère sourit à son enfant et qu'il lui

rend son sourire, l'enfant ne le fait que par mimétisme, ce qui procure pourtant une grande joie chez les parents ce qui va permettre à l'enfant de comprendre le sens affectif de sa mimique. En cas de dépression, la mère va avoir un visage fermé donc l'enfant va se crispier. La stimulation vocale est aussi importante et passe par les paroles et la prosodie. La mimique peu expressive est corrélée à la raréfaction des échanges.

L'interaction mère-enfant peut être perturbée par un manque (enfant délaissé, comportement d'évitement) ou un excès de stimulation (hyper-sollicitation anxieuse, hyper-enthousiaste, comportement intrusif) ou un comportement interactif paradoxal de la mère. Elle ne fait pas la distinction entre les comportements appropriés de leur enfant et ceux qui ne le sont pas provoquant un comportement incompréhensible et incohérent dans son attitude parentale. Dans certains cas, la mère, agressive et irritable, peut avoir un comportement intrusif vis-à-vis de son enfant.

La mère déprimée a des difficultés à maintenir un engagement durable. En conséquence, l'enfant peut avoir des difficultés à développer des liens affectifs avec ses figures parentales et présenter des troubles cognitifs. Cela aura des répercussions pendant l'apprentissage, mais aussi plus tard sur sa vie d'adulte. La dépression inhibe le sentiment maternel, la mère étant moins apte à témoigner de l'amour à son enfant et de lui apporter un environnement sécurisé car elle doute de ses capacités. L'attachement a un rôle protecteur et de sociabilisation. Cette dualité est importante pour que l'enfant se développe dans de bonnes conditions [68]. L'enfant développe alors des réactions de protestation comme des pleurs puis adopte un comportement de retrait face aux stimuli inadaptés qu'il reçoit. Certains signes cliniques permettent de reconnaître un enfant perturbé. On peut noter par exemple la fuite du regard, une raréfaction des échanges affectifs, langagiers, des mimiques, un visage fermé et un corps affaissé. Il adopte ce comportement avec sa mère mais aussi avec les autres adultes non déprimés. Cependant, il va facilement s'attacher aux personnes qui lui portent de l'attention, de l'intérêt.

A trois mois, l'enfant développe des troubles alimentaires, digestifs et des troubles de l'endormissement. Qui plus est, la mise en place du rythme circadien se fait pendant les six premiers mois de vie du bébé d'où l'importance d'une consultation dédiée au sommeil. Il est également primordial d'examiner l'enfant afin d'exclure toutes causes somatiques comme des troubles ORL, de l'asthme ou des reflux gastro-œsophagiens avant de s'orienter vers une origine psychologique.

Dès un an et demi, l'enfant a des difficultés à se sociabiliser, est renfermé sur lui-même, limite les échanges mais s'accroche au regard de la mère et est vigilant mais passif. L'enfant peut présenter un éveil désorganisé, un apprentissage linguistique et un retard de parole et de langage ce qui complique davantage la

communication. L'enfant est d'autant plus fuyant vis à vis des autres et de tout échange verbal. La dépression de sa mère peut donc avoir de lourdes conséquences sur son développement cognitif [69]. Mais le retentissement sur l'enfant se verrait davantage autour des 4-5 ans.

On peut également évoquer les troubles psychomoteurs tels qu'un retard de langage, un trouble des apprentissages, les troubles alimentaires, troubles du sommeil, retard de développement, retard de croissance, irritabilité, baisse des performances sociales.

De plus, l'enfant manque de cadre car la mère déprimée n'arrive pas à lui fixer les limites. Il ne se sent pas obligé de les respecter car la mère fléchit devant les réactions de protestation de son enfant.

La dépression post partum peut également se répercuter sur l'enfant à l'âge adulte sous forme de troubles anxieux, troubles affectifs avec des difficultés à la séparation, faille identitaire, dépression chronique, dépendance à des substances comme la drogue ou l'alcool.

Il faut toutefois garder à l'esprit que ces effets sur l'enfant ne sont pas systématiques et sont fonction de l'intensité du trouble dépressif et de sa durée. Les comportements de détresse du nouveau-né persistent un temps après le retour à la normale du comportement maternel.

c - rôle du père et dépression post-partum paternel

La prise en charge psycho-psychiatrique de la patiente ne doit pas se faire de façon isolée. Il ne faut pas oublier le rôle du co-parent qui peut lui aussi nécessiter un accompagnement et un soutien. 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, pouvant présenter des symptômes dépressifs post-partum.

Nous avons vu qu'il s'agissait d'une maladie complexe multifactorielle avec des facteurs biologiques mais aussi des facteurs psychosociaux. Des études se sont penchées sur la prévalence de la dépression post-partum chez les deux membres de la dyade parentale. Une étude examinant 200 couples a estimé une prévalence de dépression de 9% chez les pères à 6 semaines et 5,4% à 6 mois du terme [70]. Dans cette étude, les pères étaient plus à risque de dépression postpartum si leur conjointe souffrait elle-même de dépression postpartum. Une autre méta analyse a publié les chiffres suivants : une prévalence de 8,75% sur une année entière, 8,989

sur un mois, 7,82 entre un et 3 mois et 6 mois et 8,4% entre 6 mois et 1 an post-partum [71].

Comme pour la mère, la dépression postpartum paternelle inclut des symptômes communs à une dépression hors période périnatale tels qu'un sentiment de fatigue, de tristesse, une perte d'intérêt, une irritabilité, des pensées négatives et des variations de l'appétits mais aussi des symptômes spécifiques comme une confusion quant au rôle de père et de sa capacité à assurer ce rôle, un désengagement dans les soins de l'enfant. La durée de la dépression est généralement plus longue que pour la mère.

Nous avons vu précédemment que la situation conjugale, relation conjugale insatisfaite, de mauvaise qualité - violence conjugale - conflits, était un facteur de risque de la dépression post-partum. De plus, beaucoup de couples n'arrivent pas à faire face aux difficultés supplémentaires liées à la dépression post-partum telles que la perte d'intérêt pour la sexualité, l'irritabilité, l'incapacité d'assurer l'enfant.

Entre autres pour son rôle de soutien, le père doit être pris en compte et rentre dans l'équation grâce à son effet "tampon" [66]. Une hypothèse a été proposée selon laquelle le père pourrait compenser et entretenir des interactions positives avec son enfant, ce qui provoque en contrepartie un attachement supérieur pour le père que pour la mère dépressive. Il a un rôle de soutien pour sa femme, peut la conseiller et amortir sa dépression. Il a un rôle de soutien pratique par ses soins prodigués à l'enfant (le nourrir, le baigner, l'aide à la confection des repas, se lever la nuit...), le soutien financier et le soutien affectif par la possibilité d'exprimer ses pensées, de les partager, de se faire comprendre.

Cependant, c'est une période à risque pour les pères également, qui ne doivent pas eux-mêmes souffrir de psychopathologie s'ils veulent compenser l'effet de la dépression maternelle sur les relations familiales. Une bonne entente dans le couple est nécessaire afin d'assurer le bon développement de l'enfant.

Cet effet compensatoire du père a été contredit par les études faites par Mezulis. On peut donc supposer que le rôle du père est plus indirect : il joue un rôle de soutien émotionnel et socio-économique pour la mère et l'enfant et par conséquent un rôle sur l'évolution du trouble dépressif.

Lors de la prise en charge maternelle, l'implication de leur conjoint dans le processus a apporté plus de résultats [66]. La thérapie est plus efficace si des changements sont effectués chez la mère dépressive mais également auprès de son entourage.

VII - Prise en charge

a - la prévention

La prévention vise à éviter ou réduire le nombre, la gravité ou les complications des maladies. Le médecin généraliste connaît bien sa patiente, ses antécédents et son statut social. Il peut détecter les facteurs de risques et permet de détecter des symptômes précoces car il a un suivi régulier de la patiente. Le gynécologue et la sage-femme sont les spécialistes de la grossesse. Ils ont une proximité avec la patiente et s'assurent du bon déroulement psychique de la grossesse. En suite de couche, le pédiatre analyse le bon développement du nouveau-né. Tous ces professionnels de santé sont des acteurs dans la prévention. Il est primordial de décloisonner au maximum les différents acteurs de santé afin d'aménager un parcours de soins optimal pour les parents et le nouveau-né.

Au niveau gouvernemental, le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental sous l'autorité du président du conseil départemental. Il assure la protection sanitaire de la mère et de l'enfant jusqu'à ses six ans [72]. Il informe les familles sur les établissements et services de la petite enfance, sur les assistants maternels. Les autorités de santé proposent des circulaires et des plans périnatalité permettant un meilleur accompagnement des parents.

A mon sens, la prévention de la dépression post-partum devrait prendre de l'ampleur car nous sommes tous concernés. En vue de la difficulté que peuvent rencontrer les femmes à parler de leur pathologie, il faut informer la population afin que l'entourage des femmes enceintes soient sensibilisés à cette maladie, puissent détecter des symptômes de dépression, soutenir et accompagner la femme enceinte. Concernant la femme enceinte, certains moments sont clés : quand il s'agit d'une grossesse planifiée, la prévention doit se faire dès le projet de grossesse. La prévention commence dans le cadre du suivi gynécologique de la femme. Un autre moment clé se situe à 10 semaines d'aménorrhée, lors de la première consultation du suivi de grossesse puis il se poursuit jusqu'à l'accouchement [73].

b - le dépistage

Deux heures après l'accouchement, la mère est transférée depuis la salle de naissance au service de suite de couches après un examen clinique fait par la sage-femme (prise de température, tension artérielle, pouls, utérus bien rétracté et saignements normaux). Elle y passera en moyenne 3,7 jours. Une surveillance journalière clinique à lieu mais c'est aussi le moment où les jeunes parents apprennent les soins du bébé et peuvent poser toutes les questions.

Le retour à la maison peut parfois être compliqué car les parents sont davantage livrés à eux-mêmes. Des entretiens réguliers ont été mis en place par l'assurance maladie pour accompagner au mieux les parents et le service prado a été créé pour fluidifier le parcours hôpital-ville. Il s'agit d'un service de retour à domicile en cas de sortie précoce pour aider les parents dans certaines démarches administratives (affiliation du bébé à la sécurité sociale, relais auprès de la caf, etc) et organiser le passage à domicile de la sage-femme. Pendant la période post-partum, un entretien postnatal se fait de manière systématique entre la quatrième et la huitième semaine après l'accouchement. Un second entretien est possible si besoin entre la dixième et la quatorzième semaine après l'accouchement. L'assurance maladie prend en charge ses séances à la hauteur de 70%. Une consultation médicale a lieu entre la 6ème et 8ème semaine après l'accouchement permet de faire un point plus clinique avec un examen clinique de contrôle, la prescription de séances de rééducation périnéale et abdominale. Les questions sur l'allaitement, les relations à l'enfant peuvent être abordées et permettent de repérer les premiers signes de dépression post-partum, un possible isolement etc et d'évaluer les besoins d'accompagnement des parents. Cette séance est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie [74].

D'autres rendez-vous sont recommandés comme le suivi jusqu'au douzième jour fait par une sage-femme à domicile, ainsi que deux séances de suivi postnatal entre le 8ème jour et la 14ème semaine pour que la sage-femme apporte un soutien à la mère après le retour à domicile. Elles sont prises en charge à 70% par l'Assurance Maladie ou à 100% si elles ont lieu avant le douzième jour. Elles permettent d'aborder le sujet de l'allaitement, des difficultés rencontrées, d'un potentiel baby blues, de la contraception. Des séances de rééducations périnéale et abdominale avec un masseur-kinésithérapeute peuvent être mises en place après la consultation médicale postnatale pour mettre fin aux fuites urinaires et retrouver de la tonicité. Ces séances sont prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie [74].

Des fiches pratiques sont mises à disposition sur le site d'ameli.fr sur le retour à la maison [75], des informations sur le baby blues [76] etc afin d'accompagner au mieux les jeunes mères.

Un axe de prévention serait la supplémentation en oméga-3, en folate, en fer, en vitamine D, en calcium dont un apport trop faible serait un facteur de risque de dépression post-partum [77]. Ces études manquent de preuves pour leur implication dans la dépression post-partum mais leur administration est cependant recommandé par exemple un supplémentation en fer en cas de carence martiale, un administration d'acide folique quatre semaines avant la conception et pendant le premier trimestre pour le développement de l'embryon.

Une équipe de Genève a créé un questionnaire de dépistage de femmes à risque de développer une dépression post-partum avec peu de questions [78, annexe 1].

La prise en charge en périnatalité nécessite la bonne articulation d'un réseau de soins s'attachant à la santé de la mère, mais également à celle de l'enfant, et à l'évaluation des interactions précoces.

c - le diagnostic

La banalisation de la dépression post partum et de sa gravité provoque un sous diagnostic de cette pathologie. Elle est également sous-évaluée par un manque de connaissances, de formation et d'expérience des professionnels de santé. Informer les patients et leur entourage de l'existence et de la prise en charge de la dépression post-partum et de ses potentielles conséquences dramatiques sur la mère et l'enfant contribuent à une meilleure gestion et un meilleur soutien aux femmes procréatrices. Parler permet de lever le tabou sur le sujet et de déculpabiliser la mère qui peut parfois avoir honte de son état, de son ressenti, de ses pensées autour de la périnatalité. Les professionnels de la santé périnatale (sage-femme, pédiatre, généraliste, infirmière pédiatrique) ainsi que l'entourage doivent être attentifs aux symptômes dépressifs maternels et aux facteurs de risques. Il faut éliminer les diagnostics différentiels non psychiatriques tels que la thrombophlébite cérébrale, les pathologies infectieuses telles que l'endométrite et les intoxications par substance psychoactive. La sous-estimation de la dépression post-partum provient également de l'absence de diagnostic systématique bien qu'il existe des outils de dépistage disponibles. Près de la moitié des dépressions post-natales ne seraient pas diagnostiquées [79].

Plusieurs outils ont été utilisés tels que l'échelle de dépistage de la dépression post-partum (PDSS), le Beck Depression Inventory-II (BDI-II), l'échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies (CES-D) et le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Mais ces échelles n'ont pas été spécifiquement développées pour la dépression post-partum et peuvent donc ne pas être adaptées pour la détection de ses symptômes [80].

En revanche, l'échelle de Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post-partum (DAD-P), aussi appelé "questionnaire de genève", permet de mesurer le risque de survenue d'une dépression post-partum pendant la période anténatale (pendant les deux premiers trimestres de la grossesse) et permet en quelques questions d'évaluer l'état psychologique des femmes enceintes [annexe 2]. C'est un outil de dépistage anténatal qui aborde les aspects personnels, somatiques et psychologiques des femmes à risque ainsi que la symptomatologie, l'implication de la femme enceinte dans la grossesse et ses relations familiales. Il peut être fait pendant une consultation de suivi de grossesse et permet également de faire de la prévention. C'est un outil intéressant car, quel que soit sa finalité ou son objectif, il permet d'établir le dialogue avec les femmes, établir une relation de confiance et

permet aux femmes de verbaliser leur ressenti sur leur relation avec leur nouveau-né, leur crainte etc. On considère le test positif si le score est supérieur ou égal à trois sur huit et que les questions complémentaires sur la préparation de la naissance, la relation avec l'entourage et la fréquence des pleurs sont positives.

Un autre outil plus connu et le plus utilisé est l'échelle de Dépression du Post-partum d'Edimbourg (EDPPE) ou EPDS en anglais (Edinburg Post-Natal Depression Scale) permettant une évaluation diagnostique et le suivi et la sévérité de la maladie [annexe 3]. Il se fait à partir de la sixième semaine post-partum et se base sur la symptomatologie de la mère. Il s'agit d'un auto-questionnaire qui doit être fait par la mère et supervisé par n'importe quel professionnel de santé. Ce qui est intéressant est l'accessibilité du test. J.Cox s'est limité à dix items avec un score de 0 à 3 pour chaque item et il a utilisé un dialecte simple. Les réponses portent sur son ressenti des sept derniers jours : sur son attitude et ses sentiments face à son nouveau statut de mère (tristesse, confiance, inquiétude, responsabilité, idée suicidaire). Le test est positif pour un score supérieur ou égal à douze sur trente. Dans ce cas, un examen clinique plus poussé sera effectué pour confirmer le diagnostic. Si le test est négatif, il peut être refait deux semaines après lorsque plusieurs facteurs de risque existent.

Le diagnostic doit ensuite être confirmé afin d'apporter une prise en charge rapide et adaptée à la patiente. Pour aborder le diagnostic, on va se pencher sur la définition de la dépression post-partum. Pour certains, il s'agit d'un épisode majeur en contexte de post-partum tandis que pour d'autres ils parlent de dépression atypique pour la différencier de la dépression classique. Pour poser le diagnostic, il convient de procéder à un diagnostic différentiel en écartant les autres troubles psychiatriques du post-partum et de se baser sur un diagnostic clinique plus spécifique. On peut noter la temporalité, la sémiologie atypique tel que l'aggravation symptomatique le soir, les difficultés d'endormissement, les rares idées suicidaires, la perte d'estime de ses capacités maternelles, l'anxiété fréquente déplacée vers le bébé, la rareté du ralentissement psychomoteur, le manque de plaisir de s'occuper de son nouveau-né, un sentiment d'impuissance et de ne pas être aussi épanouie que ce qu'elle avait imaginé [3]. La spécificité repose principalement sur les circonstances particulières que représente la transition de rôle pour les parents.

