



HAL
open science

Post-partum et retour précoce à domicile : le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des mères et des nouveau-nés

Aurianne Alvarez

► To cite this version:

Aurianne Alvarez. Post-partum et retour précoce à domicile : le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des mères et des nouveau-nés. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03670363

HAL Id: dumas-03670363

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03670363>

Submitted on 17 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2021

N°

THESE

**pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 10 mars 2021 par

Alvarez Auriane

Née le 23 juin 1996 à Nice

***Post-partum et retour précoce à domicile : le rôle du
pharmacien d'officine dans l'accompagnement des
mères et des nouveau-nés***

Président du jury : *Mr Vaugeois Jean-Marie, professeur*

Directrice de thèse : *Mme Aguilera-Devaud Céline, gynécologue*

Membres du jury : *Mme Levasseur Célia, pédiatre*

Mme Hervouët Anne-Laure, pharmacien

*Mme Conce-Chemtob Marie-Catherine,
maitre de conférences des universités*

L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouhra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombré</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Virologie

Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	
----------------------------	--

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières

Table des tableaux	xv
Table des figures	xvi
Liste des abréviations	xvii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1. Le retour précoce à domicile	3
1.1 Le PRADO	3
1.1.1 Origine et motivation	3
1.1.2 Les patientes concernées	4
1.1.3 Le déroulement	6
1.1.4 Des avis mitigés	7
1.2 La coordination hôpital/ville	9
1.2.1 Les différents intervenants	9
1.2.2 Les transmissions hôpital-ville	11
1.3 La coordination des soins et de la prise en charge en ville	12
1.3.1 L'importance d'un relai des soins efficace en ville	12
1.3.1.1 Accompagner davantage les patientes	12
1.3.1.2 Prévenir les complications materno-fœtales	13
1.3.1.3 Limiter les réhospitalisations	14
1.3.2 L'organisation des soins en ville	14
1.3.2.1 Une prise en charge globale et multi-professionnelle	14
1.3.2.2 Les moyens de communication en ville	15
CHAPITRE 2. Le pharmacien d'officine	17
2.1 Les différentes missions du pharmacien d'officine	17
2.1.1 Un acteur de santé publique	17
2.1.1.1 Promouvoir la prévention	17
2.1.1.2 Un métier en pleine évolution	17
2.1.2 Un professionnel de santé accessible	19
2.1.2.1 Une proximité géographique	19
2.1.2.2 Des plages horaires importantes	19
2.1.2.3 Une relation de confiance	19
2.1.3 Un rôle quotidien de réorientation	20
2.1.3.1 Répondre aux problèmes bénins	20
2.1.3.2 Evaluer une situation	20
2.2 La réponse du pharmacien aux maux bénins de la mère et de son nouveau-né	20
2.2.1 La mère	21

2.2.2	L'enfant	33
2.2.2.1	Les troubles digestifs	33
2.2.2.2	Les problèmes dermatologiques	37
CHAPITRE 3.	L'implication des pharmaciens d'officine de Seine-Maritime	41
3.1	L'enquête	41
3.1.1	Type d'enquête	41
3.1.2	Objectifs	42
3.2	Matériels et méthodes	42
3.2.1	Points forts et limites de l'enquête.....	43
3.3	Résultats et discussions	43
3.3.1	Le sexe du pharmacien interrogé	43
3.3.2	L'âge.....	44
3.3.3	Les enfants.....	45
3.3.4	Le statut	45
3.3.5	Le type de pharmacie.....	46
3.3.6	La connaissance du PRADO	46
3.3.7	La fréquence des demandes	47
3.3.8	Les points forts du pharmacien	47
3.3.9	Les points faibles du pharmacien	48
3.3.10	Les pistes d'amélioration	49
3.3.11	Les connaissances	50
3.3.12	La formation post-partum	51
3.3.13	La formation nouveau-né.....	51
3.3.14	Une formation supplémentaire.....	52
3.4	Synthèse de l'étude	53
3.4.1	Bilan	53
3.4.2	Démarche d'amélioration	53
3.4.2.1	Les demandes.....	53
3.4.2.2	Les connaissances des pharmaciens d'officine	54
3.4.2.3	Les moyens de prise en charge.....	55
3.4.2.4	La communication hôpital-ville	56
3.4.2.5	La communication entre professionnels de santé en ville	56
3.4.3	Ouverture.....	57
CONCLUSION.....	59
Références bibliographiques.....	61
ANNEXES.....	65
Annexe 1	65
Annexe 2	69

Annexe 3	70
-----------------------	-----------

Table des tableaux

<i>Tableau 1- Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile</i>	<i>5</i>
<i>Tableau 2- Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile</i>	<i>5</i>
<i>Tableau 3- Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile standard</i>	<i>5</i>
<i>Tableau 4- Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile standard.....</i>	<i>6</i>

Table des figures

Figure 1- mettre une legende et refaire la figure	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2- Crevasses sur la pointe, le corps et la base du mamelon (Thompson et al., 2016)	29
Figure 3- Taches blanchâtres typiques d'un muguet chez le nouveau-né(Naitre et Grandir, 2019).....	30
Figure 4- Mastite du sein gauche chez une patiente allaitante (Thompson et al., 2016).....	32
Figure 5- Reconstitution des préparations pour nourrissons(Rigourd et al., 2018)	34
Figure 6- Cordon ombilical d'un nouveau-né (Pfersdorff, 2019).....	37
Figure 7- Erythème fessier en W du nourrisson (Phan, 2011).....	38
Figure 8- Dermatite séborrhéique chez un nouveau-né (Service de dermatologie du CHU de Brest, 2020)....	39
Figure 9- Acné du nourrisson (Pfersdorff, 2018).....	40
Figure 10- Représentation graphique du sexe des pharmaciens interrogés.....	44
Figure 11- Représentation graphique de l'âge des pharmaciens interrogés	45
Figure 12- Représentation graphique du statut familial des pharmaciens interrogés	45
Figure 13 - Représentation graphique du statut professionnel des pharmaciens interrogés	46
Figure 14- Représentation graphique du lieu d'exercice des pharmaciens interrogés	46
Figure 15 - Représentation graphique de la connaissance du PRADO.....	47
Figure 16- Représentation graphique de la fréquence des demandes liées au post-partum	47
Figure 17- Représentation graphique des points forts du pharmacien d'officine.....	48
Figure 18- Représentation graphique des points faibles du pharmacien d'officine	49
Figure 19- Représentation graphique des pistes d'amélioration	50
Figure 20- Représentation graphique des connaissances des pharmaciens interrogés	50
Figure 21- Représentation graphique de la formation des pharmaciens interrogés	52

Liste des abréviations

AIT : accident ischémique transitoire

AVC : accident vasculaire cérébral

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

DMP : dossier médical partagé

DMS : durée moyenne de séjour

DP : dossier pharmaceutique

DPC : développement professionnel continu

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HPST : hôpital, patient, santé, territoire

OMS : organisation mondiale de la santé

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

ONSSF : organisation nationale syndicale des sages-femmes

PMI : protection maternelle et infantile

PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile

RGO : reflux gastro-œsophagien

RPDO : retour précoce à domicile

SRO : soluté de réhydratation orale

INTRODUCTION

Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, la majorité des accouchements était pratiquée à domicile. Les accouchements réalisés en maternité présentaient un risque nettement supérieur de fièvre puerpérale à Streptocoque A. Ce n'est qu'à la suite des travaux du chirurgien et obstétricien Ignace Philippe Semmelweiss qui ont permis le progrès de l'hygiène, que l'accouchement en maternité s'est démocratisé. (Berche et Lefrère, 2011) L'essor de l'automobile a également joué un rôle considérable dans cette démocratisation en permettant aux femmes de se rendre plus facilement à l'hôpital.

Après cette généralisation des accouchements en maternité, émerge, au début du 21^{ème} siècle, la volonté des familles de démedicaliser la naissance pour des accouchements plus physiologiques et des hospitalisations plus courtes. Les femmes souhaitent se réapproprier la naissance de leur enfant.

La diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) en maternité est un bon indicateur pour mettre en évidence cette nouvelle tendance qui traverse la plupart des pays développés depuis la fin des années 1990. La DMS en maternité en France chute de manière constante depuis le début des années 1990 : 5,3 jours en 1997, 4,4 jours en 2007 et 3,9 jours en 2017. À titre d'exemple, la DMS en Suède était de 5,2 jours en 1990 contre 3,1 jours en 2010, tandis qu'au Canada, elle s'établissait à 4,7 jours dans les années 1980 pour finalement n'être que de 1,5 jours en 2017.(OCDE, 2020)

Ces sorties précoces de maternité génèrent de nouveaux problèmes et de nouvelles interrogations. Des complications materno-fœtales qui auraient pu apparaître lors du séjour en maternité, se révèlent au domicile familial. Ce problème pose un réel questionnement autour de l'accompagnement des familles et en particulier des jeunes parents parfois anxieux et démunis face à leur nouveau-né. Un programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) a alors été mis en place pour répondre à ce besoin. Il inclut les professionnels de santé exerçant à l'hôpital mais également ceux exerçant en ville avec notamment le pharmacien d'officine afin de créer autour des familles un continuum des soins.

Ce travail de thèse vise à étudier l'implication du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la patiente en post-partum et de son nouveau-né, particulièrement dans un

contexte de retour précoce à domicile après accouchement et à proposer des axes d'amélioration de celle-ci.

Pour cela, nous aborderons dans un premier temps, l'accompagnement des familles lors d'un retour précoce à domicile notamment dans le cadre d'un PRADO ainsi que la coordination hôpital-ville et la coordination entre les professionnels de santé en ville.

Ensuite, nous étudierons les différentes missions du pharmacien d'officine et les réponses qu'il peut apporter aux maux bénins des femmes en post-partum ou de leur nouveau-né.

Enfin, nous tenterons d'établir des propositions d'amélioration de la prise en charge au comptoir de ce type de patientèle en fonction des principales difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine de Seine-Maritime.

CHAPITRE 1. LE RETOUR PRECOCE A DOMICILE

Un retour à domicile après accouchement dit standard a lieu dans les 72 à 96 heures suivant un accouchement par voie basse ou dans les 96 à 120 heures suivant une césarienne. Un retour à domicile après accouchement est considéré comme précoce s'il a lieu dans les 24 à 72 heures suivant un accouchement par voie basse ou dans les 96 heures suivant une césarienne. (Onssf, 2018)

1.1 Le PRADO

Le PRADO est un service de retour à domicile proposé par l'Assurance Maladie à des patients ne nécessitant plus une hospitalisation en leur permettant de bénéficier d'une prise en charge et d'un accompagnement à domicile. Il propose une aide à l'initiation du suivi médical ambulatoire, et un suivi par un professionnel de santé désigné par le patient. Le PRADO s'inscrit donc dans le mouvement de développement des pratiques ambulatoires comme la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile (HAD).

Trois volets du PRADO existent actuellement : un volet post-chirurgical, un volet bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), un volet décompensation cardiaque, un volet post-accident ischémique transitoire (AIT) ou post-accident vasculaire cérébral (AVC) et enfin un volet maternité qui sera le volet développé dans cette thèse.

Le PRADO maternité peut être proposé lors d'un retour à domicile standard ou précoce.

1.1.1 Origine et motivation

Le projet PRADO a été mis en place de manière expérimental pour les sorties dites standard de maternité en 2010 dans trois départements : le Var, les Yvelines et la Haute-Savoie. A la suite de cette expérimentation, le projet a été généralisé à toute la France à partir de mars 2012. Une nouvelle expérimentation a été réalisée à partir de mars 2015 pour l'application du PRADO aux sorties précoces conduisant à une généralisation en juin 2018. (Onssf, 2018)

Ce programme avait été étendu en 2012 aux hospitalisations post-chirurgicales puis aux décompensations cardiaques en 2013, aux exacerbations de broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO en 2015 et enfin aux post-AIT, AVC en 2020. Aujourd'hui le

PRADO s'étend progressivement à toutes les personnes âgées de plus de 75 ans en sortie d'hospitalisation quel qu'en soit le motif. (Ameli, 2020)

Au moment de son initiation, l'Assurance Maladie a indiqué que ce projet avait pour objectifs principaux l'anticipation des besoins du patient liés à son retour à domicile et l'amélioration de la fluidité du parcours hôpital-ville.

Le site officiel de l'Assurance Maladie, Ameli, rappelle les principaux enjeux du PRADO tels qu'ils sont fixés par la stratégie nationale de santé : « préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients », « accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital », « renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant », « améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin ». (Ameli, 2020)

Outre l'aspect purement sanitaire, le PRADO revêt également une dimension économique puisqu'il s'inscrit aussi dans les différentes politiques envisagées pour une réduction des dépenses publiques. L'Assurance Maladie édite un rapport annuel « charges et produits » regroupant ses propositions pour améliorer la qualité du système de santé et en maîtriser les dépenses. Dans le rapport de 2018, il est indiqué que les différents volets du PRADO pourraient représenter une économie de plus de 70 millions d'euros sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). (Ameli, 2018)

1.1.2 Les patientes concernées

Pour bénéficier d'une sortie précoce, la mère comme l'enfant doivent respecter les recommandations de l'HAS suivant plusieurs critères selon s'il s'agit d'un retour standard ou précoce à domicile. (Haute Autorité de Santé, 2014) Ceux-ci sont synthétisés respectivement pour la mère et l'enfant dans les tableaux suivants :

Critères	
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes
10	Accord de la mère et/ou du couple

Tableau 1- Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile par l'HAS

Critères	
1	Nouveau-né à terme \geq 38 SA, singleton et eutrophe
2	Apgar \geq 7 à 5 minutes
3	Examen clinique normal* le jour de sortie
4	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi
6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère**)
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
9	Vitamine K1 donnée
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi post-partum après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie

Tableau 2- Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile par l'HAS

Critères	
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addictions et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thrombo-emboliques
8	Douleur contrôlée
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

Tableau 3- Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile standard par l'HAS

Critères	
1	Nouveau-né à terme \geq 37 SA singleton et eutrophe
2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48h après la naissance et avant la sortie
3	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
5	Perte de poids < 8% par rapport au poids de naissance
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas**)
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvement biologiques et bactériologique récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité
9	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie

Tableau 4- Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile standard par l'HAS

La liste de ces critères, très spécifiques et stricts, montre que la mère et le nouveau-né doivent tous les deux être considérés comme des patients à bas risque médical, psychique et social pour bénéficier d'une sortie précoce. À noter que le critère 10 pour la mère consiste en l'accord de la mère et/ou du couple : une sortie précoce est donc proposée aux familles qui sont en droit de la refuser.

Le PRADO est relativement bien accueilli par les patients : en 2018, près de 60% des naissances (soit 454 000 naissances) ont donné lieu à un accompagnement PRADO, et ce chiffre est en augmentation (+16% par rapport à 2017). Ces chiffres importants s'expliquent par la généralisation du PRADO dans les établissements de santé de France depuis 2013. En 2018, près de 98,6% des établissements de santé de France (soit 489 établissements sur 496) étaient impliqués dans ce programme. Cette même année, 6 800 sages-femmes étaient impliquées. En 2019, sur 753 000 naissances (INSEE, 2020), 400 000 ont bénéficié d'un PRADO dont 125 000 concernaient des sorties précoces. (Ameli, 2020)

1.1.3 Le déroulement

La mise en place d'un PRADO pour une mère et son enfant se fait en plusieurs étapes. Tout d'abord, l'équipe médicale décide de l'éligibilité de la mère et du nouveau-né à ce programme en fonction des critères d'inclusion énumérés précédemment. L'équipe médicale fixe alors une date de sortie. Avant la sortie, un conseiller de l'Assurance Maladie qui assure 100% de la prise en charge du programme se déplace dans l'établissement de santé pour rencontrer la mère et lui présenter le PRADO. Si la mère accepte cette proposition, le conseiller fixe un premier rendez-vous obligatoire dans les 24 heures suivant le retour à domicile, avec la sage-femme choisie par la patiente. Le conseiller peut également aider la

mère si elle le souhaite dans les démarches administratives telles que l'immatriculation du nouveau-né et son rattachement à la carte vitale des parents.

Un deuxième rendez-vous obligatoire est ensuite fixé par la sage-femme avec la patiente dans les jours qui suivent selon son appréciation. Si la sage-femme l'estime nécessaire, une troisième visite pourra être planifiée. Dès lors que le suivi de la mère et du nouveau-né ne présente aucune anomalie, les rendez-vous de suivi avec la sage-femme cessent.

1.1.4 Des avis mitigés

Les avantages

Le RPAD (retour précoce à domicile) vient d'une volonté des familles de vivre la grossesse de façon plus physiologique et moins médicalisée. La vision de la grossesse a évolué et elle n'est plus considérée comme une pathologie.

En 2016, les trois avantages du RPAD les plus évoqués par les patientes étaient : « retrouver son chez soi, ses repères, sa famille », suivi de « plus de repos » et « plus d'autonomie ». (Bessa Do Amaral Coutinho et Darcet, 2016) En effet, les femmes expriment fréquemment le désir de retrouver rapidement leur environnement familial surtout les mères ayant déjà des enfants à charge. Le RPAD permet également de favoriser l'autonomie et de bénéficier d'un meilleur repos. L'hôpital est un lieu avec beaucoup de passages et les chambres sont parfois partagées avec d'autres familles ce qui rend le repos des mères plus compliqué qu'à domicile.

Avec le PRADO, le suivi post-hospitalier et l'implication des professionnels de santé en ville sont renforcés afin de fluidifier le parcours hôpital-ville du patient. Un véritable accompagnement pluriprofessionnel se met en place autour de la mère, du père et de l'enfant afin de les soutenir au mieux et d'éviter aux parents de se sentir désarmés.

Les arguments en faveur de ce programme sont aussi financiers. Le RPAD permet de désengorger les maternités suite à la fermeture de nombre d'entre elles depuis les décrets de périnatalité de 1998. (Décret, 1998) La réduction du temps de séjour en maternité permet aux maternités d'augmenter leur activité. (Martin-Laval, Durant et Laurent, 2011)

Le prix d'une journée d'hospitalisation étant très élevé, raccourcir les séjours en maternité permet à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de réaliser des

économies importantes qui pourraient contribuer à garantir l'accès de tous les patients à de nouvelles innovations thérapeutiques.

Les inconvénients

Dès le début de l'expérimentation de ce projet en 2010, des critiques ont vu le jour notamment de la part des principaux syndicats de sages-femmes. Selon l'organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF), les critères d'inclusion au PRADO « sortie précoce » ne sont pas respectés. Le contact anténatal de la patiente avec la sage-femme qui la suivra dans le cadre du PRADO prévu dans protocole de l'expérimentation de ce projet n'est pas appliqué. Seules 40% des femmes ont un contact avec une sage-femme en anténatal. (onssf, 2018) Pourtant ce contact est indispensable pour créer une relation de confiance avec la patiente nécessaire à la prise en charge. Les sages-femmes participant au PRADO se plaignent également de difficultés dans la transmission des informations médicales. Celles-ci sont parfois incomplètes ou quelques fois totalement absentes avec un dossier médical égaré pouvant entraîner des difficultés d'organisation et augmentant le risque de non détection d'anomalies. (Berkane, 2015)

Bien que le PRADO ait pour but d'encadrer et de diriger le suivi post-hospitalier, il ne doit pas pour autant aller à l'encontre du libre choix du praticien par le patient. Sachant que le conseiller de l'Assurance Maladie fixe le premier rendez-vous avec une sage-femme, il est primordial de laisser la mère choisir quelle sage-femme la suivra et ne de pas faire du « détournement de patient ». Les professionnels de santé insistent également sur l'importance d'une coordination médicale hôpital-ville, du respect du secret médical et sur la responsabilité qu'ils ont de laisser sortir une mère et un nouveau-né si peu de temps après l'accouchement.

