

**THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenu publiquement le 21 Novembre 2025
Par Mlle KEUNEBROCK Pauline**

**Le repérage et la prise en charge de la dépression *post partum* à
l'officine**

Membres du jury :

Président : Mr Christophe Carnoy, Professeurs des Universités, Immunologie, Département de Pharmacie, UFR3S, Lille.

Directrice de thèse : Mme Elodie Cuvelier, Maître de conférence et Praticien Hospitalier, Pharmacologie, Pharmacocinétique, et Pharmacie clinique, Département de Pharmacie, UFR3S, Lille.

Co-Directrice de thèse : Mme Hélène Carrié, Maître de conférence des universités, Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique, UFR3S, Lille.

Membre extérieur : Mme Victoire Cochez, Pharmacien adjoint à Hénin Beaumont

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 1/11

Université de Lille

Président	Régis BORDET
Premier Vice-président	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-présidente Formation	Corinne ROBACZEWSKI
Vice-président Recherche	Olivier COLOT
Vice-président Ressources Humaine	Jean-Philippe TRICOIT
Directrice Générale des Services	Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen	Dominique LACROIX
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité	Hervé HUBERT
Vice-Doyenne Recherche	Karine FAURE
Vice-Doyen Finances et Patrimoine	Emmanuelle LIPKA
Vice-Doyen International	Vincent DERAMECOURT
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires	Sébastien D'HARANCY
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie	Caroline LANIER
Vice-Doyen Territoire-Partenariats	Thomas MORGENROTH
Vice-Doyen Santé numérique et Communication	Vincent SOBANSKI
Vice-Doyenne Vie de Campus	Anne-Laure BARBOTIN
Vice-Doyen étudiant	Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen	Pascal ODOU
Premier Assesseur et	
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement	Anne GARAT
Assesseur à la Vie de la Faculté et	
Assesseur aux Ressources et Personnels	Emmanuelle LIPKA
Responsable de l'Administration et du Pilotage	Cyrille PORTA
Représentant étudiant	Honoré GUISE
Chargé de mission 1er cycle	Philippe GERVOIS
Chargée de mission 2eme cycle	Héloïse HENRY
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche	Nicolas WILLAND
Chargé de mission Relations Internationales	Christophe FURMAN
Chargée de Mission Qualité	Marie-Françoise ODOU
Chargé de mission dossier HCERES	Réjane LESTRELIN

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 2/11

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 3/11

M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 5/11

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 6/11

M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 7/11

Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 8/11

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 9/11

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)


Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 10/11

M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

UFR3S-Pharmacie

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des membres du jury, et en particulier au Dr Carnoy, que je remercie d'avoir accepté d'en assurer la présidence.

Ma reconnaissance va tout d'abord au Dr Élodie Cuvelier, ma directrice de thèse. Merci pour votre investissement, vos relectures précises et vos conseils constants. Merci de m'avoir écoutée dans mes moments de doute et d'avoir su me guider vers l'exercice officinal, qui est aujourd'hui ma voie et dans laquelle je m'épanouis. Votre rigueur et votre engagement auprès des patients sont pour moi un véritable modèle.

Je remercie également le Dr Hélène Carrie, ma co-directrice de thèse, pour votre disponibilité, vos éclairages précieux sur les aspects gynécologiques et parentaux, et le temps que vous avez consacré à ce travail.

Merci au Dr Victoire Cochez d'avoir accepté d'être membre de ce jury ; au-delà de ton rôle officiel, tu es pour moi bien plus : une rencontre précieuse, un soutien, une joie de vivre, et une amitié que je sais durable.

À ma mère, la personne la plus importante de ma vie, merci pour tout ce que tu m'as donné. Ta patience, ton amour inconditionnel et ton soutien sans faille m'ont portée tout au long de ce parcours. Tu as toujours cru en moi et tu es pour beaucoup dans tout ce que j'ai pu accomplir.

À mon père, merci pour tes conseils avisés, ton exigence bienveillante et l'ambition d'apprendre et de bien faire que tu m'as transmise. Tu m'as toujours encouragée à viser haut et à construire un avenir solide.

À ma sœur, mon petit bout de moi, complice de mes rires et témoin de mes doutes, merci d'être toujours là, avec ton énergie et ton grand cœur.

À ma grand-mère, qui me manque chaque jour, je sais que tu veilles sur moi et qu'à ta façon tu m'accompagnes dans chaque étape de ma vie.

À ma marraine, tantôt grande sœur, tantôt seconde maman, merci pour ton soutien indéfectible et ta présence rassurante.

À toute ma famille, merci pour ces moments de retrouvailles qui nous rassemblent et qui continueront de nous unir.

À Adèle Capron, merci de m'avoir appris le métier, de m'avoir encouragée à donner le meilleur de moi-même, et pour toutes ces heures passées à échanger sur mon avenir et sur ce sujet de thèse. Tu es pour moi un véritable modèle.

À mes collègues, une si belle rencontre : je sais que nous partageons bien plus qu'un travail.

À mes amies de pharmacie, et en particulier Emma, pour ta patience, ton amitié, ton grand cœur. Grâce à ces études, nos routes se sont croisées et je souhaite qu'elles restent liées à chaque étape de nos vies. Tu es la grande sœur que je n'ai jamais eue.

À mes copines de lycée, pour nos rires, nos folies et ces années inoubliables, j'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve. Vous avez été une bouffée d'oxygène pendant mes études.

À ma bande de PACES, merci pour cette amitié qui nous a permis de tenir bon durant ces deux années intenses et qui perdure aujourd'hui.

Merci à Alix pour le temps que tu as consacré à l'élaboration du flyer et du diaporama ; ton aide m'a été très précieuse, tu comptes énormément pour moi.

À ma colocataire Emma, merci pour ta patience et ton soutien chaque jour.

Enfin, à mes deux amies de cœur, Agathe et Léa : malgré la distance, vous êtes des piliers. Merci pour votre présence indéfectible.

Table des matières

Remerciements	12
Table des matières	14
Listes des Figures	18
Listes des Tableaux	19
Listes des Abréviations.....	20
Introduction.....	22
A) Les différents troubles psychiatriques du post partum.....	23
1) Le baby blues ou syndrome du troisième jour.....	23
2) La psychose post partum.....	23
3) La dépression post partum.....	24
Figure 1 : Frise chronologique des principaux troubles psychiatriques du post partum.....	25
B) Prévalence.....	25
1) La dépression post partum dans le monde.....	25
2) La dépression post partum en France.....	26
3) La dépression post partum au niveau régional.....	27
Figure 2 : Carte de la prévalence régionale des femmes présentant une dépression à 2 mois post partum et différence avec la prévalence hexagonale, Enquête nationale périnatale, France hexagonale (mars 2021) (n = 7126)12.....	27
C) Etiologie.....	28
1) Les changements hormonaux.....	28
Figure 3 : Niveaux hormonaux relatifs d'estradiol (E), de progestérone (P) et de corticostérone (CORT) au cours de la gestation et de l'accouchement (adapté d'après Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. Horm Behav. 2016;77:153-66)18.....	30
2) Dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.....	30
3) Facteurs génétiques.....	31
D) Description clinique chez la mère.....	31
1) Symptômes émotionnels.....	32
2) Symptômes comportementaux.....	32
3) Symptômes physiques.....	33
4) Symptômes psychologiques et cognitifs.....	33
E) Description clinique chez l'enfant.....	33
Tableau 1 : Conséquences de la dépression post partum selon la période de développement l'enfant31.....	34
F) Facteurs de risque.....	35
1) Antécédents psychiatriques.....	35

2) Vulnérabilité génétique.....	36
3) Stress pendant la grossesse ou le post partum.....	36
4) Isolement et difficultés relationnelles.....	36
5) Facteurs obstétricaux / gynécologiques.....	36
6) Primipare ou grande multipare.....	37
7) Conditions socio-économiques et démographiques.....	37
G) Prévention de la dépression post partum.....	37
1) Le suivi assuré par les sages-femmes.....	38
2) Le soutien par les groupes de paroles.....	38
3) L'apport des outils numériques.....	39
4) L'importance de l'hygiène de vie.....	39
5) La formation par les professionnels et le suivi prolongé.....	40
H) Diagnostic.....	41
1) Processus diagnostic.....	41
Tableau 2 : Stades de sévérité de l'épisode dépressif caractérisé selon les critères CIM-11 et DSM-V67.....	43
2) Échelle de dépistage : l'EPDS.....	44
I) La prise en charge non thérapeutique de la dépression post partum.....	45
1) La prise en charge des dépressions légères à modérées.....	45
2) La prise en charge des dépressions sévères.....	46
J) La prise en charge thérapeutique.....	47
1) Pendant la grossesse.....	47
2) Pendant l'allaitement.....	49
Figure 4 : Doses relatives (% de la dose maternelle ajustée au poids) des principaux antidépresseurs excrétés dans le lait maternel ; le seuil de 10 % est considéré comme sans risque clinique pour l'allaitement ⁶⁵	50
3) Traitement innovant de la dépression post partum.....	51
a) Zuranolone.....	51
b) Brexanolone.....	52
K) La place du pharmacien dans la prise en charge.....	53
1) Les outils du pharmacien pour soutenir les femmes en dépression post partum..	54
2) Repérer les signes.....	55
3) Conseil sur les médicaments.....	56
Matériels et Méthodes.....	57
A) Type d'étude.....	57
B) Population étudiée.....	57
C) Questionnaire.....	57
D) Diffusion.....	58
E) Recueil et analyse statistiques des données.....	58
Résultats.....	59
A) Profil des participants.....	59

Figure 5 : Répartition des participants par tranche d'âge.....	60
Figure 6 : Répartition des postes en officine des participants.....	60
Figure 7 : Répartition des répondants selon leur département d'exercice.....	61
Figure 8 : Répartition des différents types de pharmacies.....	61
Figure 9 : Répartition de la fréquence de réalisation du DPC par les pharmaciens.....	62
Figure 10 : Répartitions des formations complémentaires.....	62
B) Connaissances sur la dépression post partum.....	63
Figure 11 : Représentation des connaissances sur la dépression post partum.	64
(a) Proportion des personnes ayant entendu parler de la dépression post partum.....	64
(b) Nombre de personnes estimant avoir suffisamment de connaissances sur la dépression post partum.....	64
Figure 12 : Répartition de la prévalence de la dépression post partum.....	65
Tableau 3 : Réponses des participants concernant les signes de dépression post partum.....	65
Figure 13 : Répartition de la vigilance de l'équipe officinale sur les signes anxio-dépressifs chez les femmes enceintes ou ayant accouché.....	66
Figure 14 : Répartition des participants selon leur connaissance et leur utilisation de l'EPDS.....	67
(a) Connaissance de l'EPDS.....	67
(b) Utilisation de l'EPDS en officine.....	67
Tableau 4 : Réponses des participants concernant les facteurs de risques de la dépression post partum.....	67
Figure 15 : Répartition du facteur protecteur selon la parité.....	69
(a) Répartition pour les nullipares.....	69
(b) Répartition pour les multipares.....	69
C) La prise en charge de la dépression post partum.....	69
Figure 16 : Répartition de la prise en charge des femmes souffrant de dépression post partum.....	69
Figure 17 : Répartition du nombre de personnes souffrant de dépression post partum prises en charge.....	70
Figure 18 : Répartition des choix de démarche de prise en charge.....	71
Tableau 5 : Structures vers lesquelles les participants orientent une femme souffrant de dépression post partum.....	71
Figure 19 : Répartition des avis des professionnels de santé sur la prise de traitement.....	73
Force et Limite.....	74
Discussions et perspectives.....	75
Conclusion.....	85
Bibliographie.....	87
Annexe.....	94

Annexe 1 : l'EDC selon le DSM-V.....	94
Annexe 2 : l'EPDS.....	95
Annexe 3 : Proposition d'un outil de vigilance pour une patiente enceinte / allaitante / post partum à l'officine.....	96
Annexe 4 : Flyer d'essai n°1.....	97
Annexe 5 : Flyer d'essai n°2.....	99
Annexe 6 : Entretien semi directif.....	100

Listes des Figures

Figure 1. Frise chronologique des principaux troubles psychiatriques du *post partum*

Figure 2. Carte de la prévalence régionale des femmes présentant une dépression à 2 mois *post partum* et différence avec la prévalence hexagonale

Figure 3. Niveaux hormonaux relatifs d'estradiol, de progestérone et de corticostérone au cours de la gestation et de l'accouchement

Figure 4. Doses relatives des principaux antidépresseurs excrétés dans le lait maternel

Figure 5. Répartition des participants par tranche d'âge

Figure 6. Répartition des postes en officine des participants

Figure 7. Répartition des répondants selon leur département d'exercice

Figure 8. Répartition des différents types de pharmacies

Figure 9. Répartition de la fréquence de réalisation du DPC par les pharmaciens

Figure 10. Répartitions des formations complémentaires

Figure 11. Représentation des connaissances sur la dépression *post partum*

Figure 12. Répartition de la prévalence de la dépression *post partum*

Figure 13. Répartition de la vigilance de l'équipe officinale sur les signes anxio-dépressifs chez les femmes enceintes ou ayant accouché

Figure 14. Répartition des participants selon leur connaissance et leur utilisation de l'EPDS

Figure 15. Répartition du facteur protecteur selon la parité

Figure 16. Répartition de la prise en charge des femmes souffrant de dépression *post partum*

Figure 17. Répartition du nombre de personnes souffrant de dépression *post partum* prises en charge

Figure 18. Répartition des choix de démarche de prise en charge

Figure 19. Répartition des avis des professionnels de santé sur la prise de traitement

Listes des Tableaux

Tableau 1. Conséquences de la dépression *post partum* selon la période de développement de l'enfant

Tableau 2. Stades de sévérité de l'épisode dépressif caractérisé selon les critères CIM-11 et DSM-V

Tableau 3. Réponses des participants concernant les signes de dépression *post partum*

Tableau 4. Réponses des participants concernant les facteurs de risques de la dépression *post partum*

Tableau 5. Structures vers lesquelles les participants orientent une femme souffrant de dépression *post partum*

Listes des Abréviations

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centres Médico-Psychologiques

CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes

CRH : Corticotropin Releasing Hormone

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

DPO : Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille

DPP : Dépression *post partum*

DRESS : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU : Diplôme Universitaire

EDC : Episode dépressif caractérisé

EPDS : L'échelle d'Evaluation de la Dépression Postnatale d'Edimbourg

EPSM : Etablissement public de santé mentale

FDA : *Food and Drug Administration*

HHS : Hypothalamo Hypophysaire Surrénalien

IMAO : inhibiteurs de la monoamine-oxydase

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

ISRS : Inhibiteurs Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

J : Jour(s)

OMS : Organisation Mondial de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Permanences de Médecine Infantile

QI : Quotient intellectuel

TDAH : Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

TTC: Thérapie Cognitivo-Comportementale

S : Semaine(s)

SFPC : La Société Française de Pharmacie Clinique

SFPEADA : société française de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Introduction

La dépression *post partum* atteint certaines femmes après l'accouchement et se manifeste par des symptômes dépressifs cliniquement significatifs. Elle représente la complication la plus courante de l'accouchement¹.

Selon l'OMS, dans le monde 10 à 15 % des femmes souffrent de dépression *post partum* dans les 6 mois suivant l'accouchement. Cependant certaines études suggèrent que le chiffre pourrait être encore plus élevé allant jusqu'à 20 % dans certaines populations. Aux États-Unis, une étude du *national institute of mental health* indique qu'environ une femme sur sept fait face à la dépression *post partum* et que 50 % des cas restent non diagnostiqués en raison de la stigmatisation liée à la condition et au refus de divulguer leurs symptômes².

En effet, le *post partum* est une période marquée par de nombreux bouleversements biologiques, psychologiques, cognitifs et socio-familiaux, qui expose les parents, et notamment les mères, à un risque accru sur le plan psychologique en raison des changements auxquels ils doivent faire face. Il s'agit d'une phase de vulnérabilité particulière, au cours de laquelle on peut observer des décompensations et, dans certains cas, l'apparition de troubles psychiatriques. Les troubles psychiques du *post partum* représentent un enjeu majeur et complexe en raison de la souffrance maternelle qu'ils entraînent, de leur impact sur les interactions mère-enfant, ainsi que de leurs répercussions sur le développement psychologique futur de l'enfant.

La dépression *post partum* entraîne un risque suicidaire élevé faisant du suicide la deuxième cause de mortalité en période *post partum*³. Le suicide est responsable de plus de 4 % des décès maternels. Selon une étude d'avril 2024, "un résultat marquant est la place prépondérante des suicides et causes psychiatriques de décès qui se confirme pour la période 2016-2018, première cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à un an (17 %), soit environ un décès maternel de cause psychiatrique toutes les trois semaines en France"⁴.

A) Les différents troubles psychiatriques du *post partum*

Différents troubles psychiatriques peuvent être observés après l'accouchement. Ces troubles peuvent être catégorisés en fonction de leur temporalité d'apparition ainsi que par leurs caractéristiques cliniques (Figure 1).

1) *Le baby blues* ou syndrome du troisième jour

Cette réaction d'ajustement temporaire est de courte durée et généralement peu intense. Elle survient au cours de la première semaine après l'accouchement, atteint son pic au 4^{ème} jour du *post partum* et se résout généralement au dixième jour après l'accouchement. Il est estimé que ce phénomène touche environ 50 à 85 % des femmes⁵. Ce trouble se manifeste par des pleurs, de la confusion, des sautes d'humeur, de l'anxiété et une humeur dépressive. Les symptômes tendent à s'atténuer spontanément sans nécessiter d'intervention.

2) La psychose *post partum*

La psychose *post partum* est une complication psychiatrique de l'accouchement qui peut survenir dans les trois et dix jours qui suivent ce dernier. Cette psychose peut également apparaître jusqu'à quatre semaines après l'accouchement. Elle atteint un pic d'incidence dans les deux premières semaines après l'accouchement. Elle se caractérise par des hallucinations, des idées délirantes, de l'agitation, des comportements inhabituels, des pensées désorganisées et des perturbations fonctionnelles sévères. Bien que rare, avec une prévalence de 0,1 % à 0,2 %, ce type de psychose touche plus fréquemment les personnes souffrant de troubles bipolaires mais peut parfois affecter des femmes sans antécédent psychiatrique⁶. Ce trouble constitue une urgence psychiatrique, avec des risques importants de suicide et d'infanticide.

3) La dépression *post partum*

Contrairement au baby blues, la dépression *post partum* se caractérise par des symptômes persistants qui entraînent une altération significative du fonctionnement quotidien des patientes.