Des plans périnatalité et des circulaires se sont succédés visant à moderniser et améliorer l'environnement de la grossesse et de la naissance, améliorer la qualité des soins, assurer une meilleure prise en charge de la mère. Le circulaire de 2005 mettait l'accent sur la collaboration entre les différents professionnels de santé et la continuité des soins.

Mis en place en 2007, rendu obligatoire en mai 2020 et pris en charge par l'assurance maladie, l'entretien prénatal précoce est un entretien qui se fait à partir du 4ème mois et qui permet d'aborder avec une sage-femme ou un médecin les questionnements liés à la grossesse, le projet de naissance, les attentes et les possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après l'accouchement. Si besoin, le professionnel va orienter la femme enceinte vers un psychologue, une assistante sociale etc en fonction de ses besoins. Sept séances sont prévues [81]. Ce temps d'échange va permettre de renforcer la prévention autour de la DPN et donc identifier les patientes à risque de complications psychiques du post-partum.

Ainsi, il est important d'évaluer les facteurs de risque et l'humeur immédiatement après l'accouchement, car les premiers symptômes peuvent indiquer une vulnérabilité à une dépression post-partum ultérieure.

Selon le DSM-IV, le diagnostic de la dépression post-partum repose principalement sur un examen clinique et sur les critères de dépression majeure.

Pour un épisode dépressif majeur, le patient doit présenter au moins cinq des symptômes suivants pendant plus de deux semaines et au moins un des deux premiers :

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours
- diminution de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités
- modification du poids corporel (plus de 5 % en un mois)
- insomnie ou hypersomnie
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- fatigue ou perte d'énergie
- sentiments d'inutilité, de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- diminution de la capacité de concentration
- pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires.

Ces symptômes ne doivent pas être confondu avec les effets normaux de la maternité nouvelle comme la fatigue, les difficultés de concentration, ni liés à l'utilisation de médicaments ou substances, ou liés à un événement de la vie extérieur à la grossesse comme un deuil. Ils provoquent une détresse et une diminution des liens sociaux ainsi qu'un dysfonctionnement au travail [3].

La sévérité de la dépression dépend de l'intensité des symptômes et est donc soumise à la subjectivité de l'observateur. Elle pourra être qualifiée de légère si les symptômes sont de faibles intensités.

Pour l'épisode dépressif mineur, le diagnostic repose sur la présence d'au moins deux symptômes dont un des deux premiers [3]. La différence avec l'épisode dépressif majeur est le nombre de symptômes, entraînant une déficience moindre.

Si la dépression majeure dure plus de deux ans, on parle de trouble dysthymique.

Des signes peuvent alerter l'entourage tels la tristesse, les nausées, les crises de larmes, les changements d'habitude notamment au niveau alimentaire et du sommeil, l'irritabilité, les pensées de se faire du mal ou de faire du mal au nouveau-né.

Il existe différents grades d'interventions présentant des intérêts et objectifs différents :

- intervention primaire : le but est de réduire l'occurrence de la dépression en visant les sujets à haut risque de dépression post-partum
- intervention secondaire : le diagnostic et la prise en charge est précoce afin de diminuer la durée de la pathologie. Une approche préventive anténatale est intéressante
- intervention tertiaire : propose un traitement immédiat ciblé pour agir sur les conséquences de la maladie et la rendre moins invalidante.

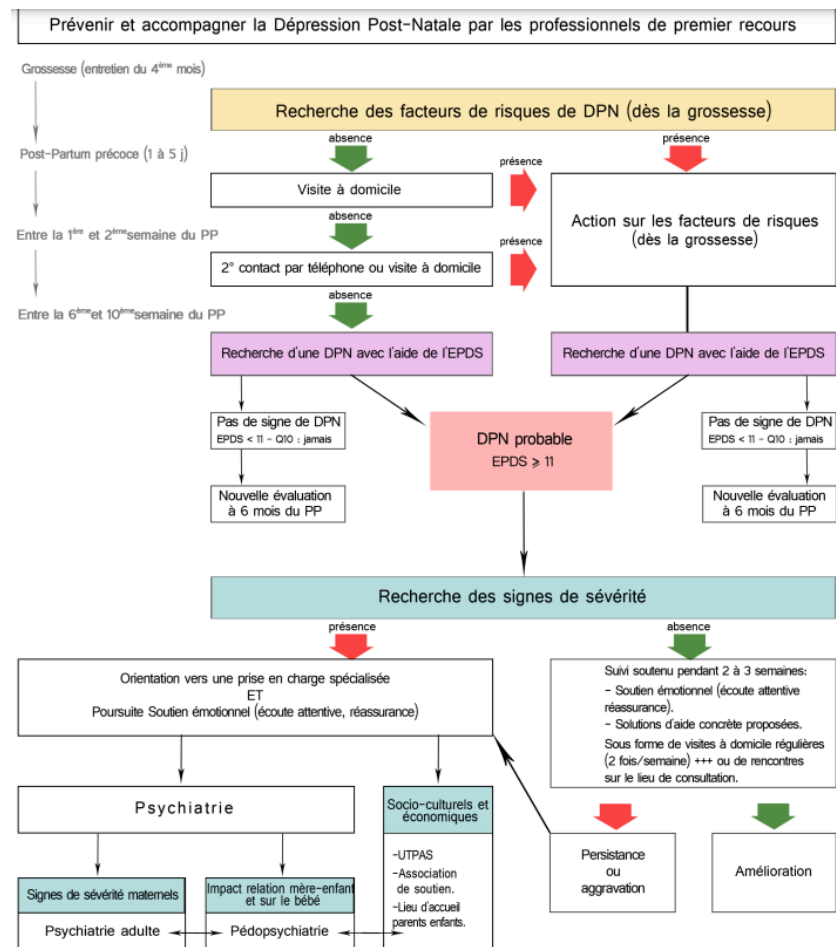
d - traitement

Une fois le diagnostic posé, généralement par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste, un traitement peut être proposé. Il faut privilégier les professionnels de santé ayant déjà établi un lien de confiance avec la patiente pour s'assurer de son consentement et d'une meilleure adhésion thérapeutique. Cela facilite le dialogue et le fait de parler de sa maladie qui peut paraître honteuse pour certaines, est la première étape vers la guérison. Le professionnel doit être à l'écoute, bienveillant et déculpabiliser la patiente.

Un logigramme a été proposé en 2017 pour orienter la prise en charge de la patiente en fonction de son état clinique et donc de la gravité des symptômes. La patiente est orientée vers un psychologue si besoin ou vers un centre médico-psychologique ou une unité mobile. Le service de la protection maternelle et infantile peut parfois être sollicité. Pour trouver le service le plus proche, on peut consulter le site service-public.fr. Parfois la prise en charge est associée à une hospitalisation de jour ou une hospitalisation stricte dans une unité mère-enfant ou une hospitalisation en psychiatrie adulte pour les formes plus graves. Quel que soit le stade de la dépression, en cas d'idée suicidaire, la patiente doit être amenée aux urgences de soins psychiatriques. Ils agiront en fonction de l'appréciation du risque, de l'urgence et de la dangerosité. Le traitement peut consister en une psychothérapie plus ou

moins couplée à un traitement antidépresseur, selon la sévérité de la dépression. En parallèle de ces réseaux de prise en charge, il existe également des groupes de parole comme l'association Maman Blues, Cercle maman-bébé dont nous reparlerons plus tard.

Un arbre décisionnel a été proposé par l'EPSM (établissement public de santé mentale à Lille) pour identifier les professionnels de premiers recours [82]:



Il est intéressant de mettre en parallèle les approches thérapeutiques des différentes pathologies psychiques périnatales [83] :

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE				
HORS PATHOLOGIES PRÉEXISTANTES	TROUBLES ANXIEUX SYNDROME DÉPRESSIF PENDANT LA GROSSESSE	BABY BLUES (1 ^{ERS} JOURS DU POST PARTUM)	DÉPRESSION DU POST PARTUM	PSYCHOSE PUERPÉRALE CONFUSO DÉLIRANTE (DANS LA SEMAINE SUIVANT ACCOUCHEMENT)
HYGIÈNE DE VIE	Implication des proches pour lutter contre l'isolement Activité physique adaptée Bonne hygiène alimentaire, zéro alcool, zéro tabac Bonne hygiène du sommeil Relaxation/gestion du stress			Non prioritaire dans un 1 ^{er} temps
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE	Traitement de référence en 1 ^{re} intention Annuaire des psychologues conventionnés	Thérapie de soutien par MG formé ou psychologue	Traitement de référence en 1 ^{re} intention si dépression légère à modérée Thérapie de soutien par MG formé ou autre psychothérapie Annuaire des psychologues conventionnés	Dans le cadre de la prise en charge psychiatrique globale
RECOURS PSYCHIATRE	En cas d'évolution péjorative ou d'absence d'amélioration Direct si intensité sévère	Non indiqué pour ce diagnostic	En cas d'évolution péjorative ou d'absence d'amélioration Direct si intensité sévère	Oui, hospitalisation en urgence
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX	Selon la sévérité, en coordination avec le psychiatre et la maternité	Non indiqué pour ce diagnostic	Selon la sévérité, à adapter si allaitement	Instauration dans le cadre de l'hospitalisation spécialisée (traitement anti psychotique +/- antidépresseurs +/- thymorégulateurs)
SUIVI ATTENTIONNÉ, EN COORDINATION SI BESOIN	Contact avec la maternité	Si besoin Contact avec la maternité pour un suivi par une sage femme ou contact PMI ou contact sage femme libérale	Pour maintien du lien mère enfant , selon sévérité, sollicitation : CAMSP/PMI sage femme libérale HAD Unité hospitalisation mère-enfant (UME) Unité hospitalisation mère-bébé (UMB) Infirmière de liaison Réseau Psychiatrie Périnatalité (RPP)	Pour maintien du lien mère enfant , en accord avec le psychiatre : HAD Unité hospitalisation mère-enfant (UME) Unité hospitalisation mère-bébé (UMB) Infirmière de liaison Réseau Psychiatrie Périnatalité (RPP)

Cham-Studio Graphique - Mai 2023

1 - mesures d'hygiène de vie

Avant d'instaurer une thérapie ou un traitement médicamenteux, des mesures hygiéno-diététiques doivent être instaurées. Elles peuvent permettre une amélioration de la vie quotidienne et ont parfois un fort impact, notamment pour la dépression post-partum légère. Elles sont également intéressantes à mettre en place pour l'implication de la patiente dans sa prise en charge. Nous allons citer certaines mesures conseillées [83].

La préservation du sommeil est primordiale car un mauvais équilibre peut provoquer des troubles dépressifs qui eux-mêmes vont provoquer des troubles du sommeil. On peut parler ici de cercle vicieux. Il est conseillé de respecter le temps de sommeil, de ne pas ignorer les signes précurseurs de fatigue, de se coucher à heures régulières, d'avoir une bonne literie, d'éviter les excitants comme le café, les sodas, le thé et d'éviter les repas lourds le soir. Au moment du coucher, on doit adopter un environnement propice au sommeil c'est-à-dire limiter les écrans, limiter la lumière et le bruit, éviter d'avoir une température excessive dans la chambre. L'implication du conjoint ou d'un proche dans la gestion des nuits du nourrisson permet de soulager la mère et lui permet d'avoir un sommeil moins perturbé. La luminothérapie est un moyen alternatif de traiter les troubles du sommeil et a été étudié dans la dépression saisonnière. Une exposition à une lumière d'intensité et de spectre proche de celle du soleil joue sur la synthèse de mélatonine. Une régulation du rythme de sommeil va avoir un impact sur l'humeur.

Certains aliments peuvent avoir une action antidépresseur car ils apportent des acides aminés essentiels à la synthèse de neurotransmetteurs impliqués dans la dépression. Par exemple, le tryptophane, précurseur de la sérotonine se retrouve dans les aliments tels que le poulet, le fromage, l'avocat. Une supplémentation en magnésium et en oméga-3 peut être envisagée, ou un apport alimentaire via le chocolat noir, les fruits secs, les céréales permettent de lutter contre la fatigue et le stress [84]. Il est recommandé d'avoir une alimentation saine, variée et équilibrée d'autant plus si la mère allaite, afin d'apporter les nutriments nécessaires au nouveau-né. La perte de poids après l'accouchement doit être progressive et les régimes restrictifs ne sont pas recommandés, il faut simplement réduire son apport en matières grasses animales. Comme pour le sommeil, le rythme de vie est important : les repas équilibrés doivent être pris à heures régulières, il faut bien mastiquer et avoir une bonne hydratation. En cas d'allaitement, la mère ne doit pas consommer d'alcool, de tabac ou d'autres substances.

La pratique régulière d'une activité physique adaptée comme la marche à pied, le yoga ou la natation permet une diminution des troubles dépressifs et anxieux mais a également des bienfaits sur le sommeil, l'estime de soi, l'humeur. Il est recommandé de faire trente minutes par jour une activité, cinq jours par semaine. Pour motiver les mères, on peut mettre en avant les bienfaits du sport sur l'humeur, la perte de poids, la possibilité de créer un lien social. La relaxation et le massage permettent de détendre les mères et d'apaiser leurs symptômes. Il est aussi intéressant de masser le bébé afin de mettre en place une relation privilégiée entre les deux et favoriser son attachement sécurisé.

La lutte contre l'isolement et le maintien d'une vie sociale permet de maintenir un équilibre dans le quotidien de la mère. En effet, son attention est centrée sur son enfant et en cas de dépression post-partum, la patiente se replie sur elle-même. Il faut l'encourager à solliciter son entourage, à garder son réseau relationnel. Les associations peuvent être intéressantes dans ce cas car elles permettent de rencontrer d'autres parents qui vivent la même période qu'eux ainsi que la mise en place d'activités avec d'autres enfants.

2 - psychothérapie

La psychothérapie permet parfois à elle seule de diminuer l'état dépressif. Elle s'articule en plusieurs séances et la mère peut être seule ou accompagnée de son enfant, du co-parent ou d'un tiers. Elle a pour objectif de restaurer la santé mentale de la patiente en provoquant des changements sur son fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental. Il existe différentes approches psychothérapeutiques.

(1) psychothérapie de soutien

L'une d'entre elles est la psychothérapie de soutien [85]. Elle est basée sur une approche empathique du professionnel de santé qui va lui apporter une écoute active, des suggestions et des encouragements dans le but de lui redonner confiance. La dépression peut avoir une valeur adaptative face à une situation de stress et a donc un rôle d'alerte. La psychothérapie de soutien est une thérapie assez superficielle car le but n'est pas d'obtenir des remaniements psychologiques profonds mais d'améliorer les capacités d'adaptation de la mère dans le cadre d'une relation pédagogique. Elle permet d'accompagner la jeune mère dans ses réflexions sur son quotidien, son statut de mère et ses relations avec son entourage dans le contexte d'importants changements. En général, cette thérapie est pratiquée en association à d'autres prises en charge.

(2) thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale est également reconnue et validée scientifiquement. Elle donne des outils à la patiente afin de changer son mode de pensée, ses croyances, sa perception des choses et sur la gestion du sentiment de tristesse. Le but est de modifier ses comportements inadaptés en tenant compte de ses attentes afin de les transformer en pensées et attitudes positives. Le terme "comportement" englobe les actions visibles mais aussi les processus internes comme les émotions, les pensées et les mécanismes physiques [86]. La thérapie comportementale s'attache donc à modifier les schémas de pensées et le comportement inadapté qui en découle. Le fait de mettre des mots sur son ressenti est une première étape, d'analyse des situations, suivie ensuite d'exercices pour modifier sa perception.

La thérapie commence donc par une analyse de la situation, la mise en place d'objectifs à atteindre définis par la patiente elle-même. Son implication est primordiale car on veut autonomiser la patiente au maximum, lui donner les outils pour qu'elle détecte ses progrès et ses obstacles, le thérapeute étant là pour lui donner des méthodes d'auto-renforcements et d'accompagnement dans cette démarche. Il va utiliser des "renforçateurs" positifs pour conforter la mère dans sa parentalité et à réduire les activités dépressogènes en favorisant les activités agréables, la relaxation et la résolution de problèmes. Le patient proactif doit analyser ses pensées et comportements automatiques en dehors des séances et celles-ci doivent être accompagnées d'exercice à domicile. Après avoir solutionné les problèmes actuels, la thérapie cognitivo-comportementale se penche sur leur origine dans le passé. Une méta-analyse a montré que dans les essais de prévention

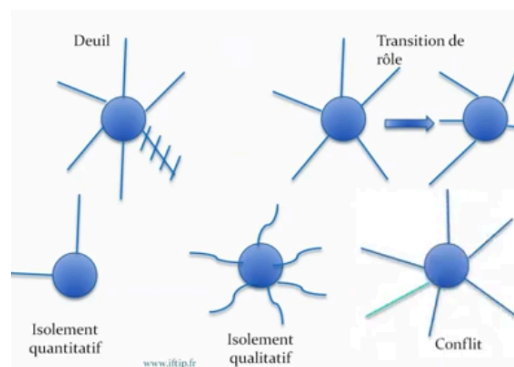
et de traitement, les thérapies initiées en post-partum étaient plus efficaces que les interventions prénatales [86].

(3) *thérapie interpersonnelle*

La thérapie interpersonnelle est un autre type de psychothérapie. Elle a fait ses preuves scientifiquement et est recommandée, notamment par l'OMS. C'est une psychothérapie basée sur la théorie de l'attachement et le sentiment d'avoir un environnement relationnel insécurisant. Elle va s'axer sur quatre points : apprendre à gérer le conflit, le deuil, l'isolement social et la transition de rôle ; c'est à dire un changement de statut (par exemple le statut d'adulte au statut de mère, lors d'un mariage ou d'un divorce, d'une promotion ou d'un licenciement etc).