Se pose également la question du manque de continuité des soins et de suivi ainsi que du manque de coordination en ville, principalement le week-end, pouvant conduire à une augmentation des ré-hospitalisations non programmées. Lors d'un séjour court, des complications chez la mère ou le nouveau-né peuvent ne pas avoir été décelées ou peuvent apparaître dans les heures ou jours qui suivent. L'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né peut mettre quelques jours. Certains parents ne se sentent pas à l'aise pour une sortie précoce car cela leur retirerait du temps pour l'acquisition des techniques de soin du nouveau-né.

Enfin, pour ne pas avoir à « fermer des lits » les maternités se doivent d'augmenter leur activité, ce qui laisse induit une crainte omniprésente des soignants quant au risque de dégradation de la qualité et de la pertinence des soins.

1.2 La coordination hôpital/ville

Le retour à domicile est un passage important dans la vie des jeunes parents. Ils se retrouvent seuls chez eux avec leur nouveau-né et doivent changer d'interlocuteurs pour une prise en charge en ville.

1.2.1 Les différents intervenants

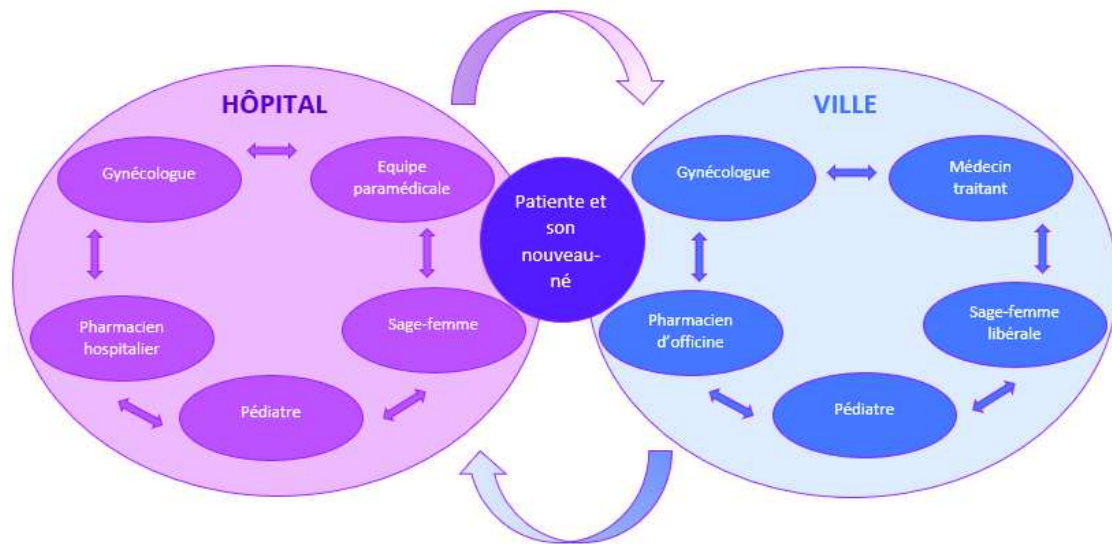


Figure 1- Schéma des différents intervenants

Les gynécologues-obstétriciens

Les gynécologues-obstétriciens participent au suivi de grossesse et aux accouchements. Ils ont un rôle central dans la prise en charge des accouchements surtout lorsqu'ils présentent des complications ou se font par césarienne. Ils participent également au suivi de la mère après l'accouchement et au dépistage des diverses complications du post-partum. Ils évaluent les risques et s'assurent de la validité des critères de recommandations de la HAS pour qu'une mère puisse bénéficier d'une sortie précoce. Pour le suivi de la grossesse, sept examens prénataux et un examen postnatal sont obligatoires.

Les pédiatres

Les pédiatres interviennent dans le suivi du nouveau-né. Ils sont présents dès la naissance si des complications apparaissent. Ils effectuent les examens obligatoires qui sont au nombre de quatorze au cours des trois premières années de l'enfant ainsi que les onze vaccins obligatoires. Ces examens et vaccins peuvent être effectués par un médecin généraliste ou un médecin de PMI (protection maternelle et infantile).

Les sages-femmes

Les sages-femmes peuvent prendre en charge le suivi global des grossesses sans complication ainsi que les accouchements sans complication. Par la suite, principalement avec le PRADO, elles ont un rôle important dans la période post-partum. Elles effectuent les visites à domicile après la sortie de maternité.

Le premier examen fixé dans les 24h suivant la sortie concerne l'état général, obstétrical et psychologique, la recherche d'infections, de complications thromboemboliques et hémorragiques de la mère ainsi que l'état général, la surveillance du poids et de l'alimentation, le dépistage d'ictère et la recherche de signes infectieux du nouveau-né.

Les puéricultrices

Les puéricultrices prennent en charge l'enfant à la maternité. Elles s'occupent de ses soins, de son alimentation, de son bien-être et font des examens. Elles accompagnent la mère, répondent à ses interrogations et l'aident à devenir autonome avec son enfant et à créer un lien avec lui pour un retour à domicile plus serein.

Le médecin traitant

Il s'agit du médecin de famille choisi par les parents. Pour le suivi du nouveau-né il peut s'agir d'un médecin libéral généraliste mais aussi d'un médecin de la PMI ou d'un pédiatre. Interlocuteur de choix, sa mission sera l'écoute et l'examen de la mère et de l'enfant. Il conseille, accompagne, informe et prévient les parents.

Les pharmaciens hospitalier et officinaux

Le pharmacien hospitalier a des missions variées : la validation des prescriptions émanant du service dans lequel il est affecté, la gestion des stocks de médicaments et dispositifs médicaux, la déclaration d'effets indésirables à la pharmacovigilance.

Le pharmacien biologiste quant à lui valide les résultats des analyses pratiquées dans son laboratoire.

Le pharmacien d'officine est un acteur de santé publique, accessible, avec un rôle quotidien de réorientation. Ses missions seront développées par la suite.

1.2.2 Les transmissions hôpital-ville

Dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, il est primordial qu'une transmission des informations médicales soit mise en place entre l'équipe médicale hospitalière et les professionnels de santé en ville. La prise en charge des patients sera d'autant plus adaptée que cette transmission sera efficace. À la sortie d'hospitalisation, l'équipe remet à la mère une fiche de liaison ainsi qu'un compte rendu de suivi post-partum immédiat. (Haute Autorité de Santé, 2013) Ces documents sont issus des recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2014 et ont été rédigés par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Ils ont pour but de garantir la continuité des soins entre l'établissement hospitalier et le professionnel de santé en charge du suivi.

La fiche de liaison présente les informations médicales concernant la mère et le nouveau-né ainsi que les antécédents de la mère, des informations sur l'accouchement et le déroulement des premiers jours post-partum à l'hôpital.

Le compte-rendu du suivi post-partum immédiat comporte une évaluation médicale de la mère et du nouveau-né, ainsi qu'une évaluation psychosociale de la mère. Il identifie le relai qui se met en place autour du couple mère-enfant à la sortie en désignant le professionnel de santé référent, responsable du suivi et de l'accompagnement et coordonnateur de la prise en charge pluridisciplinaire.

Une ordonnance de sortie pour la mère et l'enfant est également remise à la sortie de la maternité. L'équipe médicale peut, avec l'accord de la mère, contacter le pharmacien de l'officine de son choix pour lui faxer ces ordonnances.

Ces moyens de communication sont sous format papier et reposent donc sur le sérieux du patient pour ce qui est de transmettre ces documents au bon professionnel de santé sans oubli ou perte. Pour contrer ce problème, le dossier médical partagé (DMP) a été généralisé depuis novembre 2018. Ce carnet de santé numérique accessible via la carte vitale du patient contient ses informations médicales : ses traitements médicamenteux, ses bilans d'analyse biologique, ses radiographies, ses résultats d'examens etc... Il est accessible à tous les professionnels de santé et permet en cas d'urgence un accès à tout l'historique médical au SAMU et à l'hôpital.

Créé en janvier 2007, le dossier pharmaceutique (DP) est quant à lui un dossier informatique ouvert et alimenté par le pharmacien d'officine avec l'accord du patient. Il contient la dénomination et la quantité des médicaments classiques délivrés au cours de 4 derniers mois et archive pendant 21 ans les vaccins et pendant 3 ans les médicaments biologiques délivrés. Ce DP est accessible par les pharmaciens d'officine et les médecins et biologistes des établissements de santé.

Actuellement le DP et le DMP coexistent et sont complémentaires. Le DMP contient tout l'historique médical du patient tandis que le DP ne contient que l'historique des délivrances des traitements médicamenteux. Cependant les traitements n'apparaissent dans le DMP qu'après remboursement tandis que dans le DP l'apparition est immédiate. A terme, les données du DP devraient alimenter le DMP.

1.3 La coordination des soins et de la prise en charge en ville

La réduction du temps d'hospitalisation conduit à la diminution de la prise en charge en structure hospitalière. La dispensation des soins et l'accompagnement des familles reposent donc de plus en plus sur les professionnels de santé en ville qui doivent s'organiser en un réseau multidisciplinaire afin de garantir une efficacité des soins aux patients.

1.3.1 L'importance d'un relai des soins efficace en ville

Une carence de suivi de la mère et du nouveau-né peut avoir des répercussions. En cas de complications, une intervention précoce des professionnels de santé en ville est primordiale. Un relai des soins en ville efficace repose sur trois piliers. Un aspect social avec un accompagnement des familles. Un aspect médical avec la prévention des complications materno-fœtales. Enfin, une organisation des soins permettant aux patients de s'adresser à l'interlocuteur qualifié pour une situation donnée.

1.3.1.1 Accompagner davantage les patientes

Le retour au domicile peut être vécu comme un événement brutal pour certaines femmes qui se sentent désemparées et seules après avoir quitté un milieu médicalisé dans lequel elles étaient constamment entourées d'une équipe médicale. Certaines femmes et familles sont isolées. Après la sortie d'hospitalisation, créer un continuum dans la prise en charge est donc primordial pour recréer un environnement rassurant. Tout d'abord, désigner

un professionnel de santé référent du suivi permet d'encadrer les soins pour une meilleure efficacité et donne à la famille un interlocuteur privilégié à contacter en cas de problème.

Établir une relation de confiance avec les autres professionnels de santé qui prendront le relai de ces soins en ville constitue un autre élément clé de ce suivi visant à réduire ou prendre en charge au plus tôt les possibles complications materno-fœtales. Une mère entourée par des intervenants déjà connus pourra ainsi plus aisément poser ses questions au fur à mesure qu'elle sera confrontée à des situations nouvelles. Par ailleurs, des intervenants ayant déjà une certaine connaissance du caractère « habituel » de ces femmes (comme le médecin traitant, la sage-femme ayant suivi la femme tout au long de sa grossesse ou le pharmacien d'officine), seront plus à même de détecter l'apparition de troubles psychiques du post-partum.

1.3.1.2 Prévenir les complications materno-fœtales

Les principales complications maternelles sont de natures diverses :

- Complications infectieuses : endométrite, infections de la plaie abdominale ou périnéale.
- Complications mammaires : galactophorite, abcès du sein
- Complications thrombo-emboliques : thromboses veineuses profonde du membre inférieur, thromboses pelviennes, embolies pulmonaires
- Complications hémorragiques secondaires à la délivrance ou secondaire à une rétention placentaire non détectée
- Complications psychiques pouvant altérer la relation mère-enfant : babyblues, dépression du post-partum, psychose puerpérale. (Rainhorn, 1983)

Les complications rencontrées chez le nouveau-né sont principalement :

- L'ictère néonatal
- Les infections
- Les problèmes d'alimentation et/ou de prise de poids.

Toutes ces complications peuvent être dépistées de façon plus précoce grâce à un relai des soins efficace en ville, permettant éventuellement d'éviter une réorientation vers une structure hospitalière.

Parallèlement à ces principales complications rencontrées, il est également primordial de prévenir les complications materno-fœtales plus rares et graves.

1.3.1.3 Limiter les réhospitalisations

Il est courant que le premier réflexe des familles lorsque la mère ou le nouveau-né présente des symptômes perçus comme anormaux soit de se rendre aux urgences, sans avis médical préalable. Outre l'angoisse compréhensible des parents, cet automatisme traduit d'abord l'absence d'orientation vers un professionnel de santé en ville pour une prise en charge rapide. Ne sachant pas où se rendre, les parents préfèrent aller à l'hôpital, même si ce n'est pas nécessaire. A titre d'exemple, les principaux motifs de consultation au Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques (SAUP) de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt au cours de l'année 2015 pour les nourrissons de moins de 42 jours sont : le reflux, les coliques, la constipation, l'allaitement et l'inquiétude des parents, soient des situations qui pourraient être prises en charge par des professionnels de santé en ville. 93,5% de ces consultations étaient spontanées. (Arnould, 2017)

L'accompagnement des familles permet de réduire le nombre d'hospitalisations évitables dans des structures d'urgences mais également via des actions de prévention et de détection précoce d'anomalies de réduire les hospitalisations grâce à une prise en charge précoce en ville. La mise en place d'une coordination pluridisciplinaire de suivi accessible et continue, vers lesquels les parents pourront s'orienter spontanément, constitue donc un élément primordial pour éviter des consultations aux urgences évitables ou des réhospitalisations.

Cela permet également d'éviter un surencombrement inutile des structures d'urgences et de limiter les dépenses de santé par l'Assurance Maladie.

1.3.2 L'organisation des soins en ville

1.3.2.1 Une prise en charge globale et multi-professionnelle

La coordination entre les professionnels de santé en ville est un défi à relever. La complémentarité de ces différents acteurs permet une prise en charge optimale des patients.

Le patient doit rester le centre autour duquel gravitent tous les professionnels de santé travaillant en équipe dans son intérêt.

Cette prise en charge pluridisciplinaire fait appel aux médecins, gynécologues, pédiatres, infirmières, sages-femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.

Les PMI constituent également un relai des soins en ville. Il s'agit d'un service départemental chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Des consultations et des actions de prévention médico-sociales gratuites visant les enfants de moins de 6 ans et les femmes enceintes y sont proposées. L'objectif des PMI est de diminuer la morbi-mortalité maternelle et infantile et de promouvoir la santé de la famille. Dans ces structures travaillent en équipe des médecins généralistes, des gynécologues, des pédiatres, des sages-femmes, des puéricultrices et des infirmières.

Des associations existent pour accompagner les familles dans leur nouveau rôle et dans les potentielles difficultés qui l'accompagnent. Les champs d'action de ces associations sont très variés et apportent du soutien pour l'allaitement, les suites d'une césarienne, la dépression post-partum, la prématurité etc...

1.3.2.2 Les moyens de communication en ville

En ville, les principaux moyens de communication entre professionnels de santé sont la lettre, l'ordonnance et le carnet de santé.

Un médecin généraliste peut adresser un patient par l'intermédiaire d'une lettre à un de ses confrères, souvent un spécialiste. Selon le problème rencontré, il peut s'agir d'un gynécologue, d'un pédiatre, d'un psychiatre ou de tout autre spécialiste. Dans cette lettre, le médecin lui expose le problème auquel il fait face et lui demande de bien vouloir recevoir ce patient pour émettre un avis. Il y décrit la situation, donne des informations sur le patient et énonce les éventuels examens réalisés et traitement en cours.

L'ordonnance est un moyen essentiel de communication entre le médecin et le pharmacien. Grâce à celle-ci, le pharmacien prend connaissance des problèmes rencontrés et peut conseiller au mieux le patient sur sa pathologie et sur l'usage adapté de ses médicaments. Le pharmacien peut également, s'il le juge nécessaire, appeler le prescripteur. En effet, il a en sa possession l'historique des délivrances et éventuellement accès au dossier pharmaceutique du patient s'il est ouvert et peut rencontrer des contre-indications dans les associations de médicaments de divers prescripteurs.

Le carnet de santé est très utile dans le suivi de l'enfant. Tout acteur de santé le consultant pourra trouver rapidement de nombreuses informations sur l'enfant et ses antécédents : la surveillance médicale, les courbes de poids et de taille, les hospitalisations, les renseignements généraux et les vaccinations. Il est rempli par le médecin notamment lors de 20 examens médicaux obligatoires entre la naissance et les 6 ans.

Les communications entre professionnels de santé libéraux reposent encore beaucoup sur le papier. Cependant en ville tout comme à l'hôpital, les outils numériques tels que le DMP et le DP sont en voie de développement. Par exemple lorsqu'un patient se présente dans une nouvelle officine, le DP permet au pharmacien d'officine qui ne connaît pas ce patient d'avoir accès à l'historique des délivrances et de pouvoir intervenir en cas d'interactions médicamenteuses avec des médicaments délivrés précédemment chez l'un de ses confrères. Le DMP peut être consulté par un médecin libéral pour avoir accès aux antécédents médicaux d'un patient

CHAPITRE 2. LE PHARMACIEN D'OFFICINE

2.1 Les différentes missions du pharmacien d'officine

Le pharmacien analyse les ordonnances, s'assure qu'il n'y a aucune contre-indication ou interaction médicamenteuse puis après validation, il délivre et donne des conseils associés. Mais son rôle ne se limite pas à ces missions. Il collabore également à des actions ayant pour but d'améliorer la santé de la population : c'est un acteur à part entière de la santé publique. Il est accessible et joue un rôle dans la prise en charge des maux bénins ne nécessitant pas une consultation médicale ou la réorientation des patients vers un professionnel ou une structure adaptée à la situation.

2.1.1 Un acteur de santé publique

2.1.1.1 Promouvoir la prévention

Il participe à la prévention, l'éducation à la santé et l'autosurveillance via des discussions avec ses patients, des affiches ou brochures servant à sensibiliser et informer. À titre d'exemple, il délivre des conseils hygiéno-diététiques afin de lutter contre les maladies métaboliques et contre le tabagisme notamment chez la femme enceinte. Il a, de plus, l'obligation de déclarer les effets indésirables qu'il constate ou qui lui sont rapportés auprès des centres régionaux de pharmacovigilance et d'informations (CRPV) de l'agence régionale de santé (ARS).

2.1.1.2 Un métier en pleine évolution

Le métier de pharmacien d'officine est actuellement en pleine mutation. Depuis une dizaine d'années, il se voit accorder de plus en plus de missions de santé publique.

Depuis la loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST) de 2009, le pharmacien a pour mission l'éducation thérapeutique des patients ayant des pathologies chroniques (comme l'asthme, le diabète, la prise d'anticoagulant oraux directs (AOD)...) dans un but de promotion du bon usage des médicaments et de maintenir ou améliorer la qualité de vie des patients ayant des pathologies chroniques. L'éducation thérapeutique est proposée sous forme d'entretiens centrés sur le patient dans un but de sensibilisation au bon usage des médicaments pour le maintien voire l'amélioration de la qualité de vie du malade. Le patient

2.1 Les différentes missions du pharmacien d'officine

peut alors acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique.

