



HAL
open science

La dépression post-partum

Eloïse Robert

► **To cite this version:**

| Eloïse Robert. La dépression post-partum. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04575885

HAL Id: dumas-04575885

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04575885>

Submitted on 15 May 2024

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2024

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
Le 02 février 2024
Par
Eloïse ROBERT

La Dépression Post-Partum

Directeur de thèse : **Mme Marie-Ange COUDORE-CIVIALE**

Jury :

Président : **Mme Marie-Ange COUDORE-CIVIALE** Maître de Conférences,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme. Catherine COUDERT** Maître de Conférences,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

M. Adrien ROSSARY Maître de Conférences,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme. Cécile ROUSSET Docteur en Pharmacie,
Pharmacie ROUSSET CHAPUIS
Saint-Anthème

M. Henri BAILLY Docteur en Pharmacie
Pharmacie BAILLY Henri – Moingt

REMERCIEMENTS

A mon président et directeur de thèse,

**Madame le Docteur Marie-Ange COUDORE-CIVIALE,
Maître de Conférences à la faculté de Pharmacie de Clermont-Ferrand**

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger et présider le jury de cette thèse.

Pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour vos conseils et votre aide qui ont permis son aboutissement

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect

Sincères remerciements

A mes juges,

**Madame le Docteur Catherine COUDERT,
Maître de Conférences à la faculté de Pharmacie de Clermont-Ferrand**

Pour avoir aimablement accepté de participer à ce jury de thèse. Pour votre encadrement et le partage de vos connaissances durant toutes mes années d'études. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

**Monsieur le Docteur Adrien ROSSARY,
Maître de Conférences à la faculté de Pharmacie de Clermont-Ferrand**

C'est avec grand plaisir et une immense reconnaissance que je vous remercie de siéger au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon plus sincère respect.

**Madame le Docteur Cécile ROUSSET,
Pharmacien titulaire d'officine à Saint-Anthème**

Pour avoir accepté de prendre part au jury et de juger ce travail

Je vous remercie pour l'intérêt porté à mon encadrement et au partage de vos connaissances lors de mes stages de 3^{ème} et 4^{ème} année. Je vous adresse mes remerciements les plus sincères

**Monsieur le Docteur Henri BAILLY,
Pharmacien titulaire d'officine à Moingt**

Pour avoir accepté de prendre part à mon jury,

Merci pour l'expérience que vous m'avez apportée

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon respect et de ma gratitude

Je remercie également,

Mes parents,

Merci pour votre soutien inébranlable, et votre présence durant toutes ces années, et depuis toujours. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

Vous êtes à mes yeux des exemples d'admiration, et les personnes les plus précieuses à mon cœur.

Merci d'avoir toujours cru en moi et de jamais n'avoir cessé de m'encourager, puisque si je suis arrivée jusqu'ici c'est en grande partie grâce à vous. Alors cette réussite est aussi la vôtre.

Les mots me manqueront toujours pour vous faire part de ma reconnaissance et de mon amour.

Ma sœur Camille,

Tu représentes le modèle sans faille que j'ai essayé de suivre.

Merci pour l'immense intérêt, les précieux conseils et la compréhension dont tu as su me gratifier. C'est aussi grâce à toi que j'en suis là. Tu es mon pilier, tu m'as permis de me construire.

Et cette voie commune renforce d'autant plus le fait que l'on n'ait pas besoin de parler pour se comprendre.

Ma grand-mère,

Qui a suivi avec intérêt toutes mes années,

Même à distance, que tu puisses être fière de ta petite fille en ce jour

Merci pour tes encouragements et ton amour

Mon grand-père Jean,

Tu nous as quittés bien trop tôt. Les années passent si vite, mais je suis si heureuse d'avoir pu en partager quelques-unes en ta présence.

J'espère que toi aussi de là-haut tu savoures cette réussite.

On ne t'oublie pas. Loin des yeux mais près du cœur.

Mon grand-père Maurice et ma grand-mère Marie-Odile,

Vous n'êtes plus de ce monde mais vous êtes aujourd'hui et avez toujours été présents dans mon cœur et par la pensée.

J'espère ne jamais vous avoir déçu, et que vous êtes fiers de moi.

J'aurais tellement aimé vous connaître. Vous existez à travers le merveilleux papa que je vous remercie d'avoir mis au monde.

Mon parrain et ma marraine,

Merci pour vos précieux encouragements, vos affectueuses pensées et l'intérêt porté à mon travail.

Ma famille,

Vous qui êtes à mes côtés en ce jour, et à tous ceux qui n'ont pas pu se déplacer.

Merci pour votre soutien durant ces années.

La famille est tout ce qu'il y a de plus chère à mes yeux, je tiens fort à vous.

Benoît,

Tu es aussi ma famille. Merci pour ton soutien et tes encouragements.

Merci d'être un beau-frère au top, qui je suis sûre saura fêter dignement cette réussite à mes côtés.

Tous mes amis de longue date,

Je suis fière de vous compter parmi mes plus proches amis. C'est aussi grâce à votre soutien, vos mots, nos précieux moments (alcoolisés ou non) qui, aussi apaisants soient-ils m'ont permis de réussir.

J'espère vous garder encore près de moi très longtemps, pour que l'on célèbre ensemble nos nombreuses autres réussites à venir.

Mes chers amis de faculté,

Merci d'avoir rendu ma vie étudiante aussi exceptionnelle.

Seuls vous, pouvez comprendre toutes les émotions par lesquelles on a pu passer au cours de ces années. Années passées si rapidement, mais qui resteront gravées à jamais. Je suis déjà si nostalgique.

TABLES DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	2
<u>TABLES DES MATIERES</u>	4
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	8
1. GENERALITES SUR LA DEPRESSION POST-PARTUM	10
1.1. HISTORIQUE.....	10
1.2. DEFINITION.....	13
1.3. EPIDEMIOLOGIE.....	17
1.4. SIGNES CLINIQUES.....	19
1.4.1. Chez la maman	19
1.4.2. Chez le bébé.....	21
1.5. PREVALENCE ET EVOLUTION	22
1.6. FACTEURS DE RISQUE.....	23
1.6.1. Facteurs psychiatriques et psychologiques.....	23
1.6.2. Facteurs obstétricaux et gynécologiques.....	25
1.6.3. Facteurs relationnels.....	27
1.6.4. Facteurs socio-économiques.....	29
1.6.5. Hypothèse génétique et épigénétique	30
1.6.6. Hypothèses hormonales	32
1.6.6.1. Hormones sexuelles	32
1.6.6.2. Le cortisol	33
1.6.6.3. Hormones thyroïdiennes.....	34
1.6.6.4. Sérotonine.....	35
1.6.6.5. Ocytocine.....	35
1.6.6.6. Autres hormones.....	36
1.7. EVOLUTION ET CONSEQUENCES	36
1.7.1. Sur le couple et l'entourage	36
1.7.2. Relation mère/enfant	37
1.7.3. Développement de l'enfant.....	39
2. PREVENTION ET DEPISTAGE	44
2.1. PREVENTION	44
2.1.1. Définition	44
2.1.2. Acteurs de la prévention	45
2.1.3. Moyens de prévention	48
2.2. DEPISTAGE.....	50
2.2.1. Définition	50
2.2.2. Dépistage anténatal : Échelle DADP	51
2.2.3. Dépistage postnatal.....	52
3. DIAGNOSTIC	56
3.1. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	56
3.1.1. Baby-blues	57
3.1.2. Psychose puerpérale.....	57
3.1.3. Stress post traumatique (SPT).....	58
3.1.4. Autres diagnostics différentiels.....	59
3.2. DIAGNOSTIC SPECIFIQUE	59

4. PRISE EN CHARGE ET ROLE DU PHARMACIEN	63
4.1. PEC MEDICAMENTEUSE	63
4.1.1. <i>Chez une femme non allaitante</i>	65
4.1.2. <i>Chez une femme allaitante</i>	71
4.2. PEC NON MEDICAMENTEUSE	72
4.2.1. <i>Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)</i>	73
4.2.2. <i>Thérapie interpersonnelle</i>	74
4.2.3. <i>Thérapies d'inspiration psychanalytiques</i>	74
4.2.3.1. <i>Thérapie psychodynamique</i>	74
4.2.3.2. <i>Thérapie de soutien</i>	75
4.2.4. <i>La guidance interactive</i>	75
4.2.5. <i>Autres alternatives</i>	76
4.3. DEPRESSION POST-PARTUM PATERNELLE	77
4.4. ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE	79
4.4.1. <i>Un professionnel de santé accessible</i>	80
4.4.1.1. <i>Proximité géographique</i>	80
4.4.1.2. <i>Plages horaires</i>	81
4.4.1.3. <i>Relation de confiance</i>	81
4.4.2. <i>Missions du pharmacien d'officine</i>	82
4.4.2.1. <i>Acteur de santé</i>	82
4.4.2.2. <i>Spécialiste du médicament</i>	83
4.4.2.3. <i>Education de la patiente</i>	84
4.4.2.4. <i>Conseils associés</i>	85
4.4.2.4.1. <i>Règles hygiéno-diététiques</i>	85
4.4.2.4.2. <i>Entourage et lutte contre l'isolement</i>	88
4.4.2.4.3. <i>PEC des troubles bénins</i>	89
<u>CONCLUSION</u>	91
<u>ANNEXE</u>	93
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	97
<u>SERMENT DE GALIEN</u>	103

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux :

Tableau I : Résumé des différents troubles retrouvés aux différents âges chez l'enfant.....	43
Tableau II : Récapitulatif des différents troubles psychiques post partum.....	62
Tableau III : Principaux antidépresseurs de la famille des ISRS.....	65
Tableau IV : Principaux antidépresseurs de la famille des IRSNA.....	65
Tableau V : Principaux antidépresseurs de la famille des tricycliques.....	66
Tableau VI : Principaux antidépresseurs de la famille des IMAO.....	66
Tableau VII : Principal antidépresseur de la famille des NaSSA.....	67
Tableau VIII : Principal autre antidépresseur atypique.....	67

Figures :

Figure 1 : Signes cliniques de la dépression (APA, 2013).....	21
Figure 2 : Schéma de la régulation de l'hormone corticotrope par l'axe hypothalamo hypophysaire.....	33
Figure 4 : Résultats observés à 18 mois PP (Revue Médicale Suisse, 2007).....	44
Figure 3 : Résultats observés à 3 mois PP (Revue Médicale Suisse, 2007).....	44
Figure 5 : Modules du MINI (Revue Médicale Suisse, 2009).....	56
Figure 6 : Représentation synaptique d'une cellule à l'état normal et durant une dépression (Lundbeck (Suisse) SA, 2021).....	64
Figure 7 : Arbre décisionnel de l'épisode dépressif caractérisé (VIDAL Recos, 2023).....	68
Figure 8 : Synthèse de l'allop régnanolone (Paul SM, Pinna G, Guidotti A, 2020).....	70

LISTE DES ABREVIATIONS

ACTH : Hormone adrénocorticotrope (Adréo-Corticotrophie Hormone)

APA : American Psychiatric Association

ARS : Agence Régionale de Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CRH : Corticolibérine (Corticotropin Releasing Hormone)

CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPP : Dépression Post-Partum

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FDA : Food and Drug Administration

LAPE : Lieu d'Accueil Parent-Enfant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

RGO : Reflux gastro-œsophagien

SPT : Stress Post Traumatique

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDAH : Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité

TDPM : Trouble dysphorique prémenstruel

TISF : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale

UME : Unité Mère-Enfant

VRI : Voie respiratoire inférieure

Introduction :

Une patiente habituée de la pharmacie arrive au comptoir et fait la demande d'un produit pour remédier à sa fatigue et à son épuisement...

La société nourrit l'idée qu'une naissance est nécessairement un événement heureux et bien vécu. Or, l'expérience de la maternité ne s'associe pas toujours à cette image idyllique. C'est dans ce contexte de bouleversements physiologiques et psychologiques que la dépression post-partum peut survenir. (1)

Encore très mal connue, voire méconnue, elle sort timidement de l'ombre et devient un véritable sujet d'intérêt public dont le tabou est encore très présent. En parler est un moyen de ne pas se sentir isolé...

Mais tout n'est pas de l'ordre de la dépression post-partum. Post-partum blues et psychose puerpérale sont aussi des affections psychiatriques du péripartum faisant partie intégrante des complications post natales. Aucune ne doit être négligée, ayant des conséquences réelles sur le nouveau-né, la mère, la relation mère/enfant, le couple mais aussi l'entourage.

Le baby-blues est le syndrome le plus connu et le plus fréquent de ces trois syndromes. Mais la dépression est aujourd'hui un problème majeur de santé publique : 10 à 20% des femmes sont touchées par la dépression post-partum après leur accouchement. Il convient donc d'améliorer la reconnaissance de la maladie mentale comme un fléau clinique répandu et pourtant encore bien méconnu ou même dénié. Il convient aussi d'améliorer la recherche dans un contexte d'interdisciplinarité en santé mentale périnatale dans le but de favoriser le traitement précoce de la souffrance des femmes enceintes et de réduire ainsi les pronostics néfastes pour leurs enfants ; ce qui passe par la promotion de la formation des professionnels.

Afin de mieux encadrer les parents dans cette nouvelle étape de leur vie, tous les professionnels de santé se doivent d'être attentifs depuis la conception à la première année de vie de l'enfant. Le travail multidisciplinaire est essentiel pour dépister les femmes à risque, entreprendre des mesures préventives, diagnostiquer précocement et prendre en charge de façon adaptée les dépressions post-partum.

Le pharmacien d'officine fait partie des professionnels de santé de première ligne dans la prise en charge de la dépression post-partum. Nous verrons par la suite comment il peut intervenir.

La connaissance des femmes en matière de maternité ne devrait pas exclure ces possibles affections. C'est de par cette méconnaissance qu'en découlent la culpabilité, la peur d'en parler, et donc une moins bonne prise en charge.

Cette thèse est basée sur une illustration clinique qui servira d'exemple au plan. Dans une première partie, nous aborderons les généralités sur la dépression post-partum : sémiologie, facteurs de risque, évolution et conséquences. Puis dans une seconde partie, nous verrons comment la prévenir et la dépister, avant d'aborder son diagnostic. Nous terminerons sur la prise en charge et le rôle du pharmacien dans cette pathologie.

1. Généralités sur la Dépression Post-Partum

1.1. Historique

La maternité et le post-partum ont été toujours considérés comme des moments de vulnérabilité particulière aux décompensations psychiatriques. Depuis des siècles, des représentations de la femme autour de l'accouchement étaient décrites. Le concept de "dépression" a particulièrement évolué au fil du temps.

Selon Alain Ehrenberg, la dépression est un phénomène qui prend de plus en plus de place au sein de la société occidentale contemporaine. Pourtant le diagnostic de dépression n'a pas toujours existé. Du moins, la vision dominante aujourd'hui est loin d'être la même que celle retrouvée dans les siècles précédents puisque le concept de dépression apparaît seulement autour du XX siècle. Georges Minois mentionne que ce phénomène, auparavant nommé « mélancolie », s'est développé durant les premiers siècles avant et après Jésus Christ. La « mélancolie » ou le « mal de vivre » était à l'époque perçu comme associé à la profondeur d'esprit, à une personnalité réfléchie et à l'introspection. Le christianisme médiéval diabolisera aussi ce genre d'angoisses qui sont perçues comme un manque de confiance en Dieu.

Cette vulnérabilité aux décompensations psychiatriques avait été mise en évidence à l'époque d'Hippocrate, où il parlait, dans son troisième livre des épidémies, de cas de troubles mentaux survenant après les accouchements. (2,3)

Mais il semble que ce soit Esquirol, un psychiatre français, en 1838, qui ait écrit sur ce sujet en premier lieu dans "De la manie" en signalant certains troubles modérés de l'humeur chez des femmes venant de donner naissance à un enfant. (4) Esquirol constatait que « beaucoup de femmes ont des maladies mentales sévères secondaires à une naissance et ne reçoivent aucun soin psychiatrique...Elles ne reçoivent aucun soin psychiatrique parce qu'elles ne sont pas dépistées au moment de la naissance, peut-être n'ont-elles pas une pathologie assez bruyante ». (3)

En 1858, le même auteur fait faire à Louis Victor Marcé sa thèse "Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices" qui pour la première fois systématise toute la psychiatrie péri-obstétricale. (3,5) Marcé est peu connu en France mais il avait remarqué qu'il existait des troubles psychiatriques d'intensité modérée survenant à la suite des accouchements et qui échappaient à l'épidémiologie hospitalière de l'époque. Il a émis en parallèle des hypothèses fonctionnelles et organiques à l'origine de ces troubles. Toutefois, Marcé ne suggère aucunement que cela est directement en lien avec la grossesse ou l'accouchement. Il distingue par contre deux types de troubles soit, ceux qui surviennent entre la première semaine et le dixième jour suivant l'accouchement, et ceux apparaissant à la cinquième ou sixième semaine post-partum.

En 1929, Zilboorg, de son côté, a fait l'étude des psychoses en période postnatale. Il effectue des analyses psychanalytiques et propose que la cause des psychoses puisse être le « développement incomplet de la femme ».

Dans son ouvrage sur la dépression, Alain Ehrenberg mentionne que dans les années 1940 la dépression est perçue comme un syndrome préalable à la maladie mentale alors que seulement trente ans plus tard elle est présentée comme le trouble mental le plus répandu dans le monde. Il explique que « *[la dépression] capte aujourd'hui le regard psychiatrique comme les psychoses il y a cinquante ans. [...] Elle occupe en psychiatrie une position carrefour pour une excellente raison : hier, comme aujourd'hui, les psychiatres ne savent pas la définir* ». Toujours selon Ehrenberg, le terme dépression viendra pratiquement remplacer le terme de mélancolie après la Deuxième Grande Guerre.

Brockington, qui a écrit sur ce sujet dans un article publié en 2004 dans la revue *The Lancet*, mentionne que ce n'est qu'à partir des années 1950 que le concept de dépression postnatale

émerge dans le milieu scientifique américain. Avant cette date, on parlait plutôt d'un sentiment de « mélancolie » associé au post-partum.

Les médias et l'industrie pharmaceutique donneront plus d'ampleur à la dépression dès l'invention des premiers antidépresseurs (1957) et des anxiolytiques (1960). On explique alors au public que la dépression peut toucher les gens en bonne santé, tout en les rassurant en spécifiant qu'il ne s'agit ni d'une maladie mentale ni d'une maladie imaginaire. La population touchée est définie comme hétérogène et la définition de la dépression demeure très floue.

C'est aux alentours des années 1960 que Neele, Leonhard, Angst, Perris et Winokur proposent une nouvelle dichotomie des troubles de l'humeur, séparant ainsi la forme bipolaire de la forme unipolaire dépressive. Et c'est ainsi qu'elles apparaissent dans la classification internationale des maladies et dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

La dépression postnatale est d'abord définie par Pitt, en 1968, comme une dépression atypique vécue par certaines mères après l'accouchement. (6) Selon lui, les mères seraient souvent déprimées après la naissance de leur bébé, mais certaines le sont plus longuement et plus gravement que d'autres. C'est dans ce cas qu'elles vivent une dépression atypique qui se différencierait, selon lui, de celle vécue généralement par les nouvelles mères.

A peu près à la même époque, Yalom et Coll aux Etats-Unis décrivent un tableau clinique voisin qu'ils qualifient de post-partum blues. A partir de cette époque s'installe une certaine confusion conceptuelle entre la notion de "blues" et de "dépression" postnatale. (7) Les deux publications sorties à la même date définissent probablement une pathologie voisine avec des terminologies différentes. (3)

Dans les années 1975-78, M. Bydlowski et E.Papiernik décrivent la névrose traumatique post-obstétricale qui s'installe après un accouchement traumatique, terminé ou non par la mort ou l'invalidation du nouveau-né. (3)

En 1987, Cox et son équipe développent une échelle servant à mesurer la dépression postnatale : l'échelle d'Edimbourg. (3) Bien que le questionnaire ait été créé dans le but d'être spécifique à ce type de dépression, celui-ci ne fait aucune référence précise à la grossesse ou aux soins aux enfants. Il s'agit donc d'une échelle qui mesure les mêmes symptômes que les échelles « classiques » de mesure de la dépression.

C'est au milieu des années 1990 que le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (8) , le manuel diagnostique le plus utilisé par les professionnels de la santé pour diagnostiquer les problèmes de santé mentale, propose, pour la première fois, le diagnostic de dépression postnatale.

Si les diagnostics d'épisode dépressif majeur sont de plus en plus nombreux dans les sociétés occidentales aujourd'hui, cette augmentation est encore plus alarmante chez les femmes. Stoppard et McMullen mentionnent que la dépression est le trouble de santé mentale le plus diagnostiqué chez les femmes de nos jours. Ce serait même l'un des problèmes de santé les plus souvent rencontrés chez celles-ci. Selon les résultats d'une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) effectuée en 2000, une femme sur cinq vivra un épisode de dépression durant sa vie en Amérique du Nord. Les études conduites dans divers pays suggèrent qu'environ deux fois plus de femmes que d'hommes sont touchées par la dépression. D'après ces chiffres, le problème de la dépression chez les femmes semble criant.

1.2. Définition

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté* ». Selon cette définition, être en bonne santé mentale ne signifie donc pas uniquement ne pas avoir de troubles mentaux. La santé mentale varie sur un continuum allant d'un sentiment de bien-être psychologique (santé mentale optimale) à un sentiment de détresse psychologique (mauvaise santé mentale).

La maladie mentale se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance en interférant avec son fonctionnement.

Il convient de décomposer le terme "dépression post partum" pour en comprendre sa définition.

- La dépression est une pathologie psychiatrique très répandue dans le monde. Il s'agit d'un trouble psychique marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieur de la personne, associé à un trouble thymique caractérisé par une baisse de

l'humeur. Elle peut se déclarer à tout âge, quel que soit le sexe, aussi bien chez l'enfant que chez la personne âgée

- "Post" signifie la postérité dans l'espace ou dans le temps. Ici après donc l'accouchement
- Puisque "partum" signifie quant à lui la période s'étendant de l'accouchement au retour des règles

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

Nous allons nous intéresser au trouble dépressif qui caractérise cette pathologie. Actuellement il existe deux nosographies qui permettent de définir ce trouble dépressif qui caractérise la dépression post-partum (3-9) :

- la Classification Internationale des Maladies (CIM) issue de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont la dernière version (CIM-11) a été mise en application depuis le 1er janvier 2022

- le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM) édité par l'Association américaine de psychiatrie (APA). Le DSM-V est la dernière version et date de 2013.

Selon le DSM-V, la dépression post partum sévère répond aux caractéristiques d'un épisode dépressif caractéristique « avec début périnatal » et « d'intensité sévère ». Le DSM IV spécifie que la DPP apparaît dans les quatre semaines qui suivent l'accouchement. Les critères d'évaluation d'un épisode dépressif majeur sont les suivants :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex : pleure ou est au bord des larmes).

2- Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5-Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

D. L'occurrence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Selon la CIM-10, la dépression du post-partum rentre dans la catégorie F53-0 « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité non classé ailleurs ».

Les symptômes d'un EDC doivent :

- Être présents durant une période de minimum deux semaines, et chacun d'entre eux a un degré de sévérité certain, presque tous les jours
- Avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial)
- Induire une détresse significative

Parmi eux il faut au moins deux des trois symptômes principaux :

- Humeur dépressive
- Perte d'intérêt, abattement
- Perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité

Et au moins deux des autres symptômes :

- Concentration et attention réduite
- Diminution de la confiance en soi et de l'estime de soi
- Sentiment de culpabilité et d'inutilité
- Perspectives négatives et pessimistes pour le futur
- Idées et comportements suicidaires
- Troubles du sommeil
- Perte d'appétit

Elle est considérée comme « sévère » si 3 symptômes majeurs et 4-5 symptômes mineurs sont présents et associés à des idées suicidaires. Ces troubles doivent apparaître dans les six semaines suivant l'accouchement.

Ainsi les deux principaux systèmes de classification des troubles mentaux (DSM-V et CIM 10) classent la DPP selon la présence, le nombre, la sévérité et la durée d'un groupe de symptômes.

Mais ces classifications internationales ont donc des limites temporelles et sémiologiques, qui ne reflètent pas la réalité du terrain.