Cette thérapie débute par une phase initiale de prise de contact avec le thérapeute et fixe le cadre de travail en identifiant le style d'attachement, puis un travail spécifique en fonction du type de problème identifié et une phase de terminaison. Cette thérapie est brève, elle s'articule en une vingtaine de séances maximum jusqu'à l'obtention d'un comportement adaptatif de la patiente, mais une thérapie de maintenance peut en découler si la patiente en ressent le besoin [87]. Le patient est proactif dans la thérapie interpersonnelle.

Elle est schématisée de la façon suivante [87] :



Les interactions avec des figures d'attachement disponibles permettent un sentiment de sécurité qui rend possible l'exploration de l'environnement et la régulation des sentiments de détresse. A contrario, en cas d'indisponibilité de cette figure, l'individu est déstabilisé et va chercher à retrouver ce lien d'attachement : c'est ce que l'on appelle la stratégie d'attachement d'hyper-activation. Le patient en thérapie doit donc prendre conscience qu'il doit faire face aux menaces sans s'appuyer sur ses figures d'attachement et de minimiser leur impact sur ses décisions et sur ses sentiments de solitude et d'envie de proximité en leur absence.

Ces stratégies d'attachement de désactivation ont pour but d'enlever ce lien de dépendance envers la figure d'attachement.

Le Dr H. Rahioui a défini la notion de désorganisation du système d'attachement comme une stabilité à trois niveaux appelés les trois D :

- niveau 1 : le dysfonction interpersonnelle
- niveau 2 : la dysrégulation émotionnelle interpersonnelle
- niveau 3 : la déstructuration représentationnelle.

Pour la dépression postpartum, il s'agit principalement d'une transition de rôle. Elle existe dès lors qu'on peut établir un statut avant et un statut après. Ces changements importants peuvent provoquer un questionnement sur notre identité, une réorganisation de notre fonctionnement vis-à-vis de notre-même, de notre entourage, de notre environnement social [88]. L'individu doit renoncer lui-même à être l'enfant.

(4) activation comportementale

L'OMS recommande aussi l'activation comportementale. Le principe réside en l'augmentation de l'engagement dans des activités de plaisir ou de maîtrise de la tâche à accomplir. En parallèle, on cherche un désengagement dans les comportements qui maintiennent les affects négatifs ou qui en augmentent les risques. Le but est de planifier des activités plaisir et d'opérer à une restructuration cognitive [89].

(5) thérapie d'inspiration psychanalytique

La thérapie d'inspiration psychanalytique est parfois incluse dans les thérapies interpersonnelles mais vise davantage la relation mère-bébé. Ce processus thérapeutique vise une réorganisation du fonctionnement psychique. Dans le cadre des troubles postnataux, le cadre de la psychothérapie est différent car il se fait en présence du nourrisson, doit être précoce, est relativement brève même si celle-ci peut être prolongée en fonction des besoins de la patiente. Elle s'intéresse au sens de leurs interactions, au rôle des projections parentales sur le comportement de l'enfant.

En effet, lors de la rencontre avec son bébé, la mère s'identifie au nouveau-né mais aussi à ce qu'elle représentait pour sa propre mère quand elle est née. Cette thérapie s'intéresse au passé de la mère qui répète et projette sa propre enfance sur le nouveau-né. Quand un parent s'occupe de son enfant, l'éduque ou lui fait des soins, il

revit sa propre évolution affective et les éléments sociétaux, familiaux ou personnels qui l'ont conduit à ce qu'il est devenu aujourd'hui. L'estime et l'amour de soi de la jeune mère est basée sur son histoire et sur son enfance et conditionne l'amour maternel qu'elle porte à son enfant. Il projette sur son enfant ses désirs. Il semblerait qu'une grossesse soit un moyen d'accommoder sa relation avec ses propres parents, notamment de sa mère. De plus, des modèles intergénérationnels de la filiation se basent sur la transmission implicite de données sociales ou de symboles aux nouveaux parents. Cela peut s'appliquer à une famille mais aussi plus largement à un peuple. La place de l'enfant est capitale dans cette thérapie. Il épuise la mère, la détourne de son partenaire mais aussi lui gratifie de l'attention, par la réalisation du désir qu'il représente, la toute-puissance qu'il lui confère.

Lors des séances, le nourrisson est utilisé comme catalyseur du processus thérapeutique. Il est d'autant plus intéressant de l'inclure à la thérapie lorsque la mère n'éprouve pas de plainte concernant l'enfant réel mais de sa prise en charge, de l'absence de satisfaction à lui prodiguer des soins. A contrario, sa présence peut être un frein à la thérapie en cas de troubles mentaux grave de la mère, l'émergence de fantasmes crus, les antécédants d'inceste. En cas de phénomènes négatifs comme un deuil, une maladie, une honte, une rupture religieuse ou autre, le sujet cherche à s'acquitter de la dette symbolique et le fait de donner naissance à un descendant peut être perçu comme un moyen de répéter ou de réparer un évènement d'un ascendant.

Au niveau social, la transmission porte davantage sur le statut de l'individu (parent, grand-parent) au sein de la société plutôt qu'au sein d'une famille [90].

Le thérapeute va s'intéresser à l'histoire de la mère, à son histoire d'attachement. Cette co-identification peut être un problème. La mère doit faire le deuil de son statut d'enfant afin d'accéder à la maternité. La thérapie d'inspiration psychanalytique a pour but de modifier les attentes et les représentations de la mère sur son enfant. Elle s'articule en une dizaine d'entretiens et débute généralement par l'analyse des symptômes maternels ou de ses difficultés dans sa nouvelle vie, ses difficultés à établir un lien avec l'enfant.

Le thérapeute est souvent actif, en encourageant les associations libres et en s'intéressant aux souvenirs d'enfance autour des conflits évoqués par la patiente. Cette thérapie permet une diminution de la symptomatologie dépressive et des conséquences sur le nouveau-né en lui laissant prendre sa propre place et en résolvant les désordres de la relation mère-enfants. Elle s'articule en plusieurs séances auxquelles assistent la mère et l'enfant et est définie comme une thérapie brève.

Les thérapies brèves parents-bébés se base sur le trouble relationnel entre les parents et le bébé : elles permettent de travailler sur le mauvais ajustement existant entre les manifestations de l'enfant et les réactions parentales. Ces thérapies ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge des troubles fonctionnels (troubles du sommeil, de l'alimentation, des troubles du comportement (agressivité, pleurs permanents), des troubles de l'attachement. Nous allons développer la thérapie psychodynamique et la guidance interactive.

(6) thérapie psychodynamique

La thérapie psychodynamique se base sur des discussions avec les parents, en présence de l'enfant, sur les difficultés rencontrées pour mieux les comprendre et les résoudre. Le but du thérapeute est d'éclairer le patient sur les liens entre les problèmes de l'enfant et l'histoire personnelle et familiale du patient. L'interprétation d'un conflit non résolu, aussi appelé "focus thérapeutique", que projette le parent sur son enfant sans s'en rendre compte, va permettre de le séparer de la problématique parentale. Une autre approche est celle du deuil que doit faire le parent d'être l'enfant de ses parents pour laisser cette place au nouveau-né. Si ce deuil est mal réalisé, l'enfant peut ressentir les conséquences des besoins infantiles de ses parents et de ses regrets.

Ce traitement a montré son efficacité dans l'amélioration de la qualité de sommeil de l'enfant, de l'alimentation, de la digestion et de la séparation, de l'agressivité. On note une augmentation de l'estime de soi et la perception de l'enfant est plus positive. Ces effets sont également retrouvés avec la guidance interactive même si l'approche est différente.

(7) guidance interactive

La guidance interactive intervient aussi sur les interactions entre la mère et le nouveau-né afin de modifier les réactions parentales face aux manifestations du nourrisson. C'est une thérapie brève autour des huit séances au cours desquelles une séance de jeu dyadique va être filmée puis analysée. Le thérapeute va aider la mère à mieux analyser les signes interactifs et les besoins de l'enfant, à remettre en question leur perceptions et à modifier les interactions dysfonctionnelles en la guidant dans ses stratégies interactives. Il crée un environnement sécurisé et attentif au parent mais doit laisser le parent analyser les mécanismes de l'interaction par lui-même avant de donner sa propre lecture afin de renforcer l'estime de soi du parent, améliorer ses capacités d'observation et de s'impliquer pleinement dans l'exercice. Cette thérapie a pour but de donner confiance à la mère en ses

compétences de mère, d'augmenter sa sensibilité aux demandes du nouveau-né et d'y répondre de manière adaptée [91].

Des critères d'évaluation ont été proposés par l'HAS afin d'améliorer la pratique professionnelle : affirmer le diagnostic et la sévérité, évaluer le risque suicidaire, s'assurer du caractère réellement isolé de l'épisode dépressif, informer le patient et son entourage avec son accord sur le diagnostic, les effets bénéfiques et indésirables des traitements, mettre en place un projet thérapeutique spécifique avec le patient, poursuivre le suivi six mois après l'arrêt du traitement à cause du risque de rechute. Ces points clés ont pour but d'améliorer la prise en charge par le psychiatre [92].

(8) thérapie électroconvulsive

La thérapie électroconvulsive est efficace pour soulager rapidement les symptômes de la dépression sévère, maniaque, mélancolique ou résistante à d'autre forme thérapeutique [93]. Il s'agit d'un traitement au cours duquel un courant électrique est envoyé au cerveau via des électrodes. Son mécanisme est mal connu : elle agit sur certaines substances qui transmettent le message nerveux. Les séances se font en général deux fois par semaine et sous anesthésie générale. Il faut informer la patiente des effets indésirables (maux de tête, rigidité musculaire, nausée, désorientation, perte de mémoire). Elle laisse également une image négative dans l'esprit de la patiente. Les professionnels tels que les psychiatres, infirmiers, psychologues et assistants sociaux semblent cependant mal informés sur cette pratique en période périnatale [94].

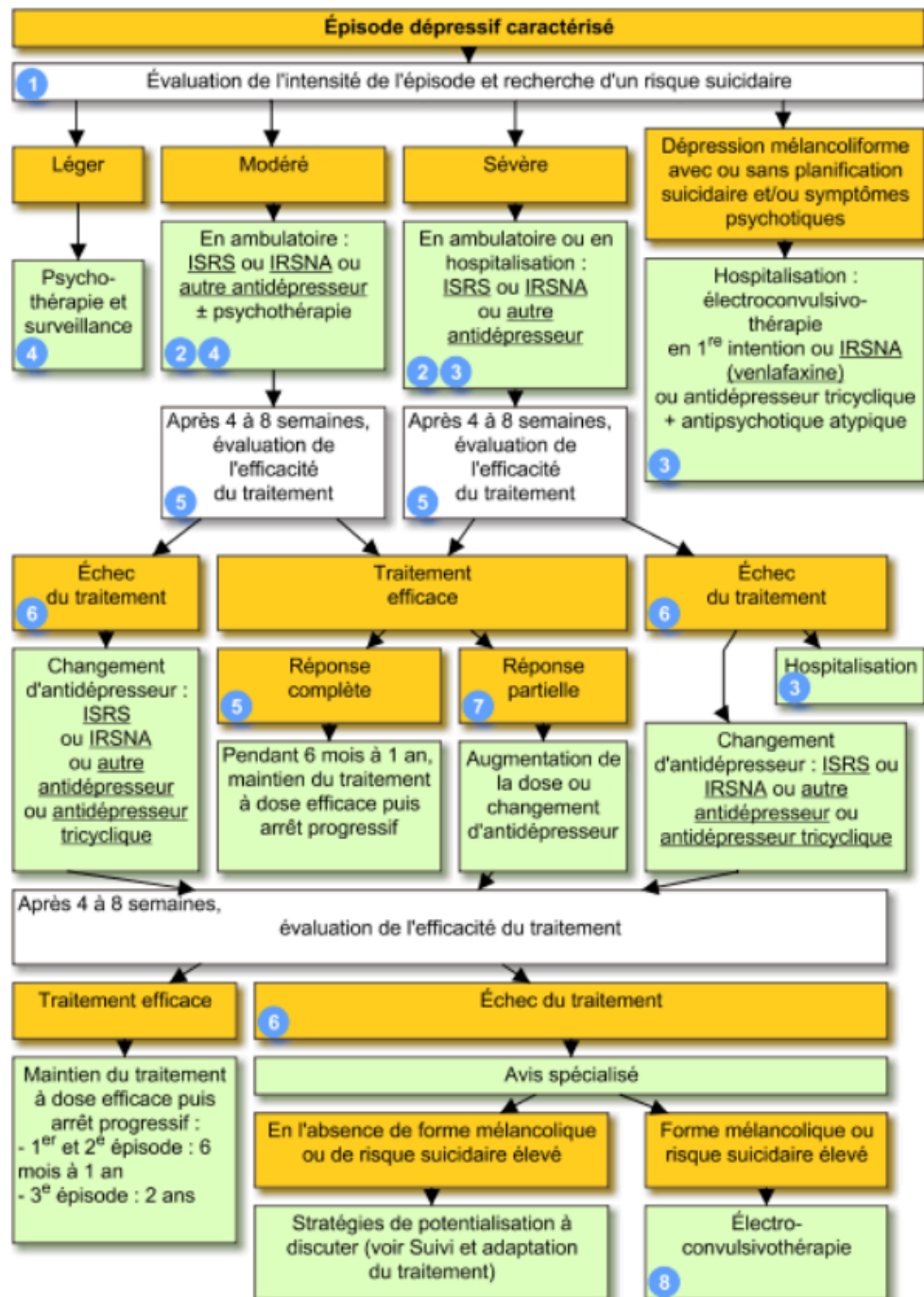
3 - traitements médicamenteux

Un antidépresseur est parfois nécessaire en soutien à la psychothérapie en cas de dépression modérée à sévère, mais ne sont pas prescrits de manière systématique. Souvent, les mères sont réticentes à l'administration de médicament, d'autant plus si elles allaitent mais certains antidépresseurs peuvent être prescrits pendant l'allaitement. Les deux antidépresseurs recommandés sont la paroxétine et la sertraline car ils ont un faible passage dans le lait maternel et pas d'effets indésirables observables chez l'enfant [95].

Avant la mise en place d'un traitement antidépresseur, l'ANSM préconise de faire un bilan pré-thérapeutique comportant l'évaluation de la symptomatologie dépressive et le risque suicidaire et les comportements addictifs, la recherche des antécédents

personnels ou familiaux, d'éliminer les contre-indications des antidépresseurs, de traiter les affections somatiques.

Il faut avoir à l'esprit que les antidépresseurs vont agir sur les symptômes tels que l'insomnie ou le manque d'appétit mais ne vont pas à eux seuls agir sur les pensées négatives en l'absence de psychothérapie.



arbre décisionnel issu du Vidal

En cas de dépression, il est classiquement recommandé de prescrire en première intention un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS : citalopram, fluoxétine, paroxétine) ou un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) ou un traitement appartenant à la classe des autres antidépresseurs (miansérine, mirtazapine). Il est important de souligner que la prise en charge dépend de l'intensité de l'épisode dépressif et du risque suicidaire.

Les antidépresseurs sont classés en fonction de leur mode d'action et de leur structure chimique :

- les tricycliques, définis par une structure moléculaire commune tricyclique, agissent par inhibition non sélective de la recapture de 5-HT, de la noradrénaline et de la dopamine par blocage du transporteur noradrénaline NET, sérotonine SERT, action anticholinergique M1, antihistaminique H1...
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO), non sélectifs et sélectifs A, agissent par inhibition de la monoamine oxydase A (dégradant la 5-HT et la NA) et plus ou moins la monoamine oxydase B (dégradant la dopamine)
- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) agissent par blocage sélectif du transporteur pré-synaptique SERT
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) bloquent le transporteur SERT et NET
- les autres antidépresseurs, de structures et mécanismes d'action différents, agissent également sur la concentration synaptique des neurotransmetteurs monoaminergiques.

Selon le médicament prescrit, l'action recherchée peut être une stimulation (c'est le cas de la sertraline) ou sédatrice (miansérine, amitriptyline) ou une action intermédiaire (citalopram, duloxétine).

Pour la femme enceinte ou allaitante, il convient d'évaluer le rapport bénéfice/risque devant la pathologie de la mère et les effets tératogènes de chaque molécule.

En cas d'une dépression faisant partie d'une maladie bipolaire, des thymorégulateurs tels que la carbamazépine, des neuroleptiques tels que l'halopéridol, l'olanzapine, la rispéridone, la quétiapine et les anxiolytiques tels que le seresta, ou hypnotiques (zolpidem, zopiclone) peuvent être administrés au cours de l'allaitement sous surveillance médicale.

(1) allaitement

En cas d'allaitement, le transfert dans le lait maternel dépend de la liposolubilité de la molécule et du gradient de concentration qui permet la diffusion passive des molécules non ionisées et non liées. On peut en déduire que les molécules ionisées, liées à des protéines de haut poids moléculaire et peu liposolubles seront moins

concentrées dans le lait. Les deux premières semaines du post-partum sont d'autant plus critiques que des espaces sont présents entre les cellules alvéolaires permettant plus facilement le passage de molécules. C'est également à ce moment-là que les fonctions rénales et hépatiques d'élimination du nouveau-né ne sont pas encore matures donc moins efficaces [96]. La paroxétine et la sertraline semblent d'une grande sécurité d'emploi contrairement à la fluoxétine susceptible de provoquer des coliques néonatales, le syndrome d'enfant mou ou des syndromes de sevrage.