Il existe deux types de dépression *post partum* en fonction du délai d'apparition des signes cliniques⁷.

Tout d'abord, la dépression à début précoce est associée à l'apparition de signes cliniques apparaissant avant la fin des deux premiers mois *post partum*, avec un pic de fréquence entre la 4^e et la 6^e semaine *post partum*. Son diagnostic est souvent plus facile que dans le cas de dépressions *post partum* tardives, car elle présente des symptômes similaires à ceux d'un épisode dépressif majeur tels qu'une humeur dépressive, des troubles cognitifs, un ralentissement psychomoteur et des signes somatiques.

D'autre part, la dépression à début tardif débute entre deux mois et un an après l'accouchement avec une clinique plus atypique. Parmi les symptômes non spécifiques, on peut observer :

- une dysphorie modérée avec labilité émotionnelle ;
- une fatigue sans ralentissement psychomoteur ;
- des difficultés à en parler ;
- un sentiment de ne pas être heureuse ;
- une absence de plaisir à s'occuper de l'enfant ;
- une lassitude et une impression de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de l'enfant ;
- des troubles du sommeil, souvent sous forme de difficultés d'endormissement ;
- une tendance à l'isolement, une peur de sortir ;
- des troubles de la mémoire et de la concentration ;
- une diminution de la libido.

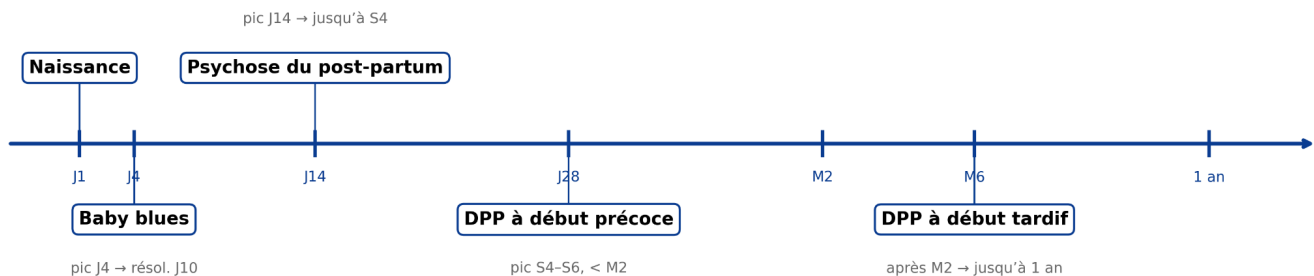


Figure 1 : Frise chronologique des principaux troubles psychiatriques du *post partum*

Abréviations :

DPP = Dépression du post partum; J = Jour(s); S = Semaine(s); M = Mois

B) Prévalence

1) La dépression *post partum* dans le monde

Dans le monde, on observe que la prévalence est plus élevée chez les femmes vivant dans des pays en développement (31,3 % des femmes ayant accouchées), par rapport à celles vivant dans des pays développés (21,5% des femmes ayant accouchées)⁸.

2) La dépression *post partum* en France

La dépression *post partum* est un trouble psychiatrique qui touche 10 à 20 % des femmes⁹ ayant une prévalence nationale estimée à 16,7 %⁶⁷. Il a été constaté que la dépression *post partum* est souvent non-diagnostiquée ou sous diagnostiquée¹⁰, seules 25 % des femmes présentant une détresse psychologique ont déclaré avoir consulté un professionnel spécialisé en psychiatrie ou en santé mentale⁶⁷.

Ces variations dans les chiffres s'expliquent par plusieurs facteurs tels que :

- les différentes méthodes utilisées pour collecter les données : des questionnaires standardisés ou des évaluations cliniques.
- la période retenue pour poser le diagnostic. En effet, certains estiment que le trouble doit se manifester dans les premiers mois suivant l'accouchement pour pouvoir être qualifié de dépression *post partum*. Cependant, la majorité des experts considère que la première année de vie de l'enfant peut également être prise en compte dans le cadre de ce diagnostic.
- les différences entre les caractéristiques des populations étudiées (selon le pays, la zone rurale ou urbaine).

L'enquête nationale périnatale Doncarli, réalisée en 2021 et analysée par Santé publique France, montre que la dépression *post partum* touche un grand nombre de mères en France¹¹. Deux mois après la naissance, 16,7 % présentent une dépression *post partum*, 12,6 % des signes dépressifs modérés, 27,6 % souffrent d'anxiété et 5,4 % rapportent des idées suicidaires. Ces troubles sont souvent liés entre eux : parmi les femmes qui souffrent de dépression *post partum*, 83,2 % présentent aussi des symptômes anxieux et 23 % évoquent des idées suicidaires. Ainsi, d'après cette étude, une mère sur six fait face à une dépression *post partum*, une sur quatre est touchée par l'anxiété et une sur vingt se trouve en situation de grande détresse psychologique.

3) La dépression *post partum* au niveau régional

L'enquête de Santé publique France met également en lumière des disparités régionales dans la prévalence de la dépression *post partum*. Celle-ci est nettement plus élevée dans des régions comme le Centre-Val de Loire (21,7 %), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (20,5 %) et l'Île-de-France (19,3 %). En revanche, les taux les plus bas sont observés dans les Hauts-de-France (14,1 %), la Nouvelle-Aquitaine (13,9 %), le Grand Est (13,7 %) et la Bourgogne-Franche-Comté (11,4 %). L'anxiété est également plus répandue dans les régions Centre-Val de Loire (33,9 %) et PACA (32 %), tandis que la Normandie (21,2 %) et la

Nouvelle-Aquitaine (24,1 %) sont les moins touchées. Ces chiffres illustrent l'ampleur de ce problème de santé publique et révèlent des disparités régionales dans la prévalence de la dépression *post partum*.

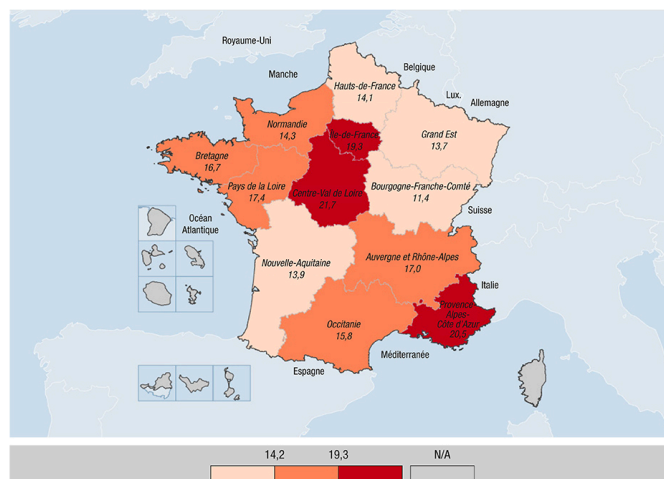


Figure 2 : Carte de la prévalence régionale des femmes présentant une dépression à 2 mois *post partum* et différence avec la prévalence hexagonale, Enquête nationale périnatale, France hexagonale (mars 2021) (n = 7126)¹²

Les disparités régionales dans la prévalence de la dépression *post partum* et de l'anxiété peuvent être expliquées par une combinaison de facteurs socio-économiques, culturels, démographiques et infrastructurels. Les régions comme le Centre-Val de Loire, la région PACA et l'Île-de-France, où les inégalités socio-économiques sont plus marquées, présentent des taux plus élevés de dépression *post partum*. Dans ces zones, le stress lié à la précarité économique, au taux de chômage élevé ou à des conditions de vie difficiles constitue un facteur de risque majeur pour la dépression et l'anxiété *post partum*. Par ailleurs, les régions disposant d'un meilleur accès aux soins médicaux, tels que des cliniques spécialisées, des psychologues et des services de santé mentale, tendent à afficher des taux plus élevés de diagnostic et de prise en charge, ce qui peut entraîner une prévalence apparente plus élevée. Dans des régions comme l'Île-de-France, où le dépistage et la prise en charge précoce sont plus répandus, peut expliquer une

prévalence plus élevée par rapport à d'autres régions où l'accès à ces services est moins optimal.

C) Etiologie

L'étiologie de la dépression *post partum* est multifactorielle. Il n'existe pas de cause unique à la dépression *post partum* mais des facteurs psychiques, hormonaux, sociaux, psychologiques et affectifs qui peuvent déclencher la maladie. C'est ce qu'on appelle le modèle biopsychosocial de la dépression.

1) Les changements hormonaux

La dépression *post partum* pourrait être liée à une sensibilité accrue aux fluctuations hormonales^{13, 14}. Pendant la grossesse, le placenta joue un rôle clé dans la production d'œstrogènes et de progestérone. On observe également une augmentation de la prolactine, qui prépare la lactation, ainsi que d'ocytocine, responsable des contractions utérines, dont le niveau atteint son maximum lors de l'accouchement.

Après l'accouchement, une chute brutale des niveaux d'œstrogène et de progestérone est observée, ce qui fait de ces variations hormonales des candidats plausibles pour des biomarqueurs de la dépression *post partum*. Toutefois, des modifications hormonales n'ont pas été systématiquement identifiées en corrélation avec l'apparition de cette dépression¹⁵.

Le niveau d'ocytocine augmente également pendant la période *post partum* et joue un rôle essentiel dans la relation mère-enfant. Malgré la relation claire entre l'ocytocine et les comportements maternels, les preuves soutenant l'ocytocine comme médiateur critique de la neurobiologie sous-jacente de la dépression *post partum* restent largement non étayées¹⁶.

Enfin, la prolactine est impliquée dans la lactogenèse et influence le comportement maternel tout comme l'ocytocine. Une étude a révélé que les femmes souffrant de dépression *post partum* étaient moins susceptibles d'allaiter et avaient

des niveaux de prolactine sérique plus bas. Ainsi, il a été suggéré que l'échec de la lactation et la dépression *post partum* pourraient partager un mécanisme pathophysiologique sous-jacent commun¹⁷.

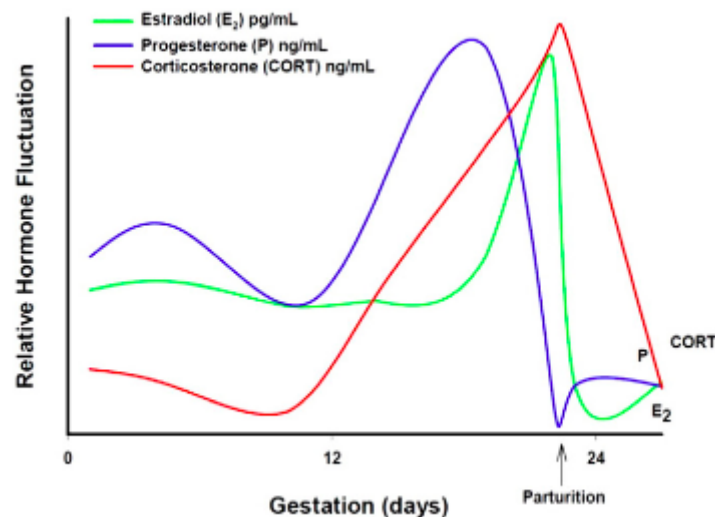


Figure 3 : Niveaux hormonaux relatifs d'estradiol (E), de progestérone (P) et de corticostérone (CORT) au cours de la gestation et de l'accouchement (adapté d'après Brummelte S, Galea LA. *Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care.* Horm Behav. 2016;77:153-66)¹⁸

Axe des abscisses : Gestation (jours) ;

Axe des ordonnées : Fluctuations hormonales relatives.

2) Dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) régule la réponse au stress en activant la production de cortisol, l'hormone du stress, afin d'augmenter l'énergie et d'adapter les fonctions corporelles face à une menace¹⁹. Pendant la grossesse, cet axe est modulé par la progestérone et les œstrogènes, réduisant ainsi l'impact du stress sur la mère et le fœtus. Cependant, après l'accouchement, les niveaux d'œstrogènes et de progestérone chutent rapidement, perturbant la régulation hormonale et la réponse au stress.

Les femmes ayant des antécédents de dépression *post partum* semblent présenter une réponse exacerbée de l'axe HHS après l'accouchement, suggérant une mauvaise régulation de cette réponse au stress²⁰. Cette dysrégulation pourrait contribuer au développement de la dépression *post partum*.

La *corticotropin releasing hormone* (CRH), produit par l'hypothalamus, est une hormone clé dans cette activation, stimulant la production de cortisol. Après l'accouchement, certaines femmes, notamment celles à risque de dépression *post partum*, montrent une élévation persistante du CRH, ce qui pourrait signaler une activation excessive de l'axe HHS et une mauvaise gestion du stress.

Bien que l'augmentation du CRH soit un indicateur biologique important, il n'est pas encore utilisé comme critère de diagnostic de la dépression *post partum*, qui repose actuellement sur des critères cliniques du DSM-V, basés sur des symptômes émotionnels et comportementaux. Cependant, les niveaux de CRH pourraient, à l'avenir, compléter ces critères cliniques pour prédire la survenue de la dépression *post partum*, notamment chez les femmes à risque élevé. Ils pourraient également permettre d'améliorer le diagnostic, en particulier dans les cas où les symptômes sont moins évidents ou lorsque les femmes minimisent ces symptômes voire hésitent à les signaler à cause de la stigmatisation²¹.

Ainsi, bien que la régulation du CRH soit encore en cours d'étude, elle représente un biomarqueur prometteur pour mieux comprendre et gérer la dépression *post partum*.

3) Facteurs génétiques

Les femmes ayant des antécédents familiaux de dépression présentent un risque de développer une dépression *post partum*, ce qui suggère une composante génétique transmissible.

Certaines variations génétiques ont été associées à une susceptibilité accrue à la dépression *post partum*. Tout d'abord, il y a les gènes liés à la régulation

hormonale comme le gène *NR3C1*. Ce gène code pour le récepteur des glucocorticoïdes et joue un rôle dans la réponse au stress. Il est potentiellement lié à une hypersensibilité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, souvent perturbé dans la dépression *post partum*²². Les gènes *ESR1* et *ESR2* codant pour les récepteurs des œstrogènes sont également étudiés, car les variations hormonales après l'accouchement influencent le risque de dépression *post partum*²³. Ensuite, des gènes sont impliqués dans le système de la sérotonine, des polymorphismes du gène transporteur de la sérotonine (*5-HTTLPR*) sont associés à une vulnérabilité accrue à la dépression, y compris la dépression *post partum*, notamment en présence de facteurs de stress²⁴.

D) Description clinique chez la mère

La description clinique d'une femme souffrant de dépression *post partum* comprend une série de symptômes émotionnels, comportementaux, physiques qui peuvent varier en intensité semblables à ceux de la dépression, ils sont cités ci-dessous^{25, 26, 27}.

1) Symptômes émotionnels

Les symptômes émotionnels rencontrés dans la dépression *post partum* peuvent être les suivants :

- tristesse permanente et profonde accompagnée de larmes fréquentes ;
- humeur dépressive ;
- sautes d'humeur ;
- irritabilité ou colère ;
- anxiété : inquiétude excessive concernant le bien-être du bébé ;
- sentiment de culpabilité ;
- dévalorisation : sentiment d'incapacité et de remise en question de la compétence maternelle ;
- faible estime de soi et manque de confiance en soi.

2) Symptômes comportementaux

À côtés des symptômes émotionnels, des symptômes comportementaux caractéristiques de cette dépression sont également retrouvés :

- un isolement social : la mère s'éloigne de sa famille et de ses amis, préfère rester seule ;
- une incapacité à s'occuper correctement du bébé : incapacité à établir un lien, à répondre à ses besoins, ou à prendre soin de lui ;
- une relation mère enfant perturbé : manque d'attachement, relation difficile avec le bébé ;
- une incapacité à prendre du plaisir pour les activités quotidiennes : activités qui étaient auparavant plaisantes.

3) Symptômes physiques

Lors de la dépression *post partum* des symptômes physiques plus généraux sont également décrits. Nous pouvons citer une fatigue excessive et une perte d'énergie, cette fatigue ne s'améliorant pas avec le repos, des troubles du sommeil de type insomnie ou hypersomnie ainsi que des troubles de l'alimentation.

4) Symptômes psychologiques et cognitifs

Enfin, des symptômes psychologique et cognitifs sont notables, tels que :

- des difficultés de concentration : faible capacité de concentration ou d'attention ;
- des pensées négatives ;
- des idées suicidaires.

E) Description clinique chez l'enfant

La dépression entraîne un repli sur soi, mobilisant toute l'énergie de la mère pour tenter de gérer ses angoisses. Cependant, durant les premiers mois de sa vie, le développement affectif et physiologique du nourrisson dépend étroitement des interactions avec son entourage proche²⁸. Face à une mère déprimée et peu réactive, le bébé peut manifester divers symptômes²⁹ :

- Troubles fonctionnels dans l'alimentation et dans le sommeil ;
- Troubles de l'attachement, voire un état dépressif, une anxiété ;
- Troubles dans les capacités de communication ;
- Problèmes comportementaux ;
- Des retards psychomoteurs³⁰ ;
- Des retards cognitifs ;
- Difficultés émotionnelles et sociales ;
- Pleurs excessifs ;
- Dans les cas les plus graves, cela peut mener à des troubles envahissants du développement ou des troubles autistiques.

Les conséquences de la dépression *post partum* de la mère chez l'enfant peuvent toucher les tout-petits, mais également les enfants d'âge préscolaire ainsi que ceux d'âge scolaire (Tableau 1).

Tableau 1 : Conséquences de la dépression *post partum* selon la période de développement l'enfant³¹

Période	Domaines affectés	Principales conséquences
Prénatal	Santé maternelle et fœtale	Soins prénatals inadéquats, complications obstétricales, naissances prématurées, faible poids à la naissance
Nourrisson	Comportemental / Cognitif	Passivité, retrait, dysrégulation émotionnelle, baisse des performances cognitives
Enfant en bas âge	Comportemental / Cognitif	Difficultés d'autonomie, intériorisation/externalisation, moins de jeu créatif, performances cognitives plus faibles
Âge scolaire	Comportemental / Académique	Troubles anxieux et affectifs, troubles de conduite, TDAH, scores de QI plus bas
Adolescent	Comportemental / Académique	Dépression, anxiété, conduites addictives, troubles d'apprentissage

Abréviations : TDAH = Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité; QI = Quotient intellectuel

Chez l'enfant, la dépression maternelle du *post partum* peut entraîner de multiples conséquences. Sur le plan somatique, elle est associée à une moindre prise de poids et à un retard de croissance staturo-pondérale, en particulier dans les contextes socio-économiques défavorisés. Sur le plan du développement, plusieurs études mettent en évidence des retards cognitifs et langagiers ainsi que des atteintes possibles des fonctions exécutives. Sur le plan psycho-émotionnel, un risque accru d'anxiété, de peur et de troubles émotionnels a été rapporté, de même que des perturbations du sommeil et une augmentation des problèmes de santé générale. Enfin, la relation mère-enfant peut être altérée, favorisant des difficultés d'attachement et, secondairement, des troubles des interactions sociales.