En effet du point de vue temporel selon ces dernières, la dépression du postpartum se définit comme un épisode dépressif majeur classique, d'une durée d'au moins 15 jours et survenant dans les 4 semaines suivant l'accouchement selon le DSM-V ou dans les 6 semaines selon la CIM-10.

Pourtant, de nombreuses études indiquent que le risque de DPP ne se limiterait pas à cette période de 4 à 6 semaines du post-partum et se sont accordées à définir cette dépression comme un épisode survenant dans la première année du post-partum, du fait des conséquences potentielles majeures de la dépression maternelle sur le développement du bébé entre 0 et 12 mois.

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

D'autre part, du point de vue sémiologique, la spécificité clinique du post-partum n'est pas prise en compte. En effet, la dépression du post-partum a souvent une expression clinique discrète qui ne remplit pas toujours les critères diagnostics d'un épisode dépressif caractérisé selon DSMV, puisqu'elle peut aussi se manifester par d'autres signes spécifiques au contexte du post-partum : culpabilité relative à l'absence de ressenti du bonheur attendu de la venue d'un enfant désiré, phobies d'impulsion, sentiment d'incapacité et inquiétudes inadaptées centrées sur les soins à donner au nourrisson, plaintes somatiques, tendance à l'isolement, ou encore crainte de sortir de leur foyer.

D'autant plus que certains symptômes décrits dans les classifications (asthénie, troubles du sommeil...) sont la conséquence d'un changement de vie dû à l'arrivée du bébé.

Ainsi, la DPP est une forme particulière de dépression possédant des caractéristiques cliniques spécifiques du fait du contexte post natal et elle ne peut pas répondre exclusivement aux critères d'épisode dépressif caractérisé décrits par les classifications.

En conséquence, les classifications internationales ne semblent pas bien adaptées au diagnostic de la DPP, et peuvent induire une sous-évaluation du diagnostic.

1.3. Epidémiologie

Les données épidémiologiques indiquent clairement que la dépression devient aujourd'hui un problème sanitaire et social de plus en plus important. Selon l'OMS, la dépression touche

actuellement 350 millions de personnes dans le monde et est considérée comme la deuxième cause d'invalidité la plus fréquente en Europe après les cardiopathies ischémiques.

La dépression du post-partum (DPP) est un trouble qui peut avoir des conséquences délétères tant sur la mère que sur le nouveau-né.

La prévalence de la DPP varie considérablement selon l'outil de dépistage utilisé. Même si les taux de prévalence varient également selon les pays, on estime qu'il se situerait dans une fourchette allant de 10 à 20% des accouchements, mais ce taux varie considérablement suivant les études. (3) De plus, elle est parfois difficile à diagnostiquer compte tenu de la variabilité des symptômes et de la présentation clinique.

En France, en 2021, près d'une femme sur six avaient déclaré une dépression à deux mois post-partum, deux femmes sur cinq avaient un niveau d'anxiété important et un peu moins d'une femme sur 20 déclaraient des idées suicidaires.

Une enquête nationale périnatale a été menée en France en 2021. (10) Les objectifs étaient d'estimer la prévalence de la DPP, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum chez les femmes accouchées en France en 2021, et de décrire la prévalence de la DPP selon les régions.

L'échantillon incluait 7136 femmes majeures résidant en métropole en 2021 et ayant complété l'auto-questionnaire Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) à deux mois post-partum. Le suivi à 2 mois permet pour la première fois d'évaluer au niveau national la santé mentale des femmes. Il en résulte en 2021, une prévalence nationale de la DPP deux mois après l'accouchement de 16,7 % (score de l'Edinburgh Depression Post-partum Scale (EPDS) \geq 13). L'anxiété concerne 27,6% des femmes répondantes et 5,4% présentaient des idées suicidaires.

Parmi les femmes atteintes de DPP, 83,3 % présentaient également une symptomatologie anxieuse et 23,8 % des idées suicidaires.

Au niveau régional, on retrouve des disparités notamment avec une prévalence variant de : 11,5% en Bourgogne-Franche-Comté, à 21,6 % en Centre-Val-de-Loire pour la DPP et 22 % en Normandie à 33,6 % en Centre-Val-de-Loire pour l'anxiété.

Ces chiffres soulignent la nécessité des politiques de prévention, de repérage et de soutien des femmes en période périnatale, à travers par exemple les entretiens pré- et postnataux.

D'ailleurs il faut savoir qu'en 2021, près de 80% des maternités peuvent faire appel à un psychiatre.

Si l'incidence de cette pathologie psychiatrique varie entre les publications, tous les auteurs s'accordent à dire que la DPP reste sous diagnostiquée puisqu'elle n'est pas forcément décelée.

1.4. Signes cliniques

1.4.1. Chez la maman

Lorsque le pharmacien la questionne, elle ajoute se sentir totalement dépassée depuis l'arrivée de son deuxième enfant datant de quelques semaines. La patiente se plaint de troubles de l'humeur qui sont : « certainement la conséquence de ses troubles du sommeil ».

Il est vrai que la dépression postnatale se traduit comme une sorte de malaise jamais ressenti dans le passé donnant à la jeune mère une impression de lenteur et de lourdeur, lui faisant éviter tout contact social pour se concentrer sur son bébé ou, à l'inverse, l'amène parfois à le rejeter et peut lui donner envie d'en finir avec la vie.

Ces dépressions sont souvent qualifiées de "dépressions souriantes". Comme le soulignait Pitt, ces mères font longtemps bonne figure, les dépressions sont dites masquées, trompeuses, souriantes et de ce fait passent longtemps et souvent inaperçues. Le devoir de la mère envers son bébé l'incite à ne rien laisser transparaître de son mal-être, et la pousse à se dépasser sans tenir compte de ses souffrances.

La clinique se rapproche de celle d'un syndrome dépressif typique caractérisé par :

- **Des troubles émotionnels** : Avec notamment une humeur dépressive : sentiment de tristesse profond avec des pleurs répétés dans une même journée, parfois sans raison ; ou une incapacité de pleurer malgré l'envie, de l'anxiété et parfois des crises d'angoisse, une irritabilité et des accès de colère répétés, ou encore de la culpabilité
- **Des troubles cognitifs** : mésestime de soi, dévalorisation permanente, autoaccusations, attention réduite, troubles de la concentration, mémoire à court terme perturbée, fatigabilité rapide, idées suicidaires

- **Des troubles conatifs** : difficulté d'anticiper, de terminer une tâche, de faire des projets et de se projeter dans le futur, difficultés d'adaptation sociale

- **Ralentissement psychomoteur** :
 - Ralentissement moteur : Cela peut notamment se manifester par un visage assez figé, avec des expressions assez pauvres et un regard assez fuyant, une attitude de repli sur soi (épaules voûtées), ainsi qu'une démarche et une gestuelle ralenties

 - Ralentissement psychique : fatigue intellectuelle, difficulté de réalisation de tâches simples, concentration demandant un effort important

- **Signes somatiques** : ce sont les premiers signes mis en évidence, et permettent de traduire cette affection. Ils se traduisent par :
 - Asthénie et troubles du sommeil : Une fatigue intense voire un épuisement important, non soulagée par le repos. Les troubles du sommeil, difficultés d'endormissement aggravent la fatigue. Cette dernière s'aggrave lors de tout effort physique ou psychique

 - Troubles de l'appétit : perte d'appétit avec plus ou moins un amaigrissement, dégoût alimentaire. Parfois on retrouve des cas d'anorexie ou d'hyperphagie avec des accès boulimiques lors de manifestations anxio-dépressives

 - Troubles sexuels : perte de libido, frigidité

 - Troubles fonctionnels : avec la présence de plaintes somatiques fréquentes pouvant être : digestifs (nausées, ballonnements, dysphagie...), musculaires (crampes, courbatures...), urinaires (pollakiurie, dysurie, brûlure mictionnelle), cardiovasculaires (dyspnée, palpitations, chez les personnes anxieuses : tachycardie, hypertension ; contrairement aux personnes déprimées : bradycardie, hypotension), neurologiques (céphalées, vertiges, paresthésie...)

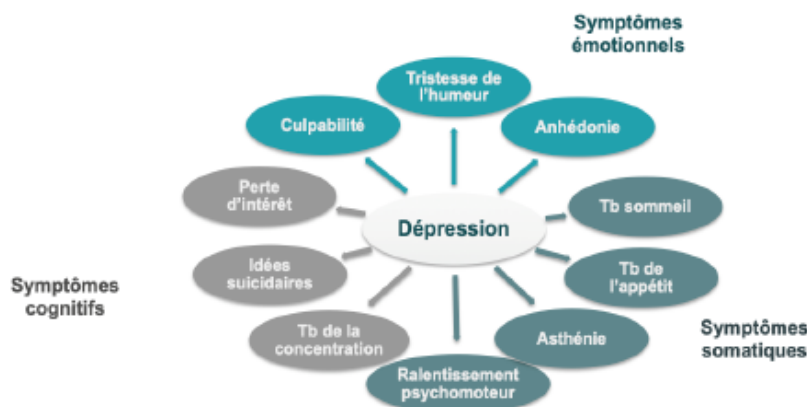


Figure 1 : Signes cliniques de la dépression (APA, 2013)

1.4.2. Chez le bébé

Dix jours après cette première entrevue, la patiente revient à la pharmacie pour des conseils car son bébé régurgite. Elle nous signale également que le produit vendu lors de sa dernière venue ne fonctionne pas car ses troubles persistent et se met à pleurer...

C'est parfois à travers le bébé ou la perturbation de la relation réelle ou non que se dévoile la dépression post-partum.

Au-delà du comportement relationnel, les premiers symptômes pouvant être présents chez l'enfant sont :

- Des difficultés du sommeil
- Des difficultés alimentaires (anorexie, régurgitations, vomissements, prise de poids insuffisante)
- Des infections ORL à répétition
- Des affections dermatologiques (eczéma par exemple)
- Un retard de croissance ou de développement psychomoteur avec hypotonie
- Des pleurs prolongés
- Des anxiétés de séparation et des troubles de l'attachement
- Des troubles de l'humeur et de l'anxiété : l'enfant peut adopter un style dépressif en défense du style interactif de sa mère
- Des troubles du comportement avec hyperactivité, une instabilité psychomotrice

- Des troubles de l'attention, des difficultés d'apprentissage, des retards de langage et des QI plus bas
- A l'adolescence, ces bébés présenteraient davantage de conduites addictives

Il est néanmoins important de préciser que ce n'est pas parce que l'enfant présente un de ces symptômes que la maman présente forcément une dépression post-partum.

1.5. Prévalence et évolution

La prévalence de la DPP est égale à celle que l'on retrouve à d'autres périodes de la vie : environ 5% des formes majeures et 7% de formes mineures, incomplètes. Toutefois, durant le premier mois après l'accouchement, le nombre de nouveaux cas se monte au triple de ceux que l'on dénombre dans la population féminine à une autre période. La moitié des DPP débutent en effet pendant le premier mois du post-partum.

Les DPP détectées grâce à des auto questionnaires ont pour un quart à la moitié d'entre elles, disparu en une à deux semaines plus tard. Elles sont considérées comme des périodes d'adaptation où les réactions de détresses passagères ont pour source les inquiétudes que suscite l'enfant. En ce qui concerne les dépressions majeures, leur durée s'étend de 3 à 14 mois. La plupart ont une résolution spontanée en 6 mois, mais un an après l'accouchement 50% de femmes même en rémission présentent des symptômes résiduels. Certaines patientes referont des épisodes dépressifs dans le futur. En effet, le risque de refaire une DPP ultérieurement est évalué à 25%.

Néanmoins une étude du British Medical Journal affirme que "Les femmes dans la première année après l'accouchement et pendant la grossesse ont un faible risque de suicide malgré leur taux élevé de morbidité psychiatrique" et que "La maternité semble protéger contre le suicide".

Certaines dépressions qui, spontanément ou après psychothérapie, trouvent une résolution peuvent être dites productives. Elles permettent un réajustement adaptatif et la mère adopte de nouvelles stratégies cognitives et émotionnelles. Ainsi la dépression aura été une occasion pour elle de nouer une nouvelle relation avec le monde.

1.6. Facteurs de risque

Face à ses pleurs, le pharmacien décide de s'isoler avec la patiente dans son bureau pour discuter au calme. Après quelques questions, le pharmacien conclue l'absence de trouble psychiatrique familial, mais un allaitement compliqué. Il lui recommande également de consulter son médecin traitant.

Cette dernière affirme avant de partir : « je ne comprends pas ce qui m'arrive, je me sens seule et incomprise. Pourtant cette grossesse s'est bien déroulée, l'accouchement aussi mis à part la ventouse ».

La survenue d'une dépression du post-partum semble être d'origine multifactorielle. O'Hara et Swain ont montré dans leur méta-analyse que chacun de ces facteurs pris séparément, intervient peu dans la variance globale. La présence de ces facteurs de risque ne prédit pas une DPP d'une façon certaine. Une femme peut présenter plusieurs facteurs de risque et ne jamais être confrontée à la DPP, tout comme un seul facteur peut la déclencher. Ce n'est pas une science exacte, car trop de marqueurs rentrent en compte et que chaque personne est unique et possède son propre bagage. Mais même si à l'heure actuelle tous les professionnels de santé ne s'accordent pas toujours, ces facteurs doivent les alerter et attirer leur attention dans une perspective de prévention et de prise en charge précoce.

1.6.1. Facteurs psychiatriques et psychologiques

Comme les autres troubles psychiatriques, la dépression post-partum est une maladie multifactorielle. Les antécédents psychiatriques apparaissent comme les facteurs de risque ayant la plus grosse incidence sur le risque de développement d'une DPP. (11,12)

Toute vulnérabilité psychologique personnelle augmente significativement le risque de vivre une DPP : les antécédents personnels de dépression, de symptômes dépressifs sans dépression caractérisée, de manifestations anxieuses, mais aussi tout autre trouble psychiatrique durant le post-partum ou un autre moment de la vie. (1) Il est vrai qu'une dépression avant la grossesse amène 30 % de risque de dépression en post-partum. De plus, l'anxiété et la dépression sont souvent associées durant la grossesse et semblent s'influencer mutuellement. Cette association est un bon prédicteur de DPP.

Beck *et al.* se sont basés sur 84 études pour effectuer une méta-analyse s'intéressant aux facteurs prédicteurs de la DPP. Ils ont rapporté que les prédicteurs les plus forts de la dépression post-

partum étaient le fait d'avoir souffert d'anxiété ou de dépression pendant la grossesse. (13)

Weissman et Olfson confirment cette analyse en indiquant que si la mère a déjà contracté cette pathologie lors de sa ou ses précédentes grossesses, le risque de récurrence de DPP s'élève à 50%.

Ils estiment que 20 à 30% des femmes ayant des antécédents de dépression feront une DPP.

Il apparaît aussi que, d'après des études rétrospectives, dans les 10 à 20% des femmes touchées par la DPP, 40% auraient eu des manifestations dépressives au cours de la grossesse.

Il faut savoir que le baby blues est un facteur prédictif de la survenue d'une DPP dans les trois mois suivant l'accouchement.

Quant aux antécédents familiaux de dépression, les études montrent quelques discordances, probablement en raison de la nature très hétérogène de la façon dont les données ont été recueillies. L'étude de O'Hara *et al.* ne les identifie pas comme des facteurs de risques formels contrairement à deux études plus récentes : étude de Forty *et al* et l'étude de Murphy- Eberenz *et al.* (16)

L'étude de Kathleen Murphy-Eberenz *et al.* datant de 2006 portait sur 328 femmes ayant au moins une sœur (16). Elle a permis de mettre en évidence un risque plus élevé de dépression postnatale si l'une des sœurs avait été en proie à ce trouble elle-même.

Récemment, une autre étude a mis en évidence une héritabilité de la dépression périnatale de 54 % à partir de plus de 3000 jumelles, et de 44% à partir de plus 500 000 sœurs suédoises.

Ces études coïncident alors en faveur d'une étiologie familiale voire même génétique.

Cependant il n'est pas toujours facile d'identifier des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. En effet, cela nécessite que la patiente ait connaissance des problèmes psychiatriques ayant pu survenir dans sa famille et également qu'elle accepte de les communiquer.

Mais l'existence d'un lien entre histoire familiale de dépression et la survenue de DPP a été fortement étudiée. Le fait que potentiellement les antécédents familiaux puissent influencer le développement de troubles psychiques post-partum soulève l'hypothèse de l'existence de facteurs de prédisposition génétique que nous aborderons par la suite.

1.6.2. Facteurs obstétricaux et gynécologiques

En plus des antécédents psychiatriques, il existe des antécédents médicaux à risque pour le fœtus ou encore des antécédents obstétricaux pathologiques qui ne sont pas négligeables. (12) Ils peuvent permettre aux professionnels de santé ou même à l'entourage de craindre la survenue de troubles psychiques au cours de la grossesse mais aussi dans le post-partum.

Parmi ces facteurs de risque on peut citer tout d'abord le contexte de la conception avec notamment :

- Une grossesse non désirée, issue d'un viol ou vécue avec une forte ambivalence. Ainsi la perception négative de la grossesse était souvent associée à un mauvais suivi prénatal et postnatal
- Le décès d'un enfant précédent après la naissance, antécédent de perte foetale (Grossesse extra-utérine, fausse couche, mort intra-utero, IVG, IMG)
- Recours à la procréation médicalement assistée (PMA)
- La primiparité
- La gémellité (14)

Seules quelques études ont retrouvé un risque augmenté à la première naissance ou en cas de grossesses nombreuses. Néanmoins le manque d'expérience des mères primipares peut contribuer à accentuer leur anxiété et par conséquent leur vulnérabilité.

L'absence de participation aux cours de préparation à la naissance constituerait un facteur de risque et dans une moindre mesure l'absence de planification, probablement parce que c'est un signe tendant à prouver que la femme enceinte rencontre des difficultés à s'investir dans sa grossesse.

De plus l'existence d'un syndrome prémenstruel ou dysphorie prémenstruelle est corrélée avec l'apparition d'une DPP. Certaines études ont montré que les femmes souffrant de trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) présentent un risque élevé de dépression post-partum.

Durant la grossesse la maman peut faire face à des complications :

- Une grossesse pathologique ou anxiogène représente un facteur de risque important : décollement placentaire, menace d'accouchement précoce, malformations foetales,

anomalies de développement, ou encore retard de croissance intra-utérin

- Diabète gestationnel et hypertension artérielle gravidique. Néanmoins les relations entre la pré-éclampsie et la dépression sont incertaines. Il semblerait que ce soit surtout la gravité des conséquences de la prééclampsie sur le fœtus, mesurée par l'admission en soins intensifs qui en est la cause réelle
- Une prise de poids excessive durant la grossesse peut favoriser l'insatisfaction de l'image corporelle et constituer une source d'inquiétude voire de dépression pour la future maman qui se soucie de ne pas retrouver sa taille et silhouette après l'accouchement

En revanche, chaque accouchement est différent, et chacun présente plus ou moins des difficultés. On peut retrouver une association significative entre la qualité et la satisfaction des soins maternels offerts pendant l'accouchement et le développement d'une DPP.

Chez certaines femmes, cette expulsion peut se compliquer par :

- Des accouchements par voie basse ayant nécessité des manœuvres instrumentales (forceps, ventouse, spatules, épisiotomies...)
- Un accouchement traumatique (travail induit et non spontané, urgence...)/ suites gynécologiques douloureuses invalidantes et compliquées (saignements abondants, déchirure périnéale...) (15)
- Des césariennes. Notamment les césariennes d'urgences sont souvent mal vécues mais ses répercussions psychologiques s'estompent généralement rapidement, au bout de la première semaine, et ne remplissent pas les critères d'un état dépressif
- Un accouchement prématuré

Après accouchement les potentiels facteurs de risque sont :

- L'état de santé du bébé : malformation ou pathologie, prématurité, séjour en néonatalogie, hypotrophie
- Difficultés liées à l'allaitement : certaines mères dont l'allaitement n'arrive pas à se mettre en place ou à se pérenniser, se sentent dépourvues de cet outil d'aide à la relation, qu'elles voient parfois comme la seule chose qui les connecte à leur bébé.

Mais de plus en plus de femmes déprimées ne souhaitent pas allaiter ou l'interrompent plus tôt

- Le sexe du bébé non désiré
- Physiologie de la grossesse (changement hormonal, transformations corporelles, altération du sommeil)
- Pas de contact précoce peau à peau avec le bébé
- Mauvaise qualité du contact avec l'équipe soignante
- Contraste entre le bébé imaginé, idéalisé et le bébé réel/ Tempérament du bébé (13) : attentes trop optimistes des mères autour de l'enfant, idéalisent le comportement de l'enfant à naître et déception face aux comportements réels du NN. Le comportement de son bébé (très sollicitant ou absent à la relation) et notamment la teneur des interactions avec lui peuvent conditionner un basculement vers une DPP. Une irritabilité du nourrisson avec des pleurs répétés et inconsolables, des réponses faibles aux stimulations ou encore une hypotonie motrice peuvent engendrer un mal-être de la maman

C'est un cercle vicieux qui peut s'installer puisque les troubles de la mère ressentis par le bébé ce qui le rendra encore plus irritable et accentuera la dépression de la mère.

Il faut savoir qu'accoucher à domicile ne modifie pas la prévalence de la dépression d'après des études menées aux Pays-Bas où 35% des femmes accouchent à domicile contre 1% en France ou en Angleterre.

1.6.3. Facteurs relationnels

L'entourage de la jeune mère peut aussi avoir un impact sur le risque de contracter une DPP, que ce soit son entourage direct (conjoint, famille) ou indirect (amis, collègues ...). (12)

De manière générale, les femmes qui ont la perception d'un plus grand support social ont moins de détresse psychologique en post-partum. La pauvreté du réseau social peut s'accompagner du sentiment de ne pouvoir s'appuyer sur personne en termes d'aide pratique, de soutien empathique, de conseils et d'orientation, sentiment favorisant la survenue de symptômes dépressifs. Ce faible niveau de soutien est à l'origine d'une sensation d'isolement social et familial, pouvant survenir pendant ou après la grossesse.

La qualité de la relation avec le partenaire est essentielle. L'insatisfaction conjugale (13), l'absence de soutien ou le peu de disponibilité du conjoint, la pauvreté de la communication au sein du couple, la faible intimité, la vie sexuelle insatisfaisante et les conflits conjugaux sont des forts prédicteurs d'une DPP. (11) Selon une étude menée par Falah-Hassani *et al*, le manque du soutien et d'aide de la part du partenaire dans le postpartum était associé à un risque plus élevé de développer une symptomatologie anxio-dépressive. Goutaudier *et al*. confirment que l'intensité des symptômes dépressifs est négativement corrélée au soutien social perçu en provenance du conjoint et la qualité de la relation conjugale.

Alors le rôle de soutien joué par le partenaire semble être un facteur protecteur face au risque de dépression postnatale.

En revanche la dépression du partenaire ne figurait pas parmi les facteurs de risque.

La violence en serait un, et extrêmement significatif : le risque dépressif en cas de violence physique ou verbale est multiplié par un facteur de 2 à 6 dans toutes les classes sociales.

Des événements de vie stressants vécus au cours de sa vie (13) ou lors de la grossesse : un décès, une maladie, une séparation, un accident ou encore un déménagement sont également facteurs de risque.

Des rapports difficiles avec sa propre mère, un lien mère/fille conflictuel révèle une certaine vulnérabilité au développement d'un épisode dépressif en post natal. Une carence affective, manque de soins apportés par sa propre mère trouvera le stress généré par la maternité particulièrement difficile à surmonter et la perturbera quand elle aura à s'occuper de son propre enfant. Elle aura le besoin de ne pas reproduire ce même schéma relationnel qui sera donc considéré comme une pression supplémentaire que la mère s'impose. Elle peut être doublement délétère lorsque la réalité de la parentalité idéalisée et objectivée est différente.

Cet état peut aussi s'expliquer par des antécédents d'abus physiques ou sexuels et de carences affectives précoces : de nombreuses études ont montré que les violences subies durant l'enfance, l'exposition à des violences intrafamiliales ou une éducation très autoritaire ont été associées à la survenue de DPP. Dans le cas de DPP associées à des abus subis durant l'enfance, des difficultés relationnelles importantes et des difficultés d'accès à la parentalité sont souvent rencontrées. La maternité peut devenir le lieu de manifestation de souvenirs : il est commun de revivre sa propre expérience de bébé à travers son enfant et raviver des douleurs, fragiliser et rendre la prise de soin de son bébé difficile et souffrante. Ainsi le maternage devient une source

d'angoisse, de ce fait l'allaitement est rarement choisi. Une étude a retrouvé dans une unité d'hospitalisation mère/bébé, qui rassemble des dépressions sévères que 40% des femmes rapportent un abus sexuel et dans 54% des cas on note un abus sexuel ou physique.