Le dépistage étant une des missions de santé publique confiées aux pharmaciens d'officine, ils peuvent depuis le 1^{er} janvier 2020 réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en cas d'angine. Il s'agit d'un test oro-pharyngé qui peut être réalisé si le patient vient spontanément à l'officine se plaindre de maux de gorge et sans avoir consulté un médecin, ou s'il se présente à l'officine avec une ordonnance d'antibiotique sur laquelle le prescripteur demande la délivrance de l'antibiotique uniquement si le test pratiqué par le pharmacien est positif. L'objectif est de dépister les angines à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A et ainsi lutter contre l'antibiorésistance qui est un véritable fléau sanitaire mondial.

Depuis le 15 octobre 2019, les pharmaciens d'officine participent à la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière. (Service Public, 2019) Cependant, ils ne peuvent vacciner contre la grippe saisonnière que les personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure. Cette mission accordée aux pharmaciens est un nouvel outil pour exercer leur rôle de prévention. La grippe cause chaque année en moyenne 10 000 décès. Augmenter la couverture vaccinale permettrait d'en diminuer la morbi-mortalité. Les premiers résultats ont été très encourageants : en un mois de campagne vaccinale, 1 million de français avaient déjà été vaccinés contre la grippe saisonnière à l'officine soit 25% des vaccins réalisés sur cette période. Le nombre de personnes vaccinées entre octobre et décembre 2019 a été augmenté de 7,7% par rapport à l'année précédente. (FSPF, 2019)

Ces nouvelles missions constituent une avancée majeure, inédite et s'inscrivent dans un mouvement global visant à donner davantage de missions de santé publique au pharmacien d'officine. Les premiers résultats très encourageants laissent présager que de nouvelles missions pourraient lui être confiées dans les années à venir, dans divers domaines et possiblement dans le domaine du post-partum et du nouveau-né.

2.1.2 Un professionnel de santé accessible

2.1.2.1 Une proximité géographique

Pour assurer une répartition géographique efficace des officines et donc créer un réseau de proximité, de nombreuses règles sont imposées quant à la création d'une officine. L'implantation d'une pharmacie nécessite l'accord de l'ARS (agence régionale de santé) qui impose les conditions suivantes : la création ou le transfert d'une officine est possible pour les communes comptant au minimum 2 500 habitants et l'installation d'une pharmacie supplémentaire dans une commune est autorisée pour chaque tranche de 4 500 habitants. En France, l'offre de soins pharmaceutiques est garantie par un maillage territorial de 21275 officines (au 1^{er} mars 2020). La France dispose actuellement de 31,9 officines pour 100 000 habitants et 28,1 pour 100 000 en Seine-Maritime. (Ordre National des Pharmaciens, 2020)

2.1.2.2 Des plages horaires importantes

Le pharmacien d'officine est l'un des rares professionnels de santé accessible très facilement, sans rendez-vous. La majorité des officines sont ouvertes du lundi au samedi pour une durée allant de 9h à plus de 12h par jour. Il existe également un système de garde pour les nuits, dimanches et jours fériés qui permet d'avoir accès à une officine relativement proche du domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ces gardes assurent une permanence des soins et garantissent un accès continu aux médicaments et dispositifs médicaux disponibles en ville en cas d'urgence.

2.1.2.3 Une relation de confiance

Chaque jour 4 millions de personnes se rendent dans une officine. (Moreau et al., 2012) Le pharmacien est un interlocuteur très fréquent des personnes âgées, polymédiquées, ayant des maladies chroniques ou encore des jeunes parents et constitue un lien social privilégié pour les personnes isolées.

D'après l'enquête HARRIS INTERACTIVE pour pharmacie référence groupe, Pharmactiv et réseau santé de mars 2019, 84% des français se dirigent toujours vers la même officine. Le pharmacien connaît souvent le patient depuis plusieurs années : ses antécédents, son contexte familial, son environnement. Il peut donc mieux répondre à ses besoins, ses attentes, ses interrogations. Cependant s'il s'agit d'un patient inconnu et de passage, le pharmacien peut avoir accès à son DP s'il est ouvert. Cela lui permet d'avoir accès à l'historique des traitements du patient et donc de pouvoir analyser la nouvelle prescription dans sa globalité.

C'est une personne de confiance tenue au secret professionnel. La confidentialité des échanges permet au patient de se livrer comme il le souhaite.

2.1.3 Un rôle quotidien de réorientation

2.1.3.1 Répondre aux problèmes bénins

Toujours d'après l'enquête HARRIS INTERACTIVE pour pharmacie référence groupe, Pharmactiv et réseau santé de mars 2019, 91% des français disent avoir confiance en leur pharmacien. Ainsi, le pharmacien d'officine est régulièrement sollicité pour gérer des problèmes bénins qui ne nécessitent pas de consultation médicale. Il peut alors dispenser des conseils adaptés ainsi que des médicaments non soumis à prescription obligatoire.

Si le problème rencontré par le patient n'est pas bénin sans pour autant être urgent, le pharmacien peut également apporter une solution temporaire pour soulager les symptômes dans l'attente d'un rendez-vous chez un médecin.

2.1.3.2 Evaluer une situation

Du fait de ses connaissances et de son expérience, le pharmacien d'officine a les capacités de réorienter les patients. Il évalue l'urgence et la gravité de la situation puis s'il juge qu'il n'est pas apte à conseiller le patient dans un cas particulier, il peut le rediriger vers son médecin généraliste ou vers un service d'urgences.

Le pharmacien est donc l'un des maillons de la prise en charge optimale des patients et joue un rôle considérable dans le désencombrement des structures d'urgence. Cela est possible grâce à une étroite collaboration entre le pharmacien et les autres professionnels de santé.

2.2 La réponse du pharmacien aux maux bénins de la mère et de son nouveau-né

Pour une prise en charge efficace, le pharmacien d'officine se doit de savoir distinguer les problèmes nécessitant une consultation médicale (en urgence ou non), des maux bénins. Les complications du post-partum les plus souvent rencontrées chez les femmes sont d'ordre infectieuses, mammaires, thrombo-emboliques, hémorragiques ou psychiques. Tandis que chez le nouveau-né, les problèmes d'alimentation et de perte de poids, la déshydratation, l'ictère néonatal, les infections sont les principales complications

rencontrées. (Brun, 2017) Dans cette partie, seront énumérées les principales complications bénignes auxquelles le pharmacien peut faire face et la réponse qu'il peut apporter.

2.2.1 La mère

Le post-partum est une période transitoire entre la fin de l'accouchement et le retour de couche. De nombreux changements et complications peuvent apparaître avant un retour à la normale.

Du fait d'un retour précoce à domicile, la probabilité que ces phénomènes apparaissent en dehors de la période d'hospitalisation est d'autant plus grande. La mère se retrouve alors seule chez elle, sans une équipe médicale pour la soutenir. Le rôle des professionnels de santé en ville est très important dans ces cas-là notamment celui du pharmacien d'officine.

La prise en charge du pharmacien d'officine des maux bénins de la femme en post-partum est à différencier de son rôle de réorientation concernant les complications graves comme :

- L'endométrite dont les signes cliniques sont une fièvre, des douleurs abdominales basses, des lochies abondantes et malodorantes
- La septicémie et le sepsis sévère dont les signes d'alerte sont la fièvre et les frissons
- Les cas d'infection à Streptocoque A : rares mais très graves
- Les complications thrombo-emboliques telles que la phlébite qui induit à une douleur et un œdème dans le mollet et l'embolie pulmonaire qui induit une douleur thoracique unilatérale, augmentant à l'inspiration, une dyspnée et une éventuelle toux accompagnée de crachats hémoptoïques

L'asthénie

L'asthénie se définit comme un affaiblissement de l'organisme, une fatigue physique qui par extension est une fatigue psychique. Il s'agit d'un manque de dynamisme qui perdure malgré le repos. Les causes peuvent être liées à un accouchement long et difficile ou au rythme de sommeil de la maman perturbé par les réveils nocturnes de son nouveau-né.

L'asthénie est à prendre en considération car elle peut entraîner des complications psychiques telles qu'une dépression du post-partum. De plus, elle peut traduire une complication sous-jacente comme une anémie ferriprive par exemple.

Dans ce cas, le pharmacien devra prendre le temps d'écouter de manière active la patiente. Il pourra lui conseiller de faire des siestes dans la journée lorsque son bébé dort ou de déléguer au père ou à un proche certaines tâches comme l'entretien de la maison ou les devoirs des aînés. Des séances d'acupuncture peuvent être recommandées. D'un point de vue thérapeutique, le pharmacien pourra proposer du magnésium, de l'homéopathie et des compléments vitaminiques. Ces derniers peuvent être spécifiques des mamans allaitantes en participant au bien-être et au maintien de la lactation comme Calmosine allaitement® qui contient du fénugrec, de la passiflore, du cynorrhodon, de la biotine et du magnésium. Les compléments recommandés pour les femmes en post-partum contiennent le plus souvent des vitamines, du calcium, du zinc, du magnésium des oméga 3.

Les troubles psychiques

Les troubles psychiatriques sont plus fréquents lors du post-partum que lors de la grossesse. Tout d'abord il est essentiel de distinguer : le baby-blues, la dépression du post-partum et la psychose puerpérale.

Le baby-blues est une réaction due à la chute brutale des hormones progestatives qui suit l'accouchement, mais aussi du stress et de la fatigue provoqués par celui-ci. Cet état transitoire peut durer de quelques heures à une quinzaine de jours et se manifeste à différents degrés par une anxiété, une irritabilité, une vulnérabilité et des sautes d'humeur.

La dépression du post-partum est évoquée si les sentiments dépressifs persistent au-delà d'une quinzaine de jours ou s'ils apparaissent 3 à 4 semaines après l'accouchement. Elle peut durer plusieurs mois.

La psychose puerpérale est une pathologie psychiatrique grave qui se manifeste quelques jours après l'accouchement. Elle se manifeste en trois étapes : la fatigue intense, la confusion mentale et le délire.

Ces trois types de troubles psychiques sont à prendre avec sérieux et à identifier au plus tôt. La pression sociale sur les mères est importante et ces cas de troubles psychiques ne sont malheureusement pas des cas isolés. Le pharmacien devra écouter et rassurer la patiente et la diriger vers une consultation médicale selon le degré et la persistance des symptômes. Il pourra également lui proposer de contacter des associations comme Maman Blues par exemple qui organise des groupes de parole en présence d'un psychologue dans de nombreuses villes en France et qui propose un forum d'échanges sur la parentalité. En

cas de suspicion de psychose puerpérale, le pharmacien devra réorienter très rapidement la patiente vers son médecin généraliste et un psychiatre.

De nombreuses études suggèrent que la consommation d'oméga 3 pourrait jouer un rôle dans la prévention du risque de dépression du post-partum. La consommation journalière recommandée est de 250mg de DHA (acide docosahexaénoïque) qui est un acide gras essentiel de la famille des acides gras oméga 3. Le pharmacien peut donc conseiller la prise d'Omégabiane® à raison d'une capsule par jour au moment des repas.

Les lochies

Les lochies sont des métrorragies physiologiques après un accouchement par voie basse ou par césarienne. Ces écoulements vulvaires d'origine utérine sont causés par l'expulsion des résidus de la grossesse et sont composés de caillots de sang, de débris de membrane placentaire et des suintements des plaies du vagin et du col de l'utérus. Elles durent trois à six semaines et sont particulièrement abondantes jusqu'au troisième ou quatrième jour post-partum.

Le pharmacien d'officine pourra conseiller à la patiente le port de protections adaptées sous forme de serviettes hygiéniques longues et épaisses. Il doit lui rappeler que l'insertion de tampons ou coupes menstruelles est formellement déconseillée avant la quatrième semaine post-partum le temps de la fermeture du col de l'utérus. Une consultation médicale devra être conseillée si les saignements sont particulièrement abondants ou malodorants.

Les tranchées utérines

Les tranchées utérines sont des contractions de l'utérus qui surviennent quelques heures après l'accouchement et disparaissent spontanément quelques jours après. Au cours de la grossesse, l'utérus subit de nombreuses modifications quant à sa taille, sa position dans l'abdomen et ses vaisseaux. Ces contractions participent au retour à la normale de l'appareil génital féminin. Elles permettent de refermer les vaisseaux sanguins qui étaient reliés au placenta, de débarrasser l'utérus des résidus de la grossesse grâce aux lochies et d'aider l'utérus à reprendre sa taille et sa position d'origine. Les femmes allaitantes et les femmes multipares sont d'autant plus touchées par les tranchées utérines.

Le pharmacien devra tout d'abord rassurer la patiente sur le rôle physiologique de ces contractions utérines. Il pourra lui conseiller un antispasmodique tel que le

phloroglucinol (Spasfon®) à raison d'un à deux comprimés par prise, trois fois par jour avec un intervalle de deux heures entre chaque prise et une prise maximale de six comprimés par jour, ou du paracétamol à raison de 1 gramme par prise avec un intervalle de six heures entre chaque prise.

La cicatrice périnéale

Le périnée peut subir lors de l'accouchement des traumatismes de type épisiotomie ou déchirure interne ou externe. Il s'agit d'une zone de traction, macération et de désunion importante qui complique la cicatrisation.

Le pharmacien pourra rappeler à la patiente les techniques de lavage, rinçage et séchage soigneux des plaies. Les crèmes cicatrisantes ne sont pas recommandées car elles favorisent la macération et donc le risque d'infection. Les anesthésiques locaux et l'usage d'antiseptiques ne sont pas recommandés également. Le miel médical comme Melectis® peut être utilisé dans cette indication. Une consultation médicale s'impose dès lors que les douleurs sont très intenses, persistantes, s'il y a une désunion de la cicatrice ou une infection de la suture.

La cicatrice de césarienne

La césarienne est une incision chirurgicale de dix centimètres le plus souvent à l'horizontal dans la région sus-pubienne. Elle traverse la paroi abdominale, c'est la laparotomie et la paroi utérine, c'est l'hystérotomie. Ses indications sont multiples : échec du déclenchement de l'accouchement, stagnation de la dilatation du col de l'utérus lors du travail, non engagement du bébé dans le bassin à dilatation complète, souffrance fœtale, mauvaise présentation du bébé etc.

La cicatrice doit être lavée à l'eau et au savon et sécher méticuleusement. Le pharmacien peut conseiller une crème réparatrice telle que Cicaplast® de La Roche-Posay ou Cicalfate® de Avène. L'application de cette crème devra être accompagnée d'un massage permettant d'assouplir la peau et d'éviter les adhérences et la formation d'une cicatrice dure. Le temps de la cicatrisation, une protection solaire anti-UV est indispensable. La patiente ne devra pas prendre de bain pendant le premier mois suivant son accouchement. Une consultation médicale devra être conseillée si les douleurs sont intenses ou persistantes. En cas de complications de type hématomes ou une infection, une reprise chirurgicale pourra être recommandée. A distance de la césarienne et de cette éventuelle reprise chirurgicale,

des techniques telles que le LPG, la chirurgie plastique voir même le tatouage de la cicatrice permettrons à la femme de se réapproprier son corps.

L'incontinence urinaire

Après l'accouchement, le périnée est fragilisé et moins tonique ce qui implique une incontinence urinaire à l'effort (en cas de rire, de toux ou d'éternuement...) Parmi les facteurs de risque non modifiables sont retrouvés l'âge maternel, un nouvel accouchement ou une grande multiparité, le diabète gestationnel. Les facteurs de risque modifiables sont le surpoids, une prise de poids excessive lors de la grossesse (>17 kilos), un poids de l'enfant à la naissance important (>4 kilos), le port de charge lourde, l'exercice physique sollicitant la sangle abdominale (Fritel et Deffieux, 2017). L'incontinence urinaire est de composante mixte : neuropathique et, ou physique avec une hypermobilité sous-urétrale.

Le pharmacien pourra dans un premier temps rassurer la patiente. Les symptômes régressent spontanément dans les semaines qui suivent l'accouchement. En effet, 85% des femmes souffrant d'incontinence urinaire d'effort sont guéries dans les trois mois qui suivent leur accouchement (Thubert et al., 2016). Une rééducation du périnée avec un kinésithérapeute ou une sage-femme à débiter six à huit semaines après l'accouchement pourra être prescrite par le médecin si nécessaire. Cette rééducation peut également se pratiquer à domicile si la patiente manque de temps. Enfin le pharmacien conseillera des protections adaptées aux fuites urinaires de la patiente. Ce sujet étant assez tabou, il pourra « dédramatiser » et rassurer la patiente sur le caractère fréquent de ce phénomène.

Les crises hémorroïdaires

Ces crises résultent d'une inflammation et d'une dilatation excessive des veines hémorroïdaires pouvant causer des crises douloureuses. Il existe deux types d'hémorroïdes : les hémorroïdes internes, situées en haut du canal anal et les hémorroïdes externes situées sous la peau de l'anus, qui sont davantage sensibles à la douleur. Ce phénomène est fréquemment rencontré pendant la grossesse mais aussi après l'accouchement : entre 19 et 38% des femmes en post-partum en moyenne. Les facteurs de risque principaux sont la constipation, la macrosomie et un accouchement par voie basse. (Ollende, 2010).

Le pharmacien d'officine pourra conseiller lors d'une poussée hémorroïdaire aiguë des crèmes ou suppositoires contenant des substances protectrices et cicatrisantes comme Titanoréine® mais aussi des crèmes associées à un anesthésique local (la lidocaïne) comme

Titanoréine-lidocaïne® ou Sedorrhoïde®. Le traitement sera à appliquer deux fois par jour après la toilette. Un traitement par voie générale à base de veinotoniques peut être associé pour plus d'efficacité (Daflon®, Diosmine®) à raison de deux comprimés, deux à trois fois par jour. Le pharmacien fera un rappel à la patiente des règles hygiéno-diététiques : pratiquer une activité physique adaptée, éviter les plats épicés, les sodas et l'alcool. Si la cause sous-jacente de cette crise hémorroïdaire aiguë est la constipation, il faudra traiter celle-ci. Si les symptômes persistent au-delà de sept jours une consultation médicale sera nécessaire.

La constipation

La constipation se définit par une diminution de la fréquence des selles (moins de trois fois par semaine) associée à une difficulté pour les évacuer liée à la dureté des fèces. Étant donné l'imprégnation hormonale (la progestérone entraîne un relâchement dans des tissus y compris des muscles intestinaux) et le poids de l'enfant, la constipation est fréquente chez la femme enceinte mais aussi chez la femme en post-partum.

Le traitement de la constipation repose dans un premier temps sur des règles hygiéno-diététiques : une bonne hydratation, une alimentation équilibrée, riche en fibres et une activité physique régulière et adaptée. Une eau riche en magnésium (comme l'Hépar®) améliore le transit. Si ces mesures ne sont pas suffisantes des suppositoires à la glycérine ou des laxatifs osmotiques tels que le lactulose ou le macrogol vont permettre d'attirer l'eau dans l'intestin et donc augmenter le volume des selles. La posologie est d'un à deux sachets par jour, le matin de préférence, l'effet étant retardé de 24h en moyenne. Enfin, des séances d'acupuncture pourront participer au traitement des constipations chroniques.

Les lombalgies

Les lombalgies constituent un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale. 45% des femmes en post-partum souffrent de lombalgies. De plus, pour environ 25% d'entre elles, cette douleur s'étend au-delà de la période du post-partum.(Batonat, 2010). Plusieurs études ont établi qu'aucun lien n'existait entre le mode d'accouchement (péridurale, instruments) et les lombalgies. Cependant des douleurs au niveau des lombaires apparaissent souvent suite à l'accouchement.