En résumé, la dépression maternelle du *post partum* peut affecter durablement la croissance, le développement neuro-psychomoteur et la construction

affective de l'enfant, avec un impact plus marqué lorsque la dépression est chronique ou survient dans un environnement à faibles ressources.

F) Facteurs de risque

La dépression *post partum* peut concerner toutes les femmes, mais certaines sont davantage exposées en raison de facteurs prédisposants. Leur identification est essentielle pour mettre en place une prévention ciblée et un accompagnement adapté. Les principales catégories de facteurs de risque reconnues sont décrites ci-dessous³².

1) Antécédents psychiatriques

Des antécédents personnels de troubles mentaux (dépression, anxiété, troubles bipolaires, dépression *post partum* lors d'anciennes grossesses ou baby blues) constituent le principal facteur de risque³³. Le risque est aussi accru chez les femmes ayant présenté des symptômes dépressifs pendant la grossesse ou lors de la prise de contraceptifs hormonaux.

2) Vulnérabilité génétique

Une prédisposition familiale aux troubles psychiatriques suggère une composante génétique. Certaines variantes génétiques affectant la régulation hormonale ou la neurotransmission (comme le gène du transporteur de la sérotonine) sont associées à une sensibilité accrue aux troubles de l'humeur, notamment dans le contexte périnatal.

3) Stress pendant la grossesse ou le *post partum*

Des événements de vie stressants, qu'ils soient relationnels (conflits, rupture, deuil), professionnels (perte d'emploi) ou médicaux (grossesse à risque, accouchement compliqué), peuvent fragiliser la santé mentale des mères. Le stress chronique ou aigu peut être un déclencheur majeur de la dépression *post partum*.

4) Isolement et difficultés relationnelles

Un manque de soutien émotionnel du partenaire, de la famille ou des proches augmente significativement le risque de dépression *post partum*³⁴. La qualité des relations conjugales ou familiales joue un rôle protecteur ou aggravant. L'isolement social, en particulier dans les semaines suivant l'accouchement, favorise l'apparition des troubles.

5) Facteurs obstétricaux / gynécologiques

Certaines conditions liées à la grossesse ou à l'accouchement peuvent constituer des facteurs de risque³⁵ :

- Grossesse non planifiée ou obtenue par assistance médicale à la procréation (PMA) ;
- Complications durant la grossesse (hospitalisation, malformation foetale) ;
- Accouchement traumatique ou par césarienne d'urgence ;
- Séparation mère-enfant après la naissance ;
- Difficultés d'allaitement.

6) Primipare ou grande multipare

Les femmes sans antécédents dépressifs les plus à risque de dépression *post partum* sont le plus souvent primipares⁶⁷, en l'occurrence les femmes vivant leur première maternité peuvent se sentir submergées par l'inexpérience et la pression sociale³⁶. A contrario, les mères de familles nombreuses peuvent être confrontées à une surcharge mentale et physique, augmentant les risques de fatigue intense et d'épuisement.

7) Conditions socio-économiques et démographiques

Des facteurs comme le bas revenu³⁷, la précarité³⁸, un niveau d'éducation limité³⁹ ou l'accès réduit aux soins de santé mentale⁴⁰ ont un impact direct sur le

risque de dépression *post partum*. Les jeunes mères, les femmes seules ou issues de contextes sociaux vulnérables sont particulièrement concernées.

En conclusion, les facteurs de risque de la dépression *post partum* sont nombreux et souvent interconnectés. Une démarche de repérage précoce et un accompagnement global, adapté à chaque situation, permettent de mieux prévenir l'installation d'une dépression et d'en réduire les conséquences pour la mère, l'enfant et la famille.

G) Prévention de la dépression *post partum*

En pratique, sans dispositif de dépistage bien structuré, de nombreuses femmes ne signalent pas spontanément leurs difficultés psychiques après l'accouchement. Les symptômes restent alors inaperçus, et l'accès à une prise en charge adaptée peut être retardé. C'est pourquoi le repérage régulier, dès les premières semaines du *post partum*, est une étape essentielle.

La prévention de la dépression *post partum* repose sur plusieurs mesures citées ci-dessous⁴¹.

1) Le suivi assuré par les sages-femmes

Tout au long du parcours périnatal, les sages-femmes assurent une présence clé. Leur rôle ne s'arrête pas à la surveillance médicale : elles accompagnent aussi les mères sur le plan émotionnel.

Parmi les temps forts de ce suivi, il existe :

- L'entretien prénatal précoce (vers le 4^e mois), qui permet d'aborder les attentes et les éventuelles vulnérabilités de la future mère ;
- La visite à domicile ou en cabinet dans les 48 heures après la sortie de maternité, qui facilite une continuité dans l'observation de la santé physique et psychique de la mère et du nourrisson ;

- L'entretien *post partum* systématique entre la 4^e et la 8^e semaine, mis en place depuis juillet 2022. Un deuxième rendez-vous peut être proposé entre la 10^e et la 14^e semaine si le professionnel ou la patiente l'estime nécessaire.

2) Le soutien par les groupes de paroles

Se retrouver avec d'autres mères confrontées à des situations similaires peut aider à surmonter l'isolement, souvent à l'origine ou à l'aggravation des symptômes.

Quelques structures sont bien connues :

- Maman Blues : cette association s'adresse aux femmes confrontées à la souffrance maternelle. Elle propose des groupes de parole, des échanges en ligne et des suivis personnalisés.

<https://www.maman-blues.fr/>

- SOS Maternité : ce collectif met à disposition des espaces d'écoute pour les femmes en difficulté durant la grossesse ou après l'accouchement vivant à Fort de France.

<https://www.centrematernellaruche.com/>

- Leche League France : bien qu'elle soit centrée sur l'allaitement, elle joue également un rôle dans l'accompagnement émotionnel des mères en *post partum*.

<https://www.lllfrance.org/>

3) L'apport des outils numériques

Les applications conçues pour les jeunes parents peuvent aussi jouer un rôle utile, notamment pour s'informer et surveiller son propre état psychique :

- 1000 premiers jours : développée sous l'égide du ministère de la Santé, elle regroupe des ressources et des conseils pour accompagner les familles pendant les premiers mois de vie de l'enfant.

<https://1000jours.fabrique.social.gouv.fr/>

- MALO : Cette application permet aux parents de suivre le développement de leur enfant et de recevoir un accompagnement ciblé en matière de santé mentale.

<https://bonjourmalo.fr/>

4) L'importance de l'hygiène de vie

Des gestes simples peuvent contribuer à réduire le risque de dépression *post partum*. Cela inclut :

- Le respect du sommeil, aussi difficile soit-il avec un nouveau-né ;
- La pratique d'activités relaxantes (méditation, respiration, yoga) ;
- Une alimentation équilibrée, source d'énergie et de régulation de l'humeur ;
- L'exercice physique régulier, même léger (comme une marche quotidienne) ;
- Et bien sûr, l'évitement de l'alcool et des substances à effet psychoactif⁴².

Ces mesures peuvent paraître basiques, mais leur impact sur le bien-être global est réel, surtout lorsqu'elles sont soutenues par un entourage attentif.

5) La formation par les professionnels et le suivi prolongé

Il est essentiel que les professionnels de santé soient préparés à repérer les signes précoces de dépression *post partum*. Cela implique une vigilance au moment des consultations, mais aussi une montée en compétences sur le plan de la santé mentale périnatale.

Plusieurs types de formations sont disponibles :

- Des diplômes universitaires (DU) proposés par certaines universités telles que Paris, Lille, Bordeaux ;
- Des formations continues via des centres spécialisés (Santé Publique France, CNFCE) ;
- Des conférences annuelles comme celle de la société Marcé ou de la société française de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (SFPEADA), qui permettent de se tenir informé des données les plus récentes ;
- Et des modules accessibles en ligne de plus en plus courants.

Dans le cadre de la formation continue des pharmaciens d'officine, plusieurs dispositifs spécifiques permettent de renforcer leurs compétences en matière de dépistage et d'accompagnement de la dépression *post partum* :

- EG Formation & Atelier, conduit par un pharmacien formateur, propose des modules ciblés sur la périnatalité (grossesse, naissance, allaitement, post-partum), exclusivement destinés aux équipes officinales ;

<https://www.eg-perinatalite.fr/professionnels/>

- Cefan Santé déploie des formations telles que « *Conseiller les jeunes parents à l'officine* » (2 jours) et « *Référent allaitement en pharmacie* » (3 jours, 24 h), centrées sur l'accompagnement des mères en *post partum*, avec des sessions prévues courant 2025 ;

<https://www.cefan-sante.com/accueil/#formation>

- Le module e-learning « Mener l'entretien postnatal précoce », proposé via Doctrio, constitue une ressource validante au titre du développement professionnel continu (DPC) pour les pharmaciens, et permet d'acquérir une méthodologie structurée de dépistage et d'orientation en contexte officinal.

<https://doctrio.com/programme/mener-lentretien-prenatal-precoce>

H) Diagnostic

1) Processus diagnostic

Le diagnostic est clinique, il repose sur les classifications CIM-11 (Classification internationale des maladies) de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et des critères définis dans le *DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cinquième édition), diffusé par l'*American Psychiatric Association*. La dépression *post partum* y est classée comme un épisode dépressif caractérisé, répondant à des critères précis⁴³ (cf. Annexe 1).

A- Cet épisode doit comporter au moins 5 des symptômes suivants et être présent pendant une même période d'une durée de 2 semaines consécutives.

Par ailleurs, cet épisode doit représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur. En outre, 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 de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités (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 ;

- (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.

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est classé en trois degrés de sévérité : léger, modéré ou sévère, selon les critères diagnostiques du CIM-11 et du DSM-V. Cette classification repose sur le nombre et l'intensité des symptômes ainsi que sur le degré de retentissement de l'épisode sur la vie sociale et professionnelle du patient (Tableau 2).

Tableau 2 : Stades de sévérité de l'épisode dépressif caractérisé selon les critères CIM-11 et DSM-V⁶⁷

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-11	DSM-V	
Léger	Deux symptômes dépressifs principaux et deux autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes). Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	Deux symptômes dépressifs principaux et trois à quatre autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave ».	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	Trois symptômes dépressifs principaux et au moins quatre autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic.	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple, difficultés considérables, voire une incapacité à mener le

La période du *post partum* est marquée par des douleurs physiques, de la fatigue et des fluctuations hormonales, ce qui rend le diagnostic complexe. En effet, il peut être difficile de distinguer les symptômes physiques liés à l'accouchement, tels que la fatigue intense et l'irritabilité, de ceux d'une dépression. Ces symptômes peuvent, par exemple, être attribués à la nouvelle routine de soins au bébé, ce qui complique l'identification d'un trouble de santé mentale.

Pour préciser cette distinction, il convient de se référer aux critères diagnostiques. Selon le DSM-V, une dépression est considérée comme postnatale si elle survient dans les quatre semaines suivant l'accouchement. Cependant, de nombreuses études s'accordent à dire que la dépression *post partum* peut se manifester jusqu'à un an après la naissance.

Dès lors, le moment optimal pour dépister la dépression *post partum* se situe généralement entre deux semaines à six mois après l'accouchement. Bien que l'entretien clinique avec un spécialiste demeure la méthode de référence pour le diagnostic, des outils de dépistage complémentaires peuvent également être utilisés pour améliorer la détection précoce de ce trouble.

2) Échelle de dépistage : l'EPDS

L'EPDS (L'échelle d'évaluation de la dépression postnatale d'Édimbourg) permet un dépistage rapide et facilite la détection des mères qui pourraient nécessiter un suivi approfondi ou un traitement. Bien que cet outil ne remplace pas un diagnostic, il aide les professionnels de santé à orienter les patientes vers une prise en charge adaptée. Cette échelle est un questionnaire conçu pour détecter les signes de dépression *post partum* chez les mères. Créée en 1987, elle est couramment utilisée en milieu clinique pour un dépistage précoce des symptômes dépressifs après l'accouchement⁴⁴. Ce questionnaire est accessible sur le site "Les 1000 premiers jours". Si les résultats indiquent un mal-être, un rendez-vous avec une infirmière spécialisée en périnatalité, par téléphone ou SMS, est automatiquement proposé, offrant un soutien rapide et adapté.

L'EPDS est un auto-questionnaire qui comporte 10 questions se basant sur les émotions des 7 derniers jours. Les questions abordent des sujets tels que la tristesse, la capacité à prendre du plaisir, l'anxiété, et les idées suicidaires, sans inclure les symptômes physiques pour éviter toute confusion avec les effets du *post partum*.

Chaque réponse est notée de 0 à 3, selon la fréquence des symptômes, avec un score total allant de 0 à 30. Un score plus élevé indique une probabilité accrue de dépression *post partum*. (cf. Annexe 2) Un score inférieur à 10 suggère peu ou pas de signes dépressifs ; entre 10 et 12, une dépression légère à modérée peut être suspectée et justifie une surveillance ; au-delà de 13, le risque de dépression est élevé et un suivi médical est recommandé. Toute réponse positive à la question 10 (idées suicidaires) impose une prise en charge immédiate.

I) La prise en charge non thérapeutique de la dépression *post partum*

1) La prise en charge des dépressions légères à modérées

Lorsqu'une dépression *post partum* est qualifiée de légère à modérée, il n'est pas forcément nécessaire d'introduire un traitement médicamenteux en première intention. Dans ces cas-là, les approches psychothérapeutiques sont privilégiées. Deux d'entre elles sont bien connues pour leur efficacité dans le contexte périnatal : la thérapie interpersonnelle (TIP) et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)⁴⁵.

La TIP s'intéresse avant tout à ce qui se joue dans les relations de la patiente avec son entourage proche. Ce peut être un conflit avec un partenaire, des tensions familiales, une rupture, ou simplement un isolement affectif. L'objectif est d'aider la mère à mieux comprendre ces interactions, à y voir plus clair, et surtout à reconstruire un environnement relationnel plus soutenant.

D'autre part, la TCC part du principe que certaines pensées négatives ou comportements appris dans le passé peuvent venir perturber l'équilibre psychologique actuel⁴⁶. On travaille donc sur ces automatismes : identifier ce qui ne

fonctionne plus, remettre en question les pensées sombres et rigides, et tester de nouvelles façons de réagir, plus réalistes et plus aidantes au quotidien.

Ces deux types de thérapie sont proposés par différents professionnels : psychologues, psychiatres, mais aussi parfois des infirmiers spécialisés ou des travailleurs sociaux. Elles peuvent être réalisées en libéral, mais aussi dans des structures publiques comme les CMP (Centres Médico-Psychologiques), ou encore dans certains hôpitaux.

Un point important à souligner : depuis peu, 12 séances⁴⁷ chez un psychologue peuvent être partiellement remboursées, à condition que le professionnel soit conventionné. Cela représente une vraie avancée pour les patientes, en particulier celles qui n'ont pas les moyens de financer un suivi régulier. Les PMI (Protection Maternelle et Infantile) offrent également des espaces d'écoute et d'accompagnement gratuits, accessibles même sans rendez-vous dans certains cas. Ces structures sont souvent un premier relais très précieux.

2) La prise en charge des dépressions sévères

Quand la dépression est plus marquée par des symptômes persistants, perte totale d'énergie, pensées noires, voire idées suicidaires, la prise en charge doit être renforcée. Cela ne signifie pas forcément qu'on abandonne les approches psychothérapeutiques, mais leur cadre et leur fréquence doivent être adaptés à la gravité de la situation⁴⁸.

Dans les formes sévères, l'un des enjeux majeurs est de maintenir, autant que possible, le lien mère-enfant. Ce lien peut se fragiliser rapidement si la mère est dépassée, ou si elle ressent un sentiment d'échec ou d'indifférence vis-à-vis de son bébé. C'est pourquoi on peut faire appel à des structures comme les CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) ou les PMI (Protection Maternelle Infantile). Certaines mères peuvent aussi être orientées vers des unités mère-enfant, présentes dans certains services hospitaliers ou psychiatriques. Ces lieux sont

pensés pour accueillir la mère et l'enfant ensemble, tout en assurant un suivi médical et psychologique adapté aux deux⁴⁹.

Dans certains cas, un traitement médicamenteux peut être indiqué. Des options thérapeutiques adaptées existent, la prise en charge de la dépression pendant la grossesse et en *post partum* reposant sur la même stratégie que pour tout épisode dépressif caractérisé⁶⁷, quel qu'en soit le contexte. L'instauration d'un antidépresseur doit cependant être réalisée avec précaution, en particulier chez les patientes allaitantes. Dans tous les cas, la dimension psychothérapeutique demeure essentielle : le traitement médicamenteux ne remplace pas l'accompagnement psychologique, mais le complète.

Il arrive parfois qu'une hospitalisation soit nécessaire⁵⁰. Ce n'est pas systématique, mais en cas de danger pour la patiente ou pour l'enfant, elle peut devenir incontournable. Cela peut se faire en milieu hospitalier classique, mais aussi quand l'état le permet, à domicile, avec des équipes mobiles spécialisées. Cette alternative évite la coupure brutale avec l'environnement familial, ce qui est souvent bénéfique.

J) La prise en charge thérapeutique

1) Pendant la grossesse

Certaines femmes débutent leur grossesse déjà sous traitement antidépresseur, tandis que d'autres présentent, au cours de la gestation, un épisode dépressif nécessitant une prise en charge médicamenteuse. On estime que 5 à 20 % des femmes développent une dépression gravidique et qu'environ 3,6 % commencent leur grossesse sous antidépresseurs⁶⁴. Dans ces situations, des interrogations légitimes émergent quant à la sécurité de l'exposition fœtale aux antidépresseurs. Trois grandes préoccupations reviennent souvent : le risque de malformation (surtout au premier trimestre), les effets néonataux immédiats (principalement au troisième trimestre), et enfin les effets à plus long terme sur l'enfant⁵¹. Notamment en fin de grossesse, l'exposition aux antidépresseurs peut

entraîner un syndrome de sevrage chez le nouveau-né : troubles respiratoires, alimentation difficile, ou encore faible poids à la naissance. Environ 30% des nouveaux-nés exposés in utero souffriraient de ce syndrome. Les symptômes sont bénins, traitables, et résolus sous surveillance⁶⁴.