1.6.4. Facteurs socio-économiques

Les facteurs suivants peuvent représenter un risque pour la santé mentale de la maman :

- L'âge auquel survient cette maternité : Aucune étude n'a permis d'établir une corrélation nette avec l'âge de la mère. Toutefois plusieurs études ont démontré qu'aux extrêmes de la période fertile, soit avant 17 ans et après 40 ans la dépression serait plus fréquente
- Le niveau d'instruction : les femmes ayant un faible niveau d'éducation ou illettrées possèdent des ressources et des connaissances limitées pour répondre aux exigences de leur nouveau rôle. Au contraire, un haut niveau d'éducation et d'instruction serait un facteur protecteur
- La monoparentalité, le statut de mère célibataire : la solitude serait un facteur de vulnérabilité
- La précarité socio-économique (11–13) : problèmes financiers, chômage, faibles revenus...Un plus grand nombre de mères appartenant à une faible catégorie socio-économique serait touché par la survenue d'une DPP. Ce gradient social influe à la fois sur le risque de troubles et sur l'accès aux services. En effet le nouveau statut de mère nécessite certains moyens et aménagements, qui, s'ils ne peuvent être assumés par les jeunes parents, entraînent souvent un sentiment de culpabilité et de mésestime de soi, pouvant engendrer la survenue de manifestations anxio-dépressives. Une étude de Goutaudier *et al.* montre une prévalence de la dépression postnatale de 33 à 40 % chez les femmes à bas niveau socioéconomique, entre le 3ème et le 9ème mois du post-partum
- L'instabilité professionnelle, l'absence de reprise de l'activité après le congé maternité : Ne pas reprendre un emploi à la suite du congé de maternité serait un facteur de risque indépendant. Par l'isolement social et la faible estime de soi que cela entraînerait, une

telle situation pourrait affecter les femmes qui auparavant travaillaient. Le seul fait de ne pas avoir d'emploi n'est pas toujours un facteur de dépression, contrairement à l'instabilité professionnelle non choisie

- Les femmes primo-arrivantes, issues de l'immigration, arrivées récemment en France seraient plus à risque de développer une DPP (11)

1.6.5. Hypothèse génétique et épigénétique

Le fait que les antécédents familiaux constituent un facteur de risque important pour la dépression du péripartum suggère un rôle possible des facteurs génétiques dans cette susceptibilité individuelle. (16)

Certaines femmes présentent une susceptibilité génétique où l'accouchement peut être considéré comme facteur de risque de troubles psychiatriques.

Actuellement, les interactions entre les facteurs génétiques et environnementaux constituent un axe de recherche en plein essor.

Mais des lacunes dans les connaissances actuelles persistent et des études de la génétique sont menées et permettent d'évaluer le rôle de la susceptibilité individuelle dans la dépression et d'analyser les éventuelles similitudes physiopathologiques entre les épisodes dépressifs qui surviennent à différentes périodes.

Parmi les études réalisées on peut citer :

- Une étude de 1999 sur des jumelles permettant de comparer l'impact du patrimoine génétique entre des jumelles monozygotes (identiques sur le plan génétique) et dizygotes (partageant 50 % de leur génome), pour des facteurs environnementaux considérés communs. Ainsi, il a été établi que plus d'un tiers de la variance phénotypique de dépression du post-partum est imputable aux facteurs génétiques, confirmant leur importance. Leur retentissement serait plus marqué pour les formes précoces survenant dans les 8 premières semaines suivant l'accouchement, probablement en lien avec les modifications biologiques du post-partum.
- Une autre étude menée en Angleterre a évalué 44 paires de sœurs souffrant de dépression unipolaire et a révélé que dans les paires où l'une des sœurs remplissait les critères de la DPP selon le DSM-IV, 42 % des autres sœurs développaient une DPP

après l'accouchement. Pour celles qui n'avaient pas d'antécédents familiaux de dépression, les taux tombaient à 15 %. Dans cette étude, la preuve d'une influence génétique est encore plus grande lorsque la période de DPP a été limitée à 6 à 8 semaines après l'accouchement.

- Une étude de Forty L *et al.* en post-partum de 2006 portant sur 44 femmes et leurs jumelles a montré que 42% de ces femmes développent une dépression du post-partum à la première grossesse si leur sœur avait elle-même été dépressive, contre 15% chez celles dont les sœurs n'avaient pas présenté d'état dépressif.

Ainsi, avoir un antécédent de dépression, personnel ou familial, est un facteur de risque de dépression, et une jumelle partageant le même patrimoine génétique est plus à risque de développer la maladie si sa jumelle a été déprimée dans le post-partum qu'une jumelle dizygote.

Les études d'épidémiologie génétique amènent des arguments forts mais indirects à l'existence d'une vulnérabilité génétique de la dépression du post-partum. Afin de mettre en évidence des arguments plus directs en faveur d'un risque génétique de développer une dépression du post-partum, de nombreuses études se sont intéressées directement au génome au cours de la dernière décennie. Elles permettent ainsi de vérifier l'impact de ce type de variation génétique dans la DPP.

Il existerait également une vulnérabilité épigénétique donc acquise, particulièrement mais pas exclusivement dans les phases précoces du développement. Elle se traduit par la transformation réversible ou pérenne des gènes constitués d'ADN auxquels s'ajouteraient un ou plusieurs radicaux méthyl (CH₃) ou bien par la transformation des protéines auxquelles les gènes sont associés. (17)

Il faut savoir que ces variations dans la séquence d'ADN peuvent affecter la réponse individuelle aux maladies, bactéries, virus, produits chimiques, produits pharmaceutiques.

Des travaux étudient l'association de la DPP avec un gène d'intérêt susceptible d'être impliqué, cette approche est dite gènes-candidats.

Les gènes candidats de DPP sont ceux qui codent pour des molécules impliquées dans la physiopathologie de la dépression (modifications de la neurotransmission sérotoninergique, de

l'axe hypothalamo-hypophysaire ainsi que de facteurs neurotrophiques) ou dans les modifications neuro- hormonales du post-partum (ocytocine, hormones stéroïdiennes ou récepteurs aux estrogènes).

La présence de facteurs génétiques de prédisposition ne signifie pas obligatoirement que la patiente présente des troubles psychiques durant la période post natale. En effet, les facteurs de stress environnementaux sont également des variables importantes qui influencent la relation entre les facteurs génétiques et les états dépressifs du péripartum.

1.6.6. Hypothèses hormonales

Il n'est pas sans savoir qu'une grossesse et que le post-partum représentent de gros changements physiologiques. Cette jeune maman n'a pas pu passer à côté de ces bouleversements hormonaux.

Ici on parle d'hypothèse, car les études sont contradictoires et qu'il s'agit d'un sujet faisant encore débat. De nombreuses études n'ont pas permis de mettre en évidence un impact réel sur l'apparition de troubles psychiques en post natal. Cependant, on a pu voir dans les études génétiques précédemment que des molécules hormonales étaient impliquées dans la DPP. (16) Ceci peut nous laisser penser que les variations hormonales au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement peuvent jouer un rôle non spécifique dans la DPP.

Le système endocrinien produit des hormones et permet à l'organisme de s'adapter. L'hypothalamus est une structure cérébrale dont l'une des fonctions est de réaliser la liaison entre le système nerveux et le système endocrinien par le biais d'une glande : l'hypophyse qui va elle-même sécréter des hormones. Pendant la grossesse, le placenta joue un rôle fondamental en tant que producteur d'hormones.

1.6.6.1. Hormones sexuelles

Certaines hormones varient considérablement durant la grossesse, particulièrement les hormones sexuelles : œstrogène et progestérone. Leur taux augmente jusqu'à plusieurs centaines de fois avant de chuter brutalement après l'accouchement, dû notamment à la délivrance du placenta, ceci pouvant interagir avec la transmission de sérotonine. (12,18,19)

Le déficit d'œstrogènes favorise les affects dépressifs. Le déficit de progestérone quant à lui favorise l'irritabilité.

Des études se sont intéressées au taux d'œstradiol mesuré à différents moments du post partum et n'ont montré aucune différence entre les femmes présentant des symptômes dépressifs et les autres. (18)

Les œstrogènes font l'objet de nombreuses recherches, dans l'espoir de trouver un traitement aux troubles psychiques du post-partum.

Mais aucune association significative entre l'ampleur de cette chute en post partum et la présence de troubles dépressifs n'a été démontrée, comme le prouve l'étude de O'Hara *et al.* de 1991...

1.6.6.2. Le cortisol

Tout comme la progestérone et les estrogènes, le taux de cortisol augmente progressivement au cours de la gestation, avec un maximum en fin de grossesse pouvant atteindre trois fois son taux de base, augmente encore au moment de l'accouchement. Il revient à un taux normal en 15 jours.

Le cortisol est une des principales hormones de stress, appartenant à la classe des glucocorticoïdes. Son augmentation est due à la production de CRH (Corticotropin Releasing Hormone) par le placenta. La CRH est sécrétée par l'hypothalamus et va stimuler la synthèse d'ACTH (Adrénocorticotrophique Hormone) par l'hypophyse, qui va à son tour stimuler la production de cortisol par la glande surrénale.

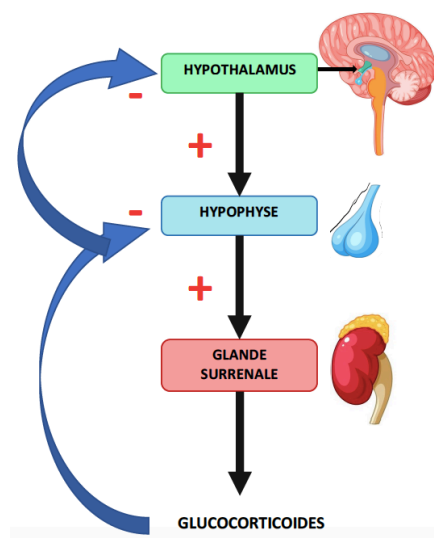


Figure 2 : Schéma de la régulation de l'hormone corticotrope par l'axe hypothalamo-hypophysaire

Un test de freinage à la Dexaméthasone permet de suivre le taux de cortisol. La dexaméthasone va stimuler un rétrocontrôle négatif du cortisol sur la sécrétion hypophysaire d'ACTH. Or, 1 à 3 semaines suivant l'accouchement ce test est positif signifiant que malgré l'administration de Dexaméthasone le taux de cortisol ne chute pas.

Mais cette positivité n'est pas caractéristique de désordres psychiques, mais de la période postnatale.

1.6.6.3. Hormones thyroïdiennes

Seul l'impact des hormones thyroïdiennes a pu être mis en évidence.

L'incidence des dysfonctionnements thyroïdiens augmente légèrement après l'accouchement. Au cours des six mois suivant l'accouchement, il arrive que la thyroïde devienne hypoactive (hypothyroïdie) ou hyperactive (hyperthyroïdie).

Il s'agit le plus souvent d'hypothyroïdie. En effet, les anticorps antithyroïdiens sont retrouvés chez 11,6% des femmes en post-partum. Une étude de 1992 a montré que 43% des femmes positives pour ces anticorps présentent des symptômes dépressifs, contre 28% chez celles n'en possédant pas. (19)

L'hypothyroïdie se traduit cliniquement par une fatigue chronique, une prise de poids, un rythme cardiaque lent, une sensibilité au froid augmentée, ou encore de la dépression ou troubles de la mémoire.

L'hyperthyroïdie à contrario peut se manifester par une asthénie, une perte de poids, une thermophobie, des palpitations, une tachycardie, des tremblements ou encore de la nervosité.

Dans les 6 mois suivants la naissance, on estime que 7% des femmes présentent des troubles thyroïdiens contre 3 à 4% dans la population générale. (19)

Ainsi une association significative entre anticorps antithyroïdiens et DPP a été démontrée. Leur présence peut s'expliquer par un rebond de l'immunité après l'accouchement.

Toutes les femmes chez qui on suspecte une dépression du post-partum doivent faire l'objet d'un dépistage des dysfonctionnements thyroïdiens.

1.6.6.4. Sérotonine

Des études de Moses-Kolko E.L *et al.* confirment que le taux de récepteurs cérébraux est retrouvé abaissé.

La diminution du taux de sérotonine dans la fente synaptique altère la transmission sérotoninergique et augmente ainsi la vulnérabilité au développement de troubles de l'humeur. Comme je l'ai expliqué précédemment, des études génétiques permettent de le confirmer : des chercheurs ont constaté une augmentation de l'expression du gène SLC6A4 codant pour le transporteur de la sérotonine lors de la DPP. Cette hausse du transporteur a pour conséquence une diminution de la transmission sérotoninergique, due à une assimilation plus rapide de la sérotonine au niveau des neurones pré-synaptiques.

Ainsi on comprend pourquoi ces récepteurs sont la cible privilégiée de la principale classe d'antidépresseurs qui sont efficaces sur ce syndrome.

1.6.6.5. Ocytocine

Il s'agit de l'hormone qui favorise l'orgasme, l'amour maternel et l'attachement à l'enfant. L'ocytocine augmente brusquement après l'accouchement, et ce taux reste élevé pendant l'allaitement. Plus sa concentration est basse, plus l'anxiété des femmes déprimées augmente, représentant un risque pour elles de développer une DPP. En plus d'être aussi impliquée dans la lactation, elle permet de diminuer la réaction au stress de la mère puisqu'elle est inversement corrélée au taux de cortisol

Elle pourrait représenter une voie thérapeutique dans le traitement des pathologies psychiques du post-partum.

En obstétrique, cette molécule est administrée lors de l'accouchement afin de déclencher le travail, de renforcer les contractions utérines ou de prévenir ou traiter une hémorragie de la délivrance.

Les liens entre l'ocytocine et le post-partum ont été explorés récemment, afin de déterminer si l'administration intraveineuse d'ocytocine lors du travail pouvait modifier les mécanismes de régulation de l'ocytocine, et ainsi avoir une influence sur les symptômes affectifs du post-partum.

Depuis peu, en thérapeutique, l'ocytocine est utilisée en psychiatrie par voie intranasale ou intraveineuse notamment dans les troubles de l'humeur. L'objectif était de déterminer si

l'ocytocine par voie intraveineuse pouvait influencer l'équilibre thymique de la mère dans le post-partum.

L'ocytocine administrée en thérapeutique a pu donner des résultats probants en psychiatrie, mais les études et leurs résultats ne sont pas encore très élucidés...

1.6.6.6. Autres hormones

Chez les femmes déprimées on a pu mesurer un taux de mélatonine plus élevé le matin.

La leptine synthétisée dans le tissu adipeux pourrait protéger contre la dépression. Ainsi les femmes avec un faible IMC pourraient présenter plus de risques face à la DPP.

La prolactine augmente pendant la grossesse, et chute dans les trois semaines suivants l'accouchement chez les mères non allaitantes. Chez les femmes allaitantes, ce taux reste élevé. La prolactine aurait un rôle à jouer dans les troubles psychologiques en raison de l'association entre anxiété, dépression et agressivité retrouvée chez des femmes non enceintes, non allaitantes et souffrant d'hyperprolactinémie pathologique. Toutefois, aucune étude n'a montré d'association concrète entre prolactine et humeur dépressive en post-partum. (19)

1.7. Evolution et conséquences

1.7.1. Sur le couple et l'entourage

Mais la DPP peut avoir de réelles conséquences sur un couple. Elle peut en être la conséquence comme la cause, comme nous avons pu le voir précédemment dans les facteurs de risque. De ce fait, il est important de mener les investigations nécessaires afin de définir si la dégradation de la qualité du lien conjugal est antérieure ou pas à la survenue de la DPP. Les sentiments d'incompréhension, de colère, de déception, de désaccords corrélés à la fatigue et aux changements de vie mènent à des conflits conjugaux. Tout ceci peut mener le couple à une séparation voire un divorce. (20)

De plus, le risque de dépression paternelle est corrélé à la dépression maternelle. (21)

En 2010, une revue de la littérature reprenant 20 études a mis en évidence l'augmentation de l'incidence de la dépression paternelle chez les pères ayant une conjointe déprimée pendant le post-partum comparée à la population générale dans la première année du post-partum. Le

risque relatif de déclencher une dépression paternelle est multiplié par 2,5 : le père présenterait 24 à 50% de risque de développer une DPP quand la mère en souffre elle-même contre 1,2 à 25,5% en temps normal si la maman n'en souffre pas.

Dans ce cas de figure le risque est de projeter ces tensions sur l'enfant : il peut être tenu pour responsable de la détérioration du couple.

1.7.2. Relation mère/enfant

La DPP survient à la période où le bébé est au maximum de sa dépendance aux soins parentaux et est très sensible à la qualité de l'interaction qui est plus difficile à établir avec une mère déprimée.

Le bébé est un partenaire actif de cette relation et de ces interactions. Même tout petit, il possède des compétences spécifiques qui vont influencer les échanges dans leur relation. Ainsi on peut remarquer deux modes de manifestations dans l'interaction mère-enfant :

- Le bébé peut se retirer de la relation et se montrer absent. Il peut se réfugier dans le sommeil pour fuir cette relation. Ce sont des bébés tristes, atones ne cherchant aucune communication notamment en déviant les regards, mettant en place des conduites d'évitement

Cette réponse comportementale quant à elle se manifeste face à une mère trop intrusive, affichant un affect hostile qui perturbe l'activité du nourrisson : c'est le mode "intrusif"

- Ce dernier peut aussi être en recherche constante d'une interaction avec sa mère. Il va être agité, peu dormir et se réveiller au moindre bruit. Ce sont généralement des bébés souriants, hypertoniques et qui sont toujours aux aguets du moindre mouvement, sollicitation ou regard de la part de leur mère. Ils sont hyper vigilants, et tentent de retenir une attention. Mais face à une mère désengagée, peu réactive, émotionnellement neutre avec un regard évasif et qui ne soutient peu l'activité de son bébé, alors il est incapable de s'adapter à cet état négatif ou de s'autoréguler. Par conséquent, il va devenir passif, replié sur lui-même

Cette réponse comportementale se manifeste face à un mode "retrait"

Une expérience a été réalisée dans les années 1970 par Edward Tronick, psychologue du développement et professeur d'université émérite américain. Dans ce protocole de "visage de marbre" ou également appelé "visage impassible" (still face en anglais), l'effet expérimental de l'indisponibilité de la mère est spectaculaire. Tout d'abord on peut voir que les deux acteurs : le bébé et la maman interagissent : communication verbale et non verbale, mimiques, sourires, petits bruits... Puis la maman a pour consigne de demeurer sans réaction, impassible face à son nourrisson durant une à trois minutes. Le bébé tente alors immédiatement d'attirer son attention : pointe du doigt, s'agite, lui sourit. Il se détourne après chaque tentative restée sans réponse puis tente de la solliciter de nouveau. Plus ou moins rapidement, l'enfant abandonne ses sollicitations restées sans réponse, panique, pleure puis se retire de l'échange et s'affaisse en moins de trois minutes.

Cette expérience rejoint la théorie de l'attachement. Cette théorie fut formalisée par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby en 1959.

Selon Bowlby la notion d'attachement fait référence à une composante innée et acquise.

Son principe de base est qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne (en général sa mère) qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. Elle constitue une base de sécurité pour l'exploration. L'attachement est un processus réciproque qui débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le restant de sa vie. Ainsi ses premières relations sont particulièrement importantes pour son développement, le protégeant des influences négatives. (22)

Un parent suffisamment disponible, répondant aux besoins affectifs de l'enfant sera perçu par l'enfant comme une figure d'attachement fiable. Avec ce sentiment de sécurité, l'enfant pourra relaxer et explorer l'environnement. Il a été prouvé qu'avec le temps les enfants avec attachement sécurisant sont plus compétents dans la solution des problèmes, moins hostiles et ont une meilleure estime de soi. En revanche, si la figure d'attache est absente, et répond de manière inappropriée aux besoins et stimuli de l'enfant, l'attachement est insécurisant. Ainsi ces enfants pourront rencontrer davantage de problèmes dans leur fonctionnement émotionnel, social et cognitif. (23)

De plus, une fois le modèle de représentation établi, il devient difficile de changer. Des études ont même montré un taux de concordance de 70% entre le type d'attachement à l'âge de un an

et à l'âge adulte. Preuve que dès son plus jeune âge l'enfant construit des configurations d'interactions qui déterminent le style d'attachement qu'il conservera tout au long de sa vie.

C'est d'ailleurs en 1978 que Mary Ainsworth développe l'expérience de la "situation étrangère", une méthode de laboratoire qui permet de classifier les différents patrons d'attachement en 3 catégories.

Cette expérience a été testée sur des enfants âgés de 12 à 18 mois. L'enfant est avec un parent et un examinateur dans une salle fermée contenant des jouets. Au cours de l'expérience, durant une vingtaine de minutes on demande au parent de sortir à 2 reprises de la salle pour 3 minutes et de revenir. On observe le comportement de l'enfant pendant que le parent est présent, puis lorsqu'il est absent et lors de leur réunion.

On peut alors distinguer plusieurs types d'attachements :

- L'attachement sécurisant
- L'attachement insécurisant type évitant
- L'attachement insécurisant type ambivalent/résistant

Puis en 1986 Mary Main et Judith Solomon ont ajouté une quatrième catégorie : l'attachement insécurisant désorganisé.

Dans les deux formes d'interaction, plus la relation entre la mère et l'enfant est peu satisfaisante, plus la dépression s'aggrave. La relation mère-enfant se détériore progressivement en l'absence de toute prise en charge.

1.7.3. Développement de l'enfant

Comme nous avons pu le voir, c'est au cours de la première année de vie que se construit l'identité de l'enfant. Alors la DPP de par ses potentielles distorsions interactives, est étroitement liée à des conséquences néfastes sur l'enfant, notamment une mauvaise qualité des interactions précoces avec sa mère, des effets envahissants sur son développement cognitif, affectif et comportemental, et un risque majoré de troubles psychiatriques pendant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. (1,11,20,24-28)

- **Développement affectif :**

Nourrisson :

Le développement affectif chez le nourrisson a été affecté par des carences affectives engendrant une distorsion interactive. Ainsi ceci va se traduire par une limitation chez l'enfant des échanges vocaux et visuels avec l'environnement. L'enfant va adopter un comportement d'évitement, de fuite, avec des sourires moindres, et un repli sur lui-même.

On remarque une altération de la capacité maternelle à réparer les états de mauvaise coordination. Elles sont moins attentives et réactives aux besoins de leur enfant.

Age préscolaire :

Par la suite, on aura des enfants qui auront des interactions plus faibles et plus vulnérables.

Ils pourront avoir des problèmes d'internalisation (dépression) et d'externalisation (agression, destruction). Car à l'inverse, si au cours de la DPP de la mère, l'enfant a développé un attachement insécuré avec de nombreuses carences affectives, il va tout d'abord s'attacher très rapidement aux personnes leur apportant de l'intérêt avec un besoin de contact et de familiarité qui se traduira ensuite par des manifestations agressives et d'opposition vis-à-vis de la personne ayant suscité son intérêt.

- **Développement cognitif :**

Nourrisson :

Chez le nourrisson on retrouvera des profils avec des troubles de l'attention et d'éveil désorganisés. Il aura un rendement cognitif lié à l'existence indépendante des objets moins bon, un apprentissage non social moins bon ainsi qu'une nuisance à l'apprentissage et une capacité à traiter les informations.

Il est à noter qu'à cette période les garçons sont plus sensibles que les filles d'après une étude menée par Sharp et coll.

Ces enfants pourront également présenter un retard de développement cognitif et linguistique : communication interpersonnelle altérée en nature de fréquence de l'adresse verbale, de qualité de voix, de contact visuel, de qualité de l'expression et de réponses émotionnelles.

Age scolaire :

Murray a pu mettre en évidence lors d'une de ses études, un rendement cognitif plus faible chez les enfants de mères déprimées. Cela peut se manifester notamment par des troubles de l'attention, troubles de raisonnement, des besoins éducatifs spéciaux et des QI plus faibles.