Des séances avec un kinésithérapeute ou un ostéopathe au cours ou en fin de grossesse pourront aider à limiter les lombalgies durant celle-ci et après l'accouchement en améliorant le schéma corporel et postural de la patiente. Si les douleurs sont présentes en

post-partum de nouvelles séances pourront être conseillées ainsi que la prise d'antalgiques selon l'intensité de la douleur : du paracétamol ou un anti-inflammatoire non stéroïdiens comme l'ibuprofène. Des crèmes décontractantes et des patch chauffants soulageront la patiente.

Les vergetures

Les vergetures ou *striae distensae* peuvent apparaître au cours de la grossesse lorsque la peau s'étire mais également au cours du post-partum lorsque la peau se retend. Elles apparaissent le plus souvent sur le ventre, les seins, les cuisses et les hanches. Tout d'abord rouge-violacées, elles s'atténuent spontanément avec le temps et forment des cicatrices claires et molles. Les traitements sont peu efficaces. Seules des mesures de prévention telles qu'une hydratation du tissu cutané associé à un massage ont un réel intérêt. Le pharmacien pourra conseiller à la patiente une crème anti-vergetures qui agira sur la résistance cutanée, qui consolidera l'architecture cutanée grâce à des raffermissants, revitalisants et régénérants et qui formera une barrière à l'aide d'un relipidant. (Rousselle, 2019). Cette crème sera à appliquer deux fois par jour en prévention à partir du troisième mois de la grossesse et jusqu'à deux mois après l'accouchement pour limiter l'apparition de vergetures après l'accouchement mais aussi aider à la cicatrisation des vergetures apparues au cours de la grossesse. L'application se fera par massage circulaire sur les zones à risques : seins, ventre, hanches, fesses, cuisses... Une protection solaire est indispensable lors de la cicatrisation des vergetures.

La sexualité

Sujet difficilement abordé par les patientes au comptoir, la reprise d'une vie sexuelle après accouchement peut s'avérer compliquée pour diverses raisons : le périnée est fragilisé, la libido peut être diminuée à cause des nouvelles responsabilités, de la fatigue ressentie par les parents, de la chute d'hormones de la mère ou de la reprise d'une contraception orale en particulier concernant les pilules microprogestatives et une sécheresse vaginale peut se faire ressentir dans les semaines qui suivent.

Le pharmacien pourra rassurer la patiente et lui conseiller de prendre son temps en cas de dyspareunies. Un gel lubrifiant pourra améliorer le confort lors des rapports ainsi que l'usage d'un gel nettoyant intime adapté aux sécheresses vaginales comme Hydralin sécheresse® ou Saugella HydraSerum®. Le pharmacien pourra également rediriger la patiente vers une sage-femme pour une rééducation périnéale.

Les problèmes liés à l'allaitement

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement au sein exclusif les six premiers mois pour une croissance, une santé et un développement optimaux puis se poursuivre jusqu'aux deux ans de l'enfant au moins. Les bienfaits de l'allaitement sont nombreux et largement établis. Il est observé une diminution du risque pour l'enfant de développer un diabète de type 2 ou de souffrir d'obésité au cours de sa vie. L'allaitement a également un effet protecteur vis-à-vis des maladies infantiles grâce aux anticorps de la mère qui sont retrouvés dans le lait maternel. Chez la mère, il y a une réduction du risque de développer un cancer du sein ou des ovaires, un diabète de type 2 et une dépression du post-partum.

D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) en 2013, la part des nourrissons allaités à la naissance s'élevait à 66 % et n'était plus que de 40 % à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois. Ces statistiques mettent en évidence les difficultés rencontrés par les femmes au cours de leur allaitement qui les poussent pour certaines à un arrêt précoce et indésiré de celui-ci. (DREES, 2016)

La montée de lait

La montée de lait s'observe généralement entre le deuxième et le cinquième jour après l'accouchement, moment à partir duquel le colostrum laisse place au lait mature. Ce phénomène est physiologique et transitoire que la mère allaite ou non et qu'elle ait accouché par voie basse ou par césarienne. La montée de lait se traduit par des seins tendus voire douloureux.

Pour arrêter la montée de lait chez une patiente ne souhaitant pas allaiter, il est primordial de ne pas stimuler la lactation pour éviter un engorgement. D'un point de vue thérapeutique, trois molécules possèdent une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'inhibition de la lactation : la bromocriptine (Parlodel®), la cabergoline (Dostinex®) et le lisuride (Arolac®). Ce sont des dérivés de l'ergot de seigle ayant des propriétés agonistes dopaminergiques et une action vasoconstrictrice. Cependant la balance bénéfique/risque n'est pas favorable à leur utilisation. La prise en charge de l'inhibition de la lactation en post-partum passe essentiellement par des méthodes dites alternatives et l'utilisation de l'allopathie reste réservée à des cas exceptionnels. (Pratelli, 2014)

Certaines plantes comme le persil, la fleur de jasmin, la sauge peuvent être recommandées pour limiter la lactation. Des cataplasmes réalisés avec une feuille de chou vert préalablement lavée et écrasée au rouleau à pâtisserie pour libérer ses actifs pourront soulager la patiente. Des protocoles d'homéopathie existent pour la prise en charge de l'inhibition de la lactation en post-partum avec la prise d'une dose par jour de Ricinus communis 30CH pendant 3 jours. Enfin, le pharmacien d'officine pourra conseiller des poches de froid ou à contrario des douches chaudes associées à des antalgiques afin de soulager la douleur liée à la montée de lait.

Les crevasses

Les crevasses se définissent comme des lésions de la surface cutanée de l'aréole et du mamelon qui rendent souvent la mise au sein douloureuse. Elles peuvent se compliquer en fissures, gerçures, crevasses profondes et peuvent être accompagnées de saignements et/ou de suintements.



Figure 2- Crevasses sur la pointe, le corps et la base du mamelon (Thompson et al., 2016)

Dans un premier temps, le pharmacien devra identifier la cause : mauvaise position du bébé ou de la mère, frein de langue du bébé, mauvaise utilisation du tire-lait, irritation du mamelon par excès de nettoyage ou frottements. Il est important de traiter les crevasses pour éviter une surinfection car ces lésions sont des portes d'entrée aux germes.

L'application de compresses imbibées de colostrum ou de lait maternel sur les mamelons en fin de tétée est un moyen naturel et non toxique pour le bébé d'hydrater le mamelon grâce aux agents anti-inflammatoires et cicatrisants présents dans celui-ci. Le paracétamol et l'ibuprofène peuvent limiter la douleur liée aux crevasses lors de la mise au sein.

La lanoline ultra-purifiée pourra être conseillée par le pharmacien d'officine. Cette graisse obtenue par purification et raffinage du suint (partie grasse adsorbée sur la laine) est 100% naturelle, sans odeur, sans conservateur ou additif et naturellement non-allergisante.

Elle comprend de l'oléine et de la stéarine. Le miel médical comme Mélectis® est également indiqué en cas de crevasses.

Afin de limiter les frottements, des coquilles d'allaitement ou des coupelles en argent pourront être utilisées entre les tétées. Les coquilles d'allaitement diminuent les frottements en évitant par leur forme une surproduction de lait car ils n'appuient pas sur les glandes mammaires et permettent de recueillir les pertes de lait. Les coupelles d'argent diminuent également les frottements et sont dotés naturellement des propriétés bactéricides, fongicides et cicatrisantes de l'argent.

Ces lésions peuvent engendrer la présence de sang dans le lait qui ne constitue pas une contre-indication dans la poursuite de l'allaitement.

Une consultation médicale devra avoir lieu si la douleur devenait persistante, s'il y avait apparition d'un écoulement purulent ou présence d'une douleur intense ou de fièvre.

La candidose

La candidose se manifeste par une douleur intense au niveau des mamelons, puis à l'intérieur du sein quand la mycose s'étend le long des canaux lactifères. Les femmes atteintes de candidose décrivent souvent cette douleur comme une brûlure avec des élancements rayonnants pendant mais aussi en dehors des tétées. Les mamelons peuvent démanger et être rouges et irrités. Un muguet ou candidose buccale peut être retrouvé chez l'enfant de même qu'un érythème fessier. La cause principale de cette affection est la prolifération pathologique de *Candida albicans*.



Figure 3- Taches blanchâtres typiques d'un muguet chez le nouveau-né(Naitre et Grandir, 2019)

Le pharmacien doit réorienter la patiente vers un médecin qui pourra prescrire un antifongique pour la mère et l'enfant afin de traiter et éviter les récives.

Il pourra ensuite rassurer la mère : une candidose peut être longue à traiter mais n'empêche pas la poursuite de l'allaitement. Il ne faut pas qu'elle se décourage. Les tétées doivent rester à volonté. La patiente devra éviter la macération pour faciliter la guérison : éviter les coussinets d'allaitement et le port de matières synthétiques au contact du mamelon. Un rappel des règles d'hygiène pourra être fait : lavage des mains avant chaque tétée, lavage quotidien et méticuleux à l'eau et au savon de la poitrine et changer quotidienne de soutien-gorge.

L'engorgement

L'engorgement est un phénomène survenant en post-partum précoce, se caractérisant par une congestion douloureuse des seins, accompagnée d'une stase capillaire et lymphatique, d'un œdème interstitiel et d'une augmentation du volume de la sécrétion lactée. Les seins sont chauds, tendus et douloureux. Le tableau clinique est complété par une fièvre, une douleur et éventuellement des frissons.

Le pharmacien se doit de rappeler à la patiente que la prévention de l'engorgement repose sur l'expression efficace, complète et fréquente du lait. Il faut favoriser l'écoulement du lait afin de désengorger les seins : faire téter plus souvent l'enfant, utiliser un tire-lait, extraire manuellement du lait, réaliser un massage aréolaire.

Des cataplasmes de chou vert peuvent être réalisés en écrasant une feuille avec un rouleau à pâtisserie pour libérer les substances actives anti-inflammatoires et la laisser en cataplasme sur les seins pendant 2h à renouveler si nécessaire. Des coussinets apaisants chaud-froid de Lansinoh® peuvent être recommandés : le froid soulage les douleurs dues à l'engorgement et le chaud favorise l'expression du lait et donc soulage l'engorgement.

Une consultation médicale sera nécessaire si les symptômes persistent plus de 48 heures.

La mastite

La mastite est une inflammation de la glande mammaire liée à une stase lactée. Les symptômes, d'apparition brutale, peuvent se limiter à une inflammation locale au niveau du sein ou être accompagnés d'un syndrome grippal. L'inflammation est liée directement ou indirectement à une infection. Les germes les plus en cause sont les Staphylocoques dorés (*Staphylococcus aureus*). Contrairement à l'engorgement, les signes cliniques sont visibles

le plus souvent sur un seul des deux seins : tension mammaire, plaques rouges douloureuses et chaudes, présence de ganglions axillaires et éventuellement syndrome grippal.



Figure 4- Mastite du sein gauche chez une patiente allaitante (Thompson et al., 2016)

Une mastite nécessite une consultation médicale et une prescription d'antibiotiques. Le pharmacien pourra conseiller du repos, des tétés efficaces et fréquentes et la prise de paracétamol et/ou ibuprofène pour calmer la douleur et l'inflammation.

Les principaux risques de complications de la mastite sont l'abcès et la septicémie. Le pharmacien se doit connaître les manifestations cliniques d'un abcès qui nécessite une consultation médicale urgente : une zone bien précise du sein est rouge, dure et douloureuse. Une échographie permettra d'établir le diagnostic et une ponction éventuellement complétée d'un drainage chirurgical sous anesthésie générale sera réalisée.

L'hypolactation

Les insuffisances de lait sont rares. Elles ne concerneraient que 1 à 5% des femmes et seraient liées à un mauvais développement des glandes mammaires lors de la vie embryonnaire ou de la puberté. (Leach League, 1995) Les femmes se plaignent d'une hypolactation lorsque le bébé réclame souvent le sein. La plupart du temps, il ne s'agit pas réellement d'une hypolactation mais d'une mauvaise pratique de l'allaitement. Le pharmacien devra rassurer et encourager la patiente : des pics de croissance peuvent laisser penser que le bébé n'est jamais rassasié et que la mère manque de lait mais ces périodes intenses sont transitoires. Cependant, il est essentiel de veiller à la bonne prise de poids du bébé en le pesant régulièrement et en s'assurant que les selles et les urines sont fréquentes.

Pour faciliter la production de lait, la mère devra faire téter régulièrement son enfant de préférence en peau à peau et éventuellement se masser régulièrement les seins. Le stress peut également impacter la production de lait. Enfin, des tisanes d'allaitement à base de

mélanges de plantes comme l'anis vert, le fenouil, la verveine, le fénugrec pourront aider la patiente à maintenir ou améliorer sa lactation. La prise de 3 à 5 granules de Ricinus communis 5CH 3 fois par jour avant la tétée peut être conseillée pour faciliter la montée de lait. Des compléments alimentaires tels que Galactogil®, à prendre 3 fois par jour à raison d'une à deux cuillères à soupe dilués dans un peu d'eau, favorise la lactation.

2.2.2 L'enfant

L'accueil d'un enfant est un événement dans la vie des jeunes parents. Parfois ces derniers se trouvent démunis face aux troubles que leur nouveau-né rencontre.

Dans cette partie seront traitées les affections auxquelles le pharmacien d'officine peut apporter une solution. Ces pathologies sont à distinguer de celles plus graves nécessitant une consultation en urgence comme :

- L'ictère néonatal causé par l'hyperbilirubinémie qui se manifeste par une coloration jaune de la peau et du blanc des yeux et peut être accompagné d'une décoloration des selles.
- La déshydratation dont les signes cliniques sont des urines peu fréquentes et foncées, une perte de poids de plus de 5%, une dépression des fontanelles, des cernes sous les yeux, un teint gris.

2.2.2.1 Les troubles digestifs

La prise de poids et l'alimentation

Au cours de ses premiers jours de vie, le nouveau-né peut perdre jusqu'à 10% de son poids de naissance. Ce phénomène bien que physiologique entraîne la nécessité d'une étroite surveillance de la prise de poids de l'enfant. Cette prise de poids peut être sujet de préoccupation pour les parents en particulier chez les bébés allaités. En effet, l'allaitement doit être mis en place et il est difficile d'évaluer la quantité de lait ingurgité. Pour une prise de poids optimale en cas d'allaitement, ce dernier doit être effectué à la demande. La mère devra mettre l'enfant au sein dès les premiers signes d'éveil. Durant les quatre à six premières semaines de vie, un bébé allaité devra mouiller six couches jetables d'urine et faire au moins trois selles moyennes par 24 heures.

2.2 La réponse du pharmacien aux maux bénins de la mère et de son nouveau-né

Pour les bébés non allaités au sein, le pharmacien pourra aider les parents à choisir un lait artificiel premier âge. Après la naissance, l'enfant prend six à sept biberons par 24h en suivant la loi d'Appert :

$200 \text{ à } 250 + 1/10^{\text{ème}} \text{ du poids du nouveau-né en grammes} = \text{quantité de lait quotidienne en mL}$

Une fois la quantité de lait quotidienne calculée, celle-ci sera divisée en six à sept biberons et complétée par le nombre de cuillères de lait artificiel nécessaire comme présenté sur la Figure 5.

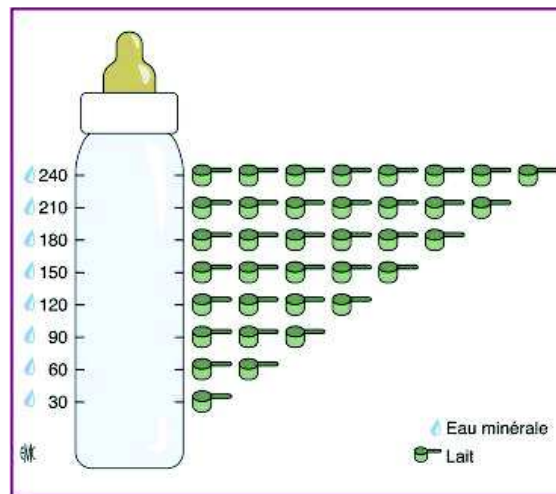


Figure 5- Reconstitution des préparations pour nourrissons(Rigourd et al., 2018)

Pendant les premiers mois et en cas de problèmes de prise de poids, un pèse-bébé peut être loué à la pharmacie. Par la suite, le pharmacien pourra être un interlocuteur accessible pour donner des conseils quant à la diversification qui doit commencer entre le quatrième et le sixième mois de l'enfant.

Le reflux gastro-œsophagien

Un reflux gastro-œsophagien (RGO) se définit comme la remontée involontaire du contenu gastrique dans l'œsophage. Contrairement aux vomissements, il ne s'accompagne pas de contractions musculaires ou abdominales. Ce reflux peut se traduire par des régurgitations. Chez le nouveau-né, ce phénomène est fréquent et le plus souvent sans gravité. Les principales causes sont l'immaturation du cardia et la faible capacité de l'estomac.

Si le RGO est simple et que le nourrisson a des régurgitations, la prise en charge sera hygiéno-diététique. Le pharmacien d'officine pourra conseiller au parent de faire des pauses lors de la prise des repas du nourrisson. Un lait adapté au RGO sera conseillé afin d'accélérer la vidange gastrique : il pourra être à base d'amidon (comme le Novalac AR®) ou de caroube (comme le Gallia AR®) selon le transit de l'enfant : l'amidon a tendance à constiper et la caroube à provoquer des diarrhées. L'utilisation de poudre épaississante a un intérêt dans la prise en charge du RGO. Différents épaississants existent comme la Gélpectose® qui est composée de pectine, cellulose et silice colloïdale, le Magic Mix de Picot® constitué d'amidon modifié de maïs et le Gumilk de Gallia® composé de maltodextrine et de mucilage extrait de la graine de caroube. La prise en charge pourra aussi passer par un traitement postural. De nombreuses études ont établi que la position recommandée pour les nourrissons souffrant de RGO est un décubitus ventral à 30°.

Si le RGO est compliqué d'œsophagite, la prise en charge sera hygiéno-diététique, posturale mais aussi thérapeutique. En première intention seront prescrit des agents topiques gastriques et œsophagiens neutralisant l'acidité comme l'alginat de sodium (Gaviscon®) à prendre avant les repas. Si aucune amélioration n'est observée dans les semaines qui suivent, un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) tel que l'ésoméprazole (Inexium®) pourra être prescrit par le médecin ou le pédiatre.

Le pharmacien d'officine devra rappeler les règles hygiéno-diététiques et veiller au bon usage des traitements thérapeutiques.

La diarrhée aiguë

La diarrhée aiguë est une pathologie extrêmement fréquente chez le nourrisson. Bien que souvent bénigne, elle représente l'un des motifs les plus souvent rencontrés en consultation pédiatrique.

Les normes en termes de nombre de selles par jour sont entre une selle par tétée et une selle par jour chez le nourrisson allaité au sein et entre une à deux selles par jour chez le nourrisson d'un mois nourri au lait artificiel. Le poids moyen par jour des selles d'un nourrisson de 1 mois est de 20g. Chez l'enfant nourri au sein, les selles auront tendance à être grumeleuses sur fond liquide, émission en jet et de couleur jaune d'or. Chez l'enfant nourri au lait artificiel, les selles seront plus moulées. (Finocchi, 2000)

Les causes d'une diarrhée chez l'enfant sont diverses. Elles proviennent le plus souvent d'infections virales, bactériennes ou parasitaires.