Concernant les antidépresseurs, tous traversent la barrière placentaire. On distingue actuellement trois générations d'antidépresseurs⁵² :

- Première génération : antidépresseurs tricycliques (ex. amitriptyline, clomipramine) et inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), tels que la phénelzine, la tranylcypromine, l'isocarboxazide, le moclobémide ou la sélégiline. En raison de leurs nombreux effets indésirables et de leurs interactions médicamenteuses ou alimentaires, ces molécules sont très peu utilisées pendant la grossesse.
- Deuxième génération : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), tels que le citalopram, l'escitalopram, la fluoxétine, la paroxétine et la sertraline. Leur profil de sécurité est le mieux documenté chez la femme enceinte, ce qui en fait les traitements de première intention.
- Troisième génération : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa), comme la duloxétine et la venlafaxine. Ils peuvent être prescrits durant la grossesse ou l'allaitement, mais ne constituent pas la première intention, leur innocuité étant moins bien établie. Cette génération comprend également la miansérine et la mirtazapine, dont l'expérience clinique chez la femme enceinte reste limitée, ce qui rend leur utilisation moins recommandée que celle d'antidépresseurs mieux documentés.

Une dépression non traitée au cours de la grossesse peut entraîner des conséquences cliniques significatives, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, l'absence de prise en charge peut aggraver les symptômes, favoriser l'isolement, augmenter le risque de développer une dépression *post partum*, et

conduire à des hospitalisations ou à des complications obstétricales telles que la prééclampsie. Elle est également associée à des comportements délétères pour la santé, notamment une alimentation déséquilibrée, la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances, susceptibles d'aggraver l'état de santé général et les issues de la grossesse⁵³.

Chez le fœtus, une dépression maternelle non traitée est associée à un risque accru d'issues obstétricales défavorables, telles que la prématurité, un retard de croissance intra-utérin ou un faible poids de naissance. À plus long terme, le développement de l'enfant peut également être compromis, en particulier sur les plans émotionnel, cognitif et relationnel. Des troubles du comportement, notamment des troubles de l'attention, ont été décrits dans plusieurs études⁵⁴.

Ainsi, en cas de traitement antidépresseur déjà instauré, toute modification, notamment l'arrêt, doit impérativement être encadrée par un professionnel de santé. Une interruption brutale peut entraîner l'apparition d'un syndrome de sevrage ou provoquer une rechute sévère, avec des conséquences cliniques potentiellement graves.

Bien que l'utilisation d'antidépresseurs pendant la grossesse ne soit pas dénuée de risques, les données disponibles indiquent que, lorsqu'un traitement est sélectionné de manière appropriée et fait l'objet d'une surveillance rigoureuse, les effets indésirables observés chez le fœtus restent limités⁵⁵. Dans de nombreuses situations, les bénéfices attendus pour la mère en termes de stabilité émotionnelle, de qualité de vie et de prévention d'une dépression *post partum* sévère excèdent les risques potentiels pour l'enfant à naître.

La décision thérapeutique repose ainsi sur une évaluation individualisée du rapport bénéfice/risque. Lorsqu'un antidépresseur n'est pas considéré comme tératogène, son maintien ou son initiation peut être envisagé, en particulier si les recommandations issues de sources de référence telles que le CRAT⁵⁶ (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) le permettent. Une concertation étroite avec

la patiente est essentielle afin de garantir une prise en charge éclairée, sécurisée et adaptée à chaque situation clinique.

2) Pendant l'allaitement

L'allaitement joue un rôle important dans la construction du lien mère-enfant. Il contribue au développement immunitaire et nutritionnel du nourrisson, mais aussi au bien-être émotionnel de la mère, ce qui peut être particulièrement bénéfique en période *post partum*. Pour les femmes souffrant de dépression *post partum*, ce lien peut agir comme un facteur protecteur. Mais cela suppose un accompagnement adapté.

Lorsqu'une mère souffrant de dépression *post partum* souhaite allaiter, il est essentiel qu'elle bénéficie d'une information claire et actualisée concernant les effets potentiels des traitements antidépresseurs qu'elle reçoit. Bien que l'ensemble des antidépresseurs soient excrétés dans le lait maternel, les concentrations observées varient considérablement selon la molécule administrée.

Relative infant doses of commonly used antidepressants

ANTIDEPRESSANT	RELATIVE INFANT DOSE, %
Bupropion ⁸	2
Citalopram ⁸	3-10
Desvenlafaxine ^{9,10}	5.5-8.1
Duloxetine ⁸	< 1
Escitalopram ⁸	3-6
Fluoxetine ⁸	< 12
Fluvoxamine ⁸	< 2
Mirtazapine ⁸	0.5-3
Paroxetine ⁸	0.5-3
Sertraline ⁸	0.5-3
Venlafaxine ⁸	6-9

Figure 4 : Doses relatives (% de la dose maternelle ajustée au poids) des principaux antidépresseurs excrétés dans le lait maternel ; le seuil de 10 % est considéré comme sans risque clinique pour l'allaitement⁶⁵

Les antidépresseurs considérés comme compatibles avec l'allaitement sont principalement la paroxétine et la sertraline, en raison de leur passage très faible dans le lait maternel. Les concentrations plasmatiques mesurées chez les nourrissons allaités sont généralement faibles ou indétectables. De manière générale, la plupart des antidépresseurs sont excrétés dans le lait en quantités faibles et n'atteignent pas le seuil de 10 % de la dose maternelle ajustée au poids. La paroxétine et la sertraline entraînent des doses relatives comprises entre 0,5 % et 3 %, tandis que la fluoxétine, la venlafaxine et le citalopram peuvent atteindre, voire dépasser, cette limite. Par ailleurs, un grand nombre d'enfants exposés via l'allaitement n'ont présenté à ce jour aucun effet indésirable notable. Ces molécules constituent donc une option thérapeutique pour les mères nécessitant un traitement antidépresseur pendant l'allaitement⁵⁷.

Pour aider à la prise de décision concernant l'utilisation de médicaments pendant l'allaitement, il est essentiel de se fier à des ressources fiables, telles que : Toxnet Lactmed, E-lactancia et le CRAT.

Les difficultés liées à l'allaitement peuvent précéder les symptômes de la dépression *post partum* et doivent être prises en compte. Dans certains cas, elles en constituent même un facteur déclenchant ou aggravant.

En complément des soins professionnels, les groupes de soutien peuvent jouer un rôle clé dans le soutien émotionnel et social, en fournissant un réseau de soutien essentiel pour la mère et l'enfant. On peut alors penser au réseau Allait Écoute, qui est une plateforme téléphonique anonyme, d'aide et de soutien à l'allaitement disponible 7j/7 de 18h à 21H.

En définitive, l'allaitement et les traitements antidépresseurs ne sont pas incompatibles. À condition d'être bien informé, accompagné et suivi. Dans cette démarche, le rôle du pharmacien est loin d'être secondaire : il peut informer, rassurer, orienter à condition d'être formé à ces enjeux spécifiques.

3) Traitement innovant de la dépression *post partum*

Parmi les approches thérapeutiques innovantes récemment développées spécifiquement pour la dépression *post partum*, certaines molécules ont été approuvées aux États-Unis, bien qu'elles ne soient pas encore disponibles en France. Ces traitements, dotés d'un mécanisme d'action ciblé et rapide, présentent un intérêt particulier dans les formes modérées à sévères de la pathologie.

a) Zuranolone

Le zuranolone est un nouveau traitement approuvé par la FDA en août 2023 pour la dépression *post partum* aux États-Unis⁵⁸. En France, la demande d'autorisation d'accès précoce a été refusée le 10 juin 2025, en raison de son délai d'action court et de la faible ampleur de l'effet observée avant le cinquième jour⁶⁷.

Il appartient à une nouvelle classe thérapeutique : les neurostéroïdes qui repose sur un mécanisme d'action rapide. Le zuranolone agit comme un modulateur allostérique positif des récepteurs GABA-A. En se liant au récepteur, mais pas sur le site actif, il augmente l'activité du GABA, un neurotransmetteur inhibiteur, ce qui favorise une action anxiolytique et antidépressive. Ce médicament se présente sous forme de capsules orales, à prendre une fois par jour pendant 14 jours. C'est un traitement de courte durée, où il n'est pas nécessaire de poursuivre le traitement après ces 14 jours sauf en cas de récurrence et avis médical. Le traitement a montré une amélioration significative des symptômes dépressifs par rapport au placebo, mesurée par le score HAMD-17⁵⁹. Les effets indésirables les plus fréquents sont la somnolence, les vertiges, la diarrhée, la fatigue, la rhinopharyngite, les infections urinaires, ainsi que des pensées et comportements suicidaires. Les patientes doivent éviter de conduire ou d'utiliser des machines lourdes pendant au moins 12 heures après la prise de zuranolone. En l'absence de données sur la tératogénicité, il est recommandé d'utiliser une contraception efficace pendant le traitement et jusqu'à une semaine après son arrêt. En ce qui concerne l'allaitement, une étude de phase 1 ouverte évalue le transfert du zuranolone dans le lait maternel chez des femmes allaitantes en bonne santé⁶⁰. Pour la dose de 30 mg de zuranolone

administrée sur 5 jours, la dose relative pour le nourrisson mesurée au jour 5 était de 0,357 % ; pour une estimation à 50 mg, l'estimation de la Rdose relative pour le nourrisson était d'environ 0,984 %, ce qui reste bien en dessous du seuil généralement considéré comme sûr (< 10 %) pour l'allaitement.

b) Brexanolone

Le Brexanolone est approuvé par la FDA depuis 2019 mais n'est pas encore approuvé en France, il partage le même mécanisme d'action que le Zuranolone⁶¹ : c'est un modulateur des récepteurs GABA-A. Cependant, le Brexanolone possède un mode d'administration différent : il est administré en perfusion continue à vitesse variable sur 60 heures en établissement de santé. Il est indiqué pour les dépressions sévères en raison de son action rapide et ciblée. Ce traitement nécessite une surveillance médicale en raison des risques de sédation excessive et de perte de conscience.

En résumé, bien que le Zuranolone et le Brexanolone soient tous deux indiqués pour traiter la dépression *post partum*, leurs différences d'administration, d'accessibilité et de surveillance font du Zuranolone une option potentiellement plus attrayante pour de nombreuses patientes.

K) La place du pharmacien dans la prise en charge

Le pharmacien est un acteur clé en matière de prévention, de dépistage, et d'éducation pour la santé. En plus de ses missions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique, il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale⁶². Les pharmaciens possèdent de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique des patients⁶³ :

- Leur proximité géographique, avec plus de 22 000 pharmacies à travers le pays ;
- Leur accessibilité et disponibilité durant de larges horaires ;

- Leurs interactions fréquentes avec le public : 4 millions de personnes visitent les pharmacies chaque jour ;
- Leur connaissance globale des patients, incluant le contexte familial et socioprofessionnel, ainsi que l'historique médicamenteux ;
- La relation de confiance qu'ils établissent avec les patients ;
- Leur crédibilité en tant que professionnels de santé aux yeux du public ;
- Leur formation, qui allie compétences scientifiques et professionnelles.

Dans le domaine de la santé et de l'éducation thérapeutique des patients, le rôle des pharmaciens est essentiel. Ils doivent :

- Sensibiliser et informer le public tout en promouvant la prévention et le dépistage ;
- Faciliter la compréhension de leur maladie et des traitements associés ;
- Veiller à l'utilisation optimale et appropriée des médicaments ;
- Former les patients et consolider leurs compétences dans l'utilisation des techniques spécifiques requises pour certains traitements ;
- Accompagner les patients dans l'acquisition et la maîtrise des pratiques d'autosurveillance ;
- Offrir un suivi personnalisé et un soutien adapté aux besoins des patients.

Le pharmacien joue un rôle clé dans le repérage, le dépistage et la prise en charge de la dépression *post partum*, contribuant de manière précieuse à la détection et au soutien des patientes concernées.

1) Les outils du pharmacien pour soutenir les femmes en dépression *post partum*

Lorsqu'une femme vient d'accoucher, le pharmacien peut jouer un rôle important dans la prévention et le repérage de la dépression *post partum*.

Dès la période postnatale, il est essentiel d'informer les futures mamans ainsi que leur entourage sur les signes, les symptômes et les risques associés à cette

dépression. Le pharmacien peut contribuer à cette éducation en expliquant de manière simple ce qu'est la dépression *post partum*, en aidant la femme à reconnaître les premiers signes, et en l'encourageant à consulter un professionnel de santé si nécessaire. Pour cela, plusieurs outils peuvent être utilisés :

- Un entretien personnalisé lors du passage en pharmacie ;
- La distribution de brochures éducatives ;
- La mise à disposition de contacts utiles, comme les lignes d'écoute spécialisées ;
- L'utilisation de questionnaires standardisés pour évaluer les symptômes dépressifs ;
- L'orientation vers les professionnels de santé.

Au-delà de l'information, il est également important de faciliter l'accès aux systèmes de soutien, comme les services de conseil psychologique ou les groupes de parole. Ces espaces offrent aux jeunes mères un lieu d'échange et de compréhension, tout en réduisant la stigmatisation qui entoure encore la santé mentale maternelle.

Grâce à une approche préventive, éducative et humaine, le pharmacien peut contribuer à limiter l'impact de la dépression *post partum* et favoriser le bien-être des mères et de leurs bébés.

2) Repérer les signes

Les jeunes mères fréquentent régulièrement les pharmacies, que ce soit pour les vaccins de leur nourrisson, l'achat de matériel d'allaitement, de lait ou d'accessoires pour bébé. Cette proximité permet au pharmacien de rester attentif au comportement de la mère et de son enfant, de poser des questions sur son ressenti depuis l'accouchement et de lui proposer un moment de confidentialité dans un espace dédié. Ce cadre permet à la mère de s'exprimer sur son *post partum* et aide le pharmacien à détecter d'éventuels signes de détresse, contribuant ainsi à son rôle

de professionnel de santé publique. Les principaux facteurs à surveiller dans l'évaluation du risque de dépression post partum incluent :

- Un historique de troubles dépressifs ou anxieux ;
- Des symptômes de dépression ou d'anxiété prénatale ;
- Un manque de soutien social ou de la part du partenaire ;
- Un stress lié à la parentalité ;
- Des situations de jeunes maternités ou de conditions socio-économiques difficiles.

3) Conseil sur les médicaments

En tant qu'expert en médicaments, le pharmacien sait identifier les contres-indications, les interactions et les effets indésirables. Il veille également à la bonne compréhension des modalités de prise par la patiente et à une observance optimale. En cas d'allaitement, il doit être particulièrement vigilant aux traitements pris par la mère et informer des risques pour l'enfant.

Pour renforcer l'adhésion au traitement, le pharmacien peut personnaliser les conseils en élaborant un plan de prise adapté aux habitudes de vie de la patiente. Avec son accord, la création d'un Dossier Pharmaceutique (DP) permet de suivre les médicaments délivrés, renforçant ainsi la sécurité des prises, il peut aussi encourager la patiente à créer son Dossier Médical Partagé (DMP) qui est un outil précieux dans le système de santé, favorisant une meilleure coordination entre les acteurs de santé tout en garantissant la confidentialité des données. Enfin, il est de son devoir de signaler tout effet indésirable aux centres régionaux de pharmacovigilance.

Depuis 2021, les pharmaciens d'officine peuvent proposer un entretien pharmaceutique de 5 minutes dédié à la femme enceinte . Cet entretien, inscrit dans le parcours de soins périnatal, a pour objectifs d'accompagner la patiente dans

l'usage approprié des médicaments, de prévenir les risques liés à l'automédication et de délivrer des conseils adaptés concernant l'hygiène de vie, la vaccination, la nutrition ou encore la gestion des inconforts liés à la grossesse. Il constitue également un temps d'échange privilégié permettant d'identifier d'éventuelles situations de vulnérabilité, d'orienter la future mère vers les professionnels compétents et de renforcer le rôle du pharmacien comme acteur de proximité dans la prise en charge globale de la santé périnatale.

Matériels et Méthodes

A) Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative ayant pour but d'étudier la place du pharmaciens et des préparateurs officinaux dans le repérage et la prise en charge de la dépression *post partum*.

B) Population étudiée

La population cible est composée de pharmaciens ainsi que de préparateurs en pharmacie qui exercent en pharmacie d'officine en France.

C) Questionnaire

L'auto questionnaire a été transcrit par le logiciel Limesurvey. Il est composé de 24 questions avec 4 questions spécifiques au pharmacien concernant leurs formations ainsi que le développement professionnel continu. Ce questionnaire est composé de 16 questions à réponse unique, 4 questions à réponses multiples et 4 questions à commentaire libre.

Ce questionnaire a été réparti en 3 blocs :

- l'identification du professionnel de santé ;
- la connaissance sur la DPP ;
- la prise en charge à l'officine d'une femme souffrant de DPP.

D) Diffusion

Après sa rédaction, l'auto questionnaire a été soumis au Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille afin d'en vérifier la conformité réglementaire. La demande d'ouverture a été validée, permettant une diffusion entre

mai et octobre 2024, soit une période totale de six mois. Le questionnaire a été partagé via plusieurs canaux : le réseau social Facebook, le canal officiel de l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine, ainsi que le secteur Psychiatrie de la SFPC. Afin de maximiser le taux de participation, quatre relances ont été effectuées au cours de la période de diffusion.

Les données recueillies ont été anonymisées, garantissant l'absence de toute information permettant l'identification directe ou indirecte des participants.

E) Recueil et analyse statistiques des données

Le recueil des données a été réalisé à l'aide du logiciel LimeSurvey. Les réponses ont été exportées puis analysées via un fichier Excel, dans lequel ont été effectuées les analyses descriptives. Pour les données qualitatives, les résultats ont été exprimés en effectifs (n) et en pourcentages (%). Le fichier Excel utilisé pour l'analyse a été sécurisé par mot de passe afin de garantir la confidentialité des données.

Résultats

Le questionnaire a recueilli un total de 102 réponses, dont 82 pharmaciens et 20 préparateurs en pharmacie.

A) Profil des participants

L'échantillon est constitué majoritairement de femmes (n = 88; 87 %). Comme l'illustre la figure 5, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 26-35 ans (n = 38; 37 %), suivie par celle des 36-50 ans (n = 30; 29 %).