De plus, d'après une étude menée par Lesesne et Coll, il pourrait exister un lien entre l'état de santé maternel et les troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

- **Développement comportemental :**

Nourrisson :

Les premiers symptômes fonctionnels retrouvés chez le nourrisson sont des pleurs prolongés et des troubles du sommeil.

Mais il existe souvent une corrélation entre les insomnies du nourrisson et les troubles du sommeil de la maman. Il s'agit d'un cercle vicieux puisque les insomnies du nourrisson peuvent être à l'origine des troubles du sommeil, comme ces derniers peuvent être à l'origine de stress compatissant sur la vulnérabilité de la régulation des cycles de sommeil chez l'enfant.

On constate également que les enfants de mères dépressives sont moins immunisés à douze mois et présentent davantage d'épisodes diarrhéiques que les enfants de mères non dépressives. Il faut savoir que la disponibilité de la mère conditionne la bonne régulation des périodes d'excitation, d'activité ou de repos chez le nourrisson. Or, de manière générale, les mères déprimées sont moins attentives et réactives aux besoins de leurs enfants.

Cet état de santé mental peut aussi accroître le risque d'infections gastro-intestinales et des voies respiratoires inférieures (VRI) de l'enfant. Être à l'origine de reflux gastro-oesophagiens (RGO), de coliques et d'une croissance insuffisante du nourrisson. C'est ici que le pédiatre peut notamment jouer un rôle en surveillant l'évolution de l'état de santé de l'enfant, et en y prêtant une surveillance particulière.

Age préscolaire :

Lors du développement de son enfant, il faut réussir à lui fixer des limites, de manière à le cadrer, ce qu'une mère déprimée a du mal à faire. L'enfant ne respecte pas les règles imposées. Il développe un tempérament difficile source de troubles émotionnels, avec une ouverture moindre sur le monde.

Il aura des interactions plus faibles, plus vulnérables, présentera une réaction négative face aux contacts amicaux et sera moins susceptible de participer aux jeux.

Âge scolaire/Adolescence :

A l'adolescence, la tendance s'inverse. Les filles sont plus vulnérables que les garçons à développer des troubles psychologiques.

L'adolescence est une période qui s'accompagne de nombreux changements : transformations physiques, psychologiques, émotionnelles, sexuelles... La capacité d'adaptation est déjà parfois mise à rude épreuve d'autant plus lorsque l'enfant n'a pas bénéficié de l'attention nécessaire. On peut retrouver chez ces adolescents :

- Une détérioration de leur fonctionnement adaptatif
- Une maladaptation psychosociale avec de faibles interactions interpersonnelles
- Une vulnérabilité aux psychopathologies : troubles anxieux, troubles des conduites, abus d'intoxicants, de dépression profonde
- Des troubles affectifs plus élevés
- Des phobies, troubles de panique, dépendances à l'alcool
- La persistance d'un TDAH préalablement débuté pendant l'enfance et de troubles de l'apprentissage

Une étude de Murray *et al.* suivant des enfants de leur naissance jusqu'à leur 16 ans a montré que les enfants de mères déprimées présentent un risque plus important de dépression à l'âge de 16 ans, ce qui peut s'expliquer en partie par la vulnérabilité endogène de l'enfant, établie pendant la petite enfance et les premières années de sa vie.

Ainsi pour que l'enfant s'adapte au monde extérieur, il faut qu'il développe des capacités qu'il va réussir à acquérir seul mais aussi grâce aux interactions avec son environnement proche, notamment avec sa mère.

La connaissance pour la mère de ces conséquences peut être effrayante et culpabilisante, mais une prise en charge efficace et le plus rapidement possible permet de les limiter.

	Nourrisson	Age préscolaire	Age scolaire	Adolescence
Développement affectif	<ul style="list-style-type: none"> - Limitation chez l'enfant des échanges vocaux et visuels avec l'environnement. - Comportement d'évitement, de fuite - Sourires moindres - Repli sur lui-même 	<ul style="list-style-type: none"> - Interactions plus faibles et plus vulnérables - Problèmes d'internalisation (dépression) et d'externalisation (agression, destruction) 		
Développement cognitif	<ul style="list-style-type: none"> - Moins bon rendement cognitif et apprentissage non sociale - Nuisance à l'apprentissage et à la capacité de traiter l'information - Retard de développement cognitif et linguistique 		<ul style="list-style-type: none"> - Rendement cognitif plus faible - Troubles de l'attention - Troubles de raisonnement - Besoins éducatifs spéciaux - QI plus faibles - TDAH 	
Développement comportemental	<ul style="list-style-type: none"> - Pleurs prolongés - Troubles du sommeil - Moindre immunisation - Épisodes diarrhéiques - Risque d'infections gastro-intestinales et des VRI - RGO, coliques - Croissance insuffisante 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles émotionnels - Interactions plus faibles - Réaction négative face aux contacts - Tempérament difficile, enfant moins docile 	<ul style="list-style-type: none"> - Détérioration du fonctionnement adaptatif - Maladaptation psychosociale avec de faibles interactions interpersonnelles - Troubles anxieux - Troubles des conduites - Abus d'intoxicants - Dépression profonde - Troubles affectifs plus élevés - Phobie, troubles de panique - Dépendance à l'alcool - Persistance d'un TDAH préalablement débuté - Troubles de l'apprentissage 	

Tableau I : Résumé des différents troubles retrouvés aux différents âges chez l'enfant

Des études effectuées à Genève ont permis de montrer l'impact négatif à 3 et 18 mois de la DPP maternelle sur la relation mère-enfant et le développement de ce dernier. Ils permettent ainsi de confirmer nos dires.

	P	Déprimées (n = 58)	Non déprimées (n = 512)
Enfant			
- Troubles d'alimentation	***	29,3%	9%
- Pleurs excessifs	***	25,9%	10,9%
- Troubles du sommeil	**	32,8%	17,6%
Mère			
- Seules, non comprises	***	65,5%	17,1%
- N'exprime pas de plaisir avec l'enfant	***	10,7%	2,1%
- Maladroite	**	10,9%	2,9%
- > 10 consultations chez le pédiatre	***	12,3%	2,7%
- Allaitement	*	34,4%	51,5%
Relation mère-enfant			
- Echanges visuels diminués	***	32,7%	11,0%
- Echanges vocaux diminués	**	27,3%	11,0%
- Sourires diminués	*	23,6%	13,6%

*Figure 4 : Résultats observés à 3 mois PP
(Revue Médicale Suisse, 2007)*

	P	Déprimées à 3 mois	Non déprimées à 3 mois
Test d'attachement selon Ainsworth¹			
Evitement			
- De la mère		60,0%	20,0%
- Du médecin		42,9%	31,4%
Attachement évitant	***	60,0%	20,0%
Attachement sûr	**	11,4%	42,9%
Permanence de l'objet (Uzgiris-Piaget)²			
Acquise	***	42,9%	77,1%
Relation mère-enfant			
- Echanges vocaux présents	**	17,1%	42,9%
- Sourires présents	**	20,0%	48,6%

*Figure 3 : Résultats observés à 18 mois PP
(Revue Médicale Suisse, 2007)*

2. Prévention et dépistage

2.1. Prévention

2.1.1. Définition

En 1948 l'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Il existe trois types de prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

- La prévention primaire : elle représente l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie (ici la DPP) dans une population et à réduire les risques d'apparition en prenant en charge les causes et les facteurs de risque propres à chacun.

Ici, ce sont notamment les professionnels de santé qui ont leur rôle à jouer en faisant de la prévention, en étant attentif et à l'écoute pour repérer les éventuels facteurs de risque.

- La prévention secondaire : Elle cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les

facteurs de risque. La prévention secondaire est centrée sur le dépistage. Elle permet aussi, par un diagnostic précoce, d'intervenir rapidement afin d'appliquer un potentiel traitement pour la suite.

- La prévention tertiaire : Elle a lieu lorsque la maladie est déjà déclarée. Elle correspond à l'ensemble des mesures dont le but est de limiter et réduire la progression, les rechutes, les complications, mais aussi à améliorer la qualité de vie des patientes. Ces mesures sont notamment les soins médicaux, paramédicaux, de réhabilitation ou encore l'instauration d'un traitement médicamenteux ou non.

Ainsi plus la prévention a débuté en amont, plus elle a de chance de réduire l'impact et les conséquences d'une maladie sur sa population.

2.1.2. Acteurs de la prévention

La patiente consulte son médecin généraliste qui pose le diagnostic de baby-blues. Il lui indique que ce n'est que passager et lui conseille de se reposer, et de se faire aider par son entourage.

Médecin généraliste : C'est un intermédiaire privilégié de par ses contacts répétés et la connaissance de sa patiente, ses antécédents médicaux et familiaux. Il pourra déceler en amont les potentiels facteurs de risque, les anticiper, les dépister, et savoir les traiter voire orienter.

Gynécologue-obstétricien et Sage-femme : Acteurs de première ligne, ils vont pouvoir suivre la femme pendant tout le long de sa grossesse, lors de l'accouchement et en suite de couche. Étant en contact direct avec la patiente pendant une longue durée, ils pourront s'assurer du bon déroulement physique mais aussi psychique de la grossesse et de la maternité. Ils sauront assurer écoute, conseils, accompagnement, et si nécessaire l'orientation vers un autre professionnel formé.

Pédiatre : Afin d'assurer un suivi régulier de l'enfant, la maman sera amenée à rencontrer le pédiatre de manière récurrente. Il sera au cœur de la relation mère-enfant, et pourra à travers l'enfant déceler un trouble maternel.

La Protection Maternelle Infantile (PMI) : Service public qui constitue une offre d'accompagnement gratuit et précoce destiné aux familles avant la naissance et jusqu'aux 6 ans de l'enfant. Les professionnels y dispensent aux (futurs) parents des conseils médicaux, psychologiques, sociaux et éducatifs. Une équipe pluridisciplinaire pourra être proposée pour un suivi (grossesse, gynécologique, pédiatrique, psychologique). Grâce à sa gratuité accès égalitaire pour tous. Elle propose aussi des visites à domicile effectuées par des infirmières puéricultrices de la structure. Elle peut prendre en charge la consultation post-natale, le suivi du bébé (vaccin, suivi de croissance, développement psychomoteur...). De ce fait elle est propice aux questionnements et à l'écoute.

Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) : Elle effectue des interventions sociales, préventives, et éducatives pour favoriser l'autonomie des personnes. Elle apporte soutien matériel, moral et éducatif. Son intervention à domicile a pour but de maintenir l'unité familiale dans les difficultés occasionnées. Elle peut par exemple s'occuper de bébé, assurer des tâches du quotidien, faire à manger, dispenser des conseils... Elle a pour but d'épauler la famille en cas de vulnérabilité.

Psychologue/psychiatre : Consulter l'un de ces deux spécialistes peut faire peur, et être mal perçu. Mais ces consultations peuvent être bénéfiques pour la santé mentale de la patiente. Parfois elle peut faire resurgir des événements ou souvenirs douloureux permettant à cette dernière d'entamer un processus de guérison et de paix. L'objectif est d'identifier ce qui se cache derrière cette souffrance. De plus, le psychiatre pourra poser un diagnostic, prescrire et administrer des traitements, si nécessaire.

Unités Mère-Enfant (UME) : Très souvent méconnues, ces structures permettent d'offrir un accompagnement adapté à temps plein, ou en hospitalisation de jour. Elles accueillent le bébé avec sa maman/ses parents et des professionnels de santé sont là pour soutenir, prendre le relai auprès du nourrisson et permettre à la maman de lâcher prise en sécurité. Elles lui permettent de reprendre confiance, et d'étayer ses capacités maternelles. La non séparation de l'enfant à sa maman, permet de construire ou de renforcer leur lien.

Autorités de santé : Le gouvernement a mis en place des actions permettant d'améliorer les connaissances et la prise en charge de ces troubles, afin de les limiter. On peut citer notamment

la circulaire Molénat du 4 juillet 2005, le plan périnatalité 2005-2007, ou encore la préparation à la naissance et à la parentalité.

Associations : Elles œuvrent quotidiennement pour tendre une oreille attentive et offrir un soutien pour rompre l'isolement. Elles peuvent être un premier pas pour les mamans voire les familles, et ont à cœur de les accompagner à leur échelle, au sein de leurs difficultés et expériences. Parmi elles on peut citer : Maman Blues, Super Mamans France, Le Club Poussette, Césarine, Marraïne & vous...

Les lieux d'accueil parents-enfants (LAPE) : Ce lieu d'accueil gratuit par des professionnels de santé, permet de créer des lieux sociaux en rencontrant, échangeant, et écoutant d'autres parents. La maman a ici toute sa place pour s'exprimer et poser ses questions.

Pharmacien : Étant un professionnel de santé de proximité, le pharmacien a aussi son rôle à jouer dans la prévention de la DPP. Nous l'étudierons plus en détails par la suite.

Les réseaux de périnatalité : L'objectif est d'optimiser la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né grâce à la mutualisation des professionnels et établissements de santé. Le développement du réseau propose une nouvelle conception du travail en périnatalité : plus collectif, plus coordonné, plus centré sur le fœtus et sur la femme enceinte, et plus attentif au père.

Les professionnels intervenants dans cette démarche sont les gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, anesthésistes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, échographistes, radiologues, pédopsychiatres et psychiatres, et les psychologues, exerçants en libéral, dans un établissement de santé public ou privé, ou en PMI. (1,29)

Le co-parent, la famille ou encore les amis ne sont pas des professionnels de santé, mais ont également un rôle à jouer dans la prévention de la maladie. Ces personnes entourent la mère, font partie de son cercle intime ont un rôle crucial en termes d'aide et de soutien tout en respectant sa volonté, le tout sans jugement. (30)

En première intention, il est préférable de s'appuyer sur les professionnels impliqués directement dans le suivi natal : Médecin traitant, Sage-femme, Gynécologue/Obstétricien, Pédiatre.

Suivant la nature et la gravité des troubles, la maman pourra être orientée vers le(s) professionnel(s) le(s) plus adapté(s).

2.1.3. Moyens de prévention

Détection des facteurs de risque : Toutes les femmes sont susceptibles de développer une dépression postnatale. Cependant celles présentant des facteurs de risque sont significativement plus à risque d'exprimer ce syndrome. Tous ces facteurs de risque peuvent être identifiés pendant la grossesse. Ainsi pour tous les professionnels de santé concernés, il est important d'adapter et de redoubler d'attention chez les femmes à risque.

Suivi et accompagnement : Tout au long de sa grossesse et après l'accouchement, la femme bénéficie et même est dans l'obligation de réaliser certains entretiens et préparations afin de se préparer elle, et son couple à l'arrivée de l'enfant. Chacun d'eux peut être l'occasion de repérer d'éventuels troubles, pouvant se manifester à des périodes différentes. (31,32)

- **Entretien Périnatal Précoce :** Remboursé à 100% par la CPAM il s'agit un temps d'échange obligatoire de 45 minutes à 1h individuel ou en couple avec le médecin ou la sage-femme. Il constitue un temps d'échanges et d'écoute pour faire le point sur le projet de naissance, et permet l'expression des attentes, de questions, de difficultés éventuelles, de besoins...
- **Préparation à la naissance et à la parentalité :** ces 7 séances de préparation obligatoires sont souvent décrites comme un temps essentiel où se construit le lien de confiance entre la sage-femme et la femme/couple. Beaucoup de sages-femmes ont insisté sur les informations qu'elles pouvaient délivrer lors de ces séances sur la fréquence et la symptomatologie des troubles psychiques du post-partum. Mieux informées les femmes peuvent identifier les symptômes qu'elles présentent et consulter plus rapidement.
- **L'entretien postnatal précoce :** depuis le 1er juillet 2022 cet entretien est désormais obligatoire afin de mieux accompagner les jeunes mères. Il est à effectuer entre la 4ème et la 8ème semaine suivant l'accouchement par un médecin ou une sage-femme. Il a pour objectif de repérer les premiers signes de la dépression post-partum (état dépressif ou anxieux, fatigue, humeur instable...), d'identifier d'éventuels facteurs de risques qui

exposent les parents à cette dépression (isolement, évènement stressant...), d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement.

- Consultations post natales : en plus de l'entretien postnatal obligatoire, une consultation médicale postnatale est prévue dans les 6 à 8 semaines après la naissance. Elle permet de faire un bilan gynécologique et d'aborder différentes thématiques : contraception, alimentation, troubles urinaires...mais aussi de s'assurer de l'état psychique de la maman.

D'autres rendez-vous entièrement remboursés par l'Assurance Maladie peuvent être proposés selon les souhaits et besoins de la maman, mais ne sont pas obligatoires :

- Programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) : si l'accouchement s'est bien déroulé, l'équipe médicale peut proposer un service d'accompagnement au retour à domicile jusqu'au 12ème jour après la naissance, pour bénéficier d'une aide et d'un suivi personnalisé à la sortie de maternité, assuré par une sage-femme libérale. La sage-femme s'assure du bon état de santé du bébé et de la maman, et l'accompagne pour les premiers soins

- Séances de suivi postnatal avec une sage-femme : en cas de besoin, 2 séances peuvent être réalisées du 8ème jour jusqu'à la 14ème semaine après l'accouchement, en cabinet ou à domicile

- Des séances de rééducation périnéale et abdominale peuvent aussi être prescrites après l'accouchement

- Consultations pédiatriques de l'enfant : ces consultations ont un rôle capital et peuvent être des moments privilégiés pour dépister une éventuelle DPP.

L'action menée par l'Assurance Maladie consiste à sensibiliser à la fois les femmes sur les facteurs de risque liés à la grossesse et la manière dont les futurs parents peuvent être accompagnés pendant toute la grossesse.

De plus Santé publique France et le ministère de la Santé ont récemment lancé en 2021 une campagne nommée : **la Stratégie des 1000 premiers jours**. (33) Ces 1000 premiers jours représentent une période qui court de la grossesse (4ème mois) aux deux ans révolus de

l'enfant : une période clef pour le développement de l'enfant. Cette campagne s'adresse au grand public, et notamment aux futurs et jeunes parents. L'objectif est double. Il s'agit d'une part de les sensibiliser à cette période essentielle pour le bon développement de l'enfant et sa santé, et d'autre part, de leur proposer des outils et des conseils.

Ce projet s'articule autour de 5 axes :

- Renforcer le parcours des 1000 premiers jours, construit autour de 3 moments clés
- Décliner le parcours 1000 jours pour les situations de fragilité
- Mettre à disposition des ressources fiables et accessibles pour les parents et l'entourage
- Donner du temps supplémentaire pour la construction de la relation parent-enfant
- Améliorer encore la qualité de l'accueil du jeune enfant

Un livret est envoyé par la caisse d'allocations familiales (CAF) à chaque déclaration de grossesse depuis octobre 2021. (34) Chaque futur parent peut y trouver des informations clés pour mieux vivre la grossesse, préparer l'arrivée de l'enfant et l'accueillir pendant ses premières années. Un site internet 1000-premiers-jours.fr ainsi qu'une application mobile sont à disposition où l'on peut retrouver un calendrier personnalisé, des informations fiables actualisées et téléchargeables, une carte pour localiser les services et professionnels utiles aux parents, ainsi que des questionnaires d'auto-évaluation pour faire régulièrement le point notamment sur son risque de DPP.

L'allongement du congé paternité à 28 jours au 1er juillet 2021 va également avoir un bénéfice dans la prévention de la DPP. Nous l'aborderons dans une prochaine partie.

2.2. Dépistage

2.2.1. Définition

Selon l'OMS : *“un dépistage sert à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes à priori en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes apparents”*. L'objectif est d'anticiper la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression. Mais attention, le dépistage ne permet pas de diagnostiquer.

Le dépistage se réalise en plusieurs étapes pour lesquelles les bénéficiaires nécessitent d'être pris en compte. La réalisation d'abord du questionnaire permet de détecter et de quantifier certains

symptômes et renseigne sur la probabilité de la maladie. Puis le diagnostic doit être confirmé ou infirmé par une évaluation clinique spécialisée.

Ainsi, les questionnaires sont des outils d'aide au diagnostic. Ils pourraient servir à des fins de dépistage systématique, car ils sont faciles d'emploi et efficaces. (11) Pourtant l'adhésion des professionnels de santé est faible, malgré de nombreuses campagnes de sensibilisation.

Dans le cadre d'une DPP le dépistage précoce va permettre de limiter l'impact sur le nouveau-né mais aussi au sein de la famille. Mais la difficulté est que très peu d'échelles d'évaluation de la DPP existent.

Dans ce contexte, il existe deux périodes primordiales pour réaliser le dépistage : l'ante et le post partum. Pour ce qui est de la période ante-partum, plusieurs questionnaires ont été élaborés par différents auteurs depuis les années 1990, mais n'ont pas été validés sur une population autre que celle grâce à laquelle le questionnaire a été mis en place.

2.2.2. Dépistage anténatal : Échelle DADP

Le Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post-partum (DADP) également nommé « Questionnaire de Genève » a été élaboré dans le cadre d'une étude prospective portant sur la dépression du post-partum. (35)

Ce questionnaire a été quant à lui testé sur plusieurs populations, mais il n'est pas encore utilisé en pratique courante.

De par son utilisation simple et rapide, conçu pour être accessible à tous professionnels de santé, il va permettre un screening régulier du risque de DPP.

Il est particulièrement recommandé durant les deux derniers trimestres et devrait être répété régulièrement et complété par la recherche d'autres facteurs de risque.

Les questions sont posées par le professionnel et servent ainsi de base concrète pour aborder les éventuelles difficultés psychologiques pressenties ou ressenties par la femme enceinte.

Le DAD-P peut être utilisé de deux manières différentes :

- Le dépistage large : dépister un maximum de femmes à risque, dans un but de prévention large systématique. Mais il présente un important taux de faux positifs, c'est-à-dire des femmes dépistées « à risque » mais qui ne développeront pas de DPP.

Si le résultat est positif, il est recommandé de poursuivre les investigations sur les différents facteurs de risque existants. (Annexe I)

- Le dépistage ciblé : Moins sensible mais plus spécifique, il consiste à dépister uniquement les femmes présentant un maximum de risques. Sa valeur prédictive positive est ainsi plus élevée. (Annexe II)

Le DAD-P est un questionnaire comportant deux parties :

- Une première partie commune aux deux types de questionnaires (ciblé et large) : 6 items abordent les aspects personnels, somatiques ou psychologiques les plus fréquemment retrouvés chez les femmes enceintes à risque de présenter des symptômes dépressifs après l'accouchement (douleurs dorsales, démangeaisons, troubles du sommeil, autoreproches, sentiment de solitude, incompréhension de l'entourage...) Chaque item comporte quatre réponses possibles qui sont cotées entre 0 et 1 point, excepté pour l'item 4 dont les réponses sont cotées de 0 à 3. Le score total de l'échelle est compris entre 0 et 8 points. S'il est égal ou supérieur à 3, l'échelle est considérée comme positive.
- Une deuxième partie spécifique de la version du questionnaire. Le questionnaire large possède dans cette partie deux questions, cotées de 0 à 1 point. Cette partie supplémentaire est considérée positive sur les deux réponses sont positives donc si le score s'élève à 2.
Quant au questionnaire ciblé, il présente une seule question supplémentaire considérée positive si le score est égal à 1.

2.2.3. Dépistage postnatal

Plusieurs outils ont été conçus afin d'aider au diagnostic ou pour quantifier l'intensité d'un état dépressif. (9) Néanmoins, en pratique courante l'utilisation des tests reste limitée par le fait que peu sont utilisés en dehors des programmes de recherche et que peu sont spécifiques de la dépression post-partum. Généralement le dépistage se déroule en deux temps : d'abord la réalisation de questionnaires (auto ou hétéro-questionnaire) puis ensuite par une phase de diagnostic à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré.

Les échelles en hétéro-évaluation sont remplies par le professionnel qui joue le rôle d'évaluateur, parmi elles on peut citer :

- L'Échelle de Dépression de Montgomery et Asberg (MADRS). Attention cette échelle présente des taux élevés de faux positifs pendant la période du post-partum
- L'Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) : Cette échelle a été conçue uniquement pour des sujets chez lesquels le diagnostic d'un trouble dépressif est déjà établi et n'est donc pas adaptée au diagnostic de premier recours de la dépression. L'HDRS est préconisée pour évaluer la sévérité d'un épisode dépressif et en assurer le suivi. Il existe deux versions comprenant 17 ou 21 items

Généralement, plus la note est élevée, plus la dépression est grave.