En plus de la cause de la diarrhée, le pharmacien devra rechercher attentivement d'éventuelles complications liées à celle-ci : la déperdition hydro-électrique, le risque de dénutrition et la modification de la flore intestinale. Il devra également noter les signes associés (fièvre, douleur abdominale...) et les facteurs de risques (l'âge, la déshydratation, des signes de septicémie, un terrain fragile...)

Lors de la prise en charge, le premier objectif sera de limiter le risque de déshydratation et de déséquilibre électrolytique en instaurant la prise d'un soluté de réhydratation orale. La prise de SRO doit être limitée à une courte période ne dépassant pas 24 à 36 heures afin de limiter le risque de dénutrition. Des probiotiques pourront être administrés tel que Lactibiane Enfant® ou Biogaia® et des ferments lactiques tels que Lacteol fort® ou Ultra Levure® pour leur effet protecteur de la muqueuse. Le Tiorfan® qui est un inhibiteur de l'enképhalinase sera souvent préféré à l'Imodium® qui est un anticholinergique opiacé. Ce dernier a pour effets indésirables une somnolence et une constipation. Depuis février 2019, le Smecta® ne doit plus être utilisé chez les enfants de moins de 2 ans en raison de la possible présence d'infime quantité de plomb.(ANSM, 2019)

La constipation aiguë

La définition physiologique de la constipation est l'association d'un ralentissement du transit et de la déshydratation excessive des selles. Le transit d'un nourrisson est différent selon son mode d'alimentation. Une constipation sera évoquée si la fréquence des selles est inférieure à 2 par jour chez le nourrisson allaité au sein et inférieure à 3 par jour chez le nourrisson nourri au lait artificiel. (Finocchi, 2000)

Le pharmacien devra alors mener un interrogatoire auprès des parents afin d'identifier la cause de la constipation : antécédents, traitements, mode d'apparition, signes associés etc...

La constipation relève le plus souvent de causes fonctionnelles, cependant une constipation chez un nourrisson de quelques jours peut relever d'une cause organique qui nécessite une consultation médicale d'autant plus si des signes y sont associés tels qu'un retard de croissance.

En première intention la prise en charge sera hygiéno-diététique. L'hydratation tient une place primordiale. Des massages du ventre peuvent soulager l'enfant. Certains médecins recommandent de préparer un biberon sur trois avec un eau riche en magnésium comme l'Hépar® pour faciliter le transit sur une courte période. Si ces mesures ne suffisent pas, le pharmacien pourra conseiller un traitement thérapeutique qui quel qu'il soit devra être exceptionnel, limité dans le temps et toujours associé aux mesures hygiéno-diététiques. Il pourra proposer des suppositoires à la glycérine ou de la paraffine liquide. En cas de constipation rebelle, les traitements de choix seront plutôt des microlavements tels que Microlax® ou des laxatifs osmotiques tels que le lactulose ou lactitol.

2.2.2.2 Les problèmes dermatologiques

Les principaux problèmes dermatologiques rencontrés à l'officine chez le nouveau-né sont le soin du cordon, l'érythème fessier, la dermatite séborrhéique et l'acné du nourrisson. (Tahon, 2016)

Le soin du cordon

Souvent source d'angoisse chez les jeunes parents, des soins antiseptiques doivent être réalisés après chaque change et chaque bain afin d'éviter toute infection et favoriser la cicatrisation.



Figure 6- Cordon ombilical d'un nouveau-né (Pfersdorff, 2019)

Différentes recommandations coexistent. Les techniques de soins et les produits utilisés peuvent donc varier d'une maternité à une autre.

Avant chaque soin, il faudra toujours se laver les mains de manière méticuleuse. Le soin consiste le plus souvent en l'association de deux phases : la déterision et l'antisepsie. Le « moignon » est lavé avec de l'eau et du savon et laissé sécher à l'air libre puis un

antimicrobien choisi par le centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) de l'établissement est appliqué à l'aide d'une compresse stérile. Il faudra veiller à bien nettoyer entre les plis et ne pas tirer sur le cordon qui tombera seul entre cinq et dix jours après la naissance. Enfin, la couche propre devra passer sous la cicatrice du cordon afin de ne pas souiller cette dernière avec les urines et les selles.

L'érythème fessier

L'érythème fessier ou dermite irritative du siège est une réaction inflammatoire due à une irritation qui se manifeste par des plaques rouges douloureuses. Les causes sont multiples et doivent être identifiées : frottement excessif avec la couche, humidité, lavages excessifs, poussées dentaires, épisodes de diarrhées...



Figure 7- Erythème fessier en W du nourrisson (Phan, 2011)

La principale complication est le risque de survenue d'une surinfection bactérienne ou mycosique. Devant tout signe associé tel que la présence de papules, pustules ou érosion, une fièvre, une perte de poids ou la persistance des symptômes après 5 jours de traitement, une consultation médicale s'impose.

Les conseils principaux à prodiguer sont ceux d'une bonne hygiène avec des produits adaptés. Les lingettes et autres produits agressifs sont déconseillés. Le siège doit être lavé à l'eau tiède avec un syndet et séché en tamponnant avec une serviette propre. Les couches doivent être changées très régulièrement et l'utilisation de Cotocouche® peut être recommandée afin de limiter l'irritation due à la couche. Au moment du changement de couche, un liniment oléo-calcaire composé d'huile d'olive vierge, de glycérol et d'eau de chaux peut être utilisé. Afin de protéger la peau, des pâtes à l'eau à base d'oxyde de zinc non occlusives et des pommades cicatrisantes peuvent être appliquées après le change.

L'utilisation de talc n'est pas recommandée car il favorise la macération et entraîne un risque d'inhalation des particules volatiles.

La dermatite séborrhéique

Communément appelée « croûtes de lait », la dermatite séborrhéique se présente sous forme de squames épaisses, grasses et jaunâtres qui évoquent du lait caillé. Sa survenue n'est pas liée à la consommation de lait mais à une hyperséborrhée par imprégnation hormonale au moment de l'accouchement, associée à la présence de *Malassezia*, une levure de la flore commensale humaine. Transitoire et bénigne, il est tout de même recommandé de la traiter afin de limiter le risque d'infection bactérienne ou mycosique.



Figure 8- Dermatite séborrhéique chez un nouveau-né (Service de dermatologie du CHU de Brest, 2020)

Un shampooing doux et adapté devra être utilisé. Bien que souvent conseillée sur des forums, l'utilisation de vaseline ou d'huile d'amande douce afin de ramollir les croûtes n'est pas recommandée car il y a un risque non négligeable d'allergie. Il est préférable d'utiliser des spécialités kératolytiques et émollientes telles que Pédiatril croûtes de lait de Avène® ou ABCDerm Babysquam de Bioderma® qui sont à utiliser tous les jours jusqu'à disparition complète des squames.

L'acné du nourrisson

L'acné néonatale est liée au sevrage des hormones maternelles à la naissance qui déclenche une stimulation de la sécrétion d'androgènes et par cascade une surstimulation des glandes sébacées. Elle se manifeste le plus souvent par des lésions pustuleuses et des comédons fermés sur le visage du nouveau-né principalement sur la zone du front, des joues et du menton. Le plus souvent, les lésions régressent spontanément sans traitement et sans donner lieu à des cicatrices.



Figure 9- Acné du nourrisson (Pfersdorff, 2018)

Le pharmacien pourra conseiller aux parents des produits d'hygiène adaptés dermatologiques. Il est formellement déconseillé de percer les boutons pour éviter une surinfection ainsi que des cicatrices. Une consultation médicale sera nécessaire en cas de persistance de l'acné, de fièvre ou d'infection des lésions.

Le pharmacien peut donc prendre en charge à l'officine certaines pathologies liées au post-partum et au nouveau-né ou proposer des solutions dans l'attente d'une consultation médicale. Cependant il se doit de connaître et de reconnaître les signes de gravité nécessitant une consultation aux urgences comme un abcès du sein, une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire chez la mère ou comme un ictère ou une déshydratation chez le nouveau-né.

De par ses compétences et son accessibilité le pharmacien d'officine tient une place importante dans les soins en ville. L'évolution de ses missions en particulier ces dernières années peut laisser présager que de nouvelles missions sont à venir en plus de répondre aux problèmes bénins et de réorienter les patients. Pour envisager un jour de lui confier des missions dans le cadre de la prise en charge du post-partum, il faut que certains critères soient validés : connaissances, formations, lien avec les autres professionnels de santé, moyens matériels, motivation etc... Le prochain chapitre a pour objectif d'évaluer ces critères.

CHAPITRE 3. L'IMPLICATION DES PHARMACIENS D'OFFICINE DE SEINE-MARITIME

Afin d'évaluer l'implication des pharmaciens d'officine dans la prise en charge de la patiente en post-partum et de son nouveau-né, une enquête, sous la forme d'un questionnaire, a été réalisée auprès des officinaux de Seine-Maritime. L'objectif de cette enquête est d'identifier les éventuels points faibles ou difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour répondre à la problématique du retour précoce à domicile après accouchement.

3.1 L'enquête

3.1.1 Type d'enquête

Le questionnaire diffusé, disponible en Annexe 1, comporte 17 questions classées en 3 parties. La première partie porte sur le profil du pharmacien interrogé, la deuxième partie sur la pratique des officinaux et enfin la troisième partie sur leur formation et leurs connaissances.

Les critères d'inclusion de cette étude visent les pharmaciens d'officine, thésés ou non, titulaires ou adjoints, exerçant en Seine-Maritime.

Afin de faciliter l'analyse des résultats de cette étude, il est primordial d'identifier le pharmacien participant : son statut, son sexe, son âge, s'il a des enfants et dans quel type d'officine il exerce. Cela permettra dans un second temps d'évaluer l'influence de leur profil sur les réponses qu'ils ont pu fournir.

Ensuite, pour une prise en charge de qualité, il faut un bon équilibre entre la fréquence des demandes, des connaissances, une formation adaptée. Les participants à cette étude ont donc été questionnés sur la fréquence des demandes mais aussi de manière plus subjective sur leurs points forts et leurs points faibles et sur les pistes d'amélioration possibles.

Enfin, la dernière partie de ce questionnaire porte sur la formation du pharmacien : élément essentiel pour faire du pharmacien un acteur de la prise en charge mère-enfant en sortie précoce de maternité.

3.1.2 Objectifs

Les réponses attendues à ce questionnaire sont propres à chaque pharmacien selon ses expériences personnelles et professionnelles, ses intérêts, ses formations... L'objectif est de mettre en lumière les principales difficultés rencontrées pour pouvoir apporter des propositions d'amélioration. L'étude des points faibles est tout aussi pertinente que l'étude des points forts qui doivent être, quant à eux, renforcés. De plus, le but est d'identifier des corrélations entre le profil du pharmacien et sa prise en charge.

3.2 Matériels et méthodes

Les réponses au questionnaire ont été recueillies entre le 4 septembre 2020 et le 24 octobre 2020. Ce questionnaire dont les réponses sont anonymes a été diffusé de deux manières.

Tout d'abord, en allant à la rencontre des pharmaciens dans leur officine en leur proposant de remplir un questionnaire papier. Dans un second temps, ce questionnaire au format Google Forms a été diffusé en ligne. Le syndicat des pharmaciens du 76 présidé par Madame Marie-Hélène Lalande, rattaché à La Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) l'a transmis par mail à toutes les pharmacies d'officine de Seine-Maritime. Le groupement Unipharm l'a envoyé par mail à ses 54 adhérents coopérateurs de Seine-Maritime. Enfin, le questionnaire a été partagé sur le réseau social Facebook sur un groupe réunissant 782 membres dont des étudiants en pharmacie et des pharmaciens diplômés de la faculté de médecine et pharmacie de Rouen en précisant toutefois que ce questionnaire était à destination uniquement des pharmaciens diplômés exerçant en Seine-Maritime.

Les résultats (Annexe 2) ont été traités sur tableur grâce à un test du Khi 2 d'indépendance. Ce test permet d'établir l'absence de lien statistique entre deux variables X et Y. Il permet d'obtenir une valeur p qui, si elle est inférieure ou égale 0,05, rejette l'hypothèse nulle selon laquelle les deux variables X et Y sont indépendantes.

Ainsi, en faisant une loi inverse du Khi2, des pourcentages sont obtenus pour mettre en rapport les variables de cette étude. Si le pourcentage donné dans le tableau (Annexe 3) est supérieur ou égal à 95%, les deux variables étudiées sont corrélées. Par exemple, la valeur p pour les variables « âge » et « enfant » est supérieure à 99%, il y a donc une forte corrélation entre l'âge de l'individu et le fait d'avoir des enfants.

3.2.1 Points forts et limites de l'enquête

Les principaux points forts de cette étude sont la taille de l'échantillon par rapport à la population cible. En effet, le questionnaire a été envoyé aux 348 officines de Seine-Maritime et le nombre de participants, titulaires et adjoints, s'élève à 127. De plus, tous les questionnaires retournés ont été intégralement remplis ce qui permet une meilleure analyse des résultats.

Cependant cette étude comporte des limites. Dans un premier temps, un biais de sélection intervient : les préparateurs et étudiants en pharmacie ont été exclus de l'enquête. De plus, le traitement du questionnaire par mail et par entretiens oraux constitue un biais de réalisation. Tous les participants n'ont pas eu le document sous le même format et cela a pu impacter leurs réponses. Enfin, malgré un sondage aussi neutre que possible, les propositions faites pour certaines questions ou la façon de présenter les questions ont pu influencer les réponses : il s'agit d'un biais de cadrage.

3.3 Résultats et discussions

Au total, 127 pharmaciens d'officine de Seine-Maritime ont répondu à ce questionnaire. Tous les formulaires retournés ont été entièrement complétés. 101 formulaires ont été remplis sur Google Forms après la réception d'un mail et 26 par des entretiens au sein des officines.

Pour rendre la lecture des résultats plus aisée, les pourcentages sont donnés arrondis à l'entier

3.3.1 Le sexe du pharmacien interrogé

Parmi les participants, 82 sont des femmes et 45 sont des hommes.

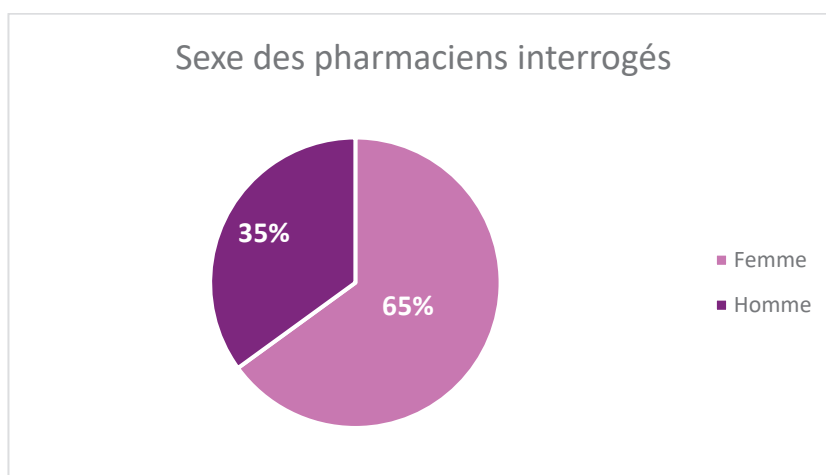


Figure 10- Représentation graphique du sexe des pharmaciens interrogés

3.3.2 L'âge

47 pharmaciens interrogés sont âgés de moins de 35 ans, 51 ont entre 35 et 50 ans et 29 ont plus de 50 ans.

La limite entre les deux premières classes d'âge a été arrêtée à 35 ans. En effet, les pharmaciens de moins de 35 ans ont, pour la majorité, terminé leurs études de pharmacie à la faculté il y a 10 ans ou moins. En 2009 a été promulguée la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) qui a eu une grande influence sur la prise en charge des soins en ville. Elle est précurseur de la tendance vers une prise en charge moins hospitalière avec des HAD notamment qui mènent au projet du PRADO. Il est donc intéressant de distinguer les pharmaciens ayant été diplômés bien avant la loi HPST de ceux diplômés après cette loi. Les pharmaciens diplômés il y a moins de 10 ans ont potentiellement entendu parler de cette loi au cours de leurs études contrairement aux pharmaciens diplômés depuis plus longtemps.

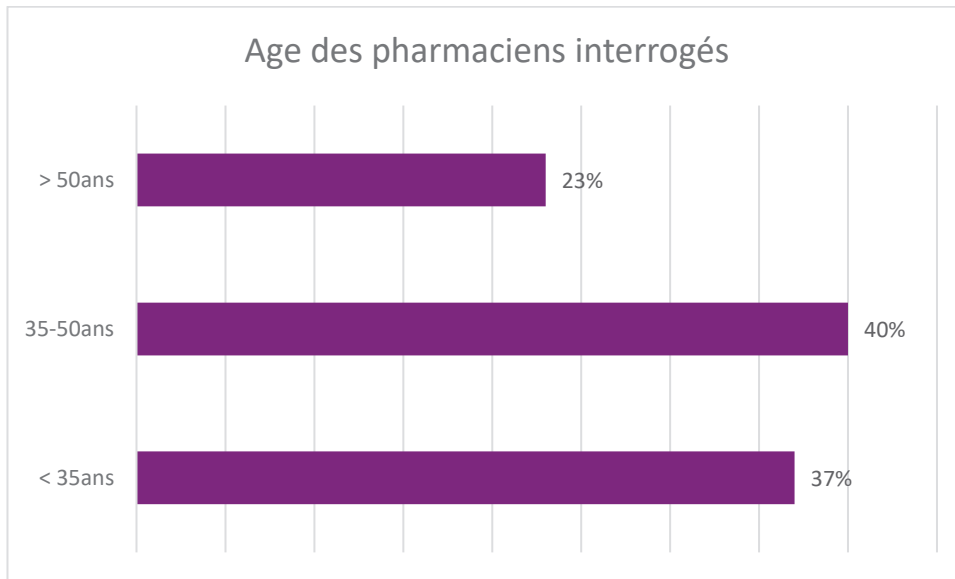


Figure 11- Représentation graphique de l'âge des pharmaciens interrogés

3.3.3 Les enfants

84 pharmaciens interrogés ont des enfants et 43 n'en ont pas. Il paraît clair qu'avoir des enfants constitue un bagage d'expériences personnelles dans le domaine du post-partum et du nouveau-né. Il est constructif de voir dans quelle proportion ces expériences personnelles influencent les réponses des participants.

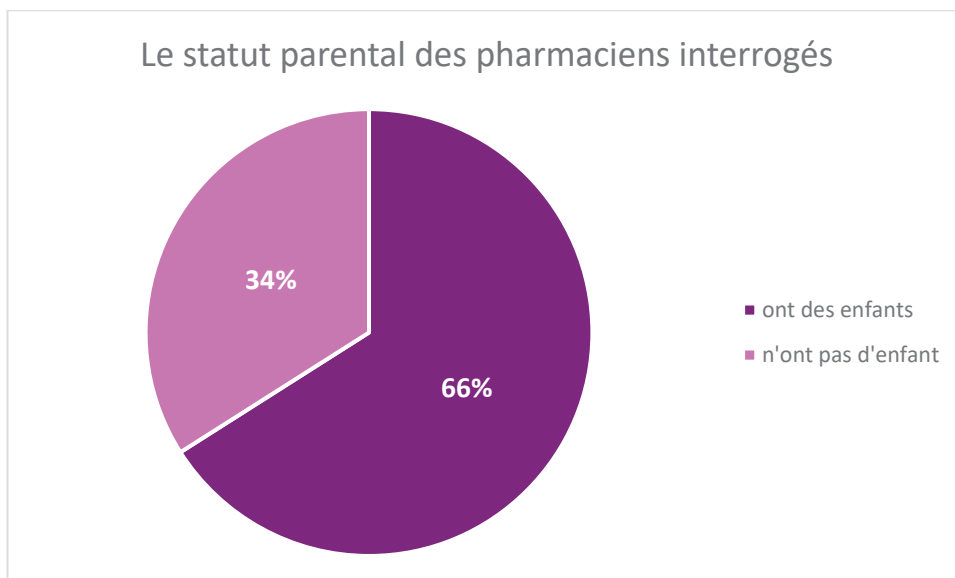


Figure 12- Représentation graphique du statut parental des pharmaciens interrogés

3.3.4 Le statut

L'échantillon est composé de 76 pharmaciens titulaires et de 51 pharmaciens adjoints.