Dans tous les cas, si la patiente pratique l'allaitement au sein, il est préférable de privilégier un traitement en prise unique après la dernière tétée du soir et alterner éventuellement avec un allaitement au biberon. Pour une prise en charge sécurisée de la patiente, la consultation du centre de référence des agents tératogènes (le CRAT) est un outil essentiel à la prescription [97, 98].

(2) modalité de prise

Pour tout patient, le traitement doit être prescrit à posologie minimale efficace. Au besoin, une vérification des taux sanguins circulants peut être effectuée. Cependant en cours de grossesse, les modifications pharmacocinétiques peuvent amener à augmenter la posologie. Il faut éviter toutes associations qui augmentent les risques de complications et choisir un traitement qui a fait ses preuves chez la patiente.

(3) instauration

Les traitements antidépresseurs n'ont pas une action immédiate à l'instauration ; un délai de deux et quatre semaines est à prendre en compte en cas d'augmentation du dosage ou de changement de molécule et en pratique, un mois est souvent nécessaire pour évaluer la réponse thérapeutique. En effet, on parle d'échec thérapeutique qu'après trois semaines de traitement et de résistance après huit semaines. Les effets des antidépresseurs apparaissent après un délai de dix à quinze jours de traitement car, à l'initiation du traitement, il y a une réaction paradoxale, un phénomène de levée d'inhibition psychomotrice, une aggravation transitoire de la maladie. Il est important d'en informer la patiente. Une surveillance est nécessaire afin de détecter une éventuelle levée d'inhibition psychomotrice avec risque suicidaire. En post-partum, une prescription concomitante d'anxiolytiques tels que des benzodiazépines est possible en initiation de traitement notamment pour une action rapide sur l'anxiété et les troubles du sommeil et contrebalancer la levée d'inhibition. Cependant, ils sont contre-indiqués en cas d'allaitement. Une évaluation du traitement dans les 4 à 8 semaines après l'initiation du traitement doit être mise en place afin de s'assurer de son efficacité ou s'il faut adapter les doses ou changer de classe thérapeutique.

(4) effets indésirables

La patiente doit être informée des effets indésirables qui peuvent apparaître. Nous allons nous concentrer ici sur les effets indésirables spécifiques des ISRS. Il s'agit principalement de symptômes digestifs (nausées, vomissements, constipation) réversible en quelques jours. La prise médicamenteuse peut s'effectuer pendant les repas pour être mieux tolérée. La patiente peut aussi présenter des troubles anxieux, de l'agitation, des tremblements, de l'asthénie, des céphalées, de l'insomnie, des troubles extrapyramidaux, des troubles sexuels, une prise ou une perte de poids. Nous devons être vigilant face à une hyponatrémie, un allongement de l'espace QT et un syndrome sérotoninergique [99]. Ce dernier est dû à un excès de sérotonine à l'initiation du traitement. Difficile à diagnostiquer, les conséquences peuvent être dramatiques. Le syndrome sérotoninergique se caractérise par trois des symptômes suivants :

- manifestations psychiques : agitation, hallucinations, convulsions, coma
- manifestations végétatives : hyperthermie, frissons, sueurs, tachycardie, hypotension, mydriase
- manifestations moteurs : myoclonies, tremblements
- signes digestifs : diarrhées

En cas de syndrome sérotoninergique, le patient doit généralement être hospitalisé afin de bénéficier d'une surveillance constante, le but étant de stabiliser son hyperactivité neurovégétative, s'assurer d'une bonne hydratation et diminuer la température.

Ce syndrome apparaît généralement lors d'associations médicamenteuses lorsque les molécules accroît le taux sérotoninergique ou qu'il interagit avec le cytochrome qui métabolise l'antidépresseur (le CYP2D6 pour ceux qui nous intéressent). La prise concomitante des substances suivantes est à proscrire : IMAO, antidépresseurs tricycliques, ISRS, triptans, anti-épileptiques, anti émétiques, anti-parkinsoniens, neuroleptiques, opiacés, etc.

Les ISRS sont dans l'ensemble bien tolérés.

(5) arrêt

En cas de découverte fortuite d'une grossesse, un sevrage progressif peut être proposé en fonction de la molécule prise mais en aucun cas un arrêt brutal qui pourrait provoquer une décompensation du trouble sous-jacent et des signes de sevrage importants. Pour une durée de traitement de moins d'un an, l'arrêt se fait en quelques semaines en diminuant progressivement la dose, tandis que pour une durée de traitement de plus d'un an, l'arrêt est plus long car la diminution se fait tous les mois. Les risques de décompensations d'un trouble psychiatrique chronique en

période périnatale sont importants. Le projet de grossesse doit être anticipé par ces patientes qui doivent présenter une maladie stabilisée depuis 2 ans et une adaptation thérapeutique en amont de la grossesse pour les molécules tératogènes [63]. Une surveillance particulière sera apportée en post-partum chez une patiente ayant pris un traitement psychotrope pendant la grossesse.

(6) nouvelles pistes de traitement

En cette période de bouleversement hormonaux, le traitement aux oestrogènes et notamment au 17beta-estradiol a été étudié [100]. Cette étude a montré des résultats significatifs et constituerait une piste de traitement de la dépression post-partum. L'estradiol transdermique a affiché une réponse prometteuse mais des données de sécurité supplémentaires sont nécessaires [101].

Il a été démontré que les progestatifs de synthèse pouvaient avoir un effet néfaste sur l'humeur maternelle. La question de la contraception en post-partum se pose alors. Le choix de la méthode dépend du risque thromboembolique veineux (majoré durant la grossesse et jusqu'à six semaines), les pathologies survenues pendant la grossesse et si la femme allaite ou non. La contraception doit être reprise à partir du 21ème jour, l'ovulation ne reprenant qu'à ce moment-là. Les micro-progestatifs, compatibles avec l'allaitement, sont généralement proposés.

Une nouvelle piste est la brexanolone, compatible avec l'allaitement. C'est le premier médicament homologué par la FDA (food and drug administration, autorité responsable d'essais cliniques aux Etats-Unis) en 2019 [102]. Ayant une structure identique à l'allopregnanolone, un stéroïde neuroactif endogène et métabolite principal de la progestérone, il s'agit d'un modulateur des récepteurs GABA-A permettant une action anxiolytique sur le système nerveux central. Son administration se fait par injection intraveineuse sur soixante heures dans un établissement certifié car une perte de conscience soudaine peut avoir lieu lors de l'administration ainsi qu'une sédation excessive et l'hypoxémie. Les résultats des études sont significatifs pour les femmes atteintes de dépression post-partum sévère. Il est cependant très onéreux ce qui limite son accès (34 000\$ par patiente traitée) [103].

En août 2023, une autre molécule a été approuvée par la FDA : la zuranolone, une autre allopregnanolone de synthèse qui est quant à elle administrée par voie orale le soir pendant quatorze jours. Les essais ont montré une efficacité du traitement dès trois jours avec une persistance jusqu'à quarante cinq jours [104]. Elle peut être utilisée en complément d'autres antidépresseurs ou seule mais il faut être vigilant aux potentielles interactions via le CYP3A4 et à son effet sédatif. Il n'est pas encore commercialisé.

4 - unités de soins mère-bébé

Les unités de soins mère-bébé sont des services de soins périnataux recommandés par le NICE (National Institute for health and Care Excellence). Elles permettent une prise en charge simultanée de la mère et du nouveau-né, permettant d'éviter la séparation mère-enfant et de travailler sur leur lien. Elles se situent dans les maternités et sont bien implantées en France, au Royaume-Uni et en Australie. Elle peut consister en une hospitalisation de jour (afin de réduire la rupture sociale et familiale) ou permanente de courte à moyenne durée. Une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmière puéricultrice, psychiatre, psychologue, assistante sociale, sage-femme, psychomotricienne, l'entoure. Cela permet de donner un cadre, un lieu sûr pour la mère afin qu'elle se décharge de certaines responsabilités grâce au personnel soignant. Cette prise en charge va aider la mère à améliorer l'image et la représentation qu'elle a d'elle-même en tant que femme et dans son nouveau rôle de mère. Une étude a montré une amélioration du développement des enfants ainsi que de sa capacité relationnelle dans ces unités mère-bébé [103]. Cependant, dans des situations où l'état anxio-dépressif des parents a déjà impacté significativement le développement du bébé, l'unité de jour n'a pas présenté de résultats positifs. Il est donc important de détecter rapidement la maladie afin d'en éviter au maximum les effets sur le nouveau-né. La durabilité des effets positifs apportés par les unités de soins n'a pas été étudiée.

5 - interventions psychosociales

Les interventions psychosociales regroupent toutes les modalités d'aide et de soutien qui ne sont pas exercées sous forme de psychothérapie, ni codifiées, ni contrôlées. On peut citer la préparation à l'accouchement, les groupes de paroles, les visites à domicile. Seules, elles n'ont pas fait preuve de leur efficacité mais elles sont très appréciées par la plupart des mères et leur apporte un environnement sûr.

Toutes les consultations, échographies ou séances de préparation à la naissance sont des moments privilégiés permettant à la patiente de parler de son ressenti de sa grossesse, de ses angoisses etc.

(1) soutien social

Le soutien social perçu est différent du soutien social reçu. Le soutien social perçu dépend de la satisfaction du soutien que l'on perçoit donc c'est un sentiment subjectif. Le cadre socio-culturel influe beaucoup sur le soutien social : dans les pays asiatiques, les femmes demandent un soutien pratique de leur conjoint, dans les pays arabes il s'agit d'un soutien plus émotionnel tandis que dans les îles

britanniques les femmes attendent un soutien émotionnel du co-parent et de sa propre mère [105].

Le soutien social professionnel permet d'apporter des informations complémentaires sur la parentalité. Les patients peuvent se tourner vers les sages-femmes, les médecins, les infirmières, les pharmaciens et tout autre professionnel de santé.

Comme évoqué précédemment, l'entretien prénatal précoce permet d'aborder les questions sur l'accouchement, sur le projet de naissance et sur les atteintes des parents. Cela permet de détecter les couples ayant un terrain psychologique ou socio-économique instable ainsi que les violences conjugales.

Le soutien social pendant la grossesse est primordial car c'est un facteur de risque de la dépression post-partum. L'accompagnement de la mère ne doit pas s'arrêter à l'accouchement.

En France, l'accès aux soins est relativement équitable et l'assurance maladie a mis en place sept visites prénatales remboursées ainsi que sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité afin de limiter les inégalités sociales. Le facteur limitant est l'accès aux structures dédiées liées aux transports ou à la garde des enfants pour pouvoir se rendre aux rendez-vous.

Un soutien de la part du co-parent, de la famille, des amis et de l'entourage en général est très important. Voici les points sur lesquels les aidants peuvent agir selon Mom's Mental Health Matters : reconnaître, les symptômes, l'écoute, la soutenir en l'aidant dans les tâches de manière à ce qu'elle ne se sente pas seule et l'encourager à demander de l'aide et à en parler à un clinicien [106].

(2) associations / programmes de formation parentale

Les séances de préparation à la grossesse se font en groupe et permettent de partager ses craintes avec d'autres parents qui vivent la même situation que le couple et au même moment.

Des cercles et ateliers mamans-bébés sont des moments de partage organisé afin d'échanger avec d'autres mamans, de poser ses interrogations. Ils concernent les jeunes mamans et leur enfant de moins d'un an. Ces ateliers sont proposés sur le site bebe-serein.fr par exemple mais on peut trouver des prospectus de ce type d'offre chez la gynécologue, la sage-femme afin de trouver un cercle proche de chez soi.

Des réunions de support en ligne sont proposées sur le site : <https://www.postpartum.net/>. Trente minutes sont consacrées à l'information puis la

réunion se poursuit par une heure de discussions. Ce service est intéressant car il est gratuit contrairement aux cercles maman-bébé et permet d'assister à des réunions tout en restant chez soi, ce qui enlève la barrière de proximité et les difficultés de transport.

Un numéro d'urgence international a aussi été mis en place : 1-800-944-4773.

Le LAEP [107] est un lieu d'accueil enfant-parent. C'est un lieu d'accueil d'enfants de moins de 6 ans accompagné par leur parent. L'enfant peut se sociabiliser et le parent peut également partager son expérience avec d'autres parents et avec des professionnels présents et formés à l'écoute. C'est un espace propice à l'échange, avec des jeux et activités permettant de partager un moment avec son enfant en étant entouré pour renforcer le lien d'attachement. L'entrée est généralement libre et gratuite, financée par les caisses d'allocations familiales. Ce lieu chaleureux propose un cadre propice à la rencontre, à l'écoute et à la relation parent-enfant.

La bulle rose est un LAEP situé sur Toulouse qui accueille les enfants jusqu'à 4 ans. L'anonyme est respecté et ils demandent une participation financière de 2€50.

Une maison de périnatalité est un centre dédié aux futurs et jeunes parents, pluridisciplinaire composé de professionnels de santé, du paramédical, du bien-être et de la petite enfance. Elle propose des consultations individuelles, des ateliers pour toute la famille, des cours collectifs, des temps pour échanger, se former sur différentes thématiques avec des professionnels. A Toulouse, nous pouvons citer la villafamille et mamastoulouse.

(3) les 1000 premiers jours

Les 1000 premiers jours est un rapport conçu par Santé publique France en 2020, sous tutelle du ministère chargé de la santé [108]. Il a pour but d'informer les parents d'enfants en cours de grossesse jusqu'à l'entrée à l'école maternelle (2 ans) sur l'influence de l'environnement sur la santé, dans une démarche de promotion de la santé et d'éducation. Il se base sur trois piliers : un environnement relationnel, physique et alimentaire. Il présente aussi les structures qui peuvent les accompagner pendant cette période : les professionnels de santé, de la petite enfance, les services, lieux d'accueil, d'échange et de rencontre etc. Il s'agit d'une période clé car le développement de l'enfant est très rapide à ce moment-là et ses expériences de vie peuvent grandement influencer son développement et sa santé future.

En 2021, des actions concrètes ont été mises en place :

- une bonne visibilité du rapport avec un site internet, une application mobile, des flyers

- améliorer l'accompagnement avec en 2022 la mise en place de l'entretien postnatal précoce
- un service plus adapté pour les parents en situation de handicap
- un congé paternité porté à 25 jours
- une amélioration de la qualité des modes d'accueil du jeune enfant avec notamment un plan de formation des professionnels de la petite enfance

Ce rapport est très important car il montre l'engagement du gouvernement à s'intéresser aux familles et aux difficultés rencontrées par la famille.

VIII - La place du pharmacien d'officine

Le rôle du pharmacien dans le parcours de soin est intéressant car il a une place centrale. Il est disponible, accessible, présente moins la barrière de la blouse blanche, ce qui facilite le dialogue. Via son accessibilité géographique, ses disponibilités, ses contacts répétés, la connaissance de la vie des patients, le pharmacien a un rôle de médiateur pour la santé. Il est une des premières étapes du circuit du patient, contrôle, dispense les médicaments, détient les connaissances sur le médicament, est impliqué dans l'éducation des patients, promeut le bon usage du médicament, autonomise le patient. On a pu constater ces dernières années l'apparition de nouvelles missions du pharmacien qui tend vers des acteurs médicaux comme la vaccination mais aussi vers une démarche d'éducation et d'échanges avec les patients avec les entretiens pharmaceutiques notamment.

Le pharmacien fait partie intégrante de l'équipe soignante. Il peut assurer le lien entre les différents professionnels de santé, la mère étant parfois vulnérable et n'osant donc pas en parler. Les dépressions "souriantes" et le baby blues font que la mère est moins entourée par le corps médical lorsqu'apparaît sa dépression post-partum. Le pharmacien a un rôle d'écoute, d'accompagnement et permet d'orienter la patiente vers les professionnels compétents. "L'effet réseau" [3] permet d'assurer la continuité de la prise en charge de la patiente via plusieurs acteurs : les associations, les sage-femmes, puéricultrices, les pédopsychiatres, psychiatres, les assistantes sociales etc. Reliés, ces différents métiers médico-sociaux représentent un socle de soutien et de connaissances sur lequel les parents peuvent se reposer. On évite les redondances en mutualisant les moyens d'intervention qui apportent tous des outils différents et complémentaires pour le patient [109] et cela facilite la cohérence et la compréhension des soins. L'aptitude à travailler ensemble nécessite une bonne articulation entre les services concernés pour tendre vers l'interdisciplinarité. Le lien hôpital-ville doit évoluer dans ce sens avec la présence dans les maternités d'un pédopsychiatre et éviter la coupure entre la prise en charge

à l'hôpital et celle de la sage-femme à domicile. La dépression post-partum touchant environ 15% des femmes, le pharmacien doit s'impliquer dans ce problème de santé publique. Il a un rôle sentinelle et constitue un réseau de proximité.

Le pharmacien doit avoir la disponibilité d'esprit pour écouter le patient. Il ne doit pas se contenter de répondre aux questions du patient mais doit le questionner afin d'établir une relation de confiance et une écoute active. Nous pouvons faire le parallèle avec le comportement que l'on doit avoir face à un couple dont l'un d'eux est malade : on s'intéresse au patient mais également à l'aidant. Il est intéressant de questionner le co-parent afin d'avoir un autre avis que celui du parent déprimé. Pour cela, on pose des questions simples et ouvertes comme par exemple : Comment ça se passe à la maison ? Comment vous répartissez les tâches ? Comment vous, vous allez ?