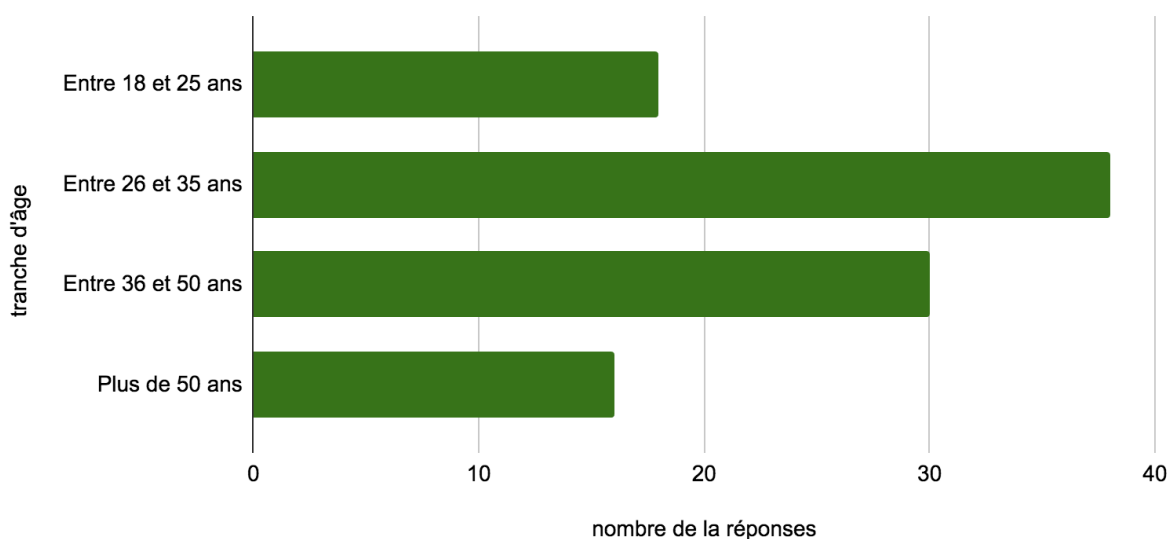


Figure 5 : Répartition des participants par tranche d'âge.

Concernant la situation professionnelle, la majorité des répondants sont des pharmaciens adjoints (n = 47; 46 %), suivis des pharmaciens titulaires (n = 35; 34 %) et des préparateurs (n = 20; 20 %).

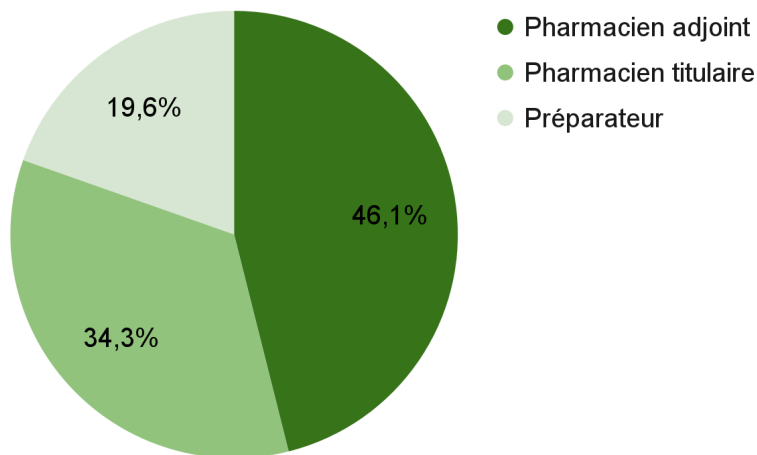


Figure 6 : Répartition des postes en officine des participants

La répartition géographique met en évidence une prédominance du département du Nord (n = 54; 53 %). Les autres départements sont représentés de manière plus marginale, avec une participation comprise entre 1 et 6 répondants.



Figure 7 : Répartition des répondants selon leur département d'exercice

La typologie des pharmacies montre une prédominance des zones urbaines (n = 68; 67 %), suivies des zones rurales (n = 28; 27 %) et, dans une moindre mesure, des zones commerciales (n = 6; 6 %).

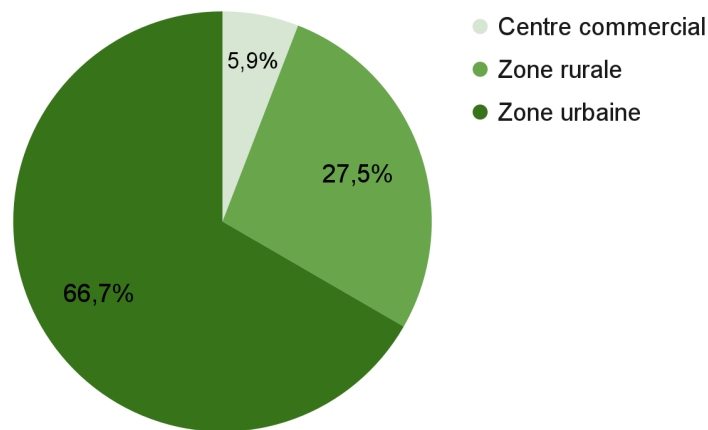


Figure 8 : Répartition des différents types de pharmacies

La régularité de la formation continue apparaît contrastée : 35 répondants déclarent suivre un DPC chaque année (52 %), 16 tous les trois ans (24 %), tandis que 8 indiquent ne pas en suivre (12 %).

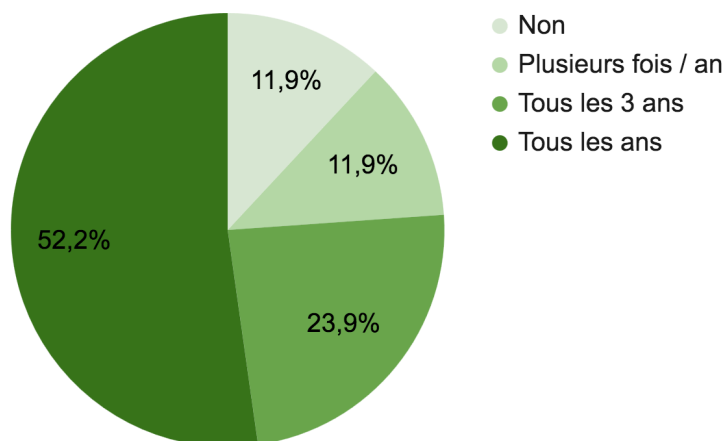


Figure 9 : Répartition de la fréquence de réalisation du DPC par les pharmaciens

S'agissant des diplômes universitaires, la majorité des participants formés mentionnent un DU d'orthopédie (n = 18; 46 %), suivi du DU d'aromathérapie/phytothérapie (n = 4; 10 %).

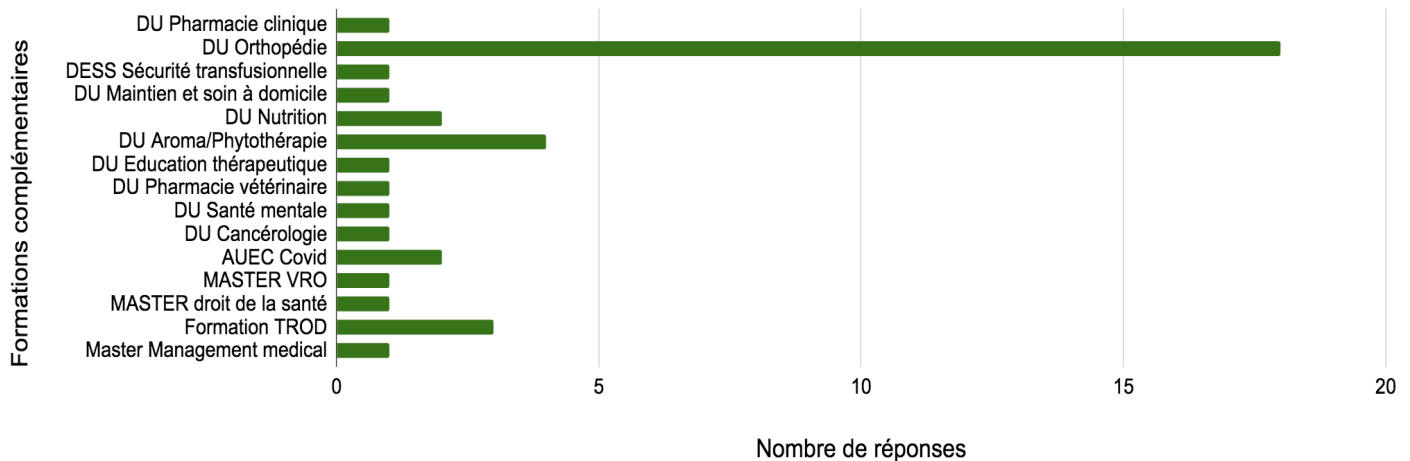


Figure 10 : Répartitions des formations complémentaires

En ce qui concerne les formations spécifiques, 6 répondants (7 %) ont déjà suivi une formation en lien avec la psychiatrie :

- Un participant a suivi une formation sur la dépression et les troubles du sommeil (e-learning) ;
- Deux participants ont suivi un cycle de formation avec l'établissement public de santé mentale (EPSM) sur les troubles psychiatriques ;
- Deux participants ont réalisé une formation de l'URPS ;
- Un participant a suivi une formation sur la description des antipsychotiques (webséminaire).

Deux autres participants ont exprimé le souhait de suivre prochainement une formation dans ce domaine.

Par ailleurs, 10 répondants (12 %) ont déjà suivi une formation orientée vers la gynécologie et la périnatalité :

- Six participants ont suivi une formation sur l'allaitement ;
- Un participant a suivi une formation sur la femme enceinte ;

- Un participant a réalisé une formation du réseau Ombrel ;
- Un participant a suivi une formation sur le site 1000 premiers jours ;
- Un participant a effectué une formation universitaire.

B) Connaissances sur la dépression *post partum*

La totalité des participants, à une exception près, déclare avoir connaissance de la dépression *post partum* (n = 101; 99 %) .Toutefois, 83 % (n = 85) estiment ne pas disposer de connaissances suffisantes à son sujet, tandis que seuls 17 % (n = 17) considèrent avoir un niveau de connaissances satisfaisant.

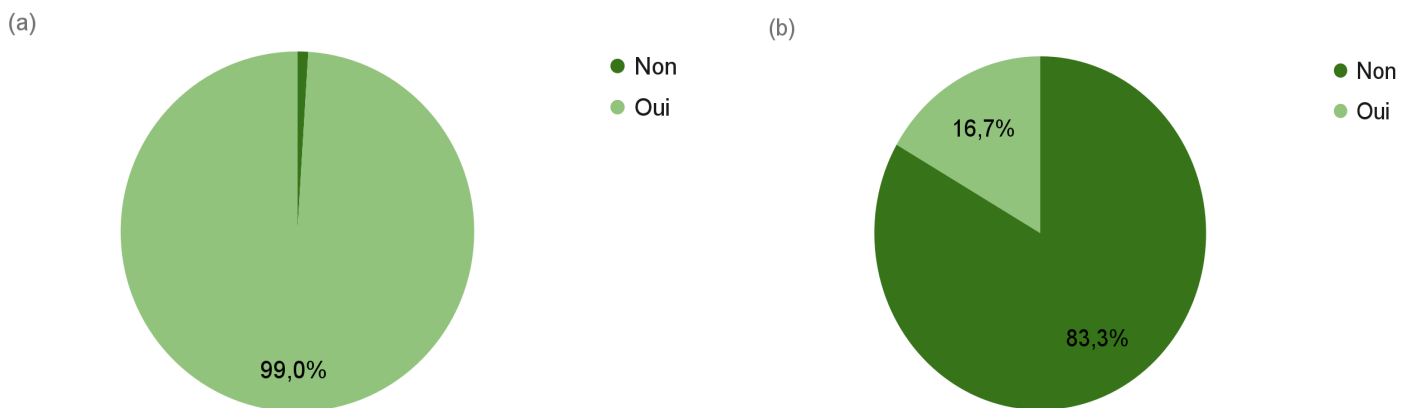


Figure 11 : Représentation des connaissances sur la dépression post partum
 (a) Proportion des personnes ayant entendu parler de la dépression post partum
 (b) Nombre de personnes estimant avoir suffisamment de connaissances sur la dépression post partum

S'agissant de sa prévalence, 66 répondants (64 %) l'estiment comprise entre 10 et 30 %, tandis que 21 % (n = 11) la situent en dessous de 10 %. 15 participants la considèrent plus élevée, au-delà de 30 %.

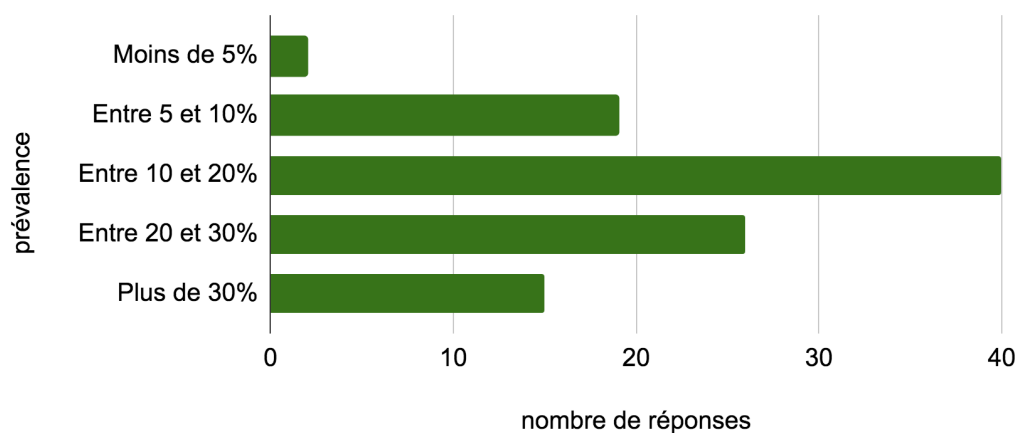


Figure 12 : Répartition de la prévalence de la dépression *post partum*

Afin de préciser les représentations liées au repérage, onze critères de la dépression *post partum* ont été proposés, parmi lesquels les participants devaient en sélectionner six jugés essentiels (Tableau 3).

Tableau 3 : Réponses des participants concernant les signes de dépression *post partum*

Signes de dépression <i>post partum</i> proposés	Nombre de réponses	Pourcentages
Idées suicidaires chez la mère	38	37,3 %
Symptômes anxieux chez la mère	76	74,5 %
Profonde tristesse chez la mère	83	81,4 %
Dévalorisation ou culpabilité excessive chez la mère	85	83,3 %
Ralentissement psychomoteur chez la mère	18	17,6 %
Incapacité à s'occuper correctement de son enfant ou refus de passer du temps avec lui	75	73,5 %
Relation mère-enfant perturbée (difficulté dans l'alimentation, la toilette)	73	71,6 %

Impact sur le nourrisson (trouble du sommeil, retard de croissance et de développement)	44	43,1 %
Relation conflictuelle dans l'environnement	16	15,7 %
Isolement social	53	52 %
Absence de support familial	26	25,5 %

Les critères les plus fréquemment retenus sont la tristesse (n = 83; 81 %), la dévalorisation (n = 85; 83 %), l'anxiété (n = 76; 74 %) et l'incapacité à s'occuper de l'enfant (n = 75; 73 %). La relation mère-enfant perturbée (n = 73; 71 %) et l'isolement social (n = 53; 52 %) apparaissent également importants pour une majorité des répondants. En revanche, le ralentissement psychomoteur (n = 18; 17 %), la relation conflictuelle (n = 16; 16 %) et l'absence de soutien familial (n = 26; 25 %) sont plus rarement cités.

La vigilance face aux signes anxio dépressifs a également été explorée. La majorité des professionnels déclare porter attention aux symptômes d'anxiété et de dépression lors de leurs interactions avec les patientes. 19 répondants (18 %) indiquent toutefois ne pas prêter attention à ces signes.

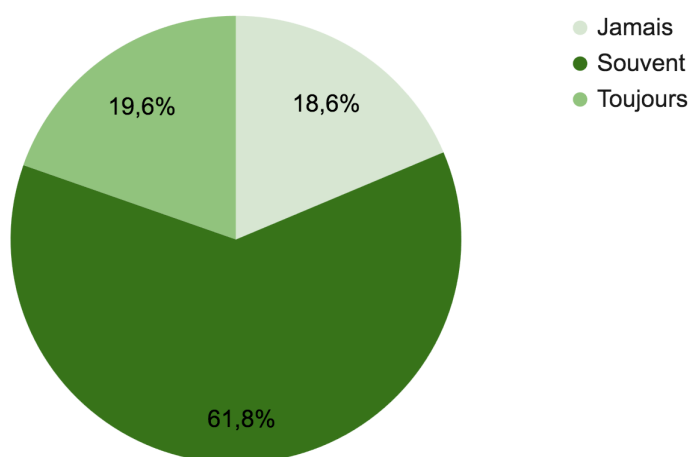


Figure 13 : Répartition de la vigilance de l'équipe officinale sur les signes anxio-dépressifs chez les femmes enceintes ou ayant accouché

L'évaluation de cette vigilance constitue une première étape du dépistage. Elle s'est poursuivie par l'analyse de la maîtrise d'un outil spécifique : l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

La plupart des participants (96 %) déclarent ne pas connaître cette échelle, tandis qu'une minorité (4 %) indique la connaître. Concernant sa mise en pratique en officine, seul un répondant (1 %) rapporte l'avoir déjà utilisée.