Parmi les auto-questionnaires, donc directement remplis par la patiente elle-même, utilisés à l'international qui peuvent évaluer la présence de symptômes dépressifs autour de la natalité on retrouve :

- Le Center for Epidemiologic Studies of Depression instrument (CES-D)
- L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Le questionnaire de santé du patient (PHQ-9)
- Le General Health Questionnaire (GHQ)
- L'AnteNatal Risk Questionnaire (ANRQ)
- Le Beck Depression Inventory (BDI) : ce questionnaire qui est l'un des plus répandus permet une estimation quantitative de l'intensité des symptômes dépressifs, basé sur les critères du DSM-IV pour la DM. Il existe trois versions de cet inventaire : l'original, publiée pour la première fois en 1961, puis révisée en 1978 sous le nom de IDB-1A, et IDB-II, publiée en 1996 et qui est celle actuellement utilisée, car elle est plus adaptée à la période du post-partum. Elle comporte 21 items qui évaluent les domaines cognitif, affectif, les symptômes somatiques et végétatifs. Pour chaque item coté de 0 à 3, le patient doit choisir une réponse parmi quatre phrases correspondant à un degré d'intensité croissante du symptôme. Le score est la somme de ces cotations et varie de

0 à 63. Les symptômes dépressifs sont considérés comme mineurs (score allant de 0 à 9), légers (de 10 à 18), modérés (de 19 à 29) ou sévères (de 30 à 63)

On peut citer deux autres auto-questionnaires mais qui sont eux spécifiques de la période postnatale :

- Le Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) : Non traduit et validé en France, ce questionnaire de 35 items explore la labilité émotionnelle, l'anxiété, les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, la confiance en soi, qui sont affectés en cas de DPP.
- L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Annexe III) est un outil d'aide au dépistage se présentant sous la forme d'un auto questionnaire de 5 à 10 minutes et permettant d'évaluer la symptomatologie dépressive durant la période postnatale (13). L'EPDS est la seule échelle d'aide au dépistage des DPP et validée dans péripartum. Néanmoins il reste important de souligner qu'il s'agit d'un outil de dépistage et non d'un outil diagnostic. Il a été établi par John Cox dans le but de révéler ces dépressions en étant accessible à tous les professionnels de santé notamment ceux non spécialisés en psychiatrie. (3) Cette échelle peut être utilisée en suite de couche immédiate, mais aussi lors de la consultation post natale.

Cet outil est constitué de 10 items avec une cotation aisée, des mots simples et des phrases courtes. Chaque item est coté de 0 à 3 en fonction de l'intensité des symptômes, le score maximal étant de 30. Si le score EPDS est supérieur à 9 à J3, on considère que c'est prédictif d'une DPP (avec pour sensibilité à 0.88 et une spécificité à 0.50) ; s'il est supérieur à 12 entre la 4ème et la 6ème semaine du post partum, alors on considère que la mère présente une dépression majeure (avec une sensibilité à 0,91 et spécificité à 0,74)

Attention, le questionnaire ne porte que sur la semaine écoulée. S'il est négatif, il est utile de le répéter lorsque plusieurs facteurs de risques existent. Ce questionnaire est aussi retrouvé dans l'application des 1000 jours, vue précédemment.

Une étude de Beck CT et Gable RK publiée dans BMC Public Health en 2010 a permis de comparer l'efficacité de l'échelle PDSS, l'échelle EPDS et le BDI-II. Les résultats ont révélé

que l'échelle PDSS avait la meilleure sensibilité (91%) et la meilleure spécificité (72%) parmi les trois instruments.

Attention, ces outils doivent être utilisés en complément pour améliorer et confirmer le dépistage, mais ne remplacent pas l'entretien clinique !

Les entretiens cliniques :

Même s'ils ne sont pas spécifiques de la DPP, ils sont réservés aux spécialistes pour valider les questionnaires de dépistage de la DPP, mais ne sont en réalité peu utilisés en pratique courante.

On peut retrouver des entretiens cliniques semi-structurés où les réponses sont ouvertes ou semi-ouvertes :

- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)
- Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I)
- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)

Et des entretiens structurés où l'interviewer formé pose des questions ayant une sélection fixée de réponses :

- Diagnostic Interview Schedule (DIS-IV)
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
- Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) qui est l'un des plus répandus et destiné à établir un diagnostic psychiatrique plus rapide. Ce questionnaire est basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM10. Il est divisé en 17 modules correspondants chacun aux différents troubles, et est prévu pour être administré par un clinicien lors d'un entretien mais peut aussi être utilisé comme autoquestionnaire. (Annexe IV). (36)

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + Vie entière	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

Figure 5 : Modules du MINI (Revue Médicale Suisse, 2009)

Les questions de Whooley (1997) ont aussi été utilisées dans les années 2000 pour dépister la DPP. Il s'agit là de deux questions uniquement :

- “Durant le mois passé vous êtes-vous déjà sentie déprimée, sans espoir ou dans le mal être ?”
- “Durant le mois passé avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans ce que vous aviez l'habitude de faire ?”

Il présente une bonne sensibilité (100%) et spécificité (62%) mais en revanche n'est pas validé en France contrairement à l'EPDS.

Ainsi la combinaison de : recherche de facteurs de risque, réalisation de questionnaire d'évaluation, et entretiens cliniques permet d'améliorer significativement l'identification de ce syndrome et de l'anticiper au mieux. De ce fait, tous les professionnels de santé qui sont en contact avec les patientes durant leur grossesse et au cours de leur post-partum doivent être sensibilisés au maximum à cette triade.

3. Diagnostic

3.1. Diagnostic différentiel

Tout n'est pas de l'ordre de la DPP, et d'autres souffrances peuvent émerger autour de la maternité. Ainsi il est important de savoir les distinguer afin d'avoir un accompagnement et un traitement adapté à la patiente concernée. (11,12,20)

3.1.1. Baby-blues

Le blues du post-partum, baby-blues ou encore appelé post-partum blues est le plus connu des troubles suivant la naissance d'un enfant, mais n'est pas considéré comme pathologique au sens strict du terme de par sa grande fréquence et sa bénignité qui plaident en faveur de la normalité du phénomène. En effet, il touche entre 30 et 80% des accouchées. Il se définit comme un trouble émotionnel d'intensité modérée, surgissant généralement entre le troisième et le cinquième jour suivant la naissance, pour régresser au plus tard vers le dixième jour du post partum.

Le baby-blues affecte environ une femme sur deux entre le troisième et dixième jour post-partum.

Pour affirmer qu'il y a un blues, on retient habituellement quelques signes principaux :

- Une labilité émotionnelle alternant entre les rires et les pleurs (signe le plus saillant)
- Une fatigue
- Une irritabilité
- Des doutes sur ses capacités maternelles
- Des troubles du sommeil

Nous ne pouvons pas lui associer d'étiologie propre, néanmoins certains facteurs pourraient encourager sa survenue. Parmi eux, on peut citer : une variation hormonale, une fatigue intense, le stress de fin de grossesse et de l'accouchement, la montée de lait, le deuil de la grossesse et de l'enfant imaginé, prise de conscience des responsabilités maternelles...

Le blues ne nécessite pas de thérapeutique, mais écoute, soutien et réassurance. Dans 90% des cas, la situation se résout en une semaine. Mais il est important de rester vigilant quant à son évolution, et sa frontière vis à vis des autres pathologies. En effet, de nombreuses études ont montré une corrélation entre un blues sévère et le risque modérément mais significativement augmenté de voir survenir secondairement une DPP...

3.1.2. Psychose puerpérale

Il s'agit là d'un trouble psychiatrique, très anciennement reconnu et déjà décrit par Hippocrate, marqué par un délire pouvant revêtir 3 formes cliniques : la manie (principalement), la mélancolie et le trouble psychotique bref. C'est une affection rare et spectaculaire qui touche

1 à 2 femmes pour 1000 naissances en France. Il s'agit de la plus sévère des manifestations psychiatriques du post partum. Elle se produit généralement chez les primipares (70% des cas). Les troubles psychotiques brefs et les états maniaques apparaissent souvent dans les 6 premières semaines post-partum, alors que les dépressions mélancoliques apparaissent plus tardivement jusqu'à un an après l'accouchement.

Le tableau clinique se compose d'insomnie, sentiments de malaise diffus, irritabilité, fatigue, maux de tête, rêves terrifiants, sentiments délirants, éléments confusionnels, anxiété extrême. On peut avoir soit des états d'agitation maniaque soit des états dépressifs pouvant aller jusqu'à la mélancolie profonde. La psychose puerpérale est un état confuso-délirant avec obnubilation, voire désorientation spatio-temporelle, associé à des hallucinations auditives et visuelles.

Cet état, facilement reconnaissable et diagnostiqué, nécessite une prise en charge systématique car il s'agit d'une urgence psychiatrique représentant un danger envers l'enfant allant de l'agressivité physique/morale à l'infanticide voire le suicide pour la mère. Néanmoins, le pronostic est favorable dans 80% des cas avec une prise en charge nécessitant une hospitalisation de la mère où elle pourra bénéficier des mesures thérapeutiques appropriées. Il est recommandé que cette dernière se fasse dans des unités spécialisées mère/enfant car elles présentent l'avantage de prendre en charge la relation mère/enfant, et possèdent ainsi un meilleur pronostic. A défaut de ces unités, l'hospitalisation dans un service psychiatrique classique est possible. Un traitement est également instauré alliant généralement neuroleptique et antidépresseur.

Le rétablissement se fait en 6 à 8 semaines avec un risque de rechute élevé, et une convalescence de 2 à 3 mois est nécessaire pour avoir une rémission complète.

3.1.3. Stress post traumatique (SPT)

L'accouchement peut mener au développement d'un état de stress post-traumatique. La perception d'un stress extrême, dans un contexte de danger psychique et/ou physique, entraîne un trouble anxieux massif, qui enraye le traitement de l'événement dans la mémoire, laquelle ne peut le traiter comme elle le fait habituellement. Il peut également survenir à distance de l'évènement, notamment lors d'une grossesse ultérieure.

Cet état touche 4% environ de la population générale mais peut atteindre les 19% en cas d'accouchements difficiles. Cependant, il n'a été intégré qu'à partir de la version IV du DSM en 1994, et est décrit selon lui comme : « un événement au cours duquel le sujet a, soit été

témoin de la mort ou de la grave blessure d'un individu ; soit, a été menacé lui-même de mort ou de grave blessure ; soit son intégrité physique a été menacée. Cet événement aura été suivi de réactions de "peur intense, d'impuissance ou d'horreur" ».

Le diagnostic sera posé par un médecin identifiant au moins six des symptômes de la version V du DSM et présents durant un mois minimum.

4 catégories de symptômes peuvent être retrouvées lors de ce stress post-traumatique :

- Évitement de tout ce qui renvoie à l'événement traumatique : lieu, personne, suivi médical...
- Reviviscence : par des flash-back, pensées intrusives, cauchemars, sensations en lien avec l'événement...
- Perturbations des émotions et de la concentration : amnésie, pensées négatives, culpabilité, perte d'intérêt, troubles du sommeil...
- Hyper-réactivité : irritabilité, hyperactivité, sursauts...

La prise en charge passe par un accompagnement psychologique dédié, comportant de l'EMDR, de la TCC, de l'ICV, ou de l'hypnose.

3.1.4. Autres diagnostics différentiels

D'autres pathologies peuvent présenter des symptômes semblables à la DPP. Il s'agit donc de bien savoir les différencier et diagnostiquer. Parmi eux, on peut citer notamment :

- Burn-out
- Troubles anxieux
- Troubles obsessionnels compulsifs
- Hypothyroïdie
- Syndrome de Cushing
- Dépressions induites par des substances psychoactives

3.2. Diagnostic spécifique

La DPP est à l'heure actuelle encore source de débats concernant sa spécificité. Certains professionnels ne considèrent pas la DPP comme une dépression spécifique, mais l'associent encore à une dépression ordinaire. Or nous allons voir que par sa temporalité et sa sémiologie,

elle se distingue et possède des caractéristiques qui lui sont propres et qui vont permettre de poser son diagnostic.

Temporalité :

Selon le DSM-IV, la dépression est postnatale si elle apparaît dans les 4 à 6 semaines suivant l'accouchement.

Or le CIM-10 présente quant à lui une temporalité de 6 semaines post-partum.

Cependant, beaucoup d'études ne se limitent pas à ce critère et considèrent que la dépression peut être qualifiée de post-partum lorsqu'elle apparaît dans l'année suivant l'accouchement.

Sémiologie :

Le professionnel de santé va pouvoir également s'intéresser à la sémiologie afin de pouvoir poser un diagnostic.

On rappelle que l'EDM est caractérisé par au moins cinq des symptômes suivants, faisant partie des critères de l'EDM selon le DSM-IV, pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur :

1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, signalée par le sujet ou observée par les autres.

2- Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée

3- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit

4- Insomnie ou hypersomnie

5-Agitation ou ralentissement psychomoteur

6- Fatigue ou perte d'énergie

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Et des symptômes sont spécifiques de la dépression post-partum :

- La banalisation des symptômes et de la situation
- Une labilité émotionnelle intense, avec une humeur instable. La maman peut passer d'une euphorie inadéquate à un pessimisme morbide
- Un état d'hypervigilance envers son enfant
- Des préoccupations et inquiétudes centrées sur le bébé, avec des visites répétées chez le pédiatre. On peut retrouver notamment une peur de la maladie et de la mort de son enfant
- Des difficultés dans la relation à l'enfant et dans la création du lien. En découle un sentiment d'incompétence maternelle participant à une dévalorisation générale de la personne, une perte de confiance en soi, ainsi qu'une dépréciation de soi en tant que mère. La femme vit comme une défaillance personnelle son état et non comme une maladie
- Des pensées intrusives et des phobies d'impulsion. Des pensées agressives envers le bébé affectent près de 20% des femmes déprimées
Ces phobies d'impulsions sont des pensées irrépressibles mais sans envie réelle de passer à l'acte et cela doit être différencié de l'envie de lui faire du mal à son enfant qui relève en revanche de l'urgence psychiatrique
- Des soins à l'enfant réalisés de façon mécanique, détachée, automatique. Les soins du bébé sont dispensés sans plaisir, la mère ne s'attendrit pas, ne connaît pas ou plus d'élan d'affection devant son bébé, et peut être réticente à prendre son bébé contre elle
- Aggravation symptomatique le soir
- Rares idées suicidaires

De plus, on peut différencier la DPP précoce et tardive.

La DPP précoce apparaît dans le premier mois et présente un pic de fréquence entre la 4ème et 6ème semaine après l'accouchement. Le diagnostic sera plus aisé que pour les DPP tardives car la clinique se rapproche de celle d'un EDM : humeur dépressive, troubles cognitifs, ralentissement psychomoteur, signes somatiques...

Les DPP tardives apparaissent entre le 2ème et le 12ème mois du post-partum, et possèdent une clinique plus atypique. Des signes peu spécifiques peuvent être constatés tels que :

- Dysphorie modérée avec labilité émotionnelle
- Fatigabilité sans ralentissement psychomoteur
- Difficulté à en parler
- Sentiment de ne pas être heureuse, absence de plaisir à s'occuper de son enfant
- Sentiment de lassitude et de ne pas subvenir aux besoins de son enfant
- Troubles du sommeil, le plus souvent à type d'endormissement
- Tendances à l'isolement, crainte de sortir
- Troubles de mémoire et de la concentration
- Baisse de la libido

Ainsi les professionnels de santé vont pouvoir poser un diagnostic de DPP en la différenciant des autres troubles existants, notamment par la sémiologie et la temporalité.

	Dépression Post-Partum	Baby Blues	Psychose puerpérale	Stress post traumatique
Définition	Trouble dépressif survenant dans la première année après l'accouchement	Trouble émotionnel d'intensité modérée survenant dans les premiers jours suivant l'accouchement	Trouble psychiatrique marqué par un délire pouvant revêtir 3 formes cliniques : manie, mélancolie et trouble psychiatrique bref	Trouble anxieux massif qui enraye le traitement de l'événement dans la mémoire
Délai d'apparition	Jusqu'à 1 an	< 10 jours	< 6 semaines	Anténatal ou post natal, plus ou moins à distance de l'événement
Prévalence	10 à 20%	30 à 80%	1 à 2 naissances/1000	4 à 19% (accouchements compliqués)
Sémiologie	Symptômes de l'EDM +/- symptômes spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Fatigue - Irritabilité - Doutes sur capacités maternelles - Labilité émotionnelle avec pleurs et rires - Troubles du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnie - Sentiments de malaise - Irritabilité - Anxiété extrême - État confuso-déirant - Désorientation spatio-temporelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitement de ce qui renvoie à l'événement - Flash-back/pensées intrusives/cauchemars - Hyper-réactivité - Perturbations des émotions et concentration
Prise en charge	Selon intensité PEC : <ul style="list-style-type: none"> - Psycho-sociale (TCC, psychothérapie...) - Médicamenteuse (antidépresseurs, anxiolytiques...) - Hospitalisation (unité mère-enfant) 	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude d'écoute empathique et réassurance - Faire part de doutes et questions à professionnel - Éventuelles consultations avec psychologue 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation - Traitement médicamenteux - Accompagnement de la dyade mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement psychologique - EMDR - TCC - Hypnose

Tableau II : Récapitulatif des différents troubles psychiques post partum

4. Prise en charge et rôle du pharmacien

La situation s'aggravant chez cette patiente, son mari lui prend rendez-vous chez un psychiatre qui constate une dépression post-partum. A l'issue de cette consultation :

- L'allaitement a été stoppé
- Venlafaxine® 37,5mg a été initié à raison de 1 gélule par jour
- Une thérapie cognitivo-comportementale a été débutée

4.1. PEC médicamenteuse

Pour mieux comprendre la prise en charge de la dépression, il s'agit d'abord de savoir quel impact physiologique provoque-t-elle.

Il faut savoir qu'une cellule nerveuse est activée par le biais d'une impulsion électrique qui se dirige le long de fibre nerveuse jusqu'à l'extrémité des dendrites, et aux zones de contact avec d'autres cellules nerveuses qui sont les synapses. Ce relai est possible grâce aux neurotransmetteurs, produits dans la précédente cellule qui seront déversés dans la fente synaptique pour être ensuite captés par la cellule suivante.

Or la dépression est une maladie du système nerveux central liée à une déplétion en neurotransmetteurs notamment sérotonine, noradrénaline et la dopamine. Le problème provient de la perturbation du contrôle des hormones du stress. Ainsi, une hyperactivité durable va perturber le métabolisme des cellules nerveuses et déséquilibrer les neurotransmetteurs. Soit leur concentration n'est plus suffisante, soit la transmission ne fonctionne plus correctement. Quoiqu'il en soit, cette perturbation de la transmission entre les cellules nerveuses va se répercuter progressivement dans les émotions, pensées, ayant de réelles répercussions physiques et psychiques.

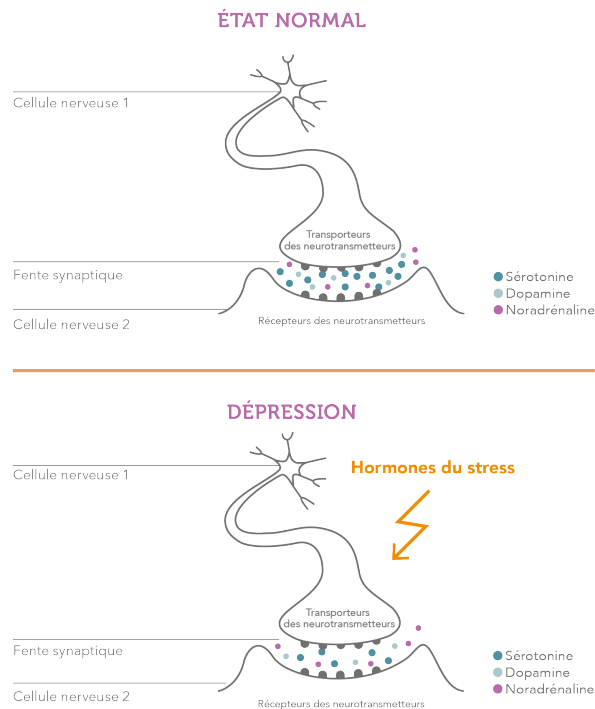


Figure 6 : Représentation synaptique d'une cellule à l'état normal et durant une dépression (Lundbeck (Suisse) SA, 2021)

On peut catégoriser les dépressions selon le degré d'intensité des symptômes : dépression légère, modérée ou sévère.

Ainsi les antidépresseurs visent à restaurer le déficit en transmission monoaminergique et à pallier la baisse de la neurogénèse.

Mais avant leur prescription, le professionnel doit adapter la stratégie thérapeutique au cas par cas. Il doit mesurer la balance bénéfice risque, informer la patiente et respecter si possible son désir de poursuivre ou non l'allaitement.

Lors de ses consultations chez son psychiatre, madame a pu bénéficier d'un traitement médicamenteux dont une classe d'antidépresseurs. On se doute que ce dernier a pris en compte l'arrêt de l'allaitement.

Nous allons voir par la suite l'adaptation thérapeutique des professionnels en fonction de cette pratique ou non.

4.1.1. Chez une femme non allaitante

Dans le cas de figure où la maman n'allaite pas ou souhaite stopper l'allaitement, la stratégie thérapeutique à suivre est la même que pour l'épisode dépressif caractérisé. Ainsi d'après les recommandations thérapeutiques du Vidal, la prise en charge de la dépression légère, relève uniquement de la psychothérapie. Les traitements médicamenteux ne sont instaurés que pour les dépressions modérées et sévères, en complément de psychothérapie. (11,12)

Il existe plusieurs classes d'antidépresseurs :

- Les **ISRS** (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture à la Sérotonine) : ils agissent par inhibition sélective de la recapture de la sérotonine au niveau du transporteur présynaptique de la sérotonine ce qui permet une augmentation de sa concentration dans les espaces synaptiques.

Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine	
DCI	Noms commerciaux
Citalopram	SEROPRAM®
Escitalopram	SEROPLEX®
Fluoxétine	PROZAC®
Fluvoxamine	FLOXYFRAL®
Paroxétine	DEROXAT®
Sertraline	ZOLOFT®

Tableau III : Principaux antidépresseurs de la famille des ISRS

- Les **IRSNA** (Inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de noradrénaline) : inhibition sélective de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, augmentant leurs concentrations dans les espaces synaptiques.

Inhibiteurs de la Recapture de Sérotonine et de Noradrenaline	
DCI	Noms commerciaux
Duloxétine	CYMBALTA®
Milnacipran	IXEL®
Venlafaxine	EFFEXOR®

Tableau IV : Principaux antidépresseurs de la famille des IRSNA

- Les **tricycliques** (également appelés imipraminiques) : ils inhibent les transporteurs membranaires de la recapture présynaptique de noradrénaline et de sérotonine. Mais ils ne possèdent pas de sélectivité et exercent des actions anticholinergiques centraux et périphériques, adrénolytique alpha 1 et antihistaminique H1, étant à l'origine de nombreux effets indésirables (sédation, hypotension...).

Antidépresseurs tricycliques	
DCI	Noms commerciaux
Amitriptyline	LAROXYL®
Amoxapine	DEFANYL®
Clomipramine	ANAFRANIL®
Dosulépine	PROTHIADEN®
Doxépine	QUITAXON®
Imipramine	TOFRANIL®
Maprotiline	LUDIOMIL®
Trimipramine	SURMONTIL®

Tableau V : Principaux antidépresseurs de la famille des tricycliques

- Les **IMAO** (Inhibiteurs des monoamines oxydases) : Ils agissent par inhibition de la dégradation des monoamines cérébrales par blocage de l'action de l'enzyme monoamine oxydase (MAO) qui métabolisait ces dernières.

Inhibiteurs des monoamines oxydases de type A	
DCI	Noms commerciaux
Iproniazide (non sélectif)	MARSILID®
Moclobémide (sélectif du type A)	MOCLAMINE®

Tableau VI : Principaux antidépresseurs de la famille des IMAO

- Les **NaSSA** (Noradrenergic and Serotonergic Specific Antidepressant) :
 La Mirtazapine est un antagoniste α_2 présynaptique d'action centrale, augmentant la neurotransmission noradrénergique et sérotoninergique centrale. La stimulation sérotoninergique se fait par le récepteur 5-HT1, puisqu'il est 5-HT2 et 5-HT3 bloquant. Il possède également un action antihistaminique H1, à l'origine d'une sédation.