Lorsque l'on voit arriver en pharmacie une jeune mère avec son enfant, l'attention est principalement tournée vers le bébé. Il faut cependant aussi s'intéresser à la mère, à son ressenti face à son nouveau rôle et ses nouvelles responsabilités, son nouveau rythme de vie et l'impact de l'arrivée du bébé dans sa vie quotidienne (difficulté à faire face aux exigences professionnelles ou familiales, relations conflictuelles, etc). Il est primordial de lui accorder du temps. On peut formuler des questions ouvertes, laisser parler la patiente sans l'interrompre, reformuler pour lui signaler qu'on l'a écouté et entendu, la questionner sur certains points qu'elle évoque mais n'approfondit pas. Il faut toutefois garder à l'esprit que le pharmacien a un rôle significatif dans la prévention mais un rôle d'appoint en cas de dépression avérée qui doit être prise en charge par un spécialiste.

Pour qu'une relation de confiance puisse s'établir, la patiente ne doit sentir aucun jugement de valeur car cela peut être difficile pour elle d'exprimer sa douleur dans un moment comme le postpartum qui est considéré comme incroyable. Il faut encourager le patient à se confier tout en orientant l'entretien si on décèle des facteurs diagnostics. Le pharmacien réoriente ensuite le patient vers son médecin traitant ou à un spécialiste en le poussant à lui parler de son état psychique et physique.

En officine, deux types de patients se présentent à nous : ceux qui ne sont pas encore diagnostiqués et ceux qui sont sous traitement. Notre rôle sera donc un rôle de dépistage ou de s'assurer d'une bonne observance du traitement mais dans les deux cas nous avons un rôle de soutien et d'accompagnement thérapeutique du patient.

Un patient passerait par plusieurs étapes avant la demande de soins : il ressent les symptômes, en évaluera la sévérité et les conséquences, déterminera s'il y a nécessité de traitement, étudiera la faisabilité ou l'acceptabilité du traitement et les

autres recours possibles. Le pharmacien doit l'accompagner et lui donner les informations nécessaires s'il décède des symptômes afin d'orienter le patient vers un parcours de soins.

Comment les repérer en officine ? Le pharmacien doit s'intéresser aux symptômes du patient : s'il détecte de la tristesse, un désintéressement de l'enfant, s'il a en face de lui une personne qui se renferme sur elle-même. La jeune mère revient régulièrement chez le pharmacien, pour acheter du lait ou le nécessaire aux soins du bébé, pour avoir des conseils, etc. Ce levier est intéressant car le fait qu'ils reviennent souvent facilite le dialogue et on apprend à connaître nos patients. On peut par exemple détecter un changement d'attitude du patient, un comportement différent par rapport à une grossesse précédente, qui doit nous alerter. Il faut poser les bonnes questions au bon moment : On commence par des questions simples et générales : Comment allez-vous, comment ça se passe à la maison, comment vous sentez-vous, comment vous sentez-vous dans votre nouveau rôle de mère, si elle prend les choses du bon côté aussi souvent que d'habitude ou justement si elle se sent inquiète sans motif, effrayée, si elle a déjà ressenti un sentiment triste au point d'en pleurer, si elle se sent dépassée par les événements, si elle se sent confiante en pensant à l'avenir et si elle se sent responsable des choses allant mal. Si la patiente répond par une plainte, nous devons nous y intéresser (depuis combien de temps, comment, pourquoi). Il faut s'intéresser au problème de la patiente selon ses demandes : si une jeune mère nous demande de l'euphytose ou de la mélatonine, cela sous-entend qu'elle présente des troubles du sommeil. C'est le bon moment de la questionner sur son rythme quotidien, sur la cause de ces troubles, etc car cela peut être un signe évocateur de dépression post-partum. Idem si on a une patiente qui regarde les produits au rayon stress. Il faut partir de la demande de la patiente, et élargir les questions sur le quotidien. Parfois, les patients peuvent être dans le déni et ont la sensation de faire face à la situation. Il faut les accompagner et les inciter à en parler et consulter. Le pharmacien dédramatise la situation et rassure la mère ou le co-parent dans sa compétence parentale et sur l'importance de recréer le lien avec l'enfant. Il est important de rassurer le patient sur l'évolution de la pathologie, lui dire que chacun "remonte la pente à son rythme". Il doit insister sur le fait de savoir prendre soin de soi.

Les représentations erronées selon lesquelles les médicaments antidépresseurs sont considérés comme une aide et pas forcément comme un traitement aussi indispensable que ceux prescrits pour les pathologies somatiques. Malgré une sensibilisation de la population, cette pensée peut avoir un impact considérable sur l'observance et sur le recours aux soins.

Concernant la prise médicamenteuse, le pharmacien doit avant tout s'assurer qu'il n'y ait pas d'interactions médicamenteuses avec ses traitements habituels. Il doit insister sur l'importance de l'observance et sur les modalités de prise des

traitements antidépresseurs. Il doit l'informer sur le temps de latence des antidépresseurs comme expliqué précédemment. Les principales causes d'inobservance liées au traitement sont l'oubli, la crainte des effets secondaires, la complexité du traitement (moment de prise, alimentation), la lassitude et le sentiment de guérison qui survient avant la fin du traitement [110]. Pour pallier ces causes, le pharmacien doit l'avertir des effets indésirables potentiels et le conseiller. Les moments de prise doivent être expliqués, notamment si la mère allaite. On peut aussi le questionner sur la tolérance du traitement et sur son efficacité. Le pharmacien doit inciter le patient à consulter son médecin si nécessaire. En pratique, pour s'assurer d'une bonne observance, on regarde, entre autres, le délai entre chaque délivrance pour s'assurer que le patient respecte la posologie prescrite.

D'autres déterminants de l'adhésion au traitement existent : la représentation que se fait le patient et la société de la maladie, perçue parfois comme un signe de faiblesse, le sentiment d'absence de gravité, la motivation et la relation patient-soignant (mauvaise confiance accordée au soignant, mauvais soutien, stratégie thérapeutique non centrée sur le patient) [110]. Pour y pallier, il faut que le patient veuille se traiter (adhère et soit convaincu de la décision de traitement, soit motivé), puisse se traiter (l'accès aux soins selon les conditions socio-économiques et les compétences physiques, psychologiques et comportementales) et sache se traiter (connaissance du médicament et de ses modalités d'administrations) [111]. L'alliance thérapeutique, la collaboration entre le soignant et le patient permet au professionnel de santé de soutenir le patient et de lui apporter ses connaissances.

Le pharmacien doit intervenir au bon moment et de la bonne manière. Par exemple, nous avons vu que l'allaitement a un effet protecteur et permet de développer le lien parent enfant et la compétence parentale ("il grandit grâce à moi, je le nourri"). Cependant, en cas d'échec, si la mère n'arrive pas à tirer son lait, une pression de la société peut se faire ressentir d'autant plus s'il y a un terrain vulnérable. C'est à ce moment-là que le pharmacien a pour rôle de rassurer la patiente, de la conseiller et de l'accompagner.

Au comptoir, le pharmacien peut conseiller tout d'abord une supplémentation en acide folique si la femme est enceinte : une supplémentation prolongée est associée à une diminution du risque de dépression post-partum, en plus de son intérêt pour prévenir des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural.

D'autres suppléments moins spontanés doivent aussi être proposés à la patiente présentant des facteurs de risque ou dépressive : une supplémentation en oméga 3, en magnésium et en probiotique.

En effet, l'acide docosahexaénoïque (DHA) fait partie des acides gras polyinsaturés à longue chaîne n-3 [112] qui sont la deuxième plus grande source d'énergie pour le corps humain. Le DHA intègre la structure neuronale du cerveau et de la rétine dès

les trois derniers mois de la grossesse, produit par le placenta et le fœtus. Dans certaines complications de la grossesse telle que la prééclampsie ou un dysfonctionnement placentaire, un déficit en DHA peut engendrer des troubles neurologiques chez l'enfant. Une supplémentation est indiquée chez ces femmes mais peut aussi être conseillée chez les autres femmes en vue des effets qu'une carence pourrait provoquer et pour son effet préventif dans les troubles de l'attention, le cancer du sein, le diabète gestationnel et le risque d'accouchement prématuré mais également pour son rôle préventif et thérapeutique dans la dépression en agissant dans les processus anti-inflammatoires, antioxydants et neurotrophiques. Des méta-analyses ont mis en évidence des taux plus faibles chez les patientes dépressives tandis qu'un taux élevé prédit une prévalence de dépression post-partum plus faible. Il est difficile de comparer les études d'années différentes à cause des changements sociaux et de la structure alimentaire, mais les études les plus récentes vont dans ce sens. Il est conseillé aux femmes d'avoir une alimentation équilibrée et de consommer jusqu'à 3 ou 4 portions de poisson gras chaque semaine pendant la période périnatale. L'apport en oméga 3 par l'alimentation peut se faire par la consommation de poisson gras riches en DHA et en EPA. Pour celles ne consommant pas ou peu de poisson, les compléments alimentaires riches en DHA et en EPA peuvent être une alternative (Gynéfam Plus, Oligobs Grossesse ...). Il est conseillé de prendre le complément en DHA pendant la grossesse et en période post-partum notamment en cas d'allaitement. La prise se fait pendant d'un repas afin qu'il soit mieux absorbé.

Le magnésium a une action sur le stress et la fatigue. Une supplémentation peut être proposée même si les études sont partagées quant à son effet sur l'amélioration des symptômes mais serait associée à une moindre exacerbation des symptômes [113, 114].

La grossesse est associée, en fonction des trimestres, à des modifications de structure et de composition du microbiome avec un changement dans la dominance bactérienne [115]. L'axe microbiote-intestin-cerveau médie les interactions entre le microbiote donc l'ensemble de micro-organismes commensaux de l'intestin et les processus neurologiques, immunologiques et endocrinologiques. Le mécanisme reste cependant mal compris mais il a déjà été démontré que le microbiome des femmes enceintes anxieuses est différent de celui des femmes sans anxiété. Pour rappel, le microbiote intestinal a une influence sur la production de vitamines, la dégradation de composants non digestibles comme la cellulose, la dégradation des xénobiotiques nocifs et la régulation du système immunitaire. Certains micro-organismes produisent des neurotransmetteurs tels que la dopamine, le GABA ou des précurseurs de la sérotonine ayant une action au niveau du système nerveux central via les nerfs afférents et une action sur le système immunitaire. En parallèle, le stress mental peut influencer indirectement les microbes car la libération de cortisol va moduler la réponse immunitaire et réguler la fonction enteroendocrine et neurologique intestinale et ainsi la motilité intestinale et la production de mucine.

Cela témoigne du lien entre microbiome et trouble de l'humeur. La neuro-inflammation persistante est une marque d'un microbiome intestinal perturbé et aussi un signe de dépression périnatale. Les hormones ont également un effet sur le microbiome : sa composition est différente en fonction du sexe, en cas de troubles de la reproduction. Sachant les perturbations hormonales pendant la grossesse et en périnatalité, il est logique de penser que ces dynamiques hormones influencent le microbiote intestinal, vaginal et oral ; cette régulation étant bidirectionnelle. Toutes modifications sont augmentées en cas de dépression post-partum. Des niveaux de stress élevés ou des facteurs associés à la dépression post-partum telle que des antécédents, un environnement socio-économique faible, un stress prénatal, entraînent des modifications structurales et immunitaires du placenta, organe permettant les échanges materno-foetaux. De plus, des habitudes alimentaires maternelles inadaptées auront un impact sur le microbiote intestinal. Un apport en probiotiques peut être proposé aux patientes. Une supplémentation nutritionnelle et probiotique est souvent bien acceptée car considérée comme une thérapie alternative. Une étude a montré une diminution significative de certains symptômes bien que son impact soit modeste [116]. Cela reste, à mon sens, une voie de traitement intéressante à exploiter en plus de la thérapie.

Le pharmacien a une place privilégiée de proximité et de professionnel de santé. Cependant, nous pouvons nous demander si les moyens officiels mis en œuvre par le gouvernement sont suffisants. Des entretiens pharmaceutiques dédiés aux femmes enceintes ont été mis en place depuis 2022, rémunérés par l'assurance maladie. Leur objectif est d'évoquer le risque tératogène, l'automédication et les vaccins. Des fiches supports sont disponibles sur l'ANSM mais sont très accés sur le risque tératogène. C'est un sujet très important pour les femmes enceintes mais il me paraît pertinent de parler du changement de rôle à venir, de l'humeur de la mère et de lui parler du post-partum. Actuellement, lors de cet entretien, le pharmacien peut évoquer le sujet si cela lui permet l'entretien car ils sont guidés mais propre à chacun d'évoquer en plus d'autres sujets s'il le souhaite. Mais il me paraîtrait intéressant d'intégrer systématiquement le sujet du post-partum en l'intégrant aux supports proposés et qu'une rémunération adéquate soit mise en place car cela prolongerait la durée de l'entretien. De plus, des études ont mis en évidence que les profils symptomatiques de dépression apparaissent pendant la grossesse et restent stables en postnatal [117]. Les initiatives de santé publique et de dépistage devraient cibler la période prénatale précoce car il s'agirait du moment optimal pour les interventions. Il serait donc d'autant plus pertinent de l'inclure aux entretiens pharmaceutiques de la femme enceinte.

PARTIE II : ENQUETE

Dans le cadre de cette thèse, j'ai réalisé une enquête auprès des pharmaciens et préparateurs en pharmacie afin d'évaluer leurs connaissances sur la dépression post-partum.

Cette enquête s'inscrit dans le cadre de deux problématiques :

- la connaissance de cette pathologie auprès d'un professionnel de santé en première ligne, la capacité du pharmacien à détecter les symptômes et ses connaissances des outils de dépistage,
- sa volonté à être davantage formé sur un sujet qui se démocratise mais qui reste encore mal connu, ce qui permettrait une meilleure prise en charge du patient.

a - objectifs

Cette enquête à l'officine a pour objectif principal d'établir un état des lieux des connaissances des pharmaciens sur la dépression post-partum, de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge et de leurs connaissances sur les outils mis à leur disposition dans le dépistage.

b- méthodes

1 - déroulement de l'étude en pratique

Le questionnaire a été distribué auprès de pharmaciens et préparateurs en officine. Il s'agit d'une étude transversale qui a été diffusée début 2024. Je l'ai distribué autour de moi, à mes connaissances et sur des sites régionaux. J'ai insisté sur le fait qu'il s'agissait d'un questionnaire anonyme afin de récolter un maximum de réponses.

Le questionnaire a été réalisé via un google form et les résultats ont été traités sur un tableur excel.

2 - élaboration du questionnaire

Le questionnaire recense tout d'abord des données sociodémographiques :

- le sexe
- la tranche d'âge afin de déterminer si une génération a davantage de connaissances qui pourraient être influencée par l'oubli, l'expérience, la formation continue et la différence d'enseignements lors de la formation initiale

- la zone géographique d'exercice pour se questionner sur les différences de niveau de connaissance en fonction des programmes pédagogiques et formations proposées dans les différentes régions
- le nombre de patient de patients par jour de l'officine afin de déterminer si un praticien qui a plus de temps à accorder à chaque patient sait aborder cette problématique
- la zone d'exercice (urbaine, semi-rurale ou rurale) afin d'évaluer si celle - ci a un impact sur le lien pharmacien - patient, la proximité et sur la possibilité de faire des formations.

L'appartenance ou non à un réseau de santé est également intéressante pour savoir si les praticiens d'un réseau sont davantage sensibilisés à cette pathologie et la connaissent mieux ou non.

Nous avons ensuite posé des questions sur le rôle du pharmacien et sur son expérience : s'il a déjà conseillé ou dépisté une femme en dépression post-partum.

La deuxième partie du questionnaire est consacrée à l'évaluation des connaissances. Le pharmacien doit utiliser les outils adaptés afin d'orienter convenablement le dialogue avec le patient. On se demande alors s'il connaît le questionnaire EPDS qui est un des questionnaires de référence de la dépression post-partum, et quelles sont les questions posées à une femme déprimée en post-partum.

Les deux prochaines questions reposent sur la connaissance même de la maladie : la différence entre dépression post-partum et baby blues, les signes dépressifs. Les signes dépressifs ont été demandés sous forme de question ouverte pour ne pas influencer les réponses.

Les professionnels de santé doivent se mettre à jour des nouvelles découvertes scientifiques et des projets mis en place afin de promouvoir le dépistage, ainsi que les outils proposés pour informer la population. Un rapport les 1000 premiers jours a été rédigé par l'Etat afin d'informer les parents et faire la promotion de la santé.

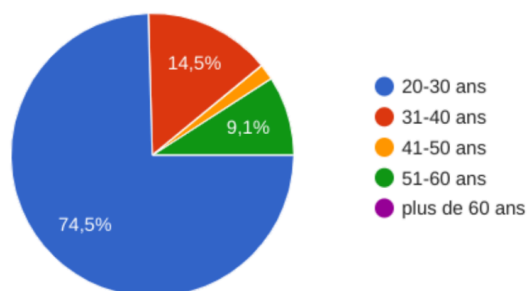
Comme dit précédemment, le pharmacien a un rôle dans le dépistage de la maladie mais aussi d'accompagnement et de conseils pertinents. Nous allons voir si les personnes interrogées savent proposer des conseils adaptés.

Pour finir, nous leur avons demandé s'ils ont déjà eu une formation dans leur officine et s'ils aimeraient que le sujet soit plus abordé.

c - résultats

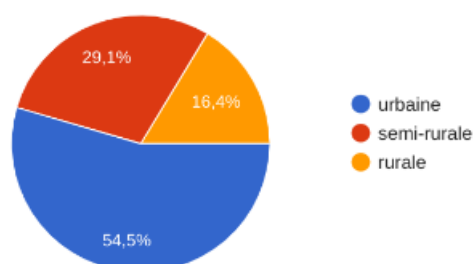
Nous avons obtenu 56 réponses. Dans cet échantillon, 94,5% sont des femmes.