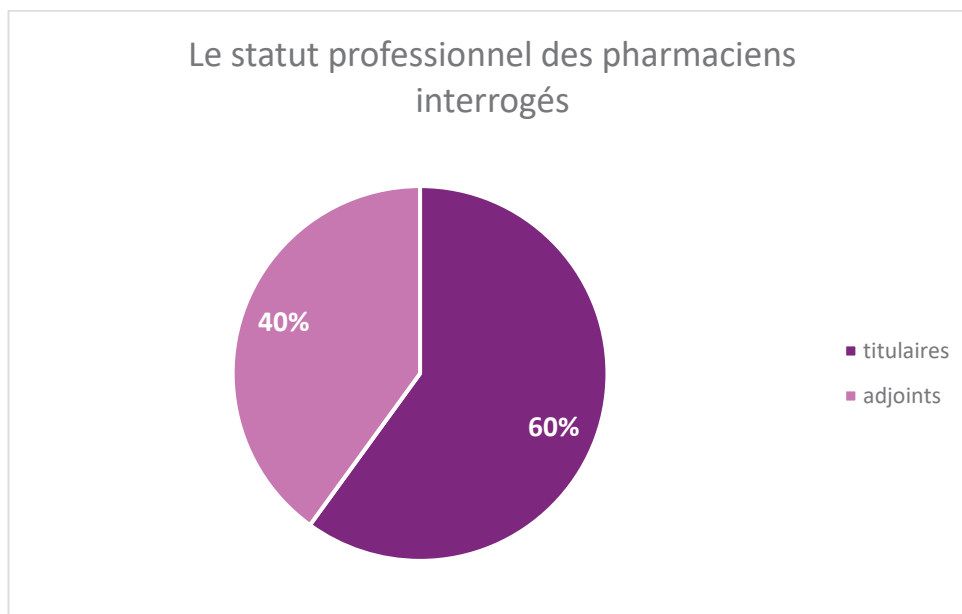


Figure 13 - Représentation graphique du statut professionnel des pharmaciens interrogés

3.3.5 Le type de pharmacie

Les lieux d'exercice des pharmaciens sont divers : 67 d'entre eux travaillent en milieu urbain, 35 en milieu rural, 20 en bourg et 5 en centre commercial.

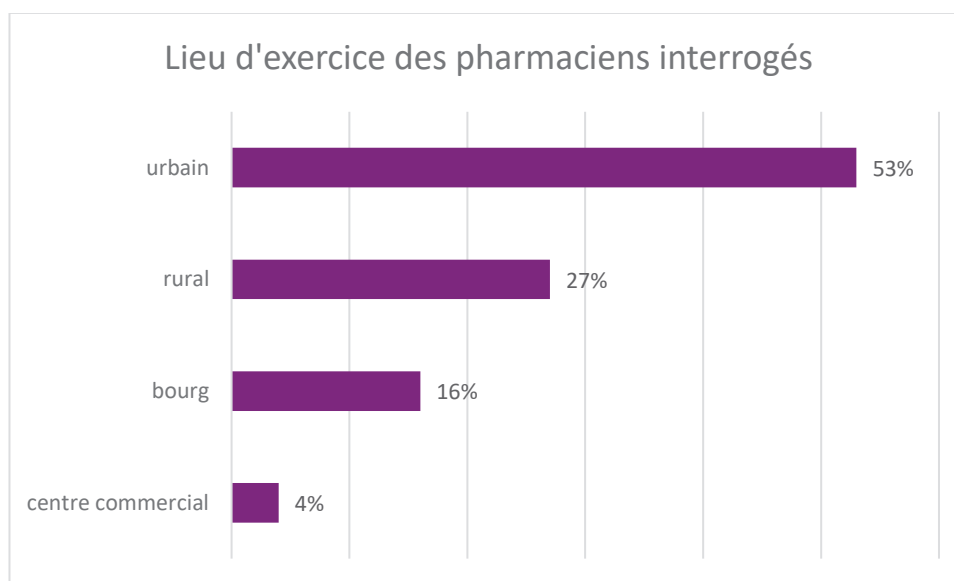


Figure 14- Représentation graphique du lieu d'exercice des pharmaciens interrogés

3.3.6 La connaissance du PRADO

Sur 127 pharmaciens interrogés, seuls 28 connaissent le PRADO. Cette question a été posée dans le but d'évaluer factuellement les connaissances du pharmacien d'officine en matière de sortie précoce de maternité.

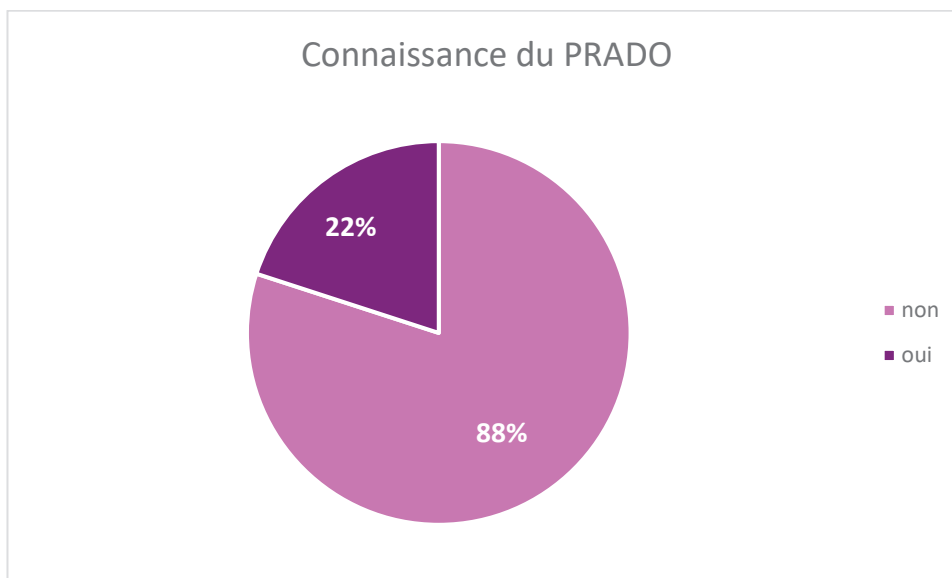


Figure 15 - Représentation graphique de la connaissance du PRADO

3.3.7 La fréquence des demandes

Pour que les pharmaciens puissent s'impliquer dans la prise en charge du post-partum et du nouveau-né, il faut qu'il y ait des demandes. Les demandes sont quotidiennes pour 22 d'entre eux, occasionnelles pour 98 d'entre eux et 7 d'entre eux n'ont jamais de demandes.

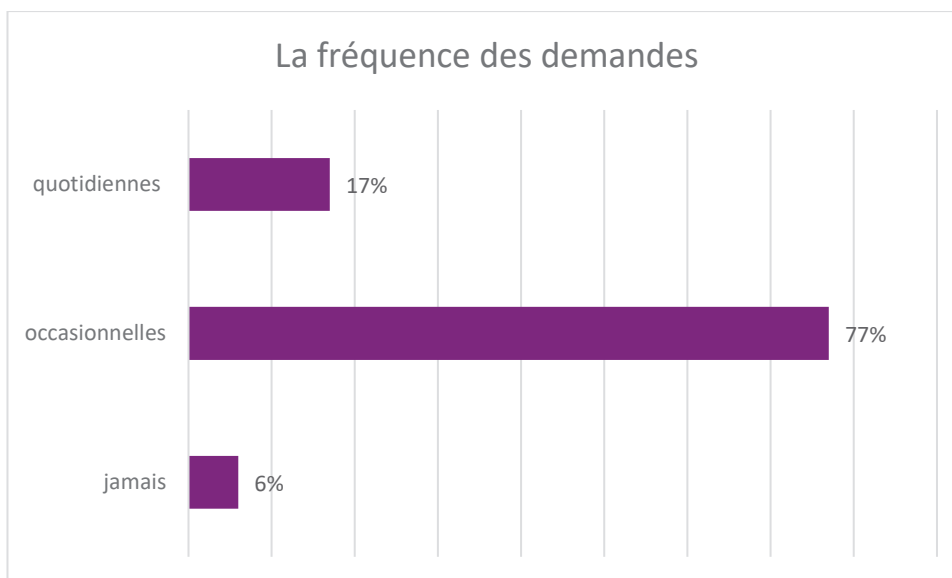


Figure 16- Représentation graphique de la fréquence des demandes liées au post-partum

3.3.8 Les points forts du pharmacien

Une liste de cinq atouts faisant du pharmacien un acteur de santé incontournable a été proposée aux participants. Ils devaient choisir ceux qui selon eux étaient leurs principaux points forts. Une sixième case permettait de faire une autre proposition.

109 participants ont pointé la grande accessibilité comme point fort, 93 la confiance de la patientèle envers son pharmacien, 91 des connaissances permettant de dispenser des conseils adaptés, 87 un contact régulier avec les familles et 66 un maillage territorial.

Parmi les réponses « autre », 3 participants ont ajouté que leur expérience personnelle et le fait d'avoir des enfants est pour eux leur principal atout. Un autre participant a ajouté sa capacité à réorienter les patientes.

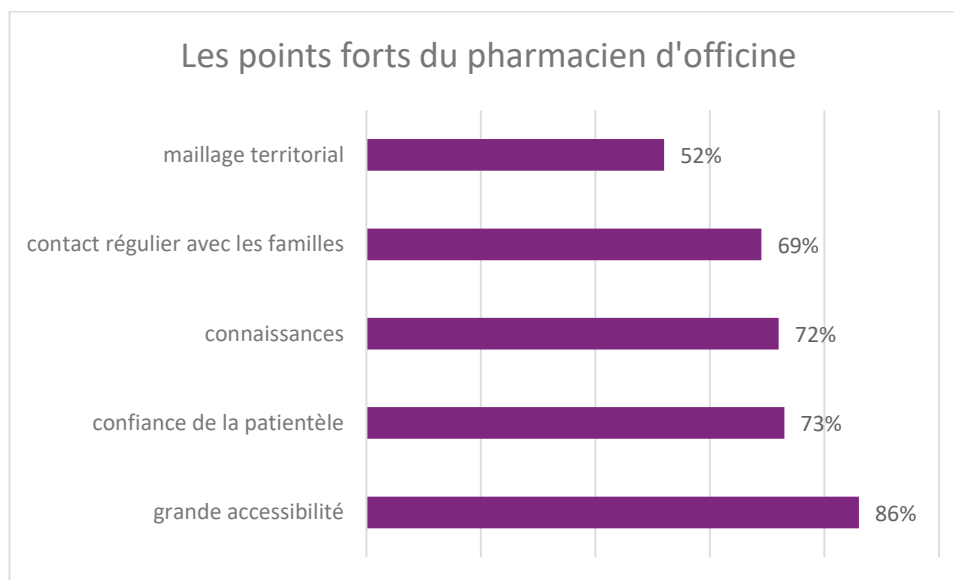


Figure 17- Représentation graphique des points forts du pharmacien d'officine

3.3.9 Les points faibles du pharmacien

Au cours de discussions avec les pharmaciens d'officine concernant les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des femmes en post-partum et de leur nouveau-né, une liste des huit points qui revenaient le plus a été faite. Une neuvième case permettait de faire une proposition autre.

68 participants ont noté le fait que les patientes se confient plus à leur sage-femme, 50 la difficulté à aborder certains sujets avec les patientes, 45 un manque de connaissance de leur part, 44 un manque de temps, 38 le fait que les patientes se confient plus à leur médecin, 33 un manque d'espace de confidentialité, 22 un manque de matériel adapté, 17 un manque de reconnaissance.

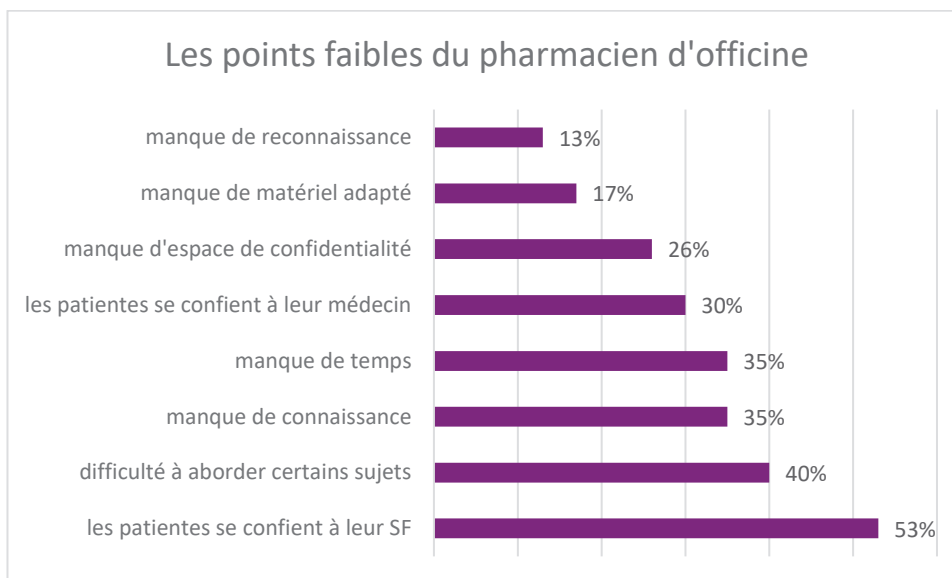


Figure 18- Représentation graphique des points faibles du pharmacien d'officine

Parmi les autres difficultés, 2 participants ont mentionné le manque d'uniformisation des conseils et recommandations entre les différents professionnels de santé. 2 participants ont déclaré ne rencontrer aucun problème. Enfin un participant a exprimé sa difficulté à prendre en charge correctement les femmes en post-partum et leur nouveau-né et à leur accorder le temps nécessaire en sus des nouvelles missions de santé publique qui lui sont confiées.

3.3.10 Les pistes d'amélioration

Pour répondre aux principales difficultés rencontrées, des propositions d'amélioration étaient soumises aux participants.

83 pensent à une meilleure communication entre professionnels de santé, 83 à une meilleure formation des pharmaciens, 66 à une meilleure reconnaissance du pharmacien, 39 à la création d'un espace de confidentialité et 32 à la prise de rendez-vous avec les familles.

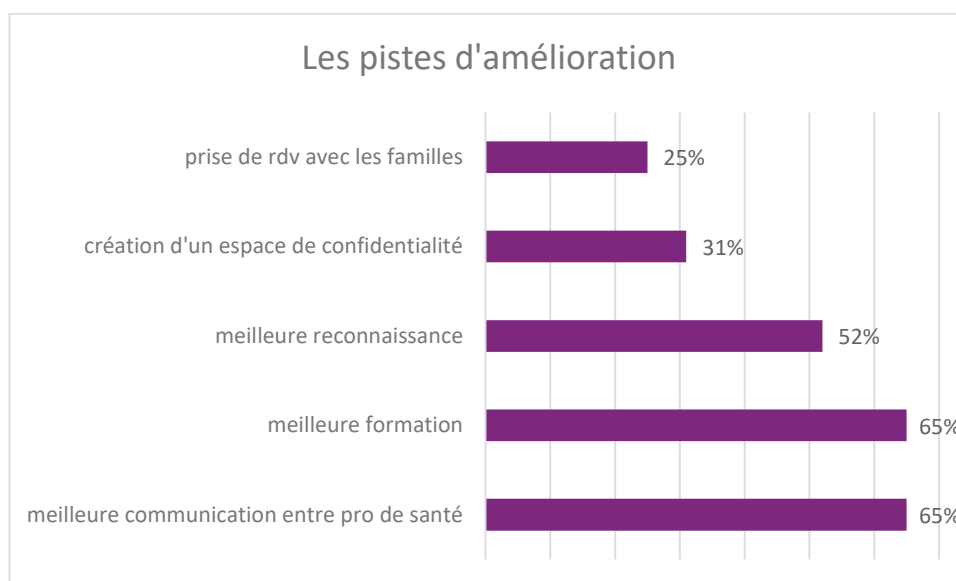


Figure 19- Représentation graphique des pistes d'amélioration

Parmi les réponses « autres » ont été proposées : une amélioration de la « communication ville-hôpital » et un « travail avec les familles en amont, durant la grossesse ».

3.3.11 Les connaissances

Les pharmaciens ont été interrogés sur les connaissances qu'ils pensaient avoir. Cette question a pour objectif de voir s'ils se sentent légitimes dans ce domaine. 75 d'entre eux ont répondu avoir les connaissances nécessaires et 52 d'entre eux jugent ne pas avoir assez de connaissances pour prendre en charge de manière optimale des patientes en post-partum et leur nouveau-né.

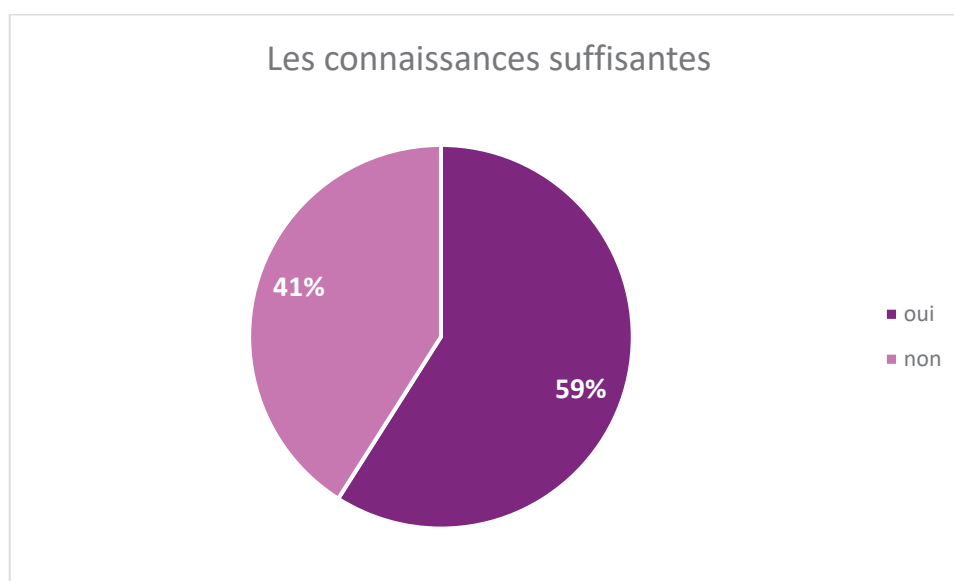


Figure 20- Représentation graphique des connaissances des pharmaciens interrogés

Il existe un lien entre la variable « avoir des enfants » et la variable « estimer avoir les connaissances nécessaires ». Parmi les 59% de pharmaciens ayant répondu qu'ils avaient les connaissances nécessaires, 80% d'entre eux ont des enfants. Tandis que 65 % des personnes n'ayant pas d'enfant estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires.