 La Miansérine permet une augmentation de la libération de noradrénaline uniquement

par son effet antagoniste des récepteurs α_2 . Il bloque également les récepteurs H1.

Noradrenergic and Serotonergic Specific Antidepressant	
DCI	Nom commercial
Mirtazapine	NORSET®
Miansérine	ATHYMIL®

Tableau VII : Principal antidépresseur de la famille des NaSSA

- Autre antidépresseur atypique : La Tianéptine favoriserait la recapture de la sérotonine et augmenterait la concentration extracellulaire de dopamine, mais son mécanisme d'action reste encore mal connu. De plus, en raison du risque de dépendance et d'abus, il est soumis à des conditions particulières de prescription et de délivrance.

Autre antidépresseur atypique	
DCI	Nom commercial
Tianeptine	STABLON®

Tableau VIII : Principal autre antidépresseur atypique

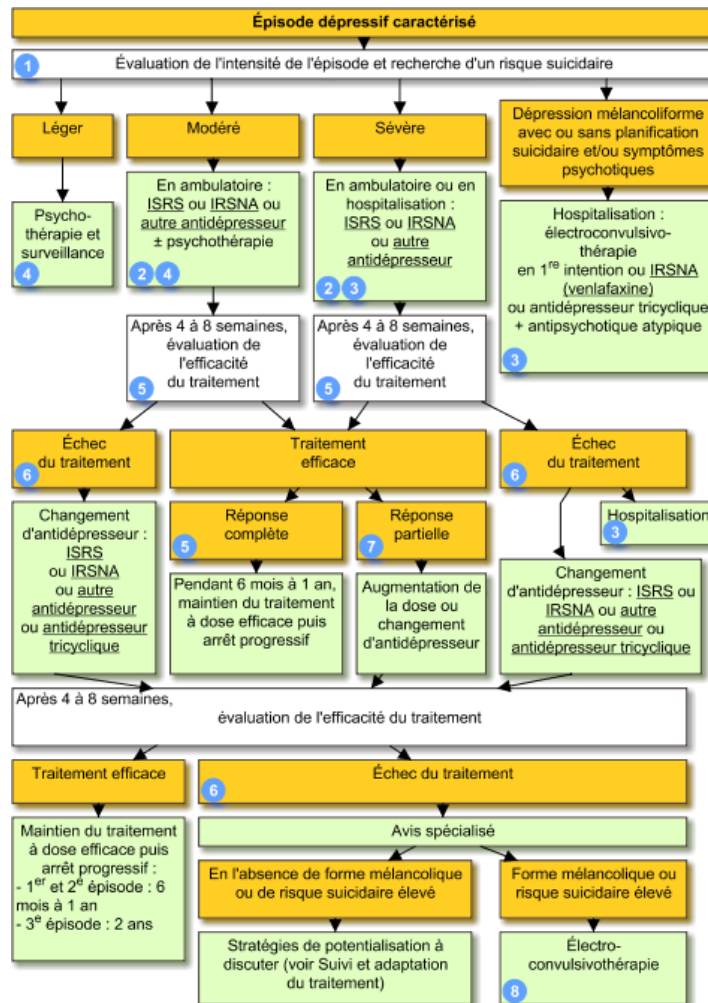


Figure 7 : Arbre décisionnel de l'épisode dépressif caractérisé (VIDAL Recos, 2023)

Lors de dépressions modérées ou sévères, et d'après les recommandations, en première intention les classes utilisées sont les ISRS et les IRSNA. Anxiolytiques et non sédatifs, ils sont bien tolérés par le patient en ne possédant que peu d'effets indésirables. Il en découle une meilleure acceptabilité par le patient et donc une meilleure observance.

Les tricycliques ne sont utilisés qu'en deuxième voire troisième intention, en cas d'échec thérapeutique. Ceci s'explique par leurs nombreux effets indésirables et une moins bonne tolérance.

Les IMAO quant à eux, constituent une option après plusieurs échecs, du fait de leur faible tolérance et de leurs nombreuses interactions médicamenteuses.

Des antipsychotiques peuvent être associés aux antidépresseurs en cas de dépression sévère, ou de forme psychotique. Tout comme des anxiolytiques, hypnotiques peuvent être associés aux antidépresseurs en cas d'insomnie ou d'anxiété invalidante.

L'objectif sera une rémission complète afin de limiter les conséquences sur la mère mais aussi sur l'enfant. Ainsi des réévaluations seront effectuées afin d'évaluer l'évolution clinique et l'efficacité ou non des traitements.

Chaque traitement requiert une durée et une posologie optimales et adaptées à la situation et à la patiente. En cas de premier épisode dépressif, la durée de traitement s'étalera en général sur 6 mois. Elle sera de 12 mois en cas de second, et 24 mois voire plus en cas d'événements dépressifs ultérieurs. Néanmoins, les antidépresseurs possèdent un délai d'action allant de 2 à 4 semaines. Ainsi il faudra attendre 6 à 8 semaines après instauration du traitement pour juger de son efficacité ou non, sachant qu'en début de traitement parfois une aggravation de la maladie peut être présente. En cas d'échec, il faudra d'abord envisager d'augmenter le dosage ou de passer à un autre antidépresseur.

Il est désormais certain que les antidépresseurs sont efficaces. Toutefois la rémission complète des symptômes est présente dans la moitié des cas après arrêt du traitement, d'après un article publié dans le journal The Lancet.

Nouveauté :

Depuis 2019, aux Etats-Unis la Brexanolone commercialisée par le laboratoire Sage Therapeutics sous le nom de Zulresso® a été approuvée par la Food and Drug Administration (FDA) comme le premier traitement spécifique de la dépression post-partum chez les femmes adultes. (37–39)

Comment agit-il ?

La Brexanolone est un traitement à base d'allopregnanolone, un neurostéroïde pouvant être synthétisé à partir de précurseurs d'hormones stéroïdiennes ou directement à partir du cholestérol. Il agit comme modulateur allostérique positif au niveau des récepteurs de l'acide gamma-aminobutyrique de type A (GABA-A). Dans la DPP, on retrouve un déficit GABAergique, altérant sa signalisation, et par conséquence les réseaux neuronaux clés qui permettent au cerveau de répondre de manière appropriée aux stimuli tels que le stress sont dérégulés. (40)

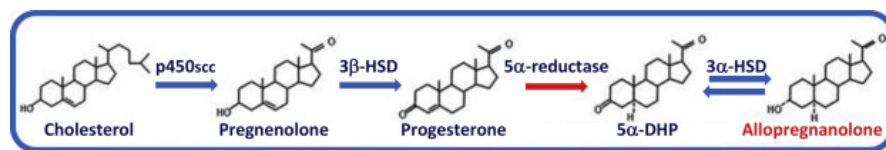


Figure 8 : Synthèse de l'allopregnanolone (Paul SM, Pinna G, Guidotti A, 2020)

Les récepteurs GABA-A sont hétéropentamériques et sont formés d'une combinaison de 19 sous-unités connues. Mais dans cette pathologie, il s'agit de la sous-unité δ qui nous intéresse, puisque selon une étude de Maguire et Mody de 2008, des souris dépourvues de la sous-unité δ sur les récepteurs GABA-A présentaient des comportements de type dépression limités à la période post-partum et des déficits en soins maternels. (41) Ces récepteurs GABA-A contenant la sous-unité δ sont sensibles au GABA et à l'allopregnanolone mais relativement insensibles aux benzodiazépines. En revanche il a été démontré qu'un traitement antidépresseur avec des ISRS augmente le taux d'allopregnanolone, et que leurs effets pourraient être médiés par la production et actions des neurostéroïdes (Romeo *et al.*, 1998 ; Schüle *et al.*, 2005 , 2011 ; Uzunova *et al.*, 1998). (42,43)

Malgré certaines études non concluantes, d'autres comme celles de Nappi *et al.*, 2001a, Hellgre, *et al.*, 2014, Osbrone *et al.*, 2017 ou encore Crowley *et al.*, 2016 ont prouvé que des niveaux inférieurs d'allopregnanolone seraient associés à la DPP, et en ferait donc un facteur de risque associé. De plus, l'étude de Bloch *et al.*, 2000 a démontré une sensibilité altérée aux hormones stéroïdes uniquement chez les patientes ayant des antécédents de DPP.

Bien qu'une étiologie sous-jacente de la maladie existe, dont le déficit en récepteurs GABA-A ou encore un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire en font partie, des études (Kanes *et al.*, 2017a, 2017b ; Meltezer-Brody *et al.*, 2018a), ont permis d'aboutir au Zulresso® de par leurs essais cliniques concluants avec un analogue de l'allopregnanolone. (44,45)

La réussite de deux essais de phase 3 multicentriques, en double aveugle, randomisés, et contrôlés par placebo ont permis une réduction spectaculaire des scores totaux de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton.

Ainsi Zulresso® a pu faire ses preuves, notamment par son efficacité et sa rapidité d'action qui contraste avec les ISRS. Néanmoins il existe des limites : administration après dilution par voie intraveineuse sur 60 heures avec des variations de dose, nécessitant un programme d'évaluation et de stratégie d'atténuation des risques. L'administration doit se faire par un prestataire de santé avec une surveillance continue limitant l'accessibilité au traitement et augmentant son

coût. Les effets secondaires les plus fréquemment signalés par les patients traités dans les essais cliniques étaient la somnolence, la sécheresse de la bouche, la perte de conscience et les bouffées de chaleur.

Également, un composé oral similaire développé par SAGE Therapeutics : SAGE-217, fait l'objet actuellement d'essais cliniques. Il constituerait une amélioration en termes de dosage, de coût et d'accessibilité.

Tous ces essais et ces découvertes sont fondamentaux quant à une perspective d'amélioration de la prise en charge de la maladie.

4.1.2. Chez une femme allaitante

Lorsqu'un traitement médical est envisagé pendant l'allaitement, le prescripteur doit prendre en compte à la fois la sécurité de la mère et celle de l'enfant. Le traitement doit être à la fois efficace pour la mère, et sans danger pour l'enfant. Il est vrai que les données actuelles indiquent que la dépression maternelle non traitée peut avoir un impact sérieux et à long terme chez les mères et les enfants. Un traitement médicamenteux lui est fortement recommandé en cas d'aggravation des symptômes ou échec d'une première stratégie thérapeutique non médicamenteuse.

Toutefois, le choix de la molécule se fera en fonction de plusieurs paramètres : demi-vie et pic plasmatique, taux d'absorption, rapidité de métabolisation, volume de distribution, degré d'ionisation, poids moléculaire, lipophilie, pH plasmatique, fixation aux protéines plasmatiques... qui vont conditionner le passage des substances dans le lait maternel. Ces paramètres varient pour chaque molécule, et les données sont manquantes pour un bon nombre de médicaments. Ainsi, il faut redoubler de vigilance lors d'une prescription thérapeutique chez une femme allaitante, puisque tous les traitements sont susceptibles de passer dans le lait maternel et d'engendrer des effets indésirables chez le nourrisson.

Ainsi lorsqu'une femme allaite et souffre de DPP il s'agit de veiller quant :

- La prescription d'une molécule passant le moins possible dans le lait
- Préférer des substances non transformées en métabolites actifs
- Choisir une molécule à demi-vie courte, qui ne s'accumule pas
- Préférer des médicaments administrés en prise unique, et directement après une tétée afin de limiter au maximum son exposition à l'enfant

Deux sources de recommandations françaises mettant à jour régulièrement les recommandations peuvent être consultées, par les professionnels mais également par le grand public, afin de vérifier la sécurité des prises médicamenteuses chez la femme enceinte et allaitante :

- Le Vidal
- Le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT)

Le site e-lactancia peut également renseigner concernant la comptabilité d'un traitement avec l'allaitement.

D'après le CRAT et le Vidal, les antidépresseurs à privilégier de par leur faible passage dans le lait, leurs faibles voire indétectables concentrations plasmatiques chez les nourrissons, et l'absence d'effets indésirables chez ces derniers sont :

- La Paroxétine et Sertraline appartenant aux ISRS
- L'Amitriptyline, Clomipramine, et Imipramine en monothérapie appartenant aux tricycliques

En revanche la prise de IRSNA, IMAO et d'autres antidépresseurs sont déconseillés notamment par manque de données.

Le professionnel de santé sera chargé d'une surveillance étroite de l'enfant, et de sa croissance.

4.2. PEC non médicamenteuse

Depuis plusieurs années, de nombreuses méthodes psychothérapeutiques avec des approches différentes se développent, elles ont en commun d'être fondées sur la parole, mais ne sont pas toutes enseignées, reconnues, ou validées scientifiquement. Depuis avril 2022, les patients en souffrance psychique d'intensité légère à modérée peuvent bénéficier du dispositif Mon soutien Psy. (32,46) Ce sont des séances remboursées par l'Assurance Maladie, avec un psychologue conventionné dans le cadre d'un parcours de soin sur adressage d'un médecin.

La psychothérapie se définit comme "un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le patient des changements

significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental dans son système interpersonnel dans sa personnalité, ou dans son état de santé”.

Cette pratique présente l’avantage de ne présenter aucun risque de toxicité pour le bébé. Elle représente le traitement de référence des troubles anxieux et dépressifs caractérisés en périnatale. Ainsi le traitement de la DPP doit toujours passer par une psychothérapie accompagnée ou non d’un traitement médicamenteux, en fonction de la sévérité du trouble et de l’efficacité thérapeutique. (11,20)

On différencie trois catégories de psychothérapies pouvant être indiquées en cas de DPP :

- Les thérapies cognitivo-comportementales
- Les thérapies interpersonnelles
- Les thérapies d’inspiration psychanalytique : thérapie psychodynamique et thérapie de soutien

Néanmoins, rappelons qu’aucune psychothérapie n’est spécifique de la DPP. Mais notre cas clinique représente une preuve de l’efficacité de cette pratique, puisque la jeune mère a pu bénéficier d’une thérapie chez son psychiatre.

4.2.1. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC est une thérapie brève, scientifiquement validée et qui est axée sur le patient. Elle aborde les interactions entre les émotions, les comportements et les pensées. Il s’agit d’un traitement de court à moyen terme, orienté sur la gestion de la crise en cours.

La TCC résulte de l’association de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitive.

La thérapie cognitive ou le cognitivisme défend la notion que les émotions et les comportements d’un individu sont déterminés par la façon dont il conçoit le monde. Ainsi le but va être de corriger les distorsions cognitives et les comportements d’échec qui en découlent.

La thérapie comportementale consiste à modifier voire supprimer le comportement inadapté de l’individu, par un comportement plus adapté. Les objectifs à atteindre sont définis par le thérapeute en début de thérapie avec le patient, ce qui permet de l’impliquer dans la prise en charge, afin de construire une stratégie thérapeutique adaptée. Cette thérapie est basée sur la

notion que divers comportements résultent d'une association de stimuli, et que le sujet tend à reproduire les comportements qui se sont révélés favorables précédemment. Le changement durable du comportement est donc considéré comme un critère de réussite de la TCC.

L'activation comportementale (AC), sous composante de la TCC, a été reconnue récemment, dans une étude publiée par The Lancet, comme étant aussi efficace qu'une TCC globale.

Ainsi il s'agit d'une thérapie active car le patient est invité à reproduire des exercices en dehors des séances pour progresser dans la résolution de sa pathologie.

4.2.2. Thérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle (PIT), également appelée thérapie interpersonnelle (TIP) vise à comprendre quel rôle ont joué les événements dans l'apparition des troubles afin de trouver les moyens de résoudre les difficultés relationnelles qui ont pu en résulter.

Cette thérapie est basée sur la théorie de l'attachement, et a pour but de réduire les symptômes dépressifs et d'augmenter l'estime de soi. L'objectif est d'aider le patient à modifier ses relations interpersonnelles et ses attentes vis-à-vis de ses relations, ainsi que d'identifier les situations qui le déséquilibrent et étant à l'origine de son trouble. En effet, la TIP part du principe que les expériences interpersonnelles et psychiques antérieures se reflètent dans le comportement actuel du patient. Des événements pesants ou des situations difficiles peuvent déclencher des symptômes dépressifs.

La thérapie aide à mettre en évidence le lien, souvent ignoré, entre les symptômes et les relations interpersonnelles, et donc l'amélioration de la communication, le développement de stratégies pour résoudre de nouveaux problèmes ou la gestion de situations de stress relationnel.

Elle est particulièrement efficace dans le cadre d'une DPP, permettant aux mamans d'affronter leurs facteurs de stress qui auraient émergé au cours de leur maternité, et de savoir comment y faire face, tout en lui redonnant confiance en elle.

4.2.3. Thérapies d'inspiration psychanalytiques

4.2.3.1. Thérapie psychodynamique

La thérapie psychodynamique ou psychothérapie d'inspiration psychanalytique quant à elle se concentre sur la notion d'inconscient. Elle vise à aider le patient à prendre conscience que les événements refoulés du passé influent sur leur comportement du présent, et sur sa relation aux

autres. En parlant de son histoire personnelle, de conflits refoulés non résolus et en identifiant des schémas familiaux, le patient pourra prendre conscience de ses dynamismes inconscients perturbés et pourquoi il agit de cette manière.

Ainsi dans le cas d'une DPP, il s'agit d'établir un travail quant au lien mère-enfant. Les projections maternelles peuvent être à l'origine des dysfonctionnements relationnels. Le but de la thérapeute sera de faire prendre conscience à la maman que ses transferts sur son enfant proviennent de son enfance. L'objectif de cette thérapie dans ce cadre sera de débarrasser l'enfant de ses projections et de remédier aux troubles relationnels mère-enfant qui peuvent être un frein pour le développement de l'attachement, voire même se perpétuer à l'avenir chez l'enfant.

4.2.3.2. Thérapie de soutien

Appelée également soutien psychologique non directif, la thérapie de soutien se distingue des autres thérapies car elle n'emploie pas de technique spécifique et ne renvoie pas à une catégorie clairement définie. Cette technique est basée sur le soutien plutôt que sur l'introspection et le psychisme en profondeur. L'objectif est de rétablir l'équilibre psychologique de la mère ainsi que d'obtenir une amélioration des symptômes grâce à l'empathie, l'écoute, le soutien, l'encouragement, ainsi que les conseils, visant à renforcer ses défenses, à optimiser ses capacités d'adaptation et sa confiance en soi. Il s'agira dans ce cas, de savoir rassurer et soutenir la maman quant à ses éventuels doutes et difficultés sur la maternité, mais aussi à ce qu'elle mette en place des repères et des limites.

4.2.4. La guidance interactive

Développée aux Etats-Unis il y a une trentaine d'années, la guidance interactive consiste à filmer pendant 5 à 10 minutes une séquence de jeu entre un enfant et un parent voire les deux puis d'analyser la séquence vidéo. Il s'agit d'une thérapie brève, utilisée lorsque les interactions précoces enfant-parents, ici en l'occurrence avec la maman, sont perturbées. La thérapeute va pouvoir lors du visionnage conseiller la maman quant à ses interactions avec son enfant. Elle peut permettre en cas de DPP, de faire prendre conscience à la maman ses compétences et d'augmenter sa sensibilité aux demandes de son enfant, d'y adapter son comportement et ainsi d'améliorer leur relation.

4.2.5. Autres alternatives

En plus de ces techniques plus traditionnelles, d'autres méthodes sont de plus en plus utilisées. Il est important de préciser que certaines techniques restent plus efficaces que d'autres selon la problématique à traiter.

- L'électroconvulsivothérapie (ECT) : plus connue sous le nom de traitement par électrochocs, il s'agit d'une thérapie somatique performante en psychiatrie, notamment dans le cas de dépression grave et autres troubles psychotiques résistants aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques. Après une anesthésie générale, un courant électrique est envoyé pendant quelques secondes au niveau de la tête avec des électrodes, produisant une convulsion de courte durée dans le cerveau, mais ne causant aucune douleur.
- L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) : La désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires visent à traiter les conséquences d'un traumatisme psychique en combinant un rappel mental par le patient du souvenir traumatique et des stimulations sensorielles bilatérales alternées ici des mouvements oculaires. Cette thérapie s'adresse à toute personne souffrant de perturbations émotionnelles généralement liées à des traumatismes psychologiques. Il peut s'agir aussi d'événements de vie difficiles sources d'émotions ou de comportements inadaptés ou excessifs dans la vie quotidienne. Son intérêt est notamment porté dans la prise en charge des états de stress post-traumatiques. Notons que la HAS contre indique cette pratique dans le cas de pathologies psychotiques.
- La stimulation magnétique transcrânienne (SMT) : procédure non invasive qui consiste en une série de courtes impulsions magnétiques dirigées vers le cerveau dans le but de stimuler les cellules nerveuses. Des essais cliniques sont menés pour des indications psychiatriques, comme le trouble dépressif clinique, le trouble obsessionnel-compulsif, la schizophrénie, le trouble de stress post-traumatique...
- L'hypnose clinique
- La méditation pleine conscience
- Relaxation/thérapie par le massage

- Luminothérapie
- Exercice physique
- L'acupuncture

4.3. Dépression post-partum paternelle

Quelques mois après, le jeune père vient à l'officine remercier le pharmacien pour les conseils et soutien qui auront été précieux pour ce couple. Il lui rapporte également que sa femme va beaucoup mieux. Elle ne suit plus de thérapie, mais continue son traitement Venlafaxine et pratique désormais de la méditation 2 fois par semaine. D'après ses propos, leur couple « reprendrait vie ».

En effet comme la DPP maternelle, la DPP paternelle est souvent sous-estimée, sous-diagnostiquée et sous-traitée. Pourtant elle concernerait entre 3 et 10% des pères, et 10,4% selon la méta-analyse "*Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression*" (47) de Paulson J.F et Bazemore S.D publiée dans Jama. Selon cette dernière, le taux de prévalence serait de 8% de la naissance à trois mois post-partum, de 26% de trois à six mois, et de 9% de six à douze mois. On relève donc un pic durant le deuxième trimestre.

Les hommes restent moins affectés par les affects dépressifs et le stress que les femmes durant cette période. Des symptômes similaires à la DPP maternelle seront retrouvés, mais les hommes ont tendance à adopter des comportements inadaptés : violence, agressivité, absorption de substances toxiques, irritabilité, colère, conflits/violences conjugales, évitement, fuite... Ces conduites sont reconnues comme des équivalents dépressifs. Du fait de ces différences, et même si le Patient Health Questionary a démontré sa validité pour dépister la DPP chez l'homme, il serait essentiel de mettre en place un outil universel et validé internationalement pour prendre en charge cette problématique.

Selon "*Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature*" publiée dans la Presse Médicale, le principal facteur de risque chez les pères est la DPP maternelle, qui augmenterait le risque relatif à 2,5 de dépression chez les pères à 6 semaines : le père présenterait 24 à 50 % de risque de développer une DPP quand la mère en souffre elle-même. (48) La DPP maternelle joue donc un rôle important sur l'état affectif du père et inversement. (25) Les souffrances paternelles et maternelles se complètent et se potentialisent. Il est vrai que la naissance d'un enfant représente un changement qui peut impacter plus ou moins sa qualité de vie ainsi que la

relation conjugale. De plus, la société évolue, et les pères sont de plus en plus impliqués dans la vie de famille, expliquant aussi une hausse de ce trouble chez le père.