Ma population d'étude est principalement composée de professionnels entre 20 et 30 ans.



Question 2 : "Quelle est votre tranche d'âge ?"

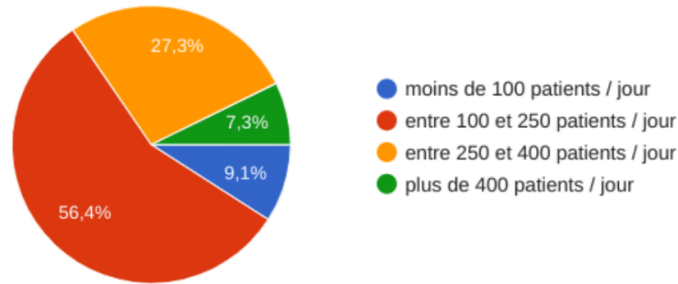
J'ai distribué le questionnaire autour de moi, à mes connaissances et sur des sites régionaux ce qui a limité sa portée géographique et la limitée à la région Occitanie et Nouvelle Aquitaine. La répartition en zone rurale ou urbaine est la suivante :



Question 4 : "Dans quelle zone exercez-vous ?"

54,5% des personnes étudiées exercent en zone urbaine, 29,1% en zone semi-urbaine et 16,4% en zone rurale.

Le nombre de patients/jour de l'officine est un indicateur de sa taille. Nous avons recensé 31 pharmacies entre 100 et 250 patients/jour ce qui représente 56,4% des pharmacies étudiées. 27,3% font entre 250 et 400 patients par jour, 7,3% plus de 400 patients/jour et 9,1% moins de 100 patients/jour.



Question 5 : “Le nombre de patients/jour de l’officine est de”

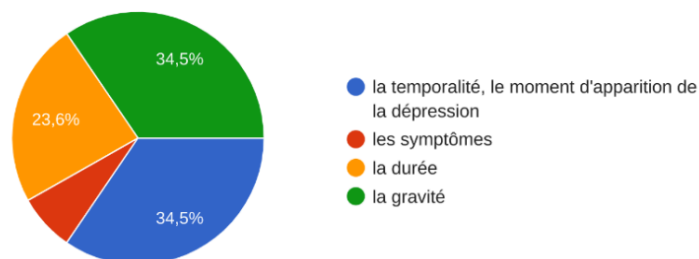
Fait intéressant, 50,9% des personnes interrogées font partie d’un réseau de santé.

Plus de 97% pensent que le pharmacien a un rôle à jouer dans le dépistage de la dépression post-partum. Cependant, aucun professionnel interrogé n’en a dépisté, et seulement 14 personnes soit 25,5% ont conseillé une patiente dépressive.

Le questionnaire EPDS est connu par seulement 3 pharmaciens.

Nous allons à présent recenser les connaissances des professionnels au sujet de la dépression post-partum.

Tout d’abord, nous avons demandé aux participants par quoi se différencie principalement la dépression post-partum par rapport au baby blues, en précisant de cocher la réponse la plus pertinente.



Question 10 : “La dépression post-partum et le baby blues se différencient principalement par (cochez une réponse)”

Les résultats montrent que seulement 34,5% ont coché la bonne réponse, à savoir la temporalité, le moment d’apparition des symptômes. Les autres réponses étant relativement vraies, ils n’ont pas su déceler la différence caractéristique entre les deux pathologies. La durée, répondue à 23,6%, est également en lien avec la temporalité.

Connaître les signes de la dépression post-partum permet aux professionnels d'officine de détecter les patientes à risque. Voici les réponses proposées classées, des symptômes les plus proposés aux moins évoqués :

Savez-vous détecter les signes de dépression post-partum ? Quels sont-ils ?

- un manque d'envie, tristesse (pleurs), moral à zéro, manque de joie de vivre
- apathie, asthénie, épuisement physique et moral / mental, perte d'élan vital
- stress, angoisse, anxiété, nervosité, trouble de l'humeur, labilité émotionnelle
- avoir l'impression d'être une mauvaise mère, se rabaisser, dévalorisation
- sentiment d'incapacité, doutes, remise en question, culpabilité
- idées noires
- perte d'envie de s'occuper de son enfant, rejet de l'enfant
- trouble du sommeil
- n'arrive plus à gérer le quotidien
- perte de poids
- isolement

Parmi les vingt huit réponses exactes, treize font partie d'un réseau de soin.

Nous avons récolté 74,5% de réponses venant de praticiens entre 20 et 30 ans. Nous allons analyser les différences de connaissances entre les générations. Sur quatorze personnes de plus de 30 ans, huit ont su trouver des symptômes plutôt pertinents tandis que sur quarante deux personnes de moins de 30 ans, vingt on su répondre à la question des symptômes. Nous avons pu remarquer que les personnes un peu plus âgées apportent plus d'importance à la spécificité du post-partum dans le dépistage des symptômes. Cependant, nous ne notons pas de grande différence dans la connaissance des symptômes proposés.

Nous allons à présent voir comment les pharmaciens abordent le sujet avec les patients.

Globalement, les questions proposées sont des questions ouvertes ce qui est un bon point pour amorcer le sujet. Il faut commencer par des questions simples et générales : Comment allez-vous, comment ça se passe à la maison, comment vous sentez-vous?

Les questions sur l'humeur proposées sont aussi intéressantes car elles orientent la patiente sur sa santé mentale, le but étant d'ouvrir le dialogue.

Le fait de lui demander comment elle se sent depuis l'accouchement permet d'insister sur son état actuel lié à sa nouvelle situation en comparaison à son état antérieur. La question "Depuis combien de temps vous sentez vous ainsi ?" est

revenue à plusieurs reprises et permet de situer dans le temps l'apparition des symptômes qui peuvent coïncider avec la période du post-partum.

Il faut ensuite s'intéresser au problème de la patiente selon ses demandes ce qui permet d'aborder les questions du sommeil par exemple, sur sa fatigue.

Si on décèle des symptômes de dépression, notre rôle est de la réorienter vers un spécialiste. Plusieurs questions proposées abordent le fait d'être entouré, de demander de l'aide et d'en parler.

Le sujet du co-parent n'a pas du tout été mentionné dans les propositions de questions à poser.

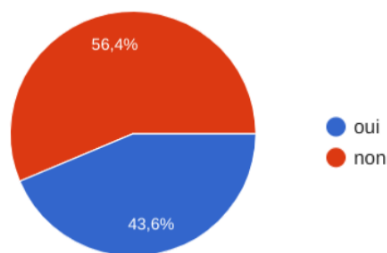
Le pharmacien a un rôle d'écoute, un rôle dans le dépistage et un rôle de conseil. Concernant les conseils à prodiguer au patient, j'ai obtenu trente et une réponses sur cinquante six personnes interrogées. Il est important de noter que la population étudiée a le bon réflexe de réorienter vers un spécialiste ou du moins vers le médecin traitant s'il détecte des signes de dépression post-partum. Avant de prodiguer un conseil, il va tout d'abord demander à la patiente si elle allaite ou non. Ce point est très important car certaines molécules peuvent passer dans le lait maternel. Sans ordonnance, les conseils proposés en post-partum sont principalement :

- des probiotiques : Symbiosys serenitas (Bifidobacterium longum, extrait de safran, sels de magnésium, vitamine B6) mais qui n'est pas recommandé en cas d'allaitement. Melioran psychobiotic de Pileje (lactocaseibacillus paracasei, lactocasei Bacillus casei, vitamine B6) a aussi été proposé
- des compléments alimentaires :
 - une supplémentation en magnésium, compatible avec l'allaitement, qui va agir sur la fatigue et le stress
 - une supplémentation en oméga 3 : omegabiane DHA de Pileje (huile de poissons)
 - une supplémentation en tryptophane : Ergystress seren de Nutergia en contient (avec de la rhodiola, du magnésium, des vitamines) mais qui est déconseillé chez la femme allaitante
 - Ergycalm de Nutergia contenant de l'aubépine, ballote et mélisse a aussi été proposé
 - Post partum de Hollis propose un complexe spécifique à la période post-partum et adapté à l'allaitement (magnésium, feuilles de framboisier, tryptophane, fer, complexe vitaminique)
- de la phytothérapie :
 - rhodiola
 - du safran : beaucoup recommandent Safralite de Codifra (griffonia, extraits de safran , zinc, vitamine B6) mais qui n'est pas conseillé en

cas d'allaitement. Melioran regul de Pileje (safran et rhodiole) a aussi été proposé à de plusieurs reprises hors allaitement

- griffonia

Nous pouvons donc nous demander si le pharmacien sait chercher l'information et se renseigner sur les démarches mises en place par l'Etat afin de promouvoir la santé, de mieux dépister la dépression post-partum, d'accompagner les jeunes parents. On constate que 56.4% des personnes interrogées ne connaissent pas le site les 1000 premiers jours.



Question 13 : "Connaissez-vous les 1000 premiers jours.fr ?"

Seulement une personne a déjà eu une formation sur ce sujet dans son officine. A l'unanimité, les participants souhaitent que la dépression post-partum soit davantage abordée pendant nos études et en formation continue.

d - discussion

Seulement 56 réponses ont été recensées. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des professionnels officinaux.

Dans cet échantillon, 94,5% sont des femmes. Cela n'est pas surprenant sachant que la proportion des femmes au sein de la profession de pharmacien est de 68% en 2022 selon l'ordre des pharmaciens [118] et que le taux s'élève à 90% pour les préparateurs en pharmacie [119].

La population étudiée est principalement composée de professionnels entre 20 et 30 ans. Un échantillon plus large aurait permis de voir plus précisément s'il existe une différence de connaissances entre les générations de pharmaciens d'officine ou si les années d'expériences suscitent l'intérêt du professionnel pour cette pathologie s'il rencontre des patientes atteintes. Cependant, ce sont des personnes jeunes avec des connaissances récentes. L'âge moyen recensé en 2023 est de 46,5 ans [120]. Mon étude présente donc un biais de sélection.

La zone géographique d'étude s'est limitée à la région Occitanie et Nouvelle Aquitaine car j'ai distribué le questionnaire autour de moi, à mes connaissances et sur des sites régionaux ce qui a limité sa portée.

54,5% des personnes étudiées exercent en zone urbaine, 29,1% en zone semi-urbaine et 16,4% en zone rurale. Cette répartition est représentative de la répartition des pharmacies en zone urbaine / zone rurale en France. En effet, 1800 pharmacies ont été fermées entre 2012 et 2022 soit environ 8% des pharmacies avec une inéquité de la répartition des officines sur le territoire. Pour lutter contre ce phénomène et contre la désertification des pharmacies en zones rurales, des mesures vont être mises en place comme les "antennes d'officines" et un amendement permettant l'ouverture d'officine dans une commune de moins de 2500 habitants, qui devraient prendre effet au cours de l'année 2024 [121].

Le nombre de patients/jour de l'officine est un indicateur de sa taille. Nous avons recensé 31 pharmacies entre 100 et 250 patients/jour ce qui représente 56,4% des pharmacies étudiées. 27.3% font entre 250 et 400 patients par jour, 7.3% plus de 400 patients/jour et 9.1% moins de 100 patients/jour. En Occitanie, la densité de population par officine est estimée à 3132 [122].

Ces données sociodémographiques ont mis en évidence un biais de sélection notamment pour l'âge des participants et de la région d'exercice.

50,9% des personnes interrogées font partie d'un réseau de santé. Un réseau de santé permet une meilleure coordination et continuité de prise en charge interdisciplinaire. Sachant que le pharmacien a un rôle dans le dépistage de la dépression post-partum, il doit être capable de réorienter le patient vers un spécialiste. Le réseau permet de simplifier la prise en charge et d'assurer un meilleur suivi. Nous allons voir si cela permet d'apporter des connaissances supplémentaires au pharmacien par rapport aux pharmaciens ne faisant pas partie d'un réseau de santé.

La quasi-totalité des personnes pensent que le pharmacien a un rôle à jouer dans le dépistage de la dépression post-partum. En pratique, aucun professionnel interrogé n'en a dépisté, et seulement 14 personnes soit 25,5% ont conseillé une patiente dépressive. Ce ratio très faible peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- un manque de connaissance sur la pathologie. Le pharmacien ne sait pas détecter les signes, ou ne sait pas quelles questions poser. Nous allons analyser ces points un peu plus loin.
- un manque de temps même si cela me paraît un mauvais argument, cela reste parfois une réalité en officine.

- des patientes fermées au dialogue car il s'agit d'une pathologie encore tabou.

Le questionnaire EPDS est connu par seulement 3 pharmaciens. Il s'agit pourtant d'un outil validé et simple permettant de poser les questions pertinentes à une personne présentant des facteurs de risque ou ayant une attitude vis-à-vis de son enfant ou des signes de dépression post-partum. Il y a donc un manque d'information des professionnels sur les outils qu'ils peuvent utiliser.

Afin d'évaluer les connaissances des professionnels au sujet de la dépression post-partum, nous avons demandé aux participants par quoi se différencie principalement la dépression post-partum par rapport au baby blues. Les réponses étant toutes vraies, nous leur avons demandé de cocher la réponse la plus pertinente, c'est à dire la temporalité, le moment d'apparition des symptômes, qui est la différence caractéristique entre les deux pathologies. Les résultats montrent que seulement 34,5% ont coché la bonne réponse. La durée, répondue à 23.6%, est également en lien car la dépression post-partum peut faire suite à un baby blues ou du moins apparaît après la période durant laquelle une femme peut faire un baby blues. Cela n'est pas très surprenant car on fait souvent l'amalgame entre les deux et on n'arrive pas très bien à les distinguer : le baby blues, plus connu, apparaît quelques jours après l'accouchement et dure une quinzaine de jours contrairement à la dépression post-partum qui lui fait suite, un mois après l'accouchement et qui peut durer un an.

Les professionnels interrogés ont su décrire les principaux symptômes de la dépression post-partum, à savoir une humeur triste, de l'anxiété, avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle, un sentiment de culpabilité.

Seules huit personnes ont abordé la spécificité de la période ou des répercussions sur l'enfant : les autres personnes ont généralement décrit les signes dépressifs qui peuvent apparaître en dehors de la période du post-partum. Ce n'est pas inintéressant pour autant car des signes sont communs comme l'anxiété, l'asthénie, des pleurs réguliers, une humeur triste, des troubles du sommeil et du comportement alimentaire, une culpabilité excessive ou inappropriée, des idées noires. En plus de ça s'ajoute un désintéressement aux soins et au développement de son nouveau-né, un sentiment de découragement, d'incapacité concernant la fonction maternelle et de culpabilité.

Il est important de noter que sept personnes n'ont pas su apporter de réponse à cette question et vingt personnes n'ont pas répondu. Ce biais vient du fait que je n'ai pas proposé de réponse à cocher mais que j'ai souhaité que les participants rédigent leur réponse libre afin de ne pas les influencer. Ce parti pris fausse en partie mes

résultats car certaines personnes avaient sûrement une idée de réponse mais ne l'ont pas rédigé par faute de temps, par manque d'envie ou par peur de se tromper.

Nous remarquons aussi que seules quatre personnes ont évoqué les idées noires alors qu'il est impératif dans notre profession de déceler les signes évocateurs d'envie suicidaire.

On peut globalement supposer que les personnes interrogées seraient malgré tout capables de détecter les signes de dépression post-partum.

Parmi les vingt huit réponses exactes, treize font partie d'un réseau de soin. Sachant que la moitié des personnes interrogées font partie d'un réseau de soin, on peut constater que cela ne modifie pas les connaissances des praticiens car la proportion reste la même.

Le pharmacien doit aborder le sujet avec des questions ouvertes. Il faut toutefois orienter le dialogue sur sa santé mentale, sur le changement d'humeur depuis l'accouchement et sur la transition de rôle et sur son entourage. Les questions proposées par les professionnels interrogés sont trop générales. Il faut également traiter les plaintes de la patiente, s'intéresser à son sommeil, sa fatigue, et lui proposer des conseils pour l'accompagner et des produits adaptés qui pourront l'aider face aux situations qu'elle rencontre. Nous faisons notre maximum dans notre champ de compétence mais nous devons réorienter vers un spécialiste si nous décelons des signes de dépression post-partum chez une patiente.

Le pharmacien doit savoir conseiller et orienter la patiente. Ayant obtenu trente et une réponses sur cinquante six personnes, certains ne sont pas à l'aise dans le conseil associé à la prise en charge de la dépression post-partum. Les propositions faites concernent les probiotiques, les compléments alimentaires avec des laboratoires de micronutrition et la phytothérapie. Les quelques réponses s'apparentent à des conseils faits à des personnes dépressives, en demandant à la patiente si un allaitement est en cours. Ils en vérifient ensuite la compatibilité. Ils réorientent vers un spécialiste s'ils décèlent des signes de dépression. Nous pouvons en conclure que les professionnels ont globalement les bons réflexes mais sont un peu limités par leurs connaissances sur le sujet.

Il s'agit d'une pathologie nouvellement considérée par tous les professionnels de santé mais, à mon sens, il manque de structure et formation continue sur le sujet. Il n'est aussi pas assez inclus dans la formation initiale des professionnels. Pour prendre l'exemple du pharmacien, la dépression post-partum n'est que très peu voire pas abordée lors de nos études. C'est à nous à nous former par la suite lorsqu'on travaille en officine, via des formations privées ou grâce à l'expérience de nos

collègues. C'est un sujet de plus en plus abordé mais il faut savoir trier l'information. Beaucoup de personnalités publiques exposent leur vécu sur des plateformes de podcast par exemple, mais les informations ne sont pas forcément fiables. Cela reste pour autant une bonne chose car les femmes atteintes se sentiront peut-être moins seules et oseront davantage en parler.