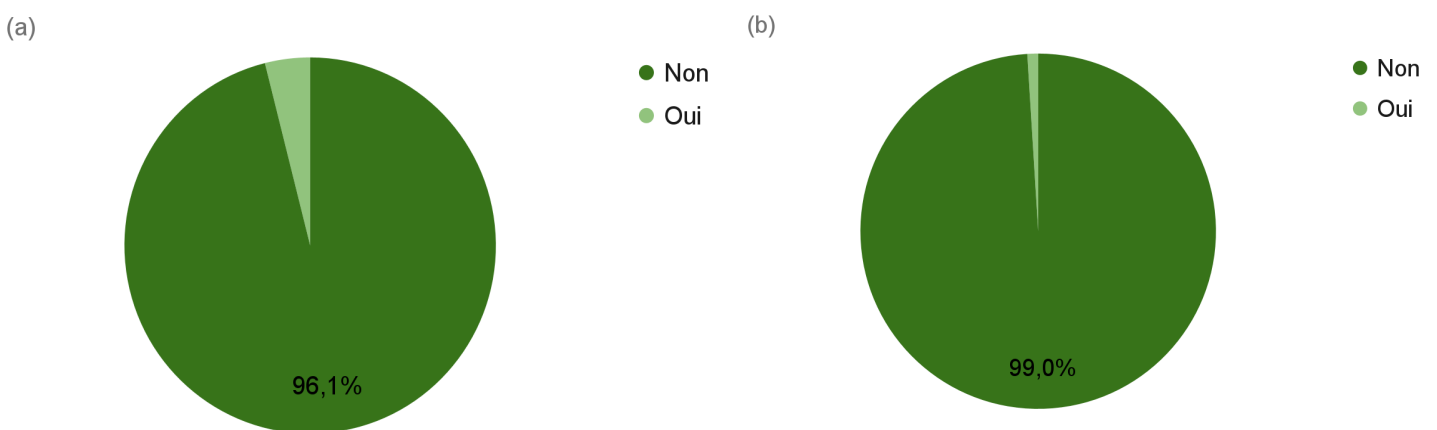


Figure 14 : Répartition des participants selon leur connaissance et leur utilisation de l'EPDS

(a) Connaissance de l'EPDS

(b) Utilisation de l'EPDS en officine

La connaissance de l'EPDS ne représentant qu'un aspect du dépistage, l'analyse s'est ensuite portée sur les facteurs de risque de la dépression *post partum*, proposés aux répondants sous la forme de onze critères parmi lesquels ils devaient en sélectionner six jugés essentiels pour orienter la vigilance des professionnels.

Tableau 4 : Réponses des participants concernant les facteurs de risques de la dépression *post partum*

Facteurs de risques proposés	Nombre de réponses	Pourcentage
Difficulté dans l'enfance de la mère	31	30,4 %
Antécédent de dépression	75	73,5 %
Antécédent de troubles psychologiques (autre que la dépression)	47	46,1 %
Antécédent de dépression <i>post partum</i> dans les autres grossesses	68	66,7 %
Trouble anxieux pendant la grossesse	55	53,9 %
Événement de vie stressant pendant la grossesse	57	55,9 %
Complications obstétricales	43	42,2 %
Absence d'allaitement	9	8,8 %
Difficulté d'allaitement	44	43,1 %
Relation conjugale conflictuelle	51	50 %
Isolement social	45	44,1 %

Les facteurs les plus fréquemment cités par les répondants sont les antécédents de dépression (n = 75; 73 %), les antécédents de dépression *post partum* lors de grossesses précédentes (n = 68; 67 %), les troubles anxieux pendant la grossesse (n = 55; 54 %), les événements de vie stressants pendant la grossesse (n = 57; 56 %), les difficultés relationnelles (n = 51; 50 %) et l'isolement social (n = 45; 44 %). L'absence d'allaitement (n = 9; 9 %) est quant à elle rarement citée.

Enfin, l'analyse s'est intéressée à la perception de la nulliparité et de la multiparité comme éventuels facteurs protecteurs.

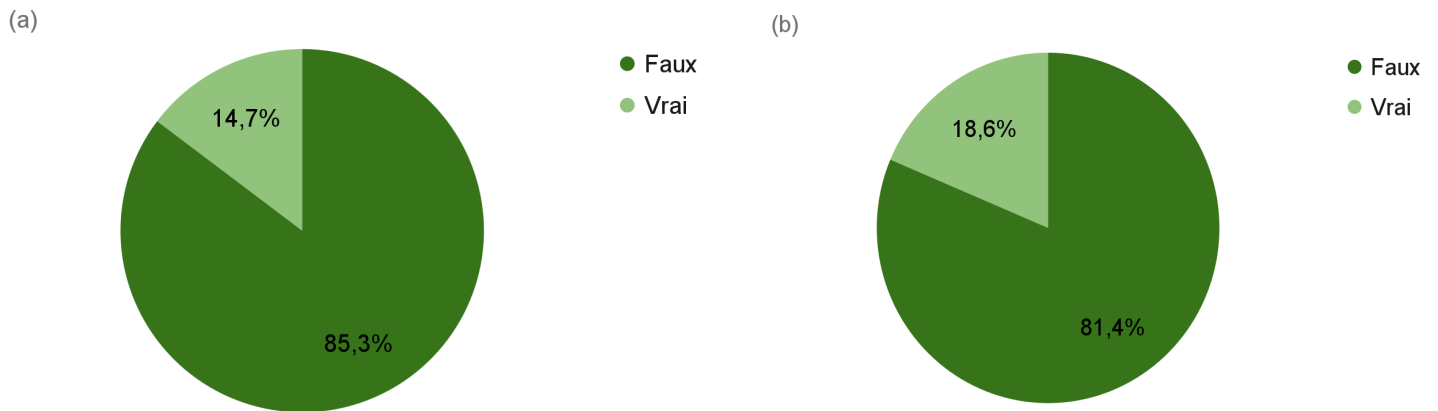


Figure 15 : Répartition du facteur protecteur selon la parité
 (a) Répartition pour les nullipares
 (b) Répartition pour les multipares

La majorité des répondants considère que la nulliparité n'exerce pas d'effet protecteur (n = 87; 85 %). De la même manière, la multiparité n'est pas perçue comme un facteur protecteur par 83 participants (81 %).

C) La prise en charge de la dépression *post partum*

Après l'analyse des connaissances, des facteurs de risque et des signes de la dépression *post partum*, l'étude s'est ensuite intéressée aux pratiques déclarées par les professionnels de santé concernant sa prise en charge.

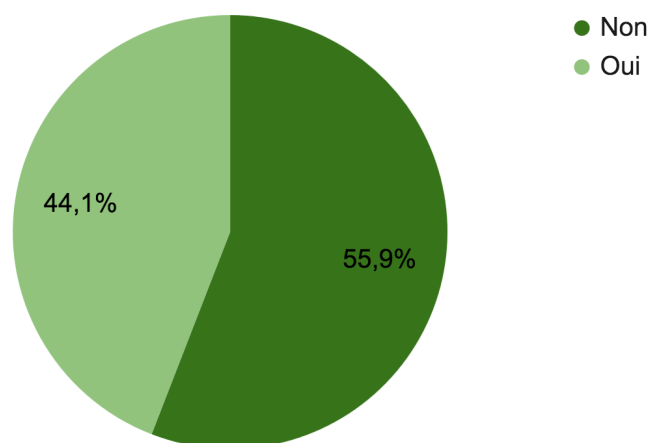


Figure 16 : Répartition de la prise en charge des femmes souffrant de dépression *post partum*

Un peu plus de la moitié des participants (n = 57; 56 %) indique n'avoir jamais pris en charge de femme souffrant de dépression *post-partum*. À l'inverse, 45 répondants (44 %) rapportent avoir déjà été confrontés à cette situation au cours de leur pratique.

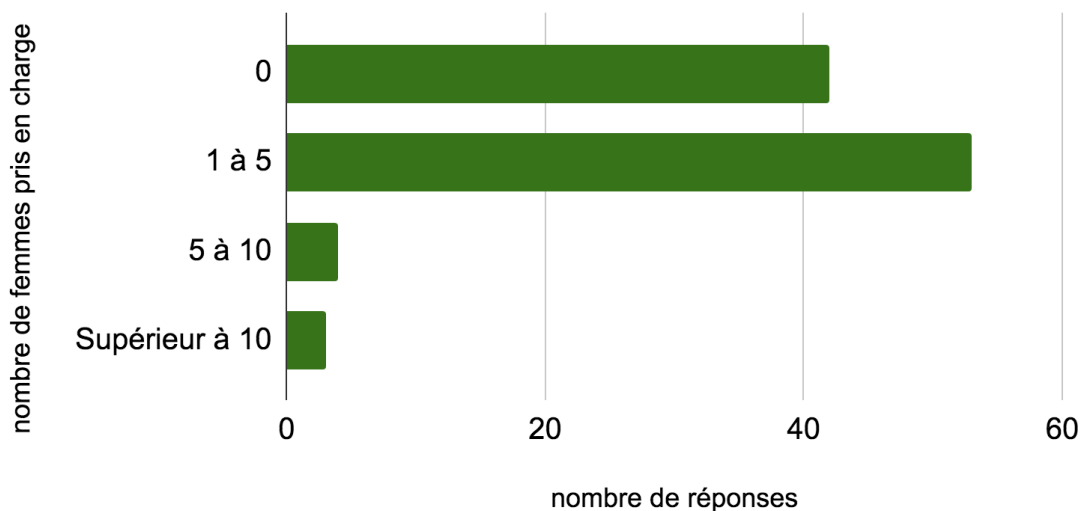


Figure 17 : Répartition du nombre de personnes souffrant de dépression *post partum* prises en charge

Parmi les professionnels ayant déjà pris en charge une femme souffrant de dépression *post partum*, la fréquence des prises en charge apparaît variable. La majorité (n = 53 ; 52 %) rapporte avoir suivi entre une et cinq patientes par an, tandis que 7 % (n = 7) déclarent en avoir accompagné plus de cinq. En revanche, 42 répondants (41 %) indiquent ne pas avoir rencontré de patientes concernées au cours de l'année écoulée. Il convient de souligner que ce résultat semble en partie incohérent avec la question précédente, dans laquelle 57 participants (56 %) déclaraient n'avoir jamais pris en charge de femme souffrant de dépression *post-partum*, tandis que 45 (44 %) rapportaient avoir déjà été confrontés à une telle situation. Cette discordance pourrait refléter un biais de compréhension ou de remplissage du questionnaire.

Afin de préciser les modalités de cette prise en charge, plusieurs options ont été proposées aux participants (Figure 18).

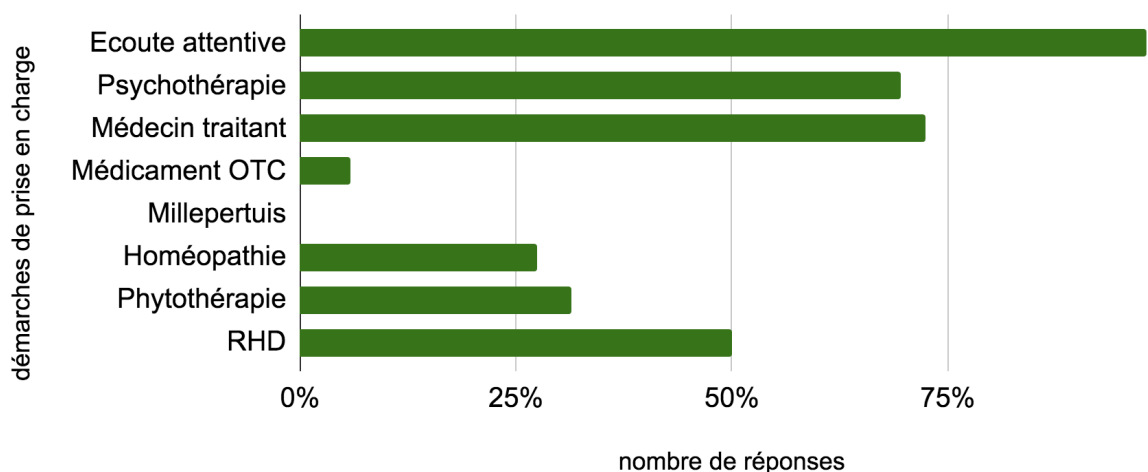


Figure 18 : Répartition des choix de démarche de prise en charge

Les réponses recueillies mettent en évidence trois dimensions principales. Tout d'abord, l'écoute et le soutien émotionnel constituent la démarche la plus fréquemment citée, avec presque l'ensemble des participants (n = 100; 98 %). En parallèle, une proportion importante des répondants mentionne l'orientation vers des professionnels spécialisés : 74 (73 %) recommandent une prise en charge médicale et 71 (70 %) une prise en charge psychologique. La moitié des participants (n = 51; 50 %) conseille également des mesures hygiéno-diététiques. Enfin, environ un tiers propose des approches complémentaires, telles que l'homéopathie (n = 28; 27 %) ou la phytothérapie (n = 32; 31 %). En revanche, la recommandation de médicaments en accès libre reste marginale (n = 6; 6 %), et aucun participant n'a mentionné le millepertuis.

L'analyse a ensuite porté sur les structures vers lesquelles les patientes pourraient être orientées. Plusieurs options ont été proposées aux participants, et leurs réponses sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Structures vers lesquelles les participants orientent une femme souffrant de dépression *post partum*

Structures proposées	Nombre de réponses	Pourcentage
Médecin généraliste	76	74,5 %
Sage-femme	68	66,7 %
Gynécologue	38	37,3 %
Psychiatrie adulte	30	29,4 %
Pédopsychiatrie	3	2,9 %
Psychologue	57	55,9 %
Centres Médico-Psychologique : CMP	34	33,3 %
Protection Maternelle infantil : PMI	46	45,1 %
Assistante sociale	10	9,8 %
Unité d'Hospitalisation dédiée : Unité Mère Enfant (UME), Unité Mère Bébé (UMB)	30	29,4 %
Service d'accueil des urgences pédiatrique ou gynécologique	4	3,9 %
Association de soutien (Maman blues)	62	60,8 %

Les résultats révèlent une préférence pour les acteurs de santé de proximité : le médecin généraliste est cité par trois quarts des répondants (n = 76; 75 %), suivi des sages-femmes (n = 68; 67 %) et des gynécologues (n = 38; 37 %). Plus de la moitié mentionnent l'orientation vers un soutien psychologique (n = 57; 56 %). Les psychiatres sont moins fréquemment cités (n = 30; 29 %), tout comme les structures spécialisées : PMI (n = 46; 45 %), associations de soutien (n = 62; 61 %), centres médico-psychologiques (CMP) (n = 34 ; 33 %) et unités d'hospitalisation spécialisées (n = 30; 29 %). Les orientations plus ponctuelles concernent les assistantes sociales (n = 10; 10 %), les urgences psychiatriques (n = 4; 4 %) et les pédopsychiatres (n = 3; 3 %).

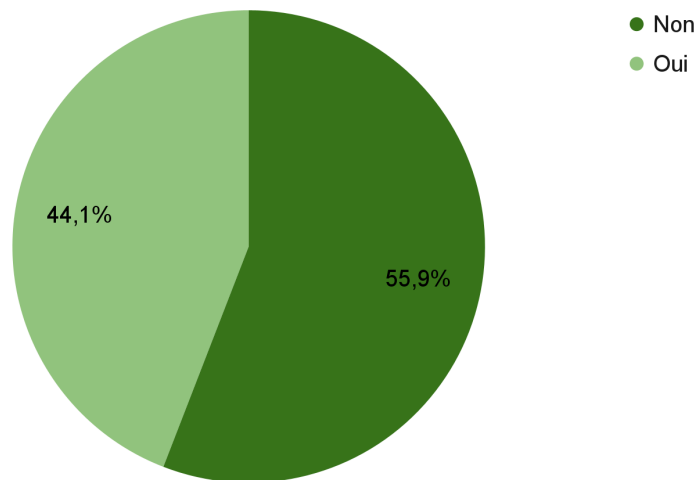


Figure 19 : Répartition des avis des professionnels de santé sur la prise de traitement

Enfin, concernant la prise en charge médicamenteuse, une majorité de répondants (n = 57 ; 56 %) déclare ne pas l'encourager, privilégiant plutôt des approches non pharmacologiques telles que la psychothérapie ou des mesures d'hygiène de vie. Plusieurs soulignent également que la décision relève du médecin traitant. En revanche, 45 participants (44 %) considèrent qu'un traitement pharmacologique peut être indiqué pour gérer certains symptômes de la dépression *post-partum*.

Force et Limite

Cette étude présente plusieurs atouts. Elle s'inscrit dans une thématique peu explorée en officine, en évaluant le rôle des pharmaciens et des préparateurs dans le repérage et la prise en charge de la dépression *post partum*. La diffusion nationale du questionnaire pendant six mois, son accessibilité en ligne, l'anonymat des réponses et les relances régulières ont permis de recueillir 103 participations, assurant une diversité de profils professionnels et favorisant la sincérité des déclarations. L'originalité de l'étude et l'actualité de ses données renforcent également sa valeur descriptive.

Certaines limites doivent toutefois être soulignées. Le recrutement reposait sur le volontariat, pouvant introduire un biais de sélection avec une surreprésentation de professionnels déjà sensibilisés à la santé mentale périnatale. Le recueil par auto-questionnaire expose par ailleurs à un biais de déclaration (surestimation ou sous-estimation des pratiques). La concentration géographique des réponses, majoritairement dans les Hauts-de-France, peut restreindre la représentativité nationale.

Malgré ces limites, la robustesse méthodologique et l'ampleur du recueil confèrent à cette étude une solide portée descriptive. Elle constitue une base précieuse pour de futures recherches ou d'actions de formation ciblées visant à renforcer le rôle du pharmacien dans le repérage et l'accompagnement de la dépression *post partum*.

Discussions et perspectives

Cette discussion a pour objectif de mettre en perspective les résultats obtenus avec les données de la littérature, afin d'évaluer le niveau de connaissances et de pratiques des pharmaciens et préparateurs officinaux concernant la dépression *post partum*. L'analyse sera développée en suivant la progression des résultats, depuis le profil des participants jusqu'au rôle de l'officine dans le repérage et la prise en charge de ce trouble.

La majorité des participants de cette étude sont des femmes, ce qui reflète la réalité de la profession. Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), près de deux tiers des pharmaciens en France sont des femmes, confirmant ainsi la forte féminisation du secteur⁶⁶. Concernant le poste occupé, les pharmaciens adjoints constituent une part importante du personnel officinal et jouent un rôle essentiel dans les missions de santé publique. Toutefois, l'analyse des résultats montre que le statut professionnel (pharmacien titulaire, adjoint ou préparateur) n'a pas significativement influencé les réponses au questionnaire. Cette homogénéité suggère des connaissances et des pratiques relativement uniformes parmi les différents acteurs en officine.

L'âge des répondants montre une surreprésentation des tranches 26-35 ans et 36-50 ans, traduisant la présence d'une population active et dynamique. La tranche 26-35 ans se distingue par une vigilance accrue vis-à-vis des signes anxio-dépressifs, sans doute liée à un équilibre entre expérience professionnelle et formation récente. Leur forte connexion aux réseaux peut également constituer un levier, en facilitant l'accès à l'information et aux campagnes de sensibilisation en santé mentale. S'agissant de la typologie des officines, les zones urbaines sont majoritairement représentées, ce qui correspond à la répartition nationale des pharmacies, plus nombreuses dans les zones densément peuplées.