De plus, une corrélation est mise en évidence entre « l'âge des pharmaciens » et « estimer avoir les connaissances nécessaires ». 76,5% des pharmaciens de la tranche de 35-50 ans estiment avoir les connaissances nécessaires contre 46,8% pour les moins de 35 ans et 48,2% des plus de 50 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que les pharmaciens entre 35 et 50 ans ont une expérience personnelle plus importante que les moins de 35 ans qui ont moins souvent des enfants et des plus de 50 ans qui ont souvent des enfants plus âgés.

3.3.12 La formation “ accompagnement post-partum ”

Les connaissances vont de pair avec la formation reçue. Seules 15% personnes interrogées ont déjà bénéficié au moins une fois d'une formation sur le post-partum.

Les pharmaciens formés l'ont été par des cours en e-learning organisés par des organismes de développement professionnel continu (DPC) tels que Form'Utip ou Ma formation officinale, ou bien par des cours en présentiel en sixième et dernière année de pharmacie officinale à la faculté.

Il existe une relation entre l'âge des pharmaciens interrogés et la formation post-partum. 27,6% des moins de 35 ans ont eu au moins une formation sur le post-partum contre 7,8% pour les 35-50 ans et 6,8% pour les plus de 50 ans. La génération de jeunes pharmaciens semble donc être mieux formée au post-partum.

Il existe également un lien entre le fait d'être pharmacien adjoint et le fait d'avoir reçu une formation post-partum. Seuls 7,9% des pharmaciens titulaires ont eu une formation post-partum contre 25,4% des adjoints.

3.3.13 La formation nouveau-né

23% des pharmaciens interrogés ont déjà bénéficié au moins une fois d'une formation sur la prise en charge du nouveau-né.

Les pharmaciens formés l'ont été par des cours en e-learning organisés par des organismes de développement professionnel continu (DPC) tels que Form'Utip, Atoopharm, Gayet

Metois Formations, par des formations organisées par le grossiste-répartiteur CERP, ou bien par des cours en présentiel en sixième et dernière année de pharmacie officinale à la faculté.

Les critères « âge » et « formation nouveau-né » sont corrélées. 27,6% des moins de 35 ans ont eu au moins une formation sur la prise en charge du nouveau-né, contre 19,6% des 35-50 ans et 20,7% des plus de 50 ans. Tout comme pour la formation sur la prise en charge des patientes en post-partum, les jeunes pharmaciens ont été davantage formés, à la faculté notamment.

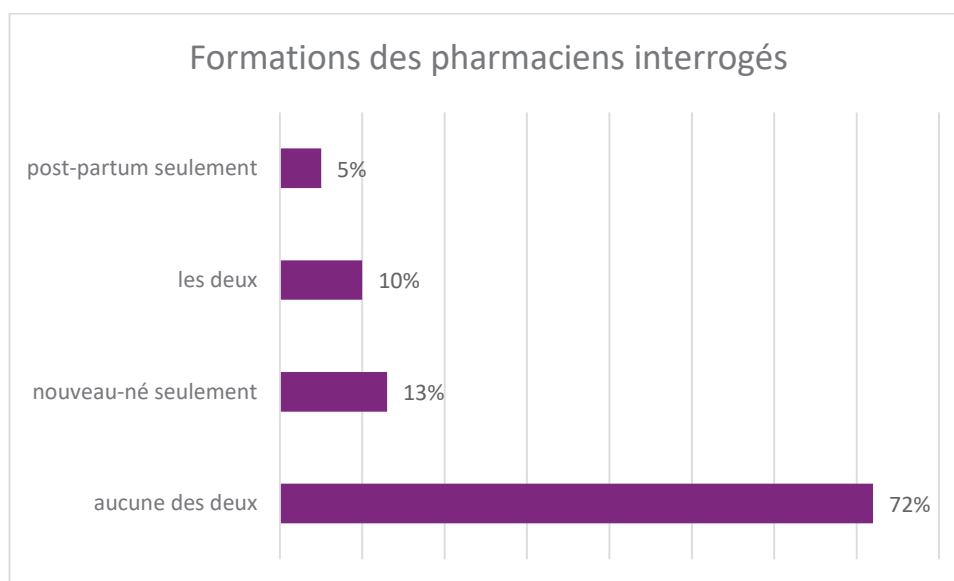


Figure 21- Représentation graphique de la formation des pharmaciens interrogés

3.3.14 Une formation supplémentaire

Après avoir évalué leurs expériences personnelles et professionnelles, leurs connaissances et leur formation, un dernier point essentiel est à estimer : leur intérêt pour le domaine du post-partum et du nouveau-né. 124 participants à l'étude soit 98% se disent intéressés par une formation sur ces sujets.

Les pharmaciens étaient ensuite consultés sur le format qui leur paraissait le plus pertinent. Plusieurs réponses étaient possibles. Parmi les personnes intéressées par une formation, 62% le seraient par une formation sous forme de e-learning, 57% sous forme de journée de formation en présentiel et 28% par la réception de brochures et de documentations.

Une préférence pour les formations en e-learning et en présentiel se dessine donc. En effet, au cours d'entretiens avec des pharmaciens, plusieurs ont confié ne pas être intéressés

par des brochures et documentations car ils en reçoivent déjà plusieurs au sein de leur officine et n'ont pas le temps de les lire. Cette réponse aussi marquée est intéressante car elle permet de cibler les besoins et donc de rendre la réponse plus pertinente.

3.4 Synthèse de l'étude

3.4.1 Bilan

Ainsi les expériences personnelles comme le fait d'avoir des enfants et l'âge des pharmaciens influent de manière directe sur les connaissances et la prise en charge des patientes et de leur nouveau-né. La connaissance du PRADO est très limitée chez l'ensemble des pharmaciens interrogés. Malgré des demandes occasionnelles à quotidiennes des familles, les pharmaciens restent très peu formés dans ces domaines et ne sont donc pas nombreux à pouvoir prétendre avoir les connaissances suffisantes et nécessaires à une prise en charge optimale. Cependant une amélioration peut être espérée : la jeune génération de pharmaciens semble mieux formée à la sortie de la faculté et la quasi-totalité des pharmaciens participants se dit intéressée par une formation dans le domaine du post-partum et/ou du nouveau-né.

3.4.2 Démarche d'amélioration

Cette enquête démontre une bonne volonté des pharmaciens officinaux dans la prise en charge des sorties de maternité. Cependant ils rencontrent de nombreuses difficultés auxquelles des solutions peuvent être proposées. L'objectif est d'apporter des pistes de réflexion et des idées d'amélioration à mettre en place concrètement et facilement dans leurs officines.

3.4.2.1 Les demandes

L'une des premiers problèmes rencontrés est celui du nombre de demandes. Bien que 95% des pharmaciens interrogés aient déclaré avoir des demandes occasionnelles à quotidiennes, 53% trouvent que les femmes se confient davantage à leur sage-femme et 30% qu'elles se confient davantage à leur médecin.

Afin d'être reconnu comme acteur de la prise en charge du post-partum et du nouveau-né, une relation de confiance doit être nouée avec les familles et ce dès la grossesse.

Le pharmacien d'officine peut aider les futurs parents à constituer une trousse à pharmacie pour leur enfant à naître. Il pourra ainsi accompagner les couples, répondre à leurs interrogations et s'inscrire comme un interlocuteur de choix. Il peut organiser des campagnes de sensibilisation aux principaux problèmes rencontrés lors du post-partum, distribuer des documentations et brochures sur le post-partum ou les premiers mois du bébé. Des ateliers peuvent également être proposés aux patients au sein des officines comme des formations sur l'allaitement maternel par exemple.

3.4.2.2 Les connaissances des pharmaciens d'officine

L'étude réalisée a permis de révéler une grande méconnaissance du PRADO chez les pharmaciens d'officine. Ces derniers sont très peu formés dans les domaines du post-partum et du nouveau-né, ce qui rend parfois leurs connaissances insuffisantes pour une prise en charge des patients optimale dans ce contexte. Pour faire du pharmacien d'officine un acteur de cette prise en charge, il se doit d'être suffisamment formé. De nombreuses formations existent autour du post-partum et du nouveau-né. Celles-ci sont organisées par :

- des organismes de formation. Ma formation officinale propose par exemple en e-learning des formations telles que « allaitement », « pédiatrie et pathologies digestives ». Ospharm propose en présentiel une formation « santé de la femme : prise en charge à l'officine ». Gayet-Mettois Formations propose en présentiel une formation « l'enfant de 0 à 2 ans »
- des grossistes-répartiteurs. La CERP propose en e-learning des formations telles que « maux du bébé et cas de comptoir » ou « conseiller et rassurer sur l'allaitement » ainsi qu'en présentiel « pédiatrie : suivi de la naissance au jeune enfant »
- certains groupements de pharmacies d'officine organisent des formations pour leurs adhérents de manière directe ou par l'intermédiaire d'organismes de formation.

Certains enseignements peuvent entrer dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Depuis 2013, a été mis en place ce dispositif obligatoire de formation continue qui impose à chaque professionnel de santé y compris pharmaciens (titulaires et adjoints) et préparateurs en pharmacie de suivre un parcours DPC sur trois ans en participant à au moins deux types d'actions au cours de cette période.

L'objectif n'est pas nécessairement d'avoir de très grandes connaissances dans ces domaines mais de savoir chercher les informations essentielles et surtout de savoir

reconnaitre des signes de gravité et réorienter les patients. Par exemple, un pharmacien peut ne pas connaître tous les conseils à dispenser à une femme qui rencontre des difficultés lors de son allaitement. Cependant, il se doit de savoir où chercher les informations pour aider cette patiente. Par exemple il pourra consulter le site internet Pharmallait destiné aux pharmaciens d'officine dans le but de les aider à optimiser leur prise en charge des femmes allaitantes.

L'avantage considérable que détient le pharmacien d'officine est qu'il est souvent entouré d'une équipe de pharmaciens et de préparateurs en pharmacie. L'étude a démontré que les pharmaciens ayant des enfants estimaient davantage avoir les connaissances nécessaires. Les expériences personnelles ayant une influence sur la prise en charge et les conseils apportés, il peut donc être pertinent de rediriger la patiente et son nouveau-né vers un membre de l'équipe officinale ayant des enfants ou une meilleure formation dans ces domaines. Les officines tendent vers la spécialisation des membres de leur équipe : en aromathérapie, phytothérapie, orthopédie etc... Spécialiser un membre de son équipe dans le domaine du post-partum et du nouveau-né permettrait de perfectionner la prise en charge.

3.4.2.3 Les moyens de prise en charge

Parmi les principales difficultés rencontrées, les pharmaciens interrogés ont évoqué le manque de temps. Le pharmacien d'officine se voit confier de nouvelles missions telles que la vaccination anti-grippale, les entretiens thérapeutiques, qui bien que fondamentales pour l'évolution de la profession sont très chronophages. Or une femme en post-partum nécessite une écoute attentive. Il est indispensable de lui accorder tout le temps nécessaire. Une réassurance des femmes permet notamment de réduire le risque de dépression du post-partum et d'en identifier les premiers signes. Parmi les axes d'amélioration proposés dans le questionnaire, seuls 25% des pharmaciens pensent que la prise de rendez-vous avec les familles serait une solution. Proposer aux patients de revenir à une heure en particulier quand les effectifs seront plus importants ou proposer un créneau moins fréquenté dans la journée permet d'accorder plus de temps et d'attention aux jeunes parents. Cependant la principale force du pharmacien d'officine est sa grande accessibilité. Il peut être consulté sans rendez-vous à l'instar des autres professionnels de santé. Cette solution est donc relative et à adapter à la demande de la patiente.

Ensuite, certaines officines ne disposent pas d'un espace de confidentialité adapté pour un entretien avec les familles. Cet espace est pourtant indispensable pour créer une

relation de confiance basée sur le secret professionnel. En créant un espace de confidentialité et en proposant aux patientes d'y accéder dès que nécessaire, les femmes pourront aborder avec moins de gêne certains sujets comme les désagréments du post-partum et les difficultés qu'elles rencontrent dans leur nouveau rôle de mère.

Pour optimiser la prise en charge, un matériel adapté doit être disponible à l'officine : un tensiomètre, un pèse-personne. Du matériel peut aussi être proposé à la location : un pèse-bébé, un berceau de maternité, plusieurs modèles de tire-lait, etc. Cela permet d'aider les familles et de nouer une relation avec elles. La prise de tension artérielle chez la mère peut être l'occasion d'échanger avec elle et de la soutenir dans les difficultés qu'elle peut rencontrer.

3.4.2.4 La communication hôpital-ville

Les sorties de maternité ne font pas exception au manque de communication entre les professionnels de santé à l'hôpital et en ville. Cela peut conduire à une discontinuité des soins et à un manque d'harmonisation des conseils. Une des solutions pouvant être apportée est de prendre contact avec la maternité la plus proche de l'officine et de s'informer sur les prises en charge et recommandations au sein de l'établissement. En effet, selon les établissements des différences persistent quant à la prise en charge, concernant les soins du cordon ombilical par exemple. Cette démarche est essentielle pour faire du patient le dénominateur commun des actions entreprises.

Les pharmaciens d'officine se doivent également de collaborer avec les établissements hospitaliers dans le cadre des conciliations médicamenteuses qui permettent de maintenir un lien hôpital-ville.

L'article L. 4011-1 du Code de la Santé Publique (CSP) autorise : « La coopération entre professionnels de santé [...] quels que soient le mode d'exercice (libéral, salarié, mixte) et le cadre d'exercice (établissements de santé, maisons de santé, pôle de santé, réseaux de santé, centres de santé, cabinet médical, EHPAD, HAD, SSIAD, etc.). » (Légifrance, 2009)

3.4.2.5 La communication entre professionnels de santé en ville

Près de 65% des pharmaciens interrogés souhaiteraient une meilleure communication entre professionnels de santé en ville.

En 2015, une étude a démontré que malgré des échanges quotidiens par le biais d'ordonnances, les échanges entre prescripteurs et pharmaciens étaient très pauvres : très

peu d'appels et aucune rencontre physique (Morlaes, 2015). Pourtant ces échanges sont nécessaires dans de nombreux cas : interactions médicamenteuses, anomalies de posologie, effets indésirables, inobservance... Le pharmacien d'officine doit alors connaître les prescripteurs exerçant dans son secteur et savoir comment les contacter. En cas de réorientation du patient, il doit aussi connaître des spécialistes adaptés (pédiatres, psychiatres, psychologues, ostéopathes...).

L'objectif est de tendre vers une démarche de pratique collaborative pluriprofessionnelle en créant une véritable équipe pluridisciplinaire soudée autour du patient pour soutenir au mieux les familles. Pour cela il est primordial de connaître et reconnaître les atouts et les compétences de chaque professionnel de santé. La communication de toutes les parties doit être soignée pour entretenir de bonnes relations.

Une des remarques d'un pharmacien interrogé était le manque d'harmonisation dans les conseils délivrés aux jeunes parents. Ces derniers peuvent diverger entre les établissements, les professionnels de santé en ville mais aussi au sein d'une même officine. Il est primordial de créer une cohérence interprofessionnelle. L'élaboration de fiches de procédure entrant dans une démarche qualité à l'officine est un moyen de limiter ce phénomène au sein même de l'officine. Ces fiches concernent toute l'équipe officinale et sont rédigées par le pharmacien responsable de l'assurance qualité (PRAQ) de l'officine. Il y décrit l'intégralité de la procédure pour la prise en charge d'une affection donnée. Cela permet une plus grande répétabilité, efficacité et rapidité. Ces fiches de procédures impliquant le cœur de métier peuvent concerner de nombreuses problématiques : la prise en charge d'un engorgement ou d'un érythème fessier du nourrisson par exemple.

3.4.3 Ouverture

Le pharmacien d'officine doit donc mieux se former et s'organiser pour optimiser la prise en charge des patientes en post-partum et de leur nouveau-né. Il doit privilégier les contacts avec les autres professionnels de santé et accorder l'attention et le temps nécessaires aux familles.

Les missions du pharmacien d'officine ne cessent d'évoluer. Celles-ci pourraient être complétées par des entretiens thérapeutiques, comme ceux existant pour le suivi des patients sous AVK ou des patients asthmatiques, qui seraient dédiés aux femmes en post-partum et

au nouveau-né. Cela permettrait aux pharmaciens d'officine d'éduquer les familles sur la prise en charge d'un nouveau-né et de ses traitements, de promouvoir la vaccination...

Un dispositif semblable à celui du « pharmacien correspondant » pourrait éventuellement être mis en place. Un pharmacien serait désigné par la patiente et aurait un contact privilégié avec le médecin traitant de celle-ci afin d'optimiser son suivi thérapeutique.

La généralisation du DMP pourra également être d'une grande utilité pour la prise en charge des femmes en post-partum et de leur nouveau-né pour tous les professionnels de santé y compris le pharmacien qui pourrait avoir accès à davantage d'informations médicales et veiller au mieux à limiter les contre-indications. Actuellement le pharmacien d'officine, contrairement au pharmacien hospitalier, n'a pas accès à des données médicales telles que la créatinine du patient par exemple et ne peut donc pas notifier au prescripteur qu'une adaptation de la posologie est nécessaire.

La création de formations en présentiel, dans le cadre du DPC, communes aux différents professionnels de santé pourrait créer un lieu d'échange et améliorer par la suite les échanges entre eux.

CONCLUSION

La sortie de maternité est un grand évènement dans la vie des familles. Le PRADO a été mis en place afin de permettre une meilleure transition entre un milieu très médicalisé et le retour au foyer familial. La visite d'une sage-femme au domicile permet un meilleur suivi et accompagnement. Les retours précoces à domicile se démocratisant, ce suivi est d'autant plus important. Les durées d'hospitalisation sont plus courtes et le risque de complications pour la mère et l'enfant à la suite de l'accouchement est toujours présent. Il est donc primordial de constituer un réseau basé sur la collaboration pluriprofessionnelle autour de la patiente et de son nouveau-né afin de soutenir au mieux les familles. Chaque professionnel de santé qu'il soit gynécologue, sage-femme, pédiatre, médecin généraliste, pharmacien d'officine, infirmier a son rôle à jouer pour une prise en charge optimale. Seule une coordination de tous ces soins forme une prise en charge efficace. La coopération entre le milieu hospitalier et le relai des soins en ville de même que la coopération entre les professionnels de santé en ville sont donc capitales.

Parmi les protagonistes de cette prise en charge, le pharmacien d'officine joue son rôle d'acteur de santé publique et d'accompagnateur des familles. Sa très grande accessibilité le met en première ligne pour conseiller, rassurer et réorienter les patients.

Notre étude a permis d'analyser l'implication des pharmaciens d'officine dans la prise en charge des patientes en post-partum et de leur nouveau-né. Celle-ci a révélé une méconnaissance des pharmaciens d'officine du PRADO. Malgré des demandes fréquentes, les pharmaciens d'officine sont très peu formés dans ces domaines et estiment souvent ne pas avoir les connaissances nécessaires et suffisantes pour prendre en charge au mieux les patientes. Notre étude a aussi permis d'établir la liste des nombreux points forts du pharmacien d'officine comme acteur de cette prise en charge mais également de nombreux points faibles. Pour répondre aux principales difficultés rencontrées, des axes d'amélioration ont été proposés afin d'optimiser leurs conseils au comptoir. En effet, s'est dégagée de notre étude une motivation des pharmaciens à être mieux formés dans ces domaines et à améliorer leur prise en charge pour le bien des patientes et de leur nouveau-né, et pour peut-être se voir confier de nouvelles missions de santé publique dans ce cadre dans les années à venir.