Les professionnels de santé sont en attente d'avancée que ce soit sur la formation initiale que sur l'encadrement du gouvernement afin de mieux accompagner et orienter les patients.

Nous avons constaté que 56.4% des personnes interrogées ne connaissaient pas le site les 1000 premiers jours, malgré la communication faite pour accompagner les familles. Ce rapport rédigé par l'Etat a pour but d'informer les parents et de faire la promotion de la santé. Il est important de le connaître et de le faire connaître car il recense les structures qui peuvent accompagner les jeunes parents pendant cette période. Des flyers et affiches peuvent être mises en avant dans les officines.

Je voudrais à présent partager ma propre expérience. Ce travail de thèse m'a fait réfléchir sur la façon d'aborder une jeune mère. Je me préoccupe davantage de son état de santé à elle et des bouleversements engendrés par la naissance de son enfant qu'avant. Il ne faut pas limiter ces questions à des banalités mais essayer d'ouvrir le dialogue au maximum. A titre personnel, je n'ai été confronté à cette pathologie qu'une seule fois. Une patiente, madame X, s'est présentée à la pharmacie avec une ordonnance de sertraline faite par un médecin de l'hôpital Paul de Viguier. Me doutant qu'il s'agissait d'une dépression post-partum, je lui ai demandé si elle venait d'accoucher et comment s'était passé le retour à la maison. Madame X m'a expliquée que c'était assez compliqué, qu'elle avait été bien prise en charge par l'hôpital et qu'on lui avait expliqué que c'était normal et que ça arrivait à plein de femme. J'ai donc confirmé en remarquant qu'elle était un peu sur la défensive. Après une explication de son traitement, de l'importance de l'observance malgré le temps de latence avant la réponse thérapeutique, je me suis assurée qu'elle soit bien suivie. Nous avons ensuite discuté des 1000 premiers jours. Une remarque m'a marquée lorsque j'ai abordé le sujet du sommeil : elle m'a dit pouvait pas se plaindre car elle avait un "bébé cool" et j'ai décelé un sentiment de culpabilité de sa part. Cette rencontre était très intéressante malgré le fait que je l'ai simplement conseillé sur son traitement et que j'ai établi un dialogue qui l'a mise en confiance. Son diagnostic étant déjà fait, mon rôle dans sa prise en charge était plus limité. Cependant, cela m'a fait réaliser que je pesais vraiment mes mots avant de formuler une question ou un conseil pour ne pas froisser la patiente. Les questions peuvent paraître un peu intrusives et la patiente est vulnérable. Il ne faut pas qu'elle se sente jugée. Je trouve ce travail plus difficile qu'avec une personne déprimée hors

période périnatale à cause de la vision qu'à la femme d'elle-même en post-partum, ainsi que la vision de la société.

Le pharmacien est souvent le dernier maillon de la chaîne de santé. De plus, les patients ont parfois du mal à trouver des médecins qui prennent de nouveaux patients ou qui sont disponibles; et, se trouvant en errance médicale, se tournent davantage vers les pharmaciens afin d'avoir des conseils ou être aiguillés vers un autre professionnel de santé. Il est donc capital qu'il s'informe sur les avancées médicales et sur les outils à conseiller. Questionner le patient, le conseiller sur son traitement ou chercher à améliorer le quotidien du patient est un exercice chronophage et qui n'est pas rémunéré. Il serait intéressant d'inclure la prévention de la dépression post-partum dans les entretiens femme enceinte à pharmacie et d'envisager un nouvel entretien en post-partum.

Conclusion

La période du post-partum peut potentiellement perturber la stabilité et révéler des vulnérabilités ou des troubles psychologiques sous-jacents. Parmi les troubles psychiatriques périnataux, la dépression post-partum se démarque par sa forte prévalence et ses répercussions importantes tant sur la mère que sur le lien mère-enfant.

Des progrès considérables ont été faits, portés par l'intérêt grandissant des professionnels de santé et des chercheurs pour cette pathologie. La psychothérapie peut être associée à un traitement médicamenteux dont les études ont rassuré la mère sur son innocuité sur l'enfant allaitant.

Mais malgré la progression concernant le diagnostic et la prise en charge, cette pathologie reste sous-diagnostiquée et donc trop de femmes n'en sont pas soignées.

La marge de progression 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 vis-à-vis de la parentalité et de cette pathologie. Le pharmacien a son rôle à jouer dans l'optimisation de la prise en charge du patient dépressif en post-partum, notamment dans la prévention, le dépistage et l'amélioration de l'observance via son accessibilité, son écoute et ses conseils. Notre étude, réalisée auprès des pharmaciens et préparateurs en pharmacie, confirme le fait que les professionnels manquent d'information et de formation afin d'accompagner au mieux les patients.

Annexes

Une équipe de Genève a créé un questionnaire de dépistage de femmes à risque de développer une dépression post-partum avec peu de questions [77, annexe 1].

Les six questions de l'échelle et les questions supplémentaires
Questions de l'échelle, partie A <ol style="list-style-type: none">1. Avez-vous des démangeaisons ?2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?3. Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?4. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?5. Avez-vous un sentiment de solitude ?6. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?
Questions complémentaires de la partie B lors d'un dépistage ciblé <ol style="list-style-type: none">1. Parité2. Qualité de la relation avec la mère de la patiente depuis qu'elle est enceinte (pour les primipares uniquement)
Questions complémentaires de la partie B lors d'un dépistage large <ol style="list-style-type: none">1. Pleurez-vous facilement ?2. Avez-vous ou pensez-vous suivre des séances de préparation à la naissance pour cette grossesse ?

Annexe 2 : Échelle de Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post-partum (DAD-P), aussi appelé "questionnaire de Genève" :

ÉCHELLE DAD-P

Dépistage Anténatal du risque de Dépression Post-Partum

1. Avez-vous des démangeaisons ?

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

2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?

- 1 - Oui, souvent
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

3. Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?

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

4. Avez-vous un sentiment de solitude ?

- 3 - Oui, beaucoup
- 2 - Oui, moyennement
- 1 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

5. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?

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

6. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?

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

Score :

L'échelle est positive si le score est égal ou supérieur à 3.

Questions supplémentaires :

7. Pleurez-vous facilement ?

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

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

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

La partie supplémentaire est positive si les deux réponses sont positives.

Risque de dépression du Post-Partum
Le DAD-P est positif si l'échelle est positive ou si les deux questions supplémentaires sont positives.
si le DAD-P est positif, la femme est à risque de développer une dépression du Post-Partum. Se référer à l'arbre décisionnel.

Conception et validation du DAD-P :
Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Manzano J. et al. Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression post-partum. *Psychiatr Enfance* 2007 ; 49 : 513-41

Publication du questionnaire :
Nanzer N, Righetti-Veltema M. (2009). *Rev Med Suisse*, 5 : 395-401

Annexe 3 : Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS) :

Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS)

SCORING GUIDE

1. I have been able to laugh and see the funny side of things
 - 0 As much as I always could
 - 1 Not quite so much now
 - 2 Definitely not so much now
 - 3 Not at all
2. I have looked forward with enjoyment to things
 - 0 As much as I ever did
 - 1 Rather less than I used to
 - 2 Definitely less than I used to
 - 3 Hardly at all
3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
 - 3 Yes, most of the time
 - 2 Yes, some of the time
 - 1 Not very often
 - 0 No, never
4. I have been anxious or worried for no good reason
 - 0 No, not at all
 - 1 Hardly ever
 - 2 Yes, sometimes
 - 3 Yes, very often
5. I have felt scared or panicky for no very good reason
 - 3 Yes, quite a lot
 - 2 Yes, sometimes
 - 1 No, not much
 - 0 No, not at all
6. Things have been getting on top of me
 - 3 Yes, most of the time I haven't been able to cope
 - 2 Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
 - 1 No, most of the time I have coped quite well
 - 0 No, I have been coping as well as ever
7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
 - 3 Yes, most of the time
 - 2 Yes, sometimes
 - 1 Not very often
 - 0 No, not at all
8. I have felt sad or miserable
 - 3 Yes, most of the time
 - 2 Yes, quite often
 - 1 Not very often
 - 0 No, not at all
9. I have been so unhappy that I have been crying
 - 3 Yes, most of the time
 - 2 Yes, quite often
 - 1 Only occasionally
 - 0 No, never
10. The thought of harming myself has occurred to me
 - 3 Yes, quite often
 - 2 Sometimes
 - 1 Hardly ever
 - 0 Never

EPDS Score	Interpretation	Action
Less than 8	Depression not likely	Continue support
9–11	Depression possible	Support, re-screen in 2–4 weeks. Consider referral to primary care provider (PCP).
12–13	Fairly high possibility of depression	Monitor, support and offer education. Refer to PCP.
14 and higher (positive screen)	Probable depression	Diagnostic assessment and treatment by PCP and/or specialist.
Positive score (1, 2 or 3) on question 10 (suicidality risk)		Immediate discussion required. Refer to PCP ± mental health specialist or emergency resource for further assessment and intervention as appropriate. Urgency of referral will depend on several factors including: whether the suicidal ideation is accompanied by a plan, whether there has been a history of suicide attempts, whether symptoms of a psychotic disorder are present and/or there is concern about harm to the baby.

References:

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987; 150(6):782-786.
 BC Reproductive Mental Health Program and Perinatal Services BC. (2014). *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*. Available at: <http://tiny.cc/MHGuidelines>

Revised March 2015

Bibliographie

- [1] Bydlowski, M. (2008). *La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bydlo.2008.01>
- [2] World Health Organization: WHO. (2019, November 29). Dépression. https://www.who.int/fr/health-topics/depression#tab=tab_1
- [3] Dayan, J. (2008). *Les dépressions périnatales*. Masson. Collection médecine et psychothérapie
- [4] Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F., & Favilli, A. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of personalized medicine*, 13(1), 154. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3390/jpm13010154>
- [5] Manurung, S., Setyowati, S., Ginanjar, A. S., Soesilo, T. E. B., & Tyastuti, D. (2019). The Item Development of Maternal Blues Suryani (MBS) Scale in the antepartum period through bonding attachment that predicting postpartum blues. *Enfermería Clínica*, 29, 752–759. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.013>
- [6] Beck CT (2001) *Predictors of postpartum depression : an update, nurs res* n°50, p.275-285
- [7] HAS. (2014). Critères DSM-IV épisode dépressif majeur. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/apathie_criteres_dsm-iv.pdf
- [8] O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- [9] Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L. M., Keck, P. E., Lewis, L., McElroy, S. L., Post, R. M., Rapport, D. J., Russell, J. M., Sachs, G. S., & Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873–1875. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1873>
- [10] Spf. (n.d.). *Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/prevalence-de-la-depression-de-l-anxiete-et-des-idees-suicidaires-a-d eux-mois-postpartum-donnees-de-l-enquete-nationale-perinatale-2021-en-france>

[11] Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G., & Mayopoulos, P. A. (2019). Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 557–564. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x>

[12] Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(6), 216. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>

[13] *Symptômes de stress post-traumatique* | Institut national de santé publique du Québec. (n.d.). Institut National De Santé Publique Du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/recommandations/symptomes-de-stress-post-traumatique>

[14] Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>

[15] Fisher, J., De Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2011). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139-149H. <https://doi.org/10.2471/blt.11.091850>

[16] Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. J. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>

[17] Fond, G., Lançon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2019). Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. *La Presse Médicale*, 48(4), 365–375. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.12.004>

[18] HAS. (2021). Reco, note de cadrage. Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinatales__mel.pdf

[19] Spf. (n.d.). *Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale.*

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/prevalence-de-la-depression-de-l-anxiete-et-des-idees-suicidaires-a-deux-mois-postpartum-donnees-de-l-enquete-nationale-perinatale-2021-en-france>

[20] Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165–180.

<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>

[21] Galea, L. A., Wide, J. K., & Barr, A. M. (2001). Estradiol alleviates depressive-like symptoms in a novel animal model of post-partum depression. *Behavioural Brain Research*, 122(1), 1–9. [https://doi.org/10.1016/s0166-4328\(01\)00170-x](https://doi.org/10.1016/s0166-4328(01)00170-x)

[22] Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *PubMed*, 6, 60.

https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_9_16

[23] Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3–8.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.08.006>

[24] Mehta, D., Newport, D. J., Frishman, G., Kraus, L., Rex-Haffner, M., Ritchie, J. C., Lori, A., Knight, B. T., Stagnaro, E., Ruepp, A., Stowe, Z. N., & Binder, E. B. (2014). Early predictive biomarkers for postpartum depression point to a role for estrogen receptor signaling. *Psychological Medicine*, 44(11), 2309–2322.

<https://doi.org/10.1017/s0033291713003231>

[25] Guintivano, J., Arad, M., Gould, T. D., Payne, J. L., & Kaminsky, Z. (2013). Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Molecular Psychiatry*, 19(5), 560–567. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.62>

[26] Kimmel, M., Clive, M., Gispén, F., Guintivano, J., Brown, T., Cox, O., Beckmann, M. W., Kornhuber, J., Fasching, P. A., Osborne, L. M., Binder, E. B., Payne, J. L., & Kaminsky, Z. (2016). Oxytocin receptor DNA methylation in postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 69, 150–160.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.04.008>

- [27] Carroll, J. S., Meyer, C. A., Song, J. S., Li, W., Geistlinger, T. R., Eeckhoutte, J., Brodsky, A. S., Keeton, E. K., Fertuck, K. C., Hall, G., Wang, Q., Bekiranov, S., Sementchenko, V., Fox, E. A., Silver, P. A., Gingeras, T., Liu, X. S., & Brown, M. (2006). Genome-wide analysis of estrogen receptor binding sites. *Nature Genetics*, *38*(11), 1289–1297. <https://doi.org/10.1038/ng1901>
- [28] Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2014). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, *20*(1), 48–59. <https://doi.org/10.1017/s1092852914000480>
- [29] Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2014). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, *20*(1), 48–59. <https://doi.org/10.1017/s1092852914000480>
- [30] Epperson, C. N., Gueorguieva, R., Czarkowski, K. A., Stiklus, S., Sellers, E. M., Krystal, J. H., Rothman, D. L., & Mason, G. F. (2006). Preliminary evidence of reduced occipital GABA concentrations in puerperal women: a 1H-MRS study. *Psychopharmacology*, *186*(3), 425–433. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0313-7>
- [31] Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *PubMed*, *6*, 60. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_9_16
- [32] Binder, E. B., Newport, D. J., Zach, E. B., Smith, A. K., Deveau, T. C., Altshuler, L. L., Cohen, L. S., Stowe, Z. N., & Cubells, J. F. (2010). A serotonin transporter gene polymorphism predicts peripartum depressive symptoms in an at-risk psychiatric cohort. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(10), 640–646. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.12.001>
- [33] Scheid, J. M., Holzman, C., Jones, N. M., Friderici, K. H., Nummy, K. A., Symonds, L. L., Sikorskii, A., Regier, M. K., & Fisher, R. (2006). Depressive symptoms in mid-pregnancy, lifetime stressors and the 5-HTTLPR genotype. *Genes, Brain and Behavior*, *6*(5), 453–464. <https://doi.org/10.1111/j.1601-183x.2006.00272.x>
- [34] Mehta, D., Quast, C., Fasching, P. A., Seifert, A., Voigt, F., Beckmann, M. W., Faschingbauer, F., Burger, P., Ekici, A. B., Kornhuber, J., Binder, E. B., & Goecke, T. W. (2012). The 5-HTTLPR polymorphism modulates the influence on environmental stressors on peripartum depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 1192–1197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.042>
- [35] Vincent, M. Y., Donner, N. C., Smith, D. G., Lowry, C. A., & Jacobson, L. (2018). Dorsal raphe nucleus glucocorticoid receptors inhibit tph2 gene expression in male C57BL/6J mice. *Neuroscience Letters*, *665*, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.041>
- [36] Doornbos, B., Dijck-Brouwer, D. a. J., Kema, I. P., Tanke, M. A., Van Goor, S. A., Muskiet, F. a. J., & Korf, J. (2009). The development of peripartum depressive symptoms is

associated with gene polymorphisms of MAOA, 5-HTT and COMT. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(7), 1250–1254.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.07.013>

[37] Klein, M., Schmoeger, M., Kasper, S., & Schosser, A. (2016). Meta-analysis of the COMT Val158Met polymorphism in major depressive disorder: the role of gender. *World Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 147–158.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1083615>

[38] Stuebe, A. M., Grewen, K., Pedersen, C. A., Propper, C. B., & Meltzer-Brody, S. (2012). Failed Lactation and Perinatal Depression: Common Problems with Shared Neuroendocrine Mechanisms? *Journal of Womens Health*, 21(3), 264–272.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3083>

[39] Sairenji, T. J., Ikezawa, J., Kaneko, R., Masuda, S., Uchida, K., Takanashi, Y., Masuda, H., Sairenji, T., Amano, I., Takatsuru, Y., Sayama, K., Haglund, K., Đikić, I., Koibuchi, N., & Shimokawa, N. (2017). Maternal prolactin during late pregnancy is important in generating nurturing behavior in the offspring. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 114(49), 13042–13047. <https://doi.org/10.1073/pnas.1621196114>

[40] Massey, S. H., Schuette, S., Pournajafi-Nazarloo, H., Wisner, K. L., & Carter, C. S. (2016). Interaction of oxytocin level and past depression may predict postpartum depressive symptom severity. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 799–808.
<https://doi.org/10.1007/s00737-016-0616-6>

[41] Yim, I. S., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A., & Sandman, C. A. (2009). Risk of postpartum depressive symptoms with elevated Corticotropin-Releasing hormone in human pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 162.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.533>