L'étude met en évidence que les répondants ne suivant pas de Développement Professionnel Continu (DPC) sont majoritairement des pharmaciens adjoints jeunes, souvent en début de carrière et exerçant principalement en zone

urbaine. Leur faible participation à la formation continue semble davantage liée à des contraintes organisationnelles ou à un manque de temps en début de carrière qu'à un désintérêt pour le sujet. Ces professionnels reconnaissent par ailleurs leurs limites de connaissances spécifiques sur la dépression *post partum*, ce qui souligne la nécessité de faciliter l'accès à des DPC adaptés, notamment pour les jeunes générations.

Concernant les formations complémentaires en psychiatrie ou en gynécologie, les participants concernés se déclarent vigilants face aux symptômes anxio-dépressifs, mais estiment néanmoins ne pas disposer de connaissances suffisantes sur la dépression *post-partum*. Ce paradoxe suggère que cette pathologie reste insuffisamment intégrée dans ces programmes spécialisés.

La quasi-totalité des répondants (99 %) déclarent connaître la dépression *post partum*, ce qui traduit une sensibilisation généralisée à cette condition parmi les pharmaciens et préparateurs en pharmacie. Un cas isolé, celui d'une pharmacienne adjointe de la tranche d'âge 36–50 ans, a toutefois indiqué ne pas en avoir connaissance malgré une participation régulière au DPC. Cette situation souligne que la santé mentale périnatale reste encore insuffisamment abordée dans les formations continues. Bien que cette professionnelle ait déjà reconnu certains signes et pris en charge quelques patientes, l'absence de familiarité avec le terme même de dépression *post partum* illustre un décalage entre la pratique quotidienne et la connaissance théorique.

Les réponses recueillies indiquent que 83 % des pharmaciens et préparateurs en pharmacie estiment ne pas avoir suffisamment de connaissances sur la dépression *post partum*. Seuls 17 % considèrent disposer d'un niveau suffisant, mais aucun d'entre eux n'a suivi de formation spécialisée en psychiatrie ou en gynécologie. Cette confiance pourrait donc être davantage liée à leur expérience pratique qu'à une formation spécifique. Parmi ce groupe, environ la moitié sont des pharmaciens titulaires, et les répondants sont répartis de manière quasi équivalente

entre officines rurales et urbaines, ce qui contraste avec d'autres segments de l'étude.

Concernant la prévalence, les perceptions apparaissent très hétérogènes. Parmi les 41 participants ayant surestimé la fréquence de la dépression *post partum* (au-delà de 20 %), la majorité a suivi des formations complémentaires. Ce biais pourrait refléter une conscience accrue des enjeux mais aussi un manque de repères épidémiologiques précis. Ces pharmaciens et préparateurs en pharmacie se distinguent néanmoins par une pratique adaptée : 35 sur 41 orientent systématiquement les patientes vers un médecin, 31 sur 41 recommandent la psychothérapie, et la totalité (41 sur 41) privilégient l'écoute attentive. Aucun ne propose le millepertuis ni de médicaments en vente libre, ce qui témoigne d'une bonne maîtrise des recommandations actuelles. Toutefois, certains (15 sur 41) suggèrent l'homéopathie et (16 sur 41) la phytothérapie, pratiques qui nécessitent un accompagnement d'information pour éviter toute confusion quant à leur efficacité réelle.

À l'inverse, 19 participants sous-estiment la prévalence de la dépression *post partum*, l'évaluant entre 5 % et 10 %. Leur perception réduite de la fréquence de ce trouble peut conduire à une vigilance moindre. Dans ce groupe, un peu plus de la moitié (10 sur 19) orientent les patientes vers un médecin, tandis que tous privilégient l'écoute attentive et la psychothérapie. Aucun n'a proposé de médicaments en vente libre ni de phytothérapie telle que le millepertuis, ce qui traduit une prudence justifiée vis-à-vis des traitements non validés. Toutefois, leur faible propension à recommander une prise en charge médicale systématique peut retarder l'orientation des patientes nécessitant une attention urgente.

Enfin, 40 répondants ont correctement estimé la prévalence de la dépression *post partum* entre 10 % et 20 %. Ces participants montrent une compréhension claire des enjeux et privilégient une prise en charge adaptée : écoute attentive, orientation systématique vers un médecin et encouragement à consulter des professionnels qualifiés. Leur approche sérieuse et empathique s'inscrit pleinement

dans les recommandations actuelles. Toutefois, un renforcement de la formation continue, notamment sur les traitements complémentaires validés scientifiquement, permettrait d'harmoniser encore davantage les pratiques.

Par ailleurs, la connaissance des signes cliniques de la dépression *post partum* reste incomplète. Certains symptômes majeurs sont bien identifiés, mais une confusion persiste autour de facteurs associés. Ce constat met en évidence le besoin de supports pédagogiques clairs permettant de distinguer facteurs de risque avérés et représentations erronées. La vigilance face aux signes anxio-dépressifs varie selon l'âge. Les pharmaciens et préparateurs les plus jeunes (18–25 ans) montrent une vigilance moindre, probablement liée à leur manque d'expérience, mais cette attention pourrait s'accroître au fil de leur carrière. À l'inverse, les professionnels de plus de 50 ans, bien que très expérimentés, paraissent parfois moins systématiques dans leur vigilance, ce qui pourrait s'expliquer par une répartition différente des tâches en officine ou par une sensibilisation plus récente à la santé mentale périnatale.

Sur les 102 répondants, seuls 4 déclarent connaître l'EPDS. Cet outil validé, largement recommandé pour le dépistage, reste donc quasi inconnu en officine. Une telle méconnaissance limite la capacité des pharmaciens et préparateurs en pharmacie à repérer précocement les patientes à risque, alors même que l'EPDS constitue un support simple et efficace pour le dépistage. Ce manque de connaissance ne reflète pas un désintérêt, mais plutôt l'absence d'intégration de l'EPDS dans la formation initiale et continue. L'inclusion de modules spécifiques dans le DPC permettrait de familiariser les professionnels avec cet outil et d'encourager son utilisation en pratique courante, renforçant ainsi le rôle de l'officine dans le repérage de la dépression *post partum*.

Par ailleurs, l'absence de prise en charge de certaines patientes par les pharmaciens et préparateurs en pharmacie peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Le manque de formation spécifique et d'outils adaptés pour identifier la dépression *post partum* constitue une limite majeure. À cela s'ajoutent parfois la réticence des

patientes à aborder ce sujet en officine et une fréquentation moins régulière des pharmacies durant la période post natale, réduisant les opportunités de repérage. À l'inverse, certains professionnels déclarent accompagner régulièrement des patientes, parfois plus de cinq par an. Cette fréquence plus élevée pourrait être liée à une affluence importante dans certaines officines ou à une sensibilisation accrue des équipes au repérage des signes de vulnérabilité psychologique.

En observant deux groupes de professionnels, ceux ayant déjà pris en charge des femmes souffrant de dépression *post partum* et ceux qui n'ayant pas encore eu cette expérience, on peut dégager plusieurs tendances intéressantes : concernant les pratiques d'orientation, l'expérience de prise en charge influence la diversité des ressources mobilisées. Tous s'accordent sur l'importance d'orienter vers des acteurs de première ligne tels que le médecin traitant ou la sage-femme, mais ceux ayant déjà pris en charge des patientes orientent davantage vers des spécialistes (gynécologues, psychologues) ou vers des structures de soutien (PMI, associations). La différence observée sur l'orientation vers les psychologues (62 % contre 50 %) n'est pas forcément significative, mais elle suggère que l'expérience favorise une plus grande sensibilité au soutien psychologique.

Les réponses concernant l'importance de l'initiation d'un traitement médicamenteux montrent une division quasi égale entre les participants. Tous s'accordent toutefois sur l'importance d'une écoute attentive et sur la place centrale de la psychothérapie. Lorsque l'option médicamenteuse est jugée pertinente, les pharmaciens et préparateurs déclarent avant tout orienter la patiente vers le médecin traitant, seul habilité à prescrire. À l'inverse, ceux qui privilégient une approche non médicamenteuse évoquent plutôt des mesures hygiéno-diététiques ou des solutions naturelles. La phytothérapie est parfois suggérée, mais toujours dans une logique de conseil et avec une vigilance particulière, notamment vis-à-vis du millepertuis, en raison de son potentiel d'interactions médicamenteuses.

Dans l'ensemble, les pratiques de prise en charge apparaissent variées, oscillant entre une approche plus médicalisée et des solutions alternatives perçues

comme moins invasives. Cette diversité témoigne à la fois de l'adaptation des pharmaciens et préparateurs en pharmacie aux attentes des patientes et d'un besoin de formation homogène pour harmoniser les pratiques et renforcer la sécurité des prises en charge. Les résultats du questionnaire montrent que les pharmaciens et préparateurs en pharmacie sont sensibilisés à la dépression *post partum* et attentifs aux signes de détresse maternelle. Cependant, des lacunes subsistent, notamment en matière de formation spécifique et d'utilisation des outils de dépistage comme l'EPDS. Cette méconnaissance peut limiter leur capacité à identifier systématiquement les patientes à risque et à les orienter de manière optimale.

L'intégration de formations ciblées sur la santé mentale périnatale, associée à la mise en place de protocoles de dépistage adaptés à l'officine, pourrait renforcer leur rôle dans la prise en charge précoce de la dépression *post partum*. En développant des connaissances plus approfondies et en diversifiant les orientations proposées, les pharmaciens pourraient devenir des acteurs clés du repérage et de l'accompagnement des patientes, contribuant ainsi à une meilleure prévention et à un accès facilité aux soins appropriés.

Au regard de ces résultats, plusieurs recommandations peuvent être formulées afin d'améliorer le rôle de l'officine dans le repérage et la prise en charge de la dépression *post partum*. Elles concernent à la fois la formation initiale et continue, les pratiques professionnelles et la collaboration interdisciplinaire. Un premier axe consiste à renforcer la formation des pharmaciens et préparateurs en pharmacie à l'utilisation de l'EPDS. L'intégration systématique de cet outil validé dans la pratique officinale permettrait de repérer plus efficacement les patientes à risque et de structurer leur orientation vers les professionnels adaptés. Dans la même perspective, le développement de modules dédiés à la santé mentale périnatale dans le cadre du DPC apparaît essentiel. Ces formations devraient aborder l'identification des symptômes, les modalités d'orientation et les limites des différentes approches thérapeutiques, en tenant compte notamment des spécificités liées à l'allaitement.

Il est également nécessaire de mieux sensibiliser les pharmaciens et préparateurs aux ressources de soutien disponibles. La connaissance des associations locales, des groupes de parole ou encore des structures spécialisées telles que les PMI ou les unités périnatales leur permettrait de proposer aux patientes des solutions adaptées à leur situation. L'orientation doit être facilitée par la mise à disposition d'outils pratiques tels que des guides ou des fiches récapitulatives, afin d'assurer un relais efficace vers les psychiatres, psychologues ou CMP.

Au-delà du dépistage, l'officine peut devenir un acteur clé de la prévention. L'implication proactive des pharmaciens et préparateurs en pharmacie dès le *post partum*, par une sensibilisation des jeunes mères et de leur entourage aux premiers signes de la dépression, renforcerait la détection précoce. Dans cette approche, la communication joue un rôle majeur. Le développement de supports accessibles et adaptés, brochures, affiches en officine, campagnes d'information contribuerait à lever le tabou qui entoure encore la dépression *post partum* et à favoriser l'expression des patientes. À cet égard, un document de sensibilisation, élaboré dans le cadre de ce travail est présenté en Annexe 3.

Ce flyer constitue un support de sensibilisation destiné aux jeunes mères ainsi qu'à leur entourage. Son objectif est de rendre visibles les signes cliniques et les facteurs de risque de la dépression *post partum*, afin de favoriser un repérage précoce et d'encourager l'orientation vers une aide adaptée. Il rappelle également l'existence de l'EPDS, outil de dépistage simple et validé, et propose des ressources concrètes telles que des numéros d'urgence et des associations spécialisées. La diffusion de ce document en officine, lieu de proximité et de confiance, offre l'opportunité d'assurer une visibilité optimale et de faciliter l'amorce d'un échange avec l'équipe pharmaceutique. Ce type de support contribue ainsi à réduire la méconnaissance qui entoure encore largement la dépression *post partum*, tout en soulignant l'importance de l'entretien postnatal du troisième mois. Néanmoins, son efficacité repose sur l'accompagnement par un dialogue avec un professionnel de santé, garant d'une prise en charge adaptée et personnalisée.

Pour toucher un maximum de personnes, ce flyer sera prochainement disponible dans les pharmacies, grâce à la collaboration avec le transporteur CERP. L'objectif est simple : le déposer en libre accès, près du comptoir ou dans un espace confidentiel, afin qu'il puisse attirer l'attention des mamans, mais aussi de leurs proches. En choisissant l'officine comme lieu de diffusion, on mise sur un environnement de confiance et d'écoute. Ce flyer a également été envoyé à l'ensemble des participants de l'étude. À la suite de leur participation au questionnaire, ils avaient déjà reçu une fiche récapitulative synthétisant les éléments clés relatifs à la dépression *post-partum*. Le flyer, quant à lui, constitue un support pratique qu'ils peuvent désormais utiliser pour sensibiliser leur patientèle. Il s'agit donc de deux moyens complémentaires de transmettre une information claire, fiable et adaptée, tant aux professionnels qu'au grand public.

Pour se faire, trois versions successives de flyer ont été conçues afin de favoriser le repérage et la sensibilisation à la dépression *post partum* en officine. Un premier support recto verso posait les bases du message de prévention et présentait les signes d'alerte, mais son contenu était dense et la mise en page perfectible. Il a servi de point de départ pour identifier les informations clés à conserver (Annexe 4). Une deuxième version a permis d'affiner la hiérarchisation du contenu, de simplifier le vocabulaire et d'améliorer la clarté visuelle (Annexe 5). L'aboutissement du processus se caractérise par une présentation aérée, un langage accessible et une organisation thématique claire. Il met en avant les signes d'alerte, les facteurs de risque, la conduite à tenir et les ressources disponibles (professionnels, associations, numéros d'urgence). C'est ce document qui a été effectivement imprimé et partagé en officine (Annexe 3)

Cette démarche progressive, de l'esquisse initiale au support final, a permis de tester différents formats et d'optimiser à la fois le contenu scientifique et l'ergonomie, afin de fournir aux pharmaciens un outil d'information simple, complet et directement utilisable

Enfin, la qualité de la prise en charge repose sur une meilleure coordination entre les acteurs de santé. Encourager le travail en réseau entre pharmaciens, médecins généralistes, sages-femmes et psychologues garantirait un accompagnement global et cohérent. Cet objectif suppose aussi de faciliter l'accès à des formations spécialisées, notamment par le biais de webinaires, de programmes en ligne et de collaborations avec des experts en santé mentale périnatale, adaptés aux contraintes professionnelles des équipes officinales. Ainsi, la mise en œuvre de ces recommandations contribuerait à renforcer la compétence des pharmaciens et préparateurs en pharmacie et à positionner l'officine comme un lieu privilégié de prévention, de repérage et d'accompagnement dans le cadre de la dépression *post partum*.

Un outil complémentaire pertinent pourrait être la mise en place d'un entretien pharmaceutique dédié au *post partum*. Inspiré des entretiens déjà existants en officine (notamment pour l'accompagnement de traitements chroniques), il constituerait un espace d'échange confidentiel et structuré, proposé aux jeunes mères dès les premières semaines après l'accouchement.

Cet entretien a pour objectifs :

- Le repérage précoce de signes évocateurs de dépression *post partum*, à l'aide d'outils validés tels que l'EPDS .
- L'écoute et le soutien psychologique de premier recours, permettant à la patiente d'exprimer ses ressentis et préoccupations ;
- L'apport de conseils personnalisés, notamment en matière de gestion du stress, de sommeil, d'allaitement ou d'alimentation infantile ;
- L'orientation vers des ressources adaptées, qu'il s'agisse de professionnels de santé, d'associations ou de structures spécialisées ;
- Le rappel du suivi postnatal médical, en particulier l'entretien obligatoire du troisième mois.

Accessible sans rendez-vous, directement en pharmacie, ce dispositif renforcerait le rôle du pharmacien comme acteur de prévention et de dépistage précoce, tout en contribuant à réduire l'isolement des jeunes mères et à favoriser une prise en charge adaptée. Une trame d'entretien semi-directif est proposée en annexe afin d'illustrer concrètement la faisabilité de cette démarche. (cf. Annexe 5)

Conclusion

La dépression *post partum* représente un véritable enjeu de santé publique, non seulement en raison de sa prévalence, mais aussi pour ses répercussions profondes sur les mamans, leurs enfants et leur entourage. À travers cette thèse, nous avons tenté de mieux comprendre cette pathologie complexe, en explorant ses différentes dimensions : des facteurs de risque aux symptômes cliniques, en passant par les stratégies de prévention et les options thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses ou non.

Mon travail a mis en lumière le rôle essentiel du pharmacien dans l'accompagnement des femmes en *post partum*. En tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien peut devenir un interlocuteur privilégié, capable de repérer précocement les signes de dépression *post partum* et d'offrir un premier soutien bienveillant. La mise en place d'un entretien pharmaceutique spécifique, tel que proposé dans cette thèse, offrirait aux mamans un espace d'écoute, d'empathie où elles pourraient aborder librement des sujets souvent sensibles.

L'intégration d'un questionnaire adapté, incluant notamment l'Échelle d'Édimbourg, renforcerait l'efficacité de cet entretien. En plus de favoriser un dépistage précoce, il permettrait d'orienter rapidement les mamans en difficulté vers des professionnels spécialisés. Cet outil constituerait également un puissant levier de sensibilisation, en touchant non seulement les mères, mais aussi leur entourage, contribuant ainsi à lever le voile sur la dépression *post partum*, encore trop souvent taboue.

Mon étude a également souligné l'importance de renforcer la formation des pharmaciens sur cette thématique. En leur offrant des ressources pratiques tels que des flyers, des formations ciblant la dépression *post partum* et en les sensibilisant aux enjeux de la santé mentale périnatale, nous pourrions significativement améliorer la prise en charge des mères en officine.

En conclusion, cette thèse propose une approche qui place le pharmacien au cœur du parcours de soin des femmes en *post partum*. En transformant l'officine en un lieu de ressource, accessible et bienveillant, nous participons activement à la prévention de la dépression *post partum* et à l'amélioration du bien-être des mamans. Pour aller plus loin, il sera toutefois essentiel de poursuivre les recherches et d'évaluer concrètement l'impact de cet entretien pharmaceutique sur le terrain, afin d'affiner les pratiques et d'en maximiser les bénéfices pour la santé publique.