Et comme pour une DPP maternelle, une DPP chez le père peut avoir des conséquences négatives sur la relation parent-enfant impliquant aussi le développement psycho-affectif de l'enfant, mais aussi sur l'équilibre familial notamment conjugal. (25,48) Ainsi la prise en charge doit être précoce, dès le repérage des premiers symptômes, pour limiter ses impacts et sera identique à celle vue précédemment. (49)

Il est vrai qu'entre 40 à 70 % des couples verraient la qualité de leur relation impactée négativement : moins de temps passé ensemble, communication moindre, plus de conflits conjugaux pouvant même aller jusqu'à la séparation. (50)

Et concernant l'impact sur l'enfant, les résultats de l'étude publiés dans *Paternal depression in the postnatal period and early father infant interactions* (51) suggèrent que la dépression chez les pères pendant la période postnatale peut être associée à des interactions père-enfant retirées. Ils soulignent l'importance des premiers mois post-partum pour le développement de la relation père-nourrisson et indiquent le besoin, non seulement d'interventions conçues pour atténuer la dépression chez les nouveaux pères, mais aussi pour aider à améliorer la qualité de la communication interpersonnelle entre les pères et leurs nourrissons. (25)

Concernant la prévention de ce trouble, l'accent doit donc être mis sur les mesures psychosociales et l'inclusion du père dans la préparation à la naissance et à la parentalité. (52) Par ailleurs, par le manque d'arrangements pratiques alloués pour assister aux séances de préparation, ils ne sont pas nombreux à pouvoir y assister. Un entretien individualisé pré et postnatal comme chez la maman pourrait être une piste afin de laisser l'homme faire part de ses éventuels doutes, questions, difficultés, ou encore inquiétudes. Car si la DPP commence à se faire connaître tout doucement chez la maman, elle est encore plus inconnue chez le papa qui est pourtant sujet lui aussi à des troubles psychologiques en relation avec ses nouveaux rôles et responsabilités. Il est important de redoubler de vigilance après l'accouchement, là où l'attention est presque intégralement portée sur le bébé et la mère. Le suivi post natal mettant l'accent essentiellement sur les enjeux médicaux, la confiance en soi, les compétences parentales et la santé mentale et émotionnelle des parents ne sont pas abordés dans le suivi du post-partum. L'intégration de ces notions dans le post-partum serait à envisager pour mieux anticiper leurs évolutions.

Heureusement le 1er juillet 2021, est entré en vigueur le décret n°2021-574 du 10 mai 2021 concernant l'allongement et l'obligation de bénéficier d'une partie du congé paternité. Il s'agit là d'une avancée offrant de meilleures perspectives pour ce trouble. (53) Les modifications apportées concernent la durée qui initialement était de 11 jours (18 en cas de naissance multiple). La durée du congé paternité est fixée désormais à 25 jours calendaires (ou 32 en cas de naissance multiple) qui viennent s'ajouter au congé de naissance obligatoire de 3 jours ouvrables imposé par le Code du travail. Il se compose d'une première période de 4 jours calendaires consécutifs devant succéder au congé de naissance, durant laquelle le bénéficiaire doit sauf exception interrompre son activité, puis d'une seconde période de 21 jours (ou 28). Ces 21 ou 28 jours doivent être pris dans les 6 premiers mois de l'enfant, et peuvent être décomposés en deux temps maximum d'au moins 5 jours chacun. (54)

Ainsi ces jours supplémentaires permettraient davantage aux pères de développer leur confiance en eux en tant que parents, et d'apprécier l'importance de leur implication dans leur rôle de père. Il aurait ainsi moins tendance à penser que les soins de l'enfant devraient être délaissés à la maman. De plus, ce congé de paternité aurait un impact sur la relation de couple. (55) Selon l'article *Fathers' paternity leave-taking and children's perceptions of father-child relationships in the United States* (56) il permettrait au couple de partager du temps dans la période de postpartum et ainsi de renforcer leur relation, en favorisant l'établissement de modèle de coparentalité, avec moins de conflits conjugaux et plus d'écoute concernant leurs attentes et ressentis. Enfin d'après une étude menée aux Etats-Unis, publiée dans l'article *Parental leave use among disadvantaged fathers* (57) de Brianne Pragg et Chris Knoester, au moins deux semaines de congé chez le père sont associées à une perception positive chez l'enfant, concernant son implication, leur communication et du lien qui s'établit entre eux.

Tout ceci nous montre donc que les DPP ont une forte composante relationnelle, et que leur prise en charge passe aussi par celle du conjoint ou de la conjointe.

4.4. Rôle du pharmacien d'officine

Comme nous avons pu le voir ces dernières années, le pharmacien d'officine est un métier en pleine évolution et voit ses missions s'élargir : Éducation thérapeutique du patient, vaccination, réalisation de tests d'orientation diagnostique, téléconsultation, dépistage organisé ou encore entretiens pharmaceutiques font désormais partie du quotidien du pharmacien

d'officine. La pratique professionnelle est passée de la simple préparation et dispensation de médicaments à une réelle démarche d'éducation, de prévention, et de coordination de soins. Il fait partie intégrante de la santé publique à l'aide d'une coordination pluriprofessionnelle, essentielle pour une meilleure prise en charge. Nous allons ainsi pouvoir voir dans cette partie, comment ce professionnel de santé aurait pu avoir un impact chez cette patiente avant sa DPP et l'impact qu'il peut avoir également pendant et après.

4.4.1. Un professionnel de santé accessible

4.4.1.1. Proximité géographique

La pharmacie d'officine possède un atout majeur dans la santé : sa proximité géographique. En effet, les pharmacies d'officine sont présentes autant en zones urbaines que rurales. Elles sont le fruit d'une réglementation précise qui assure un maillage territorial optimal. Le Code de la santé publique (art. L5125-3) (58) impose que chaque officine soit installée dans un « lieu qui garantit un accès permanent du public à la pharmacie et permet à celle-ci d'assurer un service de garde ou d'urgence ». Ainsi le nombre de pharmacies est proportionnel au nombre d'habitants, mais une licence d'exploitation doit obligatoirement être demandée à l'Agence régionale de santé (ARS) pour pouvoir ouvrir une officine. Et un minimum de 2500 habitants est nécessaire pour ouvrir une pharmacie. L'ouverture d'officine supplémentaire se fera ensuite par tranche de 4500 habitants. (59) Selon le communiqué de presse de l'Ordre des pharmaciens du 11 juillet 2023, en 2022 on comptait environ 20 737 pharmacies d'officine en France, dont 20 142 en métropole et 615 en outre-mer. En France métropolitaine en 2021, on dénombrait 31 pharmacies d'officine pour 100 000 habitants. Plus d'1/3 sont des pharmacies de proximité puisqu'elles sont installées dans des communes de moins de 5 000 habitants. En moyenne, pour se rendre dans la pharmacie la plus proche, les français devraient parcourir 3,8 km.

Avec ces chiffres, on se rend ainsi bien compte que la dispersion de ces officines permet une distribution optimale et accessible à tous, sur l'ensemble du territoire. D'ailleurs en 2022, la région Auvergne-Rhône-Alpes était la deuxième zone géographique présentant le plus de pharmacies d'officine (3 737), derrière l'Ile de France (5 226).

4.4.1.2. Plages horaires

En plus de sa proximité géographique, un atout majeur de la pharmacie d'officine est son accessibilité sans rendez-vous, contrairement à beaucoup d'autres acteurs de santé. Elles doivent garantir un accès permanent au public, mais d'après le conseil national de l'ordre des pharmaciens les officinaux sont libres de choisir les horaires de leur pharmacie, dans le respect des règles du droit du travail et de garde. Ainsi, une officine pourrait tout à fait être ouverte 24h sur 24 et 7 jours sur 7. Néanmoins, les horaires sont adaptés à la demande, et la zone géographique. Les pharmacies d'officine assurent également un service de garde pour répondre aux demandes urgentes du public en dehors des jours d'ouverture. (59) Toutes les officines de la zone sont tenues de participer à ces services, sauf décision contraire prise par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé. Ce roulement est réalisé par les pharmaciens d'un secteur eux-mêmes et validé en préfecture et une liste des pharmacies de garde est établie.

4.4.1.3. Relation de confiance

On estime d'ailleurs que 4 millions de patients passent la porte d'une officine chaque jour. Les pharmacies sont donc le lieu idéal pour obtenir un contact fréquent avec les patients permettant ainsi au pharmacien de les connaître davantage ainsi que leur histoire, leur mode de vie... Mais surtout, elle va lui permettre d'avoir une connaissance globale quant à ses pathologies, ses antécédents et ses prises médicamenteuses. Plus le patient sera fidèle, plus le pharmacien sera à même de déceler d'éventuelles interactions médicamenteuses, et pourra lui apporter aide et conseils. En effet la pharmacie est le lieu où leurs médicaments prescrits leur sont délivrés mais également d'autres produits de santé sans ordonnance, qui peuvent être à l'origine de contre-indications ou d'interactions. Le secret professionnel auquel sont tenus les pharmaciens est un élément fondamental de la relation de confiance qui s'établit entre ce dernier et son patient.

Une enquête a été menée par Harris Interactive afin de mieux comprendre la façon dont les Français perçoivent les pharmaciens aujourd'hui. Cette dernière relève que 91% des français disent avoir confiance en leur pharmacien, et 84% des français préfèrent se rendre toujours dans la même pharmacie. (60)

Une relation de confiance s'installe notamment par le comportement qui est multi-sensoriel. Elle passe donc par exemple par le ton, la posture, le langage, l'expression du visage, les comportements...

Une relation de confiance installée aura de réels impacts : une meilleure adhésion aux traitements, une meilleure gestion des effets indésirables, une thérapeutique adaptée et donc une meilleure prise en charge de manière générale.

Alors du fait de son accessibilité, de la fréquence des contacts et de la bonne connaissance des patientes, le pharmacien occupe une place privilégiée pour accompagner les mères au cours de leur DPP. De par une relation de confiance instaurée et par l'écoute active et empathique dont le pharmacien serait faire preuve, elles seront plus à même de se confier.

4.4.2. Missions du pharmacien d'officine

4.4.2.1. Acteur de santé

Depuis peu, on assiste à l'émergence de communautés professionnelles territoriales de santé, maisons de santé, ou encore centres de soins pluriprofessionnels. Le but est de favoriser une coordination pluriprofessionnelle participant à la mission de santé publique dont le pharmacien fait partie. Cette étroite collaboration participe à une meilleure prise en charge grâce à une continuité des soins.

L'ordonnance est le meilleur moyen de communication entre les professionnels sans qu'ils aient de contacts réels, pour prendre connaissance des problèmes rencontrés, notamment par exemple lors de relais, que ce soit hôpital-ville ou avec d'autres professionnels ou structures. Le Dossier Médical Partagé (DMP) est également un outil essentiel favorisant leur coordination, qui va leur permettre aux différents professionnels suivant un même patient de prendre connaissance de sa pathologie, ses antécédents, ses traitements, ses suivis.... (61,62)

Le pharmacien d'officine faisant partie intégrante de l'équipe soignante, il doit donc favoriser le travail en réseau pour permettre une approche d'équipe et une meilleure prise en charge de la patiente. Cette mission est définie dans le Code de Santé Publique, qui cite que les pharmaciens d'officine « *participent à la coopération entre professionnels de santé* » et « *participent à la mission de service public de permanence des soins* ». Il doit s'associer à d'autres professionnels de santé en vue d'aider au mieux les patientes. Une bonne

communication entre ces différents acteurs de santé est primordiale dans la prise en charge de la DPP.

Le CSP auquel est soumis le pharmacien, relève également que : *“Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d’officine contribuent aux soins de premier recours définis à l’article L. 1411-11 ; Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé”*. Les soins de premiers recours auquel fait référence cet article sont (62–64) :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- La dispensation et l’administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- L’orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L’éducation à la santé

Dans le cas d’une DPP, il va donc s’agir notamment pour ce dernier d’après ses connaissances sur la patiente et ses antécédents, de savoir repérer les facteurs de risque, et les éventuels symptômes. S’ils sont présents, il faudra savoir l’orienter vers les structures (UME, PMI, LAPE) ou les professionnels (psychiatre, psychologue, sage-femme, pédiatre, médecin, gynécologue...), que nous avons déjà vu précédemment, et qui sont adaptés à ses besoins et ses attentes. Nous verrons par la suite, la place de l’éducation à la santé et du suivi des traitements.

4.4.2.2. Spécialiste du médicament

Le pharmacien est considéré comme le spécialiste du médicament. Grâce à ses connaissances des médicaments, et de la patiente il sera à même de savoir repérer les éventuelles contre-indications, interactions médicamenteuses, et effets indésirables. Il aura aussi pour rôle d’expliquer les modalités de prise, et vérifier la bonne compréhension du traitement chez la patiente. Il devra être vigilant notamment en cas d’allaitement, sur les prises médicamenteuses de la patiente avec ou sans ordonnance, et informer la patiente des potentiels risques chez l’enfant. Il pourra également trouver des solutions adaptées, tel qu’un plan de prise personnalisé par exemple, en prenant en compte ses contraintes et habitudes de vie, afin d’éviter les oublis, décalages de prises. C’est en lui donnant des conseils associés et en lui expliquant le mode d’action et l’utilité de chacune des spécialités, que la patiente sera sensibilisée à une prise régulière. Le but du pharmacien sera de tout mettre en œuvre pour que la patiente soit la plus

compliante possible, et que l'observance soit optimale. L'observance est un processus qui se construit sur le long terme, et le pharmacien représente la figure idéale puisqu'il revoit régulièrement la patiente pour la délivrance de ses médicaments.

Pour cela, il pourra notamment lui créer un Dossier Pharmaceutique (DP) avec son accord, permettant de recenser les médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois ainsi que les traitements en cours. (65) Les médicaments y figurant peuvent avoir été prescrits ou achetés librement. Alors ce DP va permettre de renforcer la vigilance et la sécurité quant aux différentes prises de la patiente.

Il a, de plus, l'obligation de déclarer les effets indésirables qu'il aura pu ou non constater auprès des centres régionaux de pharmacovigilance et d'informations (CRPV) de l'ARS.

4.4.2.3. Education de la patiente

L'éducation thérapeutique est définie par le CSP (article L.1161-1 à L.1161-4) telle que : *“L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie”*. Et d'après l'OMS : *“Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.”* Il s'agit d'une approche personnalisée, centrée sur le patient, sur ses capacités d'auto-détermination de la personne et son rôle en tant qu'acteur de sa santé. (66)

Cette démarche éducation se déroule généralement en 4 étapes :

- Elaboration d'un diagnostic éducatif pour recueillir les besoins et attentes du patient
- Définition d'un programme personnalisé avec les compétences à acquérir ou mobiliser
- Planification des séances d'éducation thérapeutique
- Evaluation des progrès du patient et proposition d'une éducation de suivi

Le pharmacien joue généralement le rôle de confident de par ses contacts répétés. Les femmes en post-partum seront plus à même de se confier quant à leurs éventuels problèmes, et le pharmacien se trouve en bonne posture pour suivre leur évolution. L'éducation thérapeutique a toute sa place dans la DPP. Elle permettrait à la patiente de se sentir soutenue, d'autant plus que le pharmacien possède les connaissances pour la rassurer et lui expliquer sa pathologie, ses

traitements et proposer des solutions et des conseils adaptés pour gérer ses difficultés au quotidien. Il va adapter les informations données à ses capacités de compréhension et à ses besoins. Il est également important de lui faire comprendre le rôle essentiel que l'entourage a à jouer et qu'il est nécessaire de l'impliquer. Lorsque la patiente aura pris conscience de son état de santé, son adhésion à une éducation thérapeutique sera facilitée. Alors cette éducation peut faire l'objet d'entretien pharmaceutique. Son but d'aider la maman et son entourage à comprendre la maladie ainsi que ses traitements, permet d'optimiser la prise en charge et améliorer la qualité de vie de la mère mais aussi de la famille de manière générale. Le pharmacien devra rassurer la patiente, en lui rappelant qu'il s'agit d'une pathologie touchant beaucoup d'autres femmes et qu'elle n'est pas seule. Dans ce type de pathologie, il est primordial de se focaliser sur la maman, et non pas seulement sur l'enfant.

Également depuis le 7 novembre 2022, une nouvelle convention nationale pharmaceutique est entrée en vigueur et permet aux pharmaciens d'officine la réalisation d'entretiens dédiés aux femmes enceintes (67). La grossesse constitue un moment propice à une démarche d'éducation pour la santé. Cet entretien consiste de ce fait à sensibiliser la femme enceinte aux risques liés à la consommation de substances tératogènes ou fœto-toxiques pendant la grossesse et à l'importance de la vaccination. Au cours de cet entretien, les pharmaciens pourraient également faire de la prévention sur les éventuelles fréquentes complications du post-partum, afin de transmettre les connaissances aux patientes sur comment les prévenir, et agir dans ce genre de situations.

4.4.2.4. Conseils associés

4.4.2.4.1. Règles hygiéno-diététiques

D'après l'article L5125-1-1-A (49) du CSP une autre mission des pharmaciens d'officine est qu'ils "*Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.*" Certaines règles hygiéno-diététiques peuvent être données par le pharmacien en vue d'améliorer les troubles présents chez la patiente. Ils pourront alors agir en synergie avec un traitement médicamenteux, ou non, potentiellement déjà engagé. Selon la gravité de la pathologie, ils auront plus ou moins d'impact mais ne peuvent être que bénéfiques.

Ainsi, le pharmacien d'officine pourra recommander à la patiente certaines mesures concernant:

- Le sommeil : Fatigue constante, insomnie, hypersomnie, réveils fréquents... sont des troubles du sommeil fréquents dans le cas de DPP. Or ces derniers ont un impact colossal sur les troubles de l'humeur, et peuvent être autant la cause que la conséquence d'une DPP. Alors la patiente peut essayer d'adopter certaines mesures, si possible, pour retrouver un sommeil équilibré :

- Éviter les excitants qui perturbent le sommeil (boissons énergisantes, café, thé, coca, alcool, produits vitaminés, épices) mais privilégier des boissons chaudes le soir type tisane.

Attention cependant à sa composition, certaines plantes ne sont pas compatibles avec l'allaitement

- Éviter les repas trop lourds le soir sans se priver pour autant
- Ne pas lutter quand la fatigue s'installe
- Limiter l'activité physique en fin de journée
- Dormir dans un environnement calme, et à l'abri de la lumière
- Limiter les siestes à 20 - 30 minutes maximum, et pas après 16h
- Respecter les horaires de lever et de coucher
- Ne pas surchauffer la chambre (température idéale = 19°)

- L'alimentation : Souvent ignoré, l'impact de l'alimentation est réel et les apports nutritionnels ne doivent pas être négligés. Ils permettent d'équilibrer les neurotransmetteurs (Acides gras polyinsaturés (AGPI), Tryptophane (Try), Phénylalanine (Phe), oméga 3) de traiter la fatigue et de restaurer des déficits qui peuvent être présents dans le post-partum (Vitamine D, Zinc). Certains aliments jouent donc le rôle d'antidépresseurs, alors il est important de conseiller à la jeune mère d'avoir une alimentation saine, équilibrée, et variée, d'autant plus en cas d'allaitement afin d'apporter tous les nutriments nécessaires au bon développement du nourrisson.

- Les oméga 3 présents dans la composition des membranes cellulaires permettent la fluidité membranaire et améliorent la réception des neurotransmetteurs. Ils sont essentiels car le corps n'est pas capable de les synthétiser. Il est donc recommandé de manger du poisson au moins deux fois par semaine, dont au moins un poisson gras (saumon, hareng, sardine...)

- Le Tryptophane est le précurseur de la sérotonine, lui-même précurseur de la mélatonine. Il peut être retrouvé dans l'œuf, le poulet, le porc, l'avocat ou le fromage
 - La Phénylalanine est le précurseur de la tyrosine, à l'origine de la dopamine et de la noradrénaline. On peut en retrouver dans la dinde, le poulet, le lait entier, flocons d'avoine ou encore le chocolat noir
 - Le Magnésium aide à réduire la fatigue, contribue au bon fonctionnement du système nerveux et des muscles, et participe à la production d'énergie de nos cellules. Il est donc vivement recommandé de boire des eaux riches en Magnésium (Hépar, Contrex, Rozana...). Il est également présent dans certains aliments tels que le chocolat noir ou encore les fruits secs
 - D'autres carences ne sont pas à négliger : fer, vitamine D ou encore le zinc, puisque ces éléments neuromodulateurs ont un rôle à jouer dans la transmission synaptique ainsi que dans la réduction de la fatigue
- L'activité physique : Avec l'arrivée d'un enfant, l'emploi du temps d'une jeune mère est très bouleversé et mouvementé. Il est donc compliqué de trouver du temps pour soi, pourtant l'activité physique a fait ses preuves comme remède antidépresseur. (68) Elle permet d'augmenter la concentration d'endorphines, de neurotransmetteurs et donc une amélioration de l'humeur.
Attention néanmoins la reprise d'une activité physique après la grossesse doit être adaptée à chaque patiente et doit être progressive avec une intensité légère à modérée (marche active, montées d'escalier, natation...). Elle doit être précédée d'une rééducation du périnée et de l'avis médical d'une sage-femme ou d'un obstétricien. Il est très important de rappeler à la patiente qu'il faut qu'elle pratique une activité physique qu'elle aime, afin qu'elle ne la considère pas comme une contrainte mais comme un plaisir. Le pharmacien lui recommandera de la pratiquer minimum 30 minutes 3 à 5 jours par semaine. Il s'agit également d'une occasion d'échanger avec du monde et de sortir de l'isolement.

- Relaxation : Afin de mieux gérer son stress, le pharmacien peut conseiller à sa patiente de pratiquer une activité de relaxation telle que la sophrologie, le yoga ou encore la méditation. Elles pourront aider la maman à mieux se recentrer sur elle-même et à se relaxer.

4.4.2.4.2. Entourage et lutte contre l'isolement

Comme cité dans l'article "*Le défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum : quels impacts sur l'émergence de la détresse maternelle ?*", le soutien social est considéré comme un facteur fondamental au bien-être émotionnel, un facteur de protection contre les états émotionnels négatifs. (30,48)

Les bénéfices du soutien dépendent de la source et du type du soutien. Le manque de soutien social est un facteur prédominant de la DPP.

Des études ont mis en évidence que les mères ont en premier lieu besoin de proches plus intimes : conjoint et famille, avec notamment le besoin pour la jeune mère de sa propre mère.

Dans cet article 4 professionnels français de santé : D. Vennat a, R.-A. Belot a, I. Capponi b, D. Mellier, ont mené une étude visant à évaluer l'impact du défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum sur l'état psychique maternel et de son évolution 6 mois après la naissance de l'enfant. Il s'agissait de suivre 35 mères primipares, ayant bénéficié de services d'HAD et réparties en deux groupes en fonction de leur soutien familial. Ce dernier était mesuré par le Social Support Questionnaire de Sarason (SSQ6) et a été évalué à 4 périodes post-partum : 2 semaines, 6 semaines, 3 mois et 4 à 6 mois. L'étude a révélé que 21,3% des mères avaient des signes de dépression, 31,8% un état d'anxiété élevée et 22,7% un trait anxieux élevé. Ce qui nous confirme bien l'impact du soutien familial sur la maladie et son importance. (30)

Ainsi le pharmacien devra être vigilant à ce que ses patientes souffrant de DPP soient fortement entourées. Le co-parent est en première ligne puisqu'il partage le quotidien de la patiente étant tous deux liés par le même enfant. La famille peut également assouvir le besoin d'enveloppement et de sécurité de la jeune mère en détresse, notamment la figure maternelle. Mais les liens familiaux engendrent un affect particulier et il n'est pas toujours évident de leur confier nos ressentis. Par pudeur, peur du jugement ou manque de proximité avec sa famille, les amis peuvent prendre le relai. Parfois il est plus facile de se confier à des amis proches. Puisque la dimension affective et émotionnelle peut entraver le dialogue, d'autres ressources sont disponibles pour rompre l'isolement social de la mère.

En plus de tous les professionnels de santé présentés dernièrement, le pharmacien pourra lui suggérer (69) :

- Des associations qui œuvrent quotidiennement pour offrir une oreille attentive aux mères : Maman Blues, SuperMamans France, Le Club poussette, Césarine, Mairaine & Vous...
- Des lignes d'écoute gratuites et anonymes, qui pourront lui permettre de désamorcer des situations de crise ou de détresse : Allo Parents Bébé (0 800 00 3456), SOS Parentalité (09 86 87 32 62), Le numéro 31 14

Il pourra également lui conseiller de télécharger l'application des 1000 premiers jours (cf Acteurs de la prévention).

L'entourage représente un véritable pilier et aura un rôle crucial à jouer en termes d'aide et de soutien. (30) Il représente un réconfort, et une épaule sur qui s'appuyer, pour montrer qu'elle n'est pas seule. Alors il ne faut pas qu'elle hésite à lui faire appel tant bien pour de l'aide (tâches du quotidien à effectuer, garde de l'enfant...) que pour des conseils, ou du soutien moral. Le but du pharmacien est d'encourager la jeune mère à solliciter son entourage, et à préserver son réseau relationnel. Il devra lui fournir toutes les ressources nécessaires adaptées à sa volonté et à sa pudeur, où elle pourra trouver de l'écoute et de l'aide. Il devra aussi lorsqu'il le peut inclure l'entourage dans la pathologie, par exemple lors de la venue à l'officine du co-parent.