Références bibliographiques

AMELI (2018). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l’Assurance Maladie pour 2018 »,.

AMELI (2020). « Prado, le service de retour à domicile », <<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>> (consulté le 4 février 2020).

ANSM (2019). « Médicaments à base d’argile dans le traitement symptomatique de la diarrhée aiguë chez l’enfant - Point d’information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé », <<https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Medicaments-a-base-d-argile-dans-le-traitement-symptomatique-de-la-diarrhee-aigee-chez-l-enfant-Point-d-information>> (consulté le 23 novembre 2020).

ARNOULD, F. (2017). « Prévention des consultations aux urgences pédiatriques : enquête sur les conseils de puéricultures donnés par les médecins généralistes lors des consultations du nouveau-né », p. 90.

BATONAT, M. (2010). « Petits maux de la grossesse : étude de la lombalgie », </paper/Petits-maux-de-la-grossesse-%3A-%C3%A9tude-de-la-lombalgie-Batonat/8b40439e27baf656d287f733d4d91a738acd1ba4> (consulté le 18 juin 2020).

BERCHE, P., et J.-J. LEFRERE (2011). « Ignaz Semmelweis », /data/revues/07554982/v40i1sP1/S0755498210004306/, [en ligne], <<https://www.em-consulte.com/en/article/279348>> (consulté le 4 février 2020).

BERKANE, N. (2015). « Sorties précoces en maternité : avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place », /data/revues/03682315/v44i2/S0368231514001951/, [en ligne], <<https://www.em-consulte.com/en/article/952925>> (consulté le 6 mars 2020).

BESSA DO AMARAL COUTINHO, A., et F. DAR CET (2016). *Le retour précoce à domicile: Point de vue des patientes à travers une enquête prospective en Seine-Maritime*, Rouen, France, Université de Rouen.

BRUN, A. (2017). « Évaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité, au sein de la pratique des sages-femmes libérales : étude menée auprès de 76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne », p. 77.

DECRET (1998). *Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d’obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)*, [en ligne].

DREES (2016). « Etudes et Résultats, Deux nouveaux-nés sur trois sont allaités à la naissance », <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>> (consulté le 22 juillet 2020).

FINOCCHI, A. (2000). *Troubles digestifs mineurs du nourrisson: rôle, conseil du pharmacien d'officine*, [en ligne]. other, UHP - Université Henri Poincaré, <<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734049>> (consulté le 1 juillet 2020).

FRITEL, X., et X. DEFFIEUX (2017). « Chapitre 34 - Incontinence urinaire de la femme enceinte et du post-partum », dans Xavier Deffieux (dir.), *Incontinence Urinaire Féminine*, [en ligne], Paris, Elsevier Masson, p. 219-222, <<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75732-7.00034-0>> (consulté le 22 juillet 2020).

FSPF (2019). « Vaccination antigrippale à l'officine - La barre du million de patients vaccinés par leur pharmacien vient d'être franchie », dans *FSPF*, [en ligne], <<http://www.fspf.fr/fspf-services/breves/vaccination-antigrippale-officine-barre-millions-patients-vaccines-leur>> (consulté le 22 juillet 2020).

HAUTE AUTORITE DE SANTE (2013). « fiche liaison : maternité, suivi en post-partum immédiat », <<https://www.em-consulte.com/ecomplementfile/474156/emml19.pdf>> (consulté le 6 mars 2020).

HAUTE AUTORITE DE SANTE (2014). « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », dans *Haute Autorité de Santé*, [en ligne], <https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes> (consulté le 3 février 2020).

INSEE (2020). « Naissances et taux de natalité | Insee », <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-figure1>> (consulté le 20 juillet 2020).

LEACH LEAGUE (1995). « AA 26 : Manque de lait : mythe ou réalité ? », <<https://www.lllfrance.org/1107-manque-de-lait-mythe-ou-realite>> (consulté le 25 juin 2020).

LEGIFRANCE (2009). « Article L4011-1 - Code de la santé publique - Légifrance », <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887638/2019-07-27> (consulté le 27 octobre 2020).

MARTIN-LAVAL, A., V. DURANT et C. LAURENT (2011). « Séjour en suites de couches », p. 38.

MOREAU, R., H. LEPAGE, F. BLANCHET et F. MEGERLIN (2012). « Le pharmacien d'officine et la vaccination : actualité et opportunité », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, vol. 70, n° 6, p. 309-314.

MORLAES, S. (2015). « La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine autour de la prescription médicamenteuse : enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine dans le sud des Landes », p. 129.

NAITRE ET GRANDIR (2019). « Le muguet », <<https://naitreetgrandir.com/fr/sante/naitre-grandir-sante-bebe-muguet-candida-albicans/>> (consulté le 18 novembre 2020).

OCDE (2020). « Recours aux soins de santé - Durée de séjour à l'hôpital - OCDE Data », dans *theOECD*, [en ligne], <<http://data.oecd.org/fr/healthcare/duree-de-sejour-a-l-hopital.htm>> (consulté le 4 février 2020).

- OLLENDE, C. (2010). *Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24 heures du post-partum*, [en ligne]. Thesis, <<http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/1070>> (consulté le 18 juin 2020).
- ONSSF (2018). *Le PRADO maternité*, [en ligne], <<https://www.onssf.org/exercice-liberal/le-prado-maternite/>> (consulté le 20 juillet 2020).
- ONSSF (2018). *Alerte PRADO: sortie précoce*, [en ligne], <<https://www.onssf.org/actualites-professionnelles/alerte-prado-sortie-precoce/>> (consulté le 20 juillet 2020).
- ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS (2020). « Nombre d'officines - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens », <<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines>> (consulté le 22 juillet 2020).
- PFERSDORFF, A. (2018). « L'acné du nouveau-né et du nourrisson: que faire? », dans *Pediatrie Online*, [en ligne], <<https://www.pediatrie-online.fr/dermatologie/lacne-nouveau-nourrisson-faire/>> (consulté le 18 novembre 2020).
- PFERSDORFF, A. (2019). « Les soins du cordon chez mon bébé: avec un liquide antiseptique ou à sec? », dans *Pediatrie Online*, [en ligne], <<https://www.pediatrie-online.fr/nouveau-soins-cordon-chez-bebe-liquide-antiseptique-a-sec/>> (consulté le 18 novembre 2020).
- PHAN, A. (2011). « Archives de Pédiatrie : l'érythème fessier », <<https://www.elsevier-masson.fr/archives-de-pediatrie-0929-693x.html>> (consulté le 14 novembre 2020).
- PRATELLI, C. (2014). *La prise en charge de l'inhibition de la lactation du post-partum*, [en ligne]. other, Université de Lorraine, <<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732841>> (consulté le 22 juillet 2020).
- RAINHORN, J.-D. (1983). « Développement et Santé | Complications du post-partum », <<https://devsante.org/articles/complications-du-post-partum>> (consulté le 6 mars 2020).
- RIGOURD, V., M. NICLOUX, S. HOVANISHIAN, A. GIUSEPPI, T. HACHEM, Z. ASSAF, C. PICHON, E. KERMORVANT, R. SERREAU, K. JACQUEMAIN, M. PANARD, B. DE VILLEPIN, A. LAPILLONNE et J.-F. MAGNY (2018). « Conseils pour l'allaitement maternel », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, vol. 31, n° 2, p. 53-74.
- ROUSSELLE, S. (2019). « Prise en charge officinale de la femme en post partum et de son nouveau né », p. 127.
- SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHU DE BREST (2020). « La dermatite séborrhéique de l'enfant | Elsevier Enhanced Reader », <<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2020.02.003>> (consulté le 5 août 2020).
- SERVICE PUBLIC (2019). « Vaccination antigrippale -Grippe : généralisation de la vaccination en pharmacie à partir d'octobre 2019 | service-public.fr », <<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13377>> (consulté le 22 juillet 2020).
- TAHON, M. (2016). « Conseils pédiatriques à l'officine chez les enfants de la naissance à quatre mois », p. 209.

THOMPSON, R., S. KRUSKE, L. BARCLAY, K. LINDEN, Y. GAO et S. KILDEA (2016). « Potential predictors of nipple trauma from an in-home breastfeeding programme: A cross-sectional study », *Women and Birth*, vol. 29, n° 4, p. 336-344.

THUBERT, T., M. VINCHANT, S. VIEILLEFOSSE, S. BILLECOCQ, A. BATTUT et X. DEFFIEUX (février 2016). « [Postpartum pelvic floor disorders] », *La Revue Du Praticien*, vol. 66, n° 2, p. 207-210.

ANNEXES

Annexe 1

Expérience et avis de pharmaciens de Seine-Maritime sur la prise en charge du post-partum dans un contexte de retour précoce à domicile

Partie 1 : Profil du pharmacien interrogé

Question 1 : Etes-vous :

- Titulaire
- Adjoint

Question 2 : Etes-vous :

- un homme
- une femme

Question 3 : Dans quel type de pharmacie exercez-vous ?

- Rurale
- Urbaine
- Bourg
- Centre commercial

Question 4 : Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

Question 5 : Quel âge avez-vous ?

- Moins de 35ans
- Entre 35 et 50 ans
- Plus de 50ans

Partie 2 : La pratique officinale

Question 6 : Connaissez-vous le PRADO ?

- Oui
- Non

Question 7 : Etes-vous confronté à des demandes liées au post-partum ?

- Quotidiennement
- Occasionnellement
- Jamais

Question 8 : Selon vous quels sont les points forts du pharmacien dans la prise en charge d'une patiente post-partum et de son nouveau-né ?

- Un maillage territorial
- Une grande accessibilité
- Un contact régulier avec les familles
- Des connaissances permettant de dispenser des conseils adaptés
- Une confiance de la patientèle envers son pharmacien
- Autre :

Question 9 : Selon vous quelles difficultés peuvent entraver cette prise en charge ?

- Des difficultés à aborder certains sujets liés au post-partum
- Un manque de temps
- Un manque d'espace de confidentialité
- Un manque de matériel adapté
- Un manque de reconnaissance
- Un manque de connaissance de la part du pharmacien
- Les patientes se confient plutôt à leur médecin
- Les patientes se confient plutôt à leur sage-femme
- Autre :

Question 10 : Quelles pistes d'amélioration vous semblent pertinentes pour cette prise en charge ?

- La création d'un espace de confidentialité adapté
- La prise de rdv avec la patiente
- Une meilleure formation
- Une meilleure reconnaissance du pharmacien comme un acteur de cette prise en charge
- Une meilleure communication entre pro de santé
- Autre :

Partie 3 : la formation du pharmacien

Question 11 : Pensez-vous disposer des connaissances suffisantes et nécessaires pour accompagner et conseiller une patiente en sortie de maternité ?

- Oui
- Non

Question 12 : Avez-vous bénéficié d'une formation sur la thématique du post-partum ?

Oui

Non

Question 13 : Si oui, de quand date la dernière et par qui avait-elle été dispensée ?

Question 14 : Avez-vous bénéficié d'une formation sur la thématique du nouveau-né ?

Oui

Non

Question 15 : Si oui, de quand date la dernière et par qui avait-elle été dispensée ?

Question 16 : Pourriez-vous être intéressé par une formation supplémentaire ?

Oui

Non

Question 17 : Si oui, sous quelle forme ?

En e-learning

Sous forme de journée de formation en présentiel

Par la réception de brochures et de documentations

Annexe 2

	Sexe		Age			Enfants		Pharmacien		Localité			Prado ?		Fréquence des demandes			Connaissances		Formation PP		Formation NI		Formation supplémentaire	
	homme	femme	<35ans	35-50ans	>50ans	oui	non	titulaire	adjoind	urbain	bourg	rural	oui	non	quotidien	occasionnel	jamais	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Sexe	45	0	18	14	13	26	19	33	12	28	4	11	8	37	8	32	5	23	22	9	36	10	35	44	1
	0	82	29	37	16	58	24	43	39	39	16	24	20	62	14	66	2	52	30	10	72	19	63	80	2
	18	29	47	0	0	13	34	11	36	25	5	16	12	35	11	34	2	22	25	13	34	13	34	47	0
Age	14	37	0	51	0	48	3	41	10	23	13	13	14	37	11	39	1	39	12	4	47	10	41	48	3
	13	16	0	0	29	23	6	24	5	19	2	6	2	27	0	25	4	14	15	2	27	6	23	29	0
	26	58	13	48	23	84	0	66	18	42	17	21	22	62	14	67	3	60	24	9	75	19	65	81	3
Enfants	19	24	34	3	6	0	43	10	33	25	3	14	6	37	8	31	4	45	28	10	33	10	33	43	0
	33	43	11	41	24	66	10	76	0	39	13	22	14	62	7	62	7	47	29	6	70	14	62	73	3
Pharmacien	12	39	36	10	5	18	33	0	51	28	7	13	14	37	15	36	0	28	23	13	38	15	36	51	0
	28	39	25	23	19	42	25	39	28	67	0	0	14	53	9	54	4	39	28	10	57	16	51	67	0
Localité	4	16	5	13	2	17	3	13	7	0	20	0	5	15	4	16	0	14	6	3	17	5	15	19	1
	11	24	16	13	6	21	14	22	13	0	0	35	7	28	7	25	3	18	17	4	31	5	30	33	2
	8	20	12	14	2	22	6	14	14	14	5	7	28	0	8	19	1	20	8	6	22	7	21	27	1
Prado ?	37	62	35	37	27	62	37	62	37	53	15	28	0	99	14	79	6	55	44	13	86	22	77	37	2
	8	14	11	11	0	14	8	7	15	9	4	7	8	14	22	0	16	6	6	16	8	14	21	1	1
Fréquence des demandes	32	66	34	39	25	67	31	62	36	54	16	25	19	79	0	98	0	58	40	13	85	20	78	96	2
	5	2	2	1	4	3	4	7	0	4	0	3	1	6	0	0	7	1	6	0	7	1	6	7	0
	23	52	22	39	14	60	15	47	28	39	14	18	20	55	16	58	1	75	0	15	60	21	54	72	3
Connaissances	22	30	25	12	15	24	28	29	23	28	6	17	8	44	6	40	6	0	52	4	48	8	44	52	0
	3	10	13	4	2	9	10	8	13	10	3	4	6	13	6	13	0	15	4	19	0	13	6	19	0
Formation PP	36	72	34	47	27	75	33	70	38	57	17	31	22	86	16	85	7	60	48	0	108	16	92	105	3
	10	19	13	10	6	19	10	14	15	16	5	5	7	22	8	20	1	21	8	13	16	29	0	28	1
Formation NI	35	63	34	41	23	85	33	62	36	51	15	30	21	77	14	78	7	54	44	6	92	0	98	96	2
	44	80	47	48	29	81	43	73	51	67	19	33	27	97	21	96	7	72	52	19	105	28	96	124	0
Formation supplémentaire	1	2	0	3	0	3	0	3	0	0	1	2	1	2	1	2	0	3	0	0	3	1	2	0	3

Annexe 3

	Sexe		Age			Enfants		Pharmaciens		Localité			Prado ?		Fréquence des demandes		Connaissances		Formation PP		Formation NM		Formation supplémentaire	
	homme	femme	<35ans	35-50ans	>50ans	oui	non	titulaire	adjoint	urbain	bourg	rural	oui	non	quotidien	occasionnel	jamais	oui	non	oui	non	oui	non	oui
Sexe	homme	femme	74%	74%	74%	88%	88%	98%	98%	83%	83%	83%	61%	61%	88%	88%	82%	82%	76%	76%	10%	10%	6%	6%
Age	<35ans	35-50ans	74%	74%	74%	100%	100%	100%	100%	91%	91%	91%	92%	92%	98%	98%	98%	98%	94%	94%	10%	10%	6%	6%
Enfants	oui	non	88%	88%	88%	100%	100%	100%	100%	87%	87%	87%	88%	88%	63%	63%	63%	63%	94%	94%	6%	6%	79%	79%
Pharmaciens	titulaire	adjoint	98%	98%	98%	100%	100%	100%	100%	19%	19%	19%	19%	19%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	6%	6%	79%	79%
Localité	urbain	bourg	83%	83%	83%	87%	87%	87%	87%	83%	83%	83%	83%	83%	41%	41%	41%	41%	16%	16%	54%	54%	88%	88%
Prado ?	oui	non	61%	61%	61%	88%	88%	77%	77%	11%	11%	11%	11%	11%	41%	41%	41%	41%	72%	72%	34%	34%	95%	95%
Fréquence des demandes	quotidien	occasionnel	88%	88%	88%	100%	100%	100%	100%	41%	41%	41%	81%	81%	88%	88%	88%	88%	94%	94%	100%	100%	54%	54%
Connaissances	oui	non	82%	82%	82%	100%	100%	100%	100%	60%	60%	60%	87%	87%	98%	98%	98%	98%	94%	94%	100%	100%	54%	54%
Formation PP	oui	non	76%	76%	76%	94%	94%	99%	99%	16%	16%	16%	72%	72%	87%	87%	87%	87%	94%	94%	100%	100%	54%	54%
Formation NM	oui	non	10%	10%	10%	6%	6%	86%	86%	54%	54%	54%	24%	24%	77%	77%	77%	77%	90%	90%	100%	100%	34%	34%
Formation supplémentaire	oui	non	6%	6%	6%	79%	79%	85%	85%	88%	88%	88%	37%	37%	28%	28%	28%	28%	86%	86%	54%	54%	95%	95%

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



ALVAREZ Auriane

Post-partum et retour précoce à domicile : le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des mères et des nouveau-nés

Th. D. Pharm., Rouen, 2021, 96 p.

RESUME

En France, chaque année, la durée moyenne de séjour en maternité après un accouchement diminue. Les sorties précoces, qui se définissent par une sortie 24 à 72 heures après un accouchement par voie basse et 96 heures après une césarienne, sont de plus en plus courantes. Cette diminution du temps de prise en charge en structure hospitalière renforce la nécessité d'une prise en charge efficiente en ville afin de garantir la continuité des soins et du suivi. Pour soutenir les familles, un programme d'accompagnement du retour à domicile a été mis en place.

Nous avons, dans ce travail, étudié le rôle du pharmacien d'officine dans cette prise en charge et établi les réponses qu'il peut apporter aux maux bénins les plus rencontrés chez la femme en post-partum et chez le nouveau-né. Puis nous avons enquêté sur le rapport qu'entretiennent les pharmaciens d'officine de Seine-Maritime avec ces patients : la fréquence des demandes à ce sujet au comptoir, leur aisance à les conseiller et à les rediriger, leurs points forts et leurs difficultés, dans le but d'établir des pistes d'amélioration aux principaux problèmes rencontrés.

Ce travail s'adresse à l'équipe officinale afin de les aider à améliorer la qualité de leur prise en charge des femmes en post-partum et de leur nouveau-né, particulièrement dans des cas de sorties précoces de maternité.

MOTS CLES : PRADO, sortie précoce, post-partum, nouveau-né, officine, enquête, Seine-Maritime

JURY

Président : Mr Vaugeois Jean-Marie, professeur
Directeur de thèse : Mme Aguilera-Devaud Céline, gynécologue-obstétricien
Membres : Mme Levavasseur Célia, pédiatre
Mme Hervouët Anne-Laure, pharmacien titulaire
Mme Conce-Chemtob Marie-Catherine, maître de conférences

DATE DE SOUTENANCE : 10 mars 2021