[42] Meltzer-Brody, S., Stuebe, A. M., Dole, N., Savitz, D. A., Rubinow, D. R., & Thorp, J. M. (2011). Elevated Corticotropin Releasing Hormone (CRH) during Pregnancy and Risk of Postpartum Depression (PPD). *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 96(1), E40–E47. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0978>

[43] Abramowitz, J. S., Schwartz, S. W., Moore, K. M., & Luenzmann, K. R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: *Journal of Anxiety Disorders*, 17(4), 461–478. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00206-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00206-2)

[44] *Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature.* (2006, April 1). PubMed.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16627773/>

[45] Alqahtani, A. H., Khedair, K. A., Al-Jeheiman, R., Al-Turki, H. A., & Qahtani, N. H. A. (2018). Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a University

Hospital in Eastern province of Saudi Arabia: prevalence and associated factors. *International Journal of Women's Health*, Volume 10, 101–108. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s153273>

[46] Boekhorst, M. G. B. M., Beerthuis, A., Endendijk, J. J., Van Broekhoven, K. E. M., Van Baar, A. L., Bergink, V., & Pop, V. J. M. (2019). Different trajectories of depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 248, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.021>

[47] Zhao, X., & Zhang, Z. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

[48] Zhang, S., Wang, L., Yang, T., Chen, L., Qiu, X., Wang, T., Chen, L., Zhao, L., Ye, Z., Zheng, Z., & Qin, J. (2019). Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *European Psychiatry*, 55, 90–101. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.005>

[49] De Oliveira, A. G. E. S., Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Howard, L. M., & Lobato, G. (2016). Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: a path analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 297–309. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0705-6>

[50] Chen, Y., Yang, X., Guo, C., Liao, Y., Guo, L., Chen, W., Chen, I., Krewski, D., Wen, S. W., & Xie, R. (2020). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Following Caesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Womens Health*, 29(2), 200–209. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7750>

[51] Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 33(2), e129–e135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>

[52] Muskens, L., Boekhorst, M. G. B. M., Kop, W. J., Van Den Heuvel, M. I., Pop, V. J. M., & Beerthuis, A. (2022). The association of unplanned pregnancy with perinatal depression: a longitudinal cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 25(3), 611–620. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01225-9>

[53] McGrath-Morrow, S. A., Gorzkowski, J., Groner, J. A., Rule, A. M., Wilson, K. M., Tanski, S. E., Collaco, J. M., & Klein, J. D. (2020). The effects of nicotine on development. *Pediatrics*, 145(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1346>

[54] Chen, H., Cai, J., Zha, M., & Shen, W. (2018). Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(2), 97–105. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2017.1415881>

- [55] Santé publique France partenaire de la 6ème édition de l'Enquête Nationale Périnatale. (n.d.).
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-publique-france-partenaire-de-la-6e-edition-de-l-enquete-nationale-perinatale>
- [56] Qiu, X., Sun, X., Li, H., Wang, D., & Zhang, S. (2022). Maternal alcohol consumption and risk of postpartum depression: a meta-analysis of cohort studies. *Public Health*, 213, 163–170. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.020>
- [57] Chantry, A., Monier, I., & Marcellin, L. (2015). Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *Journal De Gynecologie Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*, 44(10), 1071–1079.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.026>
- [58] Walburg, V., Conquêt, M., & Callahan, S. (2009). Effet d'une interruption précoce de l'allaitement sur le vécu maternel. *Journal De Pédiatrie Et De Puériculture*, 22(6), 264–268.
<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2009.06.004>
- [59] Kim, S., Park, M., & Ahn, S. (2021). The Impact of Antepartum depression and Postpartum Depression on exclusive Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 866–880.
<https://doi.org/10.1177/10547738211053507>
- [60] Aguilar-Cordero, M. J., Sánchez-García, J. C., Rodríguez-Blanque, R., Sánchez-López, A. M., & Mur-Villar, N. (2018). Moderate physical activity in an aquatic environment during pregnancy (SWEP study) and its influence in preventing postpartum depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(2), 112–121.
<https://doi.org/10.1177/1078390317753675>
- [61] Nakamura, A., Melchior, M., Bolze, C., El-Khoury, F., & Pryor, L. (2019). Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 29–41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.009>
- [62] Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A Prospective study of emotional disorders in Childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144(1), 35–47.
<https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.35>
- [63] Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. (2020). Référentiel de psychiatrie et addictologie. Collection l'Officiel ECN. 3e édition.
<http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2023/01/Referentiel-psychiatrie-addictologie-2021.pdf>
- [64] Cooper, P., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191–195. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.2.191>

- [65] Goudemand M. Les états dépressifs. Éd. Lavoisier Médecine-Sciences Publications. 2010 ; 578 p.
- [66] Tissot, H. (n.d.). *Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale*. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-611.htm>
- [67] Durand-Lasserve, B. (n.d.). *Hospitalisme*. Encyclopædia Universalis. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hospitalisme/>
- [68] Guédeney, A., Lamas, C., Bekhechi, V., Mintz, A., & Guédeney, A. (2008). Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Archives De Pédiatrie*, 15, S12–S19. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(08\)73942-3](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(08)73942-3)
- [69] *Incidence de la dépression périnatale sur le développement des enfants : une perspective développementale | Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. (2010, January 1). Encyclopédie Sur Le Développement Des Jeunes Enfants. <https://www.enfant-encyclopedie.com/depression-maternelle/selon-experts/incidence-de-la-depression-perinatale-sur-le-developpement-des>
- [70] Ballard, C., Davis, R. N., Cullen, P., Mohan, R. N. C., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164(6), 782–788. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.6.782>
- [71] Rao, W., Lee, S., Zong, Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvári, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of Affective Disorders*, 263, 491–499. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.030>
- [72] *Protection maternelle et infantile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. (n.d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile>
- [73] *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. (n.d.). Haute Autorité De Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
- [74] *Suivi de la mère après l'accouchement*. (n.d.). ameli.fr | Assuré. <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-mere-apres-accouchement>

- [75] HAS. (2014). Sortir de maternité, préparez votre retour à la maison. Document d'information.
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/document_dinformation.pdf
- [76] *Après l'accouchement : baby blues et dépression du post partum.* (n.d.). ameli.fr | Assuré.
<https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/grossesse-sante-psychique/baby-blues-depression-post-partum-grossesse>
- [77] Miller, B. J., Murray, L., Beckmann, M., Kent, T., & Macfarlane, B. (2013). Dietary supplements for preventing postnatal depression. *The Cochrane Library*, 2013(10).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd009104.pub2>
- [78] Righetti-Veltema, M. (2007, May 9). *Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum?* *Revue Medicale Suisse*.
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-110/pourquoi-est-il-essentiel-de-depister-et-de-prevenir-la-depression-postpartum>
- [79] Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. L., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357–364.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
- [80] Rao, W., Lee, S., Zong, Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvári, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of Affective Disorders*, 263, 491–499.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.030>
- [81] *Se préparer à l'arrivée de bébé tout au long de la grossesse.* (n.d.). ameli.fr | Assuré.
<https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>
- [82] *Arbre décisionnel Dépression post-natale.* (n.d.). Etablissements Public De Santé Mentale - Agglomération Lilloise.
<https://www.epsm-al.fr/article/arbre-decisionnel-depression-post-natale>
- [83] *Dépression post-partum.* (n.d.). ameli.fr | Médecin.
<https://www.ameli.fr/haute-garonne/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-maternite-perinatalite/depression-post-partum>
- [84] Zhou, L., Xiong, J., Chai, Y., Huang, L., Tang, Z., Zhang, X., Liu, B., & Zhang, J. (2022). Possible antidepressant mechanisms of omega-3 polyunsaturated fatty acids acting on the central nervous system. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.933704>

[85] Weyeneth, M. (n.d.). *La psychothérapie de soutien : un pas vers l'électisme*. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2004-2-page-73.htm>

[86] Martin E. Keck. (2017). La dépression. Lundbeck. https://depression.ch/content/2-was-sind-depressionen/1-symptome-und-diagnose/brintellix_patienten_broschuere_depression_f.pdf

[87] *Association Française de Thérapie interpersonnelle*. (n.d.). Association Française De Thérapie Interpersonnelle. <https://www.aftip.fr/>

[88] Rahioui, H. (n.d.). *Chapitre III. Les transitions de rôle et la dépression du post-partum*. Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-therapie-interpersonnelle--9782130635161-page-133.htm>

[89] Mirabel-Sarron, C. (n.d.). *Leçon 9. L'activation comportementale*. Cairn.info. <https://www.cairn.info/apprendre-a-soigner-les-depressions--9782100798865-page-164.htm>

[90] Séraphin, G. (2011). Introduction : Lien intergénérationnel et transmissions. *Recherches familiales*, 8, 3-6. <https://doi.org/10.3917/rf.008.0003>

[91] Beauquier-Maccotta, B. (n.d.). *La Guidance Interactive et son utilisation en périnatalité*. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2020-1-page-35.htm>

[92] *Dépression de l'adulte : épisode isolé pris en charge par le psychiatre en ambulatoire*. (n.d.). Haute Autorité De Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272453/fr/depression-de-l-adulte-episode-isole-pris-en-charge-par-le-psychiatre-en-ambulatoire

[93] Électroconvulsivothérapie (ECT). (n.d.). CAMH. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/electroconvulsivothérapie>

[94] Nard, N., Moulier, V., Januel, D., Guillin, O., & Rothärmel, M. (2021). L'électroconvulsivothérapie en période périnatale : représentations des professionnels de santé mentale. *L'Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.02.020>

[95] Stowe, Z. N. (n.d.). *Paroxetine in human breast milk and nursing infants*. American Journal of Psychiatry. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.157.2.185>

- [96] Hale T.W (1999), Medications and mothers' milk : 1999-2000, 8th ed, AMorillo, Pharmasoft Medical
- [97] Crat, L. (n.d.). Paroxétine – grossesse – le CRAT. Le CRAT. <https://www.lecrat.fr/4033/>
- [98] Crat, L. (2023, September 20). Sertraline – Grossesse – le CRAT. Le CRAT. <https://www.lecrat.fr/4044/>
- [99] Unknown. (2006). Syndrome sérotoninergique et interactions médicamenteuses. *Pharma-flash*, 33(5-6), 15-16. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/2006_33_5_6.pdf
- [100] Ahokas, A., Kaukoranta, J., Wahlbeck, K., & Aito, M. (2001). Estrogen deficiency in severe postpartum depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(5), 332–336. <https://doi.org/10.4088/jcp.v62n0504>
- [101] Moses-Kolko, E. L., Berga, S. L., Kalro, B. N., Sit, D., & Wisner, K. L. (2009). Transdermal estradiol for Postpartum Depression: a promising treatment option. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 516–529. <https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b5a395>
- [102] Revue médicale suisse. (2021). Brexanolone pour traiter la dépression du post-partum. https://www.revmed.ch/view/775194/6138879/ML_41-11_85.pdf
- [103] Moureau, A., Cordemans, L., Grégoire, C., Benoît, P., & Delvenne, V. (2023). A 5 years' experience of a parent-baby day unit: impact on baby's development. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1121894>
- [104] Simas, T. a. M., Whelan, A., & Byatt, N. (2023). Postpartum Depression—New screening recommendations and treatments. *JAMA*, 330(23), 2295. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.21311>
- [105] Stuchbery, M., Matthey, S., & Barnett, B. (1998). Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(10), 483–490. <https://doi.org/10.1007/s001270050083>
- [106] *Mom's Mental Health Matters: Moms-to-be and Moms - NCMHEP*. (2022, February 6). <https://www.nichd.nih.gov/>. <https://www.nichd.nih.gov/ncmhhep/initiatives/moms-mental-health-matters/moms>
- [107] *Les lieux d'accueil parent-enfant*. (n.d.). 1000 Premiers Jours - Là OÙ Tout Commence. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-lieux-daccueil-parent-enfant>

- [108] Cyrulnik B., Benachi A., Filliozat I., Dugravier R., Ansermet F., Casso-Vicarini N., Dehaene-Lambertz G., Lazimi G., Gratier M., Lemieux J., Marinopoulos S., Mutel-Laporte N., Shankland R., Wendland J., Delorme R., Storme L., Mogstad Slinde T. (2020). Les 1000 premiers jours. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- [109] la revue prescrire. (juillet 2013). tome 33 N° 357
- [110] Rueil-Malmaison, Rantucci MJ, editor. (2008). Le dialogue pharmacien-patient. Pro-Officina ; 344
- [111] Jacquement S et Certain A. (2000). « Éducation thérapeutique du patient : rôles du pharmacien », Bulletin de l'Ordre. 367 : 269-75
- [112] Jiang, Y., Chen, Y., Wei, L., Zhang, H., Zhang, J., Zhou, X., Zhu, S., Du, Y., Su, R., Fang, C., Ding, W., & Feng, L. (2023). DHA supplementation and pregnancy complications. *Journal of Translational Medicine*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12967-023-04239-8>
- [113] Miller, E. S., Sakowicz, A., Roy, A., Wang, A., Yang, A., Ciolino, J. D., Grobman, W. A., Wisner, K. L., & Yee, L. M. (2021). Is peripartum magnesium sulfate associated with a reduction in postpartum depressive symptoms? *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(5), 100407. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100407>
- [114] Boyle, N. B., Lawton, C., & Dye, L. (2017). The Effects of Magnesium Supplementation On Subjective Anxiety and Stress—A Systematic Review. *Nutrients*, 9(5), 429. <https://doi.org/10.3390/nu9050429>
- [115] Bernabé, B. P., Maki, P. M., Dowty, S., Salas, M. L. C., Cralle, L., Shah, Z., & Gilbert, J. A. (2020). Precision medicine in perinatal depression in light of the human microbiome. *Psychopharmacology*, 237(4), 915–941. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05436-4>
- [116] Slykerman, R. F., Hood, F., Wickens, K., Thompson, J. M. D., Barthow, C., Murphy, R., Kang, J., Rowden, J., Stone, P., Crane, J., Stanley, T., Abels, P., Purdie, G., Maude, R., & Mitchell, E. A. (2017). Effect of Lactobacillus rhamnosus HN001 in Pregnancy on Postpartum Symptoms of Depression and Anxiety: A Randomised Double-blind Placebo-controlled Trial. *EBioMedicine*, 24, 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.09.013>
- [117] Kee, M. Z. L., Cremaschi, A., De Iorio, M., Chen, H., Montreuil, T., Nguyen, T., Côté, S., O'Donnell, K. J., Giesbrecht, G. F., Létourneau, N., Chan, S., & Meaney, M. J. (2023). Perinatal trajectories of maternal depressive symptoms in prospective, Community-Based cohorts across 3 continents. *JAMA Network Open*, 6(10), e2339942. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.39942>

[118] *Démographie des pharmaciens 2022 : principales tendances*. (n.d.). CNOP.
<https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-2022-principales-tendances>

[119] *préparateur en pharmacie - préparatrice en pharmacie*. (2024, March 18).
<https://www.onisep.fr/ressources/univers-metier/metiers/preparateur-preparatrice-en-pharmacie>

[120] *Tous Pharmaciens La lettre spéciale n°242 (25/06/2024)*. (n.d.). CNOP.
<https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-lettre/tous-pharmaciens-la-lettre-speciale-n-242-25-06-2024>

[121] Graillot, A. (2024, April 12). Déserts médicaux : Le Sénat adopte une proposition de loi pour préserver l'accès aux pharmacies dans les zones rurales - Public Sénat. *Public Sénat*.
<https://www.publicsenat.fr/actualites/territoires/deserts-medicaux-le-senat-adopte-une-proposition-de-loi-pour-preserver-lacces-aux-pharmacies-dans-les-zones-rurales>

[122] *Carte régionale - Officine (Mis à jour le 13/05/2024)*. (n.d.). CNOP.
<https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-titulaire-d-officine/m-on-exercice-professionnel/les-cartes/carte-regionale-officine-mis-a-jour-le-13-05-2024#map>

RÉSUMÉ en français :

La dépression post-partum est une des pathologies périnatales les plus fréquentes. Le dépistage se développe pour pallier au sous-diagnostic de cette pathologie : des campagnes de prévention sont mises en place par l'Etat avec un intérêt grandissant des professionnels de santé pour ce sujet afin d'assurer une prise en charge optimale et minimiser les complications pour la mère et l'enfant. Des études sont menées pour mieux comprendre sa physiopathologie complexe fortement influencée par les facteurs environnementaux.

Afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, le pharmacien, en tant qu'intervenant clé, doit conseiller, informer et éduquer les jeunes mères à travers leurs interactions fréquentes. Cependant, les pharmaciens devraient être mieux formés pour répondre efficacement aux besoins des patients, tout en se sentant plus à l'aise et compétents.

RÉSUMÉ en Anglais : Postpartum depression

Postpartum depression is one of the most common perinatal pathologies. Screening is developing to compensate for the underdiagnosis of this pathology : prevention campaigns are being implemented by the state with a growing interest among health professionals for this subject in order to ensure optimal care and minimize complications for mother and child. Studies are being carried out to better understand its complex pathophysiology, which is strongly influenced by environmental factors.

In order to improve the quality of care provided to patients, the pharmacist, as a key stakeholder, must advise, inform and educate young mothers through their frequent interactions. However, pharmacists should be better trained to respond effectively to patients' needs, while feeling more comfortable and competent.

DISCIPLINE administrative : Pharmacie, Psychiatrie

MOTS-CLÉS : Dépression, post-partum, rôle du pharmacien, médicaments, conseils

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Toulouse III
35, rue des Maraichers
31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Mme SALLERIN Brigitte