4.4.2.4.3. PEC des troubles bénins

Le post-partum est une période de transition entre l'état gestationnel et le retour à l'état physiologique et implique de nombreuses transformations somatiques et psychiques. Beaucoup d'entre elles se manifestent lors du retour à domicile, lorsque le couple se retrouve sans le corps médical. Le pharmacien par son accessibilité déjà évoquée, reçoit alors fréquemment des patientes qui se retrouvent seules, face à leurs inquiétudes et désagréments et aura alors une place importante auprès d'elles. Le rôle de ce dernier sera alors d'évaluer la situation et de juger tout d'abord si elle nécessite une consultation médicale, qu'elle soit urgente ou non. Il est important de différencier les petits maux des vraies complications. En cas de complication, le pharmacien officine ne sera pas en capacité de répondre à la demande de la patiente et devra l'orienter vers un autre professionnel. En revanche, lors de troubles mineurs et bénins il sera en mesure de délivrer conseils et produits adaptés à la demande.

Les complications du post-partum peuvent toucher la mère comme l'enfant. Parmi les maux les plus fréquents chez la mère on peut retrouver l'incontinence urinaire, les lombalgies, les vergetures, la perte de cheveux, l'asthénie, la constipation, les cicatrices, les hémorroïdes, les lochies, les troubles sexuels ou encore problèmes liés à l'allaitement (montée de lait, mastite, engorgement, crevasses...).

En revanche, lorsque les patientes viennent à l'officine pour leur enfant il s'agira le plus souvent de troubles digestifs (régurgitations, RGO, colite, diarrhée, constipation, prise ou perte de poids...), de problèmes dermatologiques (soin du cordon, érythème fessier, dermatite séborrhéique...) ou encore de poussées dentaires.

Il faudra que l'officinal veille à délivrer un produit adapté au patient et à sa situation. Il devra alors tenir compte de si la mère est allaitante ou non, ou encore du poids et l'âge de l'enfant notamment afin d'éviter toute contre-indications, iatrogénie ou problèmes de dosage.

Évidemment, le pharmacien n'est pas obligé d'attendre que la patiente vienne évoquer ses complications, mais peut faire de la prévention et fournir des conseils en amont, par exemple lorsqu'elle présente ses ordonnances de retour de maternité. (70)

Toutes ces missions prouvent la nécessité de la pharmacie d'officine qui dernièrement constitue une avancée majeure en s'inscrivant dans un mouvement global axé sur la santé publique. Tout ceci laisse présager que de nouvelles missions pourraient être confiées au pharmacien d'officine dans les années à venir, dans divers domaines et possiblement dans le domaine du post-partum et du nouveau-né.

CONCLUSION

La période du post-partum est une période au cours de laquelle la mère subit de nombreux bouleversements physiques, psychiques et sociaux. Encore trop méconnue, la dépression post-partum toucherait pourtant entre 10 et 20% des femmes. La dépression postnatale devrait alors représenter une préoccupation clinique et de santé publique. D'une part car elle est associée à des coûts économiques élevés notamment en termes de soins, d'autre part du fait de l'ampleur de ses impacts sur la santé des femmes et de leur conjoint, le développement de l'enfant et le risque accru de suicide maternel.

La situation en France est encore bien délétère et des améliorations en termes de sensibilisation et de prise en charge de la dépression post-partum sont nécessaires.

Les pays anglo-saxons ont été les pionniers en la matière. D'ailleurs les Pays-Bas pourraient être un modèle à suivre par leur gestion du post-partum, notamment à l'aide des kraamzorg qui sont formées aux problématiques du post-partum et qui sont vouées à développer et accompagner les jeunes parents.

Afin d'optimiser la prise en charge des patientes, il est essentiel que le diagnostic soit le plus précoce possible, ce qui implique une meilleure connaissance de ce trouble et de pallier les lacunes persistantes. La collaboration pluriprofessionnelle permet de constituer un réseau nécessaire pour augmenter les chances de dépistage, diagnostic et guérison. Chaque professionnel de santé qu'il soit gynécologue, sage-femme, pédiatre, médecin généraliste, ou encore pharmacien à son rôle à jouer pour une prise en charge optimale. D'ailleurs la prise en charge ne se limite pas aux traitements médicamenteux, mais implique également la psychothérapie, des pratiques relaxantes, des règles hygiéno-diététiques à suivre et du soutien de la part de l'entourage.

Parmi les protagonistes de cette prise en charge, le pharmacien d'officine peut jouer un rôle essentiel dans la prévention et le dépistage des troubles psychiques du post-partum du fait de sa grande accessibilité qui le met en première ligne pour conseiller, rassurer et réorienter les patientes.

Mais au-delà de la démarche préventive, il paraît important de souligner l'enjeu majeur de modifier l'image idéale et biaisée de la maternité. En effet, la maternité ne doit pas être enjolivée et les parents doivent savoir ce qui les attendent réellement pour être mieux préparés

à l'arrivée d'un enfant. Cet enjeu n'est possible que par l'évolution des mentalités, libérant les mères du sentiment de honte et de culpabilité.

Finalement, la société a sa part de responsabilité par le jugement et la pression qu'elle inflige inconsciemment aux femmes.

Et comme disait Françoise Dolto : “On ne naît pas mère, on le devient”...

Le Doyen de l'UFR de Pharmacie,
Christiane FORESTIER

Le Président du Jury,
Marie-Ange COUDORE-CIVIALE

ANNEXE

Annexe I : Questionnaire de Genève ou échelle DAD-P pour un dépistage large

NOM:	PRÉNOM:	DATE:
Nombre de semaines de grossesse:		

Répondez aux questions suivantes par la réponse qui vous semble la plus appropriée concernant votre grossesse actuelle. Une seule réponse possible.

Echelle

1. Avez-vous des démangeaisons?

oui, beaucoup	_____	(1 point)
oui, moyennement	_____	(0 point)
oui, un peu	_____	(0 point)
non, pas du tout	_____	(0 point)

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

oui, souvent	_____	(1 point)
oui, moyennement	_____	(0 point)
oui, un peu	_____	(0 point)
non, pas du tout	_____	(0 point)

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

oui, beaucoup	_____	(1 point)
oui, moyennement	_____	(0 point)
oui, un peu	_____	(0 point)
non, pas du tout	_____	(0 point)

4. Avez-vous un sentiment de solitude?

oui, souvent	_____	(3 points)
oui, moyennement	_____	(2 points)
oui, un peu	_____	(1 point)
non, pas du tout	_____	(0 point)

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

oui, souvent	_____	(1 point)
oui, moyennement	_____	(1 point)
oui, un peu	_____	(1 point)
non, pas du tout	_____	(0 point)

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

oui, souvent	_____	(1 point)
oui, moyennement	_____	(0 point)
oui, un peu	_____	(0 point)
non, pas du tout	_____	(0 point)

Score : points

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

Questions supplémentaires

7. Pleurez-vous facilement?

oui, beaucoup	_____	(1 point)
oui, moyennement	_____	(1 point)
oui, un peu	_____	(0 point)
non, pas du tout	_____	(0 point)

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

oui	_____	(0 point)
non, mais je l'ai fait pour une grossesse précédente	_____	(1 point)
non	_____	(1 point)

Score : points

La partie supplémentaire est positive si les 2 réponses sont positives: score égal à 2

Risque de dépression du postpartum :

Le DAD-P est positif si l'échelle est positive OU si les deux questions supplémentaires sont positives.

Si le DAD-P est positif, la femme est à risque de développer une dépression du postpartum.

Annexe II : Questionnaire de Genève ou échelle DAD-P pour un dépistage ciblé

Annexe 2. Questionnaire de Genève ou DAD-P: version pour un dépistage ciblé DAD-P: Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum.

NOM: _____ PRÉNOM: _____ DATE: _____
Nombre de semaines de grossesse: _____

Répondez aux questions suivantes par la réponse qui vous semble la plus appropriée concernant votre grossesse actuelle. Une seule réponse possible.

Echelle

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

Score: points

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

Question supplémentaire

7. Depuis que vous êtes enceinte, vos relations avec votre mère sont:
plus chaleureuses _____ (1 point)
plus difficiles _____ (1 point)
il y a eu rupture _____ (1 point)
sans changement _____ (0 point)
je n'ai plus de mère _____ (1 point)

Score: points

La question supplémentaire est positive si le score est égal à 1.

Risque de dépression du postpartum:

Pour les femmes multipares (qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants): le DAD-P est positif si l'échelle est positive. La question supplémentaire n'est pas déterminante.

Pour les femmes primipares (qui attendent leur premier enfant): pour que le DAD-P soit positif, il faut que l'échelle soit positive ET que la question supplémentaire soit positive.

Si le DAD-P est positif, la femme est à risque de développer une dépression du postpartum.

Annexe III : L'Edinburgh Postnatal Depression Scale

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) (Version française)

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher (X) la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

Exemple

Je me suis sentie heureuse:
Oui, tout le temps _____ 0
Oui, la plupart du temps 1
Non, pas souvent _____ 2
Non, pas du tout _____ 3

Au cours des derniers 7 jours :

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :**
Aussi souvent que d'habitude _____ 0
Pas tout-à-fait autant _____ 1
Beaucoup moins souvent ces jours-ci _____ 2
Absolument pas _____ 3
2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir:**
Autant que d'habitude _____ 0
Plutôt moins que d'habitude _____ 1
Beaucoup moins que d'habitude _____ 2
Pratiquement pas _____ 3
3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal:**
Oui, la plupart du temps _____ 3
Oui, parfois _____ 2
Pas très souvent _____ 1
Non, jamais _____ 0
4. **Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs:**
Non, pas du tout _____ 0
Presque jamais _____ 1
Oui, parfois _____ 2
Oui, très souvent _____ 3
5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons:**
Oui, vraiment souvent _____ 3
Oui, parfois _____ 2
Non, pas très souvent _____ 1
Non, pas du tout _____ 0
6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements:**
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations _____ 3
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude _____ 2
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations _____ 1
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude _____ 0
7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :**
Oui, la plupart du temps _____ 3
Oui, parfois _____ 2
Pas très souvent _____ 1
Non, pas du tout _____ 0
8. **Je me suis sentie triste ou malheureuse:**
Oui, la plupart du temps _____ 3
Oui, très souvent _____ 2
Pas très souvent _____ 1
Non, pas du tout _____ 0
9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :**
Oui, la plupart du temps _____ 3
Oui, très souvent _____ 2
Seulement de temps en temps _____ 1
Non, jamais _____ 0
10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal:**
Oui, très souvent _____ 3
Parfois _____ 2
Presque jamais _____ 1
Jamais _____ 0

Score total:/30

Annexe IV : Le Mini International Neuropsychiatric Interview - Module EDM

→ ALLEZ DIRECTEMENT À LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT			
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR			
A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	→ NON OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :		
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) <small>COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE</small>	NON OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL	
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	→ NON OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON OUI	11
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE	

BIBLIOGRAPHIE

1. Clenquet A, Corde P, Degorre S, Crovetto C, Guilé J-M, Benarous X. Effets des troubles psychiatriques du péri-partum sur la relation parent-enfant. *Sages-Femmes*. 2022;21(4):17-20. DOI: 10.1016/j.sagf.2022.04.005
2. Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Jaoua A. La dépression du post partum. *J Inf Médicale Sfax* [En ligne]. 2006 [cité le 10 nov 2023];(11/12):7-13. Disponible: <https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/Numero-11-12.pdf>
3. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. Cambridge University Press; 1987;150(6):782-6. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782
4. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2007;36(6):549-61. DOI: 10.1016/j.jgyn.2007.06.003
5. Sutter-Dallay A-L, Guédeney N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. *EMC - Psychiatr*. 2010;7(1):1-8. DOI: 10.1016/S0246-1072(10)50484-X
6. Pitt B. « Atypical » depression following childbirth. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1968;114(516):1325-35. DOI: 10.1192/bjp.114.516.1325
7. Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA. « Postpartum blues » syndrome. A description and related variables. *Arch Gen Psychiatry*. 1968;18(1):16-27. DOI: 10.1001/archpsyc.1968.01740010018003
8. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [En ligne]. Paris: Masson; 2005 [cité le 10 nov 2023]. Disponible: https://adere-paris.fr/PDF/DSM-IV_manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf
9. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours : recommandation de bonne pratique. 2017 [cité le 10 nov 2023]; Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
10. Santé Publique France. [En ligne]. Enquête nationale périnatale 2021 [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
11. CHU Sainte Justine. [En ligne]. juin 2016. Recommandations relatives aux facteurs de risque : ABCdaire [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire/recommandations>
12. Vanturenhout C, Anseau M. La dépression chez la femme. *Rev Médicale Liège* [En ligne]. Université de Liège. Revue Médicale de Liège, Liège, Belgium; 1999 [cité le 1 nov 2023];54(4):322-8. Disponible: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/260484>

13. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50(5):275-85. DOI: 10.1097/00006199-200109000-00004
14. Tauzin M, Felix A, Michot C, Dedieu C, Aoust L, Fortas F, et al. Le monde des jumeaux : aspects épidémiologiques et génétiques, enjeux obstétricaux, risques spécifiques et devenir. *Arch Pédiatrie.* 2017;24(12):1299-311. DOI: 10.1016/j.arcped.2017.09.023
15. La dépression du post-partum chez la primipare : prévalence, facteurs de risque et liens avec la douleur de l'accouchement. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* Elsevier Masson; 2022;70(2):59-67. DOI: 10.1016/j.neurenf.2021.11.006
16. Figueiredo FP, Parada AP, Araujo LF de, Silva Jr WA, Del-Ben CM. The Influence of genetic factors on peripartum depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2015;172:265-73. DOI: 10.1016/j.jad.2014.10.016
17. Couto TC e, Brancaglioni MYM, Alvim-Soares A, Moreira L, Garcia FD, Nicolato R, et al. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World J Psychiatry.* 2015;5(1):103-11. DOI: 10.5498/wjp.v5.i1.103
18. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry.* 2003;44(3):234-46. DOI: 10.1016/S0010-440X(03)00034-8
19. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics.* 1998;39(2):93-101. DOI: 10.1016/S0033-3182(98)71355-6
20. Hopitaux Universitaires Genève. [En ligne]. 2021. Qu'est-ce qu'une dépression périnatale? [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.hug.ch/sante-psychique-perinatalite/qu-est-ce-qu-depression-perinatale>
21. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *Br J Psychiatry.* Cambridge University Press; 1996;169(1):36-41. DOI: 10.1192/bjp.169.1.36
22. Brito Da Silva Dias P, Paiva Carneiro A. Attachement et psychiatrie de l'enfant. Dans: *L'attachement : L'évaluation - la Clinique - la Thérapeutique.* Elsevier; 2021. DOI: 10.1016/B978-2-294-77630-4.00009-0
23. Labbé J. Psychanalyse [En ligne]. 2004. La théorie de l'attachement Disponible: [https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20EST%20UN%20MODELE%20\(10%20Pages%20-%2037%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20EST%20UN%20MODELE%20(10%20Pages%20-%2037%20Ko).pdf)
24. Bernard-Bonnin A-C. La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Paediatr Child Health.* 2004;9(8):589-98. DOI: 10.1093/pch/9.8.589
25. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth.* 2008;21(2):65-70. DOI: 10.1016/j.wombi.2008.03.008

26. Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(8):1259-71.
27. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(7):871-89. DOI: 10.1111/1469-7610.00784
28. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al. Longitudinal Study of Maternal Depressive Symptoms and Child Well-Being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Elsevier; 2001;40(12):1367-74. DOI: 10.1097/00004583-200112000-00006
29. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychol Med*. 1997;27(2):253-60. DOI: 10.1017/S0033291796004564
30. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ*. 1989;298(6668):223-6. DOI: 10.1136/bmj.298.6668.223
31. Vennat D, Belot R-A, Capponi I, Mellier D. Le défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum : quels impacts sur l'émergence de la détresse maternelle ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2018;66(6):370-81. DOI: 10.1016/j.neurenf.2018.07.005
32. AMELI. [En ligne]. 2023. Dépression post-partum [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/loire/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-maternite-perinatalite/depression-post-partum>
33. AMELI. [En ligne]. 2023. Suivi et accompagnement de la femme enceinte [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/loire/medecin/sante-prevention/suivi-orientation-femme-enceinte>
34. Ministère des solidarités et de la santé. [En ligne]. 2021. 1000 premiers jours. Là où tout commence [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-supportvisuel-24.08.21.pdf>
35. Ministère des solidarités et de la santé. [En ligne]. 2021. Le livret de nos 1000 premiers jours [cité le 10 nov 2023]. Disponible: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret-1000-premiers-jours-url_actives-a_imprimer_v2.pdf
36. Nanzer N, Righetti-Veltima M. Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum. *Rev Médicale Suisse* [En ligne]. 2009 [cité le 10 nov 2023];5:395-401. Disponible: https://www.revmed.ch/view/558101/4460349/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2009-07s_sa03_art03.pdf
37. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. ResearchGate [En ligne]. 2015. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) DSM-IV [cité le 10 nov 2023]. Disponible:

https://www.researchgate.net/publication/280880465_Mini_International_Neuropsychiatric_Interview_French_current_DSM-IV

38. Walton N, Maguire J. Allopregnanolone-based treatments for postpartum depression: Why/how do they work? *Neurobiol Stress*. 2019;11:100198. DOI: 10.1016/j.ynstr.2019.100198
39. American Health & Drug Benefits. [En ligne]. 2019. Zulresso (Brexanolone), premier médicament approuvé par la FDA spécifiquement pour la dépression post-partum chez les adultes [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.ahdonline.com/issues/2019/2019-payers-guide-mid-year-addendum/2811-zulresso-brexanolone-first-drug-approved-by-the-fda-specifically-for-postpartum-depression-in-adults>
40. Elliot W, Chan J. Brexanolone Injection (Zulresso) [abstract]. Atlanta. 2019;41(8).
41. Paul SM, Pinna G, Guidotti A. Allopregnanolone: From molecular pathophysiology to therapeutics. A historical perspective. *Neurobiol Stress*. 2020;12:100215. DOI: 10.1016/j.ynstr.2020.100215
42. Maguire J, Mody I. GABAAR Plasticity during Pregnancy: Relevance to Postpartum Depression. *Neuron*. 2008;59(2):207-13. DOI: 10.1016/j.neuron.2008.06.019
43. Uzunova V, Sheline Y, Davis JM, Rasmusson A, Uzunov DP, Costa E, et al. Increase in the cerebrospinal fluid content of neurosteroids in patients with unipolar major depression who are receiving fluoxetine or fluvoxamine. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1998;95(6):3239-44. DOI: 10.1073/pnas.95.6.3239
44. Schüle C, Eser D, Baghai TC, Nothdurfter C, Kessler JS, Rupprecht R. Neuroactive steroids in affective disorders: target for novel antidepressant or anxiolytic drugs? *Neuroscience*. 2011;191:55-77. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2011.03.025
45. Kaner S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H, Raines S, Arnold R, Schacterle A, et al. Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2017;390(10093):480-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31264-3
46. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenberger R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR, et al. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *The Lancet*. 2018;392(10152):1058-70. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31551-4
47. AMELI. [En ligne]. 2023. Accompagnement avec un psychologue conventionné : Mon soutien psy [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/loire/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/accompagnement-avec-un-psychologue-conventionne-mon-soutien-psy>
48. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961-9. DOI: 10.1001/jama.2010.605

49. Thomas B, Grisi S, Georgieff N, Thevenet M. Dispositifs d'accompagnement prenant en compte les conjoints en cas de dépression du post-partum maternelle : revue de la littérature internationale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2020;68(6):288-302. DOI: 10.1016/j.neurenf.2020.07.003
50. Heshmati A, Honkaniemi H, Juárez SP. The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review. *Lancet Public Health.* 2023;8(1):e57-75. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00311-5
51. Constans A. Le couple à l'épreuve du post-partum, transition vers la parentalité. *Sages-Femmes.* 2023;22(1):27-30. DOI: 10.1016/j.sagf.2022.11.007
52. Sethna V, Murray L, Netsi E, Psychogiou L, Ramchandani PG. Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father-Infant Interactions. *Parenting.* 2015;15(1):1-8. DOI: 10.1080/15295192.2015.992732
53. Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery.* 2016;39:1-11. DOI: 10.1016/j.midw.2016.04.006
54. Barry KM, Gomajee R, Benarous X, Dufourg M-N, Courtin E, Melchior M. Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study. *Lancet Public Health.* 2023;8(1):e15-27. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00288-2
55. Décret n° 2021-574 du 10 mai 2021 relatif à l'allongement et à l'obligation de prise d'une partie du congé de paternité et d'accueil de l'enfant. 2021-574 10 mai 2021.
56. Goodman JM, Poma LD. Paid parental leave and mental health: the importance of equitable policy design. *Lancet Public Health.* Elsevier; 2023;8(1):e2-3. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00319-X
57. Petts RJ, Knoester C, Waldfogel J. Fathers' Paternity Leave-Taking and Children's Perceptions of Father-Child Relationships in the United States. *Sex Roles.* 2020;82(3):173-88. DOI: 10.1007/s11199-019-01050-y
58. Pragg B, Knoester C. Parental Leave Use among Disadvantaged Fathers. *J Fam Issues.* 2017;38(8):1157-85. DOI: 10.1177/0192513X15623585
59. Article L5125-3. Code de la santé publique (2018).
60. Philbert D. L'Expert Comptable [En ligne]. 2022. Ouverture pharmacie : Comment ouvrir ou reprendre une pharmacie ? [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.l-expert-comptable.com/a/6486-ouverture-pharmacie-comment-ouvrir-ou-reprendre-une-pharmacie.html>
61. Harris Interactive. [En ligne]. 2022. Les Français et leurs attentes vis-à-vis des pharmaciens [cité le 1 nov 2023]. Disponible: https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-et-leurs-attentes-vis-a-vis-des-pharmaciens/
62. Article L1411-11. [En ligne]. Code de la santé publique (2016).

63. Direction de l'information légale et administrative. Santé Publique [En ligne]. 2023. Qu'est-ce que Mon espace santé (dossier médical partagé) ? [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F36151>
64. CNOP. [En ligne]. 2022. La prévention - Les fondamentaux [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/la-prevention-les-fondamentaux>
65. Collège des pharmaciens conseillers et maitres de stage. [En ligne]. 2022. Les autres missions du pharmacien d'officine – Guide de stage de pratique professionnelle en officine [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>
66. Direction de l'information légale et administrative. Service Publique [En ligne]. 2022. Dossier pharmaceutique [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16033>
67. Haute Autorité de Santé [En ligne]. 2013. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [cité le 1 nov 2023]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
68. AMELI. [En ligne]. 2023. Entretien femme enceinte [cité le 1 nov 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/loire/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/entretien-femme-enceinte>
69. Kazeminia M, Salari N, Shohaimi S, Akbari H, Khaleghi AA, Bazrafshan M-R, et al. Assessing the effects of exercise on post-partum fatigue symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2022;15:100155. DOI: 10.1016/j.eurox.2022.100155
70. Bedouet C, Marcende E. Dépression post-partum. Paris: Larousse; 2023. (Essai - Parents).

SERMENT DE GALIEN

« Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Résumé :

Le post-partum représente une période remplie de bouleversements physiologiques mais aussi psychiques dans la vie des femmes. Ainsi de nombreux troubles peuvent apparaître, telle que la dépression post-partum et il s'agit de savoir l'appréhender, la dépister, la diagnostiquer et la traiter. De par les 10 à 20% de femmes qu'elle touche ainsi que ses réelles conséquences, elle représente un véritable enjeu de santé publique. Pourtant elle reste encore trop méconnue des professionnels de santé. De plus, une pluriprofessionnalité est nécessaire pour une meilleure prise en charge. C'est ici que le pharmacien d'officine a toute sa place pouvant informer, orienter et éduquer les jeunes mères grâce à leurs contacts répétés : une relation de confiance s'installe.

Mots-clés :

- Grossesse
- Post-partum
- Dépression
- Pharmacien d'officine