Bibliographie

1. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. *Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence*. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-1083.
2. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. *Perinatal Depression* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-22 [cité le 11 sept. 2025]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
3. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. *Perinatal Depression* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-22 [cité le 11 sept. 2025]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
4. Deneux-Tharaux C, Saucedo M, Etudes et enquêtes. *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018*. Santé Publique France; 2024. PMID / données Internet [Internet]. Publié le 3 avril 2024 [consulté le 11 sept. 2025].
5. Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord*. 2015 Feb;175:34–52.
6. Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord*. 2015 Feb;175:34–52.
7. Blondel B, Lelong N, Drewniak N, Pilkington H, Zeitlin J. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum : données de l'enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. *Bull Epidemiol Hebd*. 2023;(18):321-31.
8. Villegas L, McKay K, Dennis CL, Ross LE. Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: a systematic review. *J Rural Health*. 2011 Summer;27(3):278-88.
9. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharaux C, Boudet-Berquier J, et al. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum : données de l'Enquête nationale

- périnatale 2021 en France hexagonale. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(18):348-60.
10. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *J Affect Disord.* 2019 Jan;52:165-80.
 11. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharoux C, Boudet-Berquier J, et al. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(18):348-360.
 12. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharoux C, Boudet-Berquier J, et al. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(18):348-360.
 13. Maguire J. Hormonal and immunological factors in postpartum psychosis. *J Affect Disord.* 2020; S0165-0327(15)00827-1.
 14. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Apr;200(4):357-64.
 15. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019 Jan;52:165-180.
 16. Scotta G. Ocytocine et dépression du post-partum : état des connaissances et revue non exhaustive de la littérature [thèse de master]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2019.
 17. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019 Jan;52:165-180.
 18. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016 Jan;77:153-66.
 19. Melón LC, Hooper A, Yang X, Moss SJ, Maguire J. Inability to suppress the stress-induced activation of the HPA axis during the peripartum period engenders deficits in postpartum behaviors in mice. *Psychoneuroendocrinology.* 2018 Apr;90:182-93.

20. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019 Jan;52:165-180.
21. Chai Y, Tong M, Strigo IA, et al. The value of HPA axis hormones as biomarkers for screening and early diagnosis of postpartum depression. *Front Psychiatry.* 2022 Mar 14;13:839248.
22. Plieger T, Lepper J, Klein A, Reuter M. Effects of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and subjective birth experience on the risk of postpartum depression and maternal bonding. *Psychoneuroendocrinology.* 2023 Feb;148:105995.
23. Pinsonneault JK, Al'Absi M, Heckers S, et al. Association study of the estrogen receptor gene ESR1 with symptoms of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology.* 2013;38(9):1472-1479. PMC3833886.
24. Li J, Li C, Zhou Y, et al. 5HTTLPR polymorphism and postpartum depression risk: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2020 Sep 25;99(39):e22319.
25. American Psychological Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* [Internet]. APA; 2019 [cité le 11 sept. 2025]. Disponible sur : <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
26. American College of Obstetricians and Gynecologists. Headaches in pregnancy and postpartum: ACOG clinical practice guideline no. 3. *Obstet Gynecol.* 2022;140(5):915–33.
27. Moldenhauer JS. Postpartum Depression. MSD Manuals Professional Version [Internet]. MSD Manuals; revu avril 2024, modifié juin 2024 [consulté le 11 sept. 2025]. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/postpartum-care-and-associated-disorders/postpartum-depression>
28. Righetti-Veltema M, Nanzer N, Conne-Perréard E, Manzano J. Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum? *Rev Med Suisse.* 2007;110(3):186-9.
29. Field T. Maternal depression and infant development: mother–infant interactions and interventions. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1–6.

30. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19:312.
31. Bernard-Bonnin AC. Maternal depression and child development. *Paediatr Child Health*. 2004;9(8):575-583. PMC2724169.
32. Moldenhauer JS. Postpartum Depression. MSD Manuals Professional Version [Internet]. MSD Manuals; revue avril 2024, modifiée juin 2024 [consulté le 11 sept. 2025].
33. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. *Perinatal Depression* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-22
34. Pao C, Olsen J, Bustamante AV, D'Angelo DV, Vibbert M, Bryant AR, et al. Postpartum depression and social support in a racially/ethnically diverse population. *J Affect Disord*. 2018 Jul;240:149-157. PMC6800248.
35. Almond P. Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspect Public Health*. 2009 Sep;129(5):221-7.
36. Beck CT. Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85
37. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
38. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-1083.
39. Beck CT. Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85
40. Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue*. 2013.
41. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019;70:183-196.
42. Chapman SL, Wu LT. *Postpartum substance use and depressive symptoms: a review*. *Women Health*. 2013;53(5):479–503.

43. Moldenhauer JS. Dépression du post-partum. Le Manuel MSD Version pour professionnels de la santé [Internet]. Révisé avril 2024, modifié juin 2024 [consulté le 11 sept. 2025].
44. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150(6):782-6
45. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge — Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS; 2017 Octobre.
46. Beck AT, Dozois DJ. Cognitive therapy: current status and future directions. *Annu Rev Med*. 2011;62:397-409.
47. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). *Mon soutien psy : augmentation du nombre de séances remboursées*. Service-Public.fr [Internet]. 2025 Mar 18 [cité le 11 sept. 2025].
48. Frieder A, Stika CS, Kim J, Wisner KL. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Clinical, Psychological, and Neurobiological Perspectives. *Front Psychiatry*. 2019;10:547.
49. Fitelson E, Kim S, Baker J, Leight K, Ross E. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological, and biological perspectives. *Depress Res Treat*. 2010;2010:676353.
50. Gressier F, Isnard P, etc. Postpartum electroconvulsive therapy : a systematic review. *Journal ...* 2015; (Abstract)
51. Ryan D, Li S, Mason V, Joseph S, Muller D. Depression during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(1):77-98. PMC1479513.
52. CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Antidépresseurs – Grossesse [Internet]. Paris : CRAT; 2021 3 fév [mise à jour le 30 mars 2023] [consulté le 11 sept. 2025].
53. Chan J, et al. Risks of untreated depression in pregnancy. *Can Fam Physician*. 2014;60(3):242-3. PMID: 24627378.
54. Chan J, et al. Risks of untreated depression in pregnancy. *Can Fam Physician*. 2014;60(3):242-3. PMID: 24627378.

55. Kim DR, Connelly CD, Rucci P, et al. Prenatal interpersonal psychotherapy versus treatment as usual in pregnant women: results from a randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2010 Jul;27(7):675-84. PMC2724171.
56. CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Antidépresseurs – Grossesse [Internet]. Paris : CRAT; 2021 3 fév [mise à jour le 30 mars 2023] [consulté le 11 sept. 2025].
57. CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Antidépresseurs – Allaitement [Internet]. Paris : CRAT; 2021 03 fév [mise à jour le 30 mars 2023] [consulté le 11 sept. 2025].
58. Haute Autorité de Santé. Décision n° 2025.0136/DC/SEM du 10 juin 2025 – Zurzuva (zuranolone) – accès précoce dans l'indication « traitement de la dépression sévère du post-partum » [Internet]. Paris : HAS; 2025 [consulté le 11 sept. 2025].
59. Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Freeman MP, et al. Effect of Zuranolone vs Placebo in Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2021 Jun;78(9):951-959. PMC8246337.
60. Deligiannidis KM, Bullock A, Nandy I, Dunbar J, Lasser R, Witte M, Leclair B, Wald J. Zuranolone Concentrations in the Breast Milk of Healthy, Lactating Individuals: Results From a Phase 1 Open-Label Study. *J Clin Psychopharmacol*. 2024 Jul-Aug;44(4):337-44.
61. Frieder A, Fersh M, Hainline R, Deligiannidis KM. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs*. 2019 Mar;33(3):265-82.
62. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Rôle du pharmacien. Cespharm — Éducation pour la santé [Internet]. Paris : CNOP; 30 Jan 2025 [consulté le 11 sept. 2025].
63. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Rôle du pharmacien. Cespharm — Éducation pour la santé [Internet]. Paris : CNOP; 30 Jan 2025 [consulté le 11 sept. 2025].
64. Chapuis Bourset A. Évolution de la délivrance des antidépresseurs durant la grossesse chez les femmes traitées au préalable : une étude nationale

- observationnelle [mémoire de Master]. Clermont-Ferrand : Université Clermont-Auvergne, Faculté de Médecine; 2017. DUMAS, hal-01821641.
65. Chad J, Wisner KL, et al. Update on antidepressant use during breastfeeding. *CNS Drugs*. 2013;27(10):771–780.
66. DREES. Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2025. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2025. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/250728-DATA-demographie-des-professionnels-de-sante>
67. HAS. Décision n° 2025.0136/DC/SEM du 10 juin 2025 du Collège de la Haute Autorité de Santé portant refus d'accès précoce de la spécialité ZURZUVAE (zuranolone). HAS; 2025. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3632463/en/decision-n2025-0136/dc/sem-du-10-juin-2025-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-refus-d'accès-precoce-de-la-specialite-zurzuvae-zuranolone?xtcr=3&xtmc=

Annexe

Annexe 1 : l'EDC selon le DSM-V

Annexe 4. Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction)

<p>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. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.</p> <p>(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). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.</p> <p>(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).</p> <p>(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. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.</p> <p>(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.</p> <p>(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).</p> <p>(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.</p> <p>(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).</p> <p>(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).</p> <p>(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.</p> <p>B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.</p> <p>NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.</p> <p>NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tiennent compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.</p> <p>Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.</p> <p>D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.</p> <p>E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.</p>

Annexe 2 : l'EPDS

Date du jour :	Lieu de consultation :
Votre nom :	Nom du consultant :
Votre prénom :	
Votre date de naissance :	Date de naissance de votre bébé :
Votre adresse :	Votre N° de Tel :

Questionnaire EPDS d'évaluation d'un état dépressif « Edinburg Postnatal Scale »

Vous venez d'avoir un bébé.
Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

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

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

(1-) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

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

(2-) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

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

(3-) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

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

(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

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

(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

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

(6-) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

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

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

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

(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse

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

(9-) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

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

(10-) Il m'est arrivé de penser à me faire mal

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

Annexe 3 : Proposition d'un outil de vigilance pour une patiente enceinte / allaitante / post partum à l'officine.



LA DÉPRESSION POST PARTUM

PARLONS-EN

QUELS SONT LES SIGNES CLÉS ?

- Profonde tristesse
- Symptômes anxieux
- Dévalorisation et culpabilité
- Ralentissement psychomoteur
- Pensées négatives et envies suicidaires
- Refus de passer du temps avec son enfant
- Relation mère/enfant perturbée
- Relations conflictuelles
- Isolement social
- Absence de support familial

LES FACTEURS DE RISQUES

- Antécédent de dépression (*post partum*)
- Antécédent de troubles psychologiques
- Troubles anxieux pendant la grossesse
- Évènement de vie stressant pendant la grossesse
- Complications obstétricales
- Isolement social
- Relation conflictuelle dans l'environnement
- Difficulté ou absence d'allaitement

AU MOINDRE DOUTE, FAITES-VOUS DÉPISTER VIA LE TEST EPDS

EN CAS DE BESOIN

PRÉVENTION SUICIDE
24h/24 & 7j/7
3114

ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES

- 1000 PREMIERS JOURS
- PHARMALAIT
- MAMAN BLUES
- ENFANCE & PARTAGE

ENTRE
10% & 20%
DES FEMMES SONT TOUCHÉES ET JUSQU'À
12 MOIS
APRÈS LEUR ACCOUCHEMENT...

PENSEZ À FAIRE VOTRE ENTRETIEN POST-NATAL DU 3ÈME MOIS !

ALLO PARENTS BÉBÉ
10H-13H / 14H-18H DU LUNDI AU VENDREDI
0 800 003 465

REPÉRER LA DEPRESSION POST PARTUM ET LES PREMIERS SIGNES

EN TANT QUE PROFESSIONNEL DE SANTÉ, VOUS
ÊTES LE PREMIER À POUVOIR REPÉRER LES
SIGNES



PLUS D'UNE FEMME SUR DIX EST
TOUCHÉ PAR LA DPP



10 À 20% DE LA POPULATION
DES LA NAISSANCE -> 12 MOIS POSTPARTUM
UN MOYEN RAPIDE -> EPDS
SUIVI -> ENTRETIEN POSTNATALE
 DÉTECTION PRÉCISE ÉVITE LES CONSÉQUENCES
 GRAVE
1 FEMME / 2 N'EST PAS DIAGNOSTIQUÉ



VIGILANCE SUR DES SIGNES CLÉS :

PROFONDE TRISTESSE
SYMPTÔMES ANXIEUX
DÉVALORISATION / CULPABILITÉ
RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR
PENSÉES NÉGATIVES / IDS
REFUS DE PASSER DU TEMPS AVEC SON ENFANT
RELATION MÈRE ENFANT PERTURBÉE
IMPACT SUR LE NOURISSON
RELATION CONFLICTUELLE DANS L'ENVIRONNEMENT
ISOLEMENT SOCIAL
ABSENCE DE SUPPORT FAMILIAL



CETTE FEMME PRÉSENTE-ELLE DES FACTEURS DE RISQUE CONNUS ?

ANTÉCÉDENT DE DÉPRESSION (POSTPARTUM)
ANTÉCÉDENT DE TROUBLES PSYCHOLOGIQUES
TROUBLES ANXIEUX PENDANT LA GROSSESSE
ÉVÈNEMENT DE VIE STRESSANT PENDANT LA GROSSESSE
COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES
ISOLEMENT SOCIAL
RELATION CONFLICTUELLE DANS L'ENVIRONNEMENT
DIFFICULTÉ / ABSENCE D'ALLAITEMENT

QUE FAIRE ?

ÊTRE À L'ÉCOUTE
NE PAS MINIMISER
INFORMER SUR LE SUJET
PROPOSER DES RESSOURCES
ORIENTER

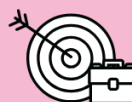


ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES

MAMAN BLUES : [HTTPS://WWW.MAMAN-BLUES.FR/](https://www.maman-blues.fr/)
ENFANCE ET PARTAGE : [HTTPS://ENFANCE-ET-PARTAGE.ORG/](https://enfance-et-partage.org/)
1000 PREMIERS JOURS : [HTTPS://WWW.1000-PREMIERS-JOURS.FR/](https://www.1000-premiers-jours.fr/)

1

RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES



MÉDECIN GÉNÉRALISTE
GYNÉCOLOGUE
SAGE FEMME
PSYCHOLOGUE
PSYCHIATRE
PÉDIATRE
PMI (PROTECTION MATERNELLE INFANTIL)
ASSISTANTE SOCIALE

3

NUMÉROS D'URGENCE

3114 : NUMÉRO DE PRÉVENTION DU SUICIDE 24/24 7/7
0800003456 : ALLO PARENTS BÉBÉ 10H-13H / 14H-18H LUN- VEND



Annexe 5 : Flyer d'essai n°2


DÉPRESSION POSTPARTUM :

VOUS N'ÊTES PAS SEULS, PARLONS-EN

1. SIGNES CLÉS

- PROFONDE TRISTESSE 
- SYMPTÔMES ANXIEUX
- DÉVALORISATION 
- CULPABILITÉ
- RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR 
- PENSÉES NÉGATIVES / IDÉES SUICIDAIRES
- REFUS DE PASSER DU TEMPS AVEC SON ENFANT
- RELATION MÈRE ENFANT PERTURBÉE
- RELATION CONFLICTUELLE DANS L'ENVIRONNEMENT 
- ISOLEMENT SOCIAL
- ABSENCE DE SUPPORT FAMILIAL 

2. FACTEURS DE RISQUES

- ANTÉCÉDENT DE DÉPRESSION (POST PARTUM)
- ANTÉCÉDENT DE TROUBLES PSYCHOLOGIQUES
- TROUBLES ANXIEUX PENDANT LA GROSSESSE
- ÉVÈNEMENT DE VIE STRESSANT PENDANT LA GROSSESSE
- COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES
- ISOLEMENT SOCIAL
- RELATION CONFLICTUELLE DANS L'ENVIRONNEMENT 
- DIFFICULTÉ / ABSENCE D'ALLAITEMENT

3. NUMÉROS D'URGENCE

3114

NUMÉRO DE PRÉVENTION DU SUICIDE

24/24 7/7

0800003456

ALLO PARENTS BÉBÉ
10H-13H / 14H-18H LUN- VEND



4. ASSOCIATIONS

MAMAN BLUES

ENFANCE ET PARTAGE

1000 PREMIERS JOURS

PHARMALAIT



**SAVIEZ VOUS QUE LA
DÉPRESSION POST PARTUM
C'EST :**

10 À 20%
DES FEMMES

JUSQU'À

12 MOIS

APRÈS
L'ACCOUCHEMENT

**AU MOINDRE DOUTES
FAITES VOUS DÉPISTER :**



EPDS

EN PARLER C'EST SE LIBÉRER



**AVEZ VOUS
REALISÉ
VOTRE
ENTRETIEN
POSTNATAL
DU 3È MOIS**



Annexe 6 : Entretien semi directif

Accueil et introduction

- « Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? »
- « Comment se passe votre retour à la maison avec bébé ? »

État de santé de la maman

- « Avez-vous des douleurs physiques persistantes depuis l'accouchement ? » (cicatrice, douleurs pelviennes, etc.)
- « Comment évaluez-vous votre niveau de fatigue ? » (échelle de 1 à 10)
- « Prenez-vous toujours vos traitements prescrits après l'accouchement ? » (fer, vitamines, contraception, etc.)

État mental de la maman

- « Avez-vous eu des moments de tristesse ou de découragement ces dernières semaines ? »
- « Ressentez-vous parfois de l'anxiété ou du stress face à votre nouvelle vie ? »
- « Avez-vous l'impression de profiter de moments de bonheur avec votre bébé ? »
- « Avez-vous un réseau de soutien autour de vous ? » (famille, amis, professionnels de santé)

Vie quotidienne et organisation

- « Arrivez-vous à trouver du temps pour vous reposer ou faire des activités pour vous ? »
- « Comment se passe l'organisation à la maison ? » (partage des tâches, adaptation de la routine)

Alimentation et suivi du bébé

- « Quelle est l'alimentation actuelle de votre bébé ? » (allaitement, biberon, mixte)
- « Si vous allaitez, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? » (douleurs, lactation, positionnement)
- « Comment se passent les repas de votre bébé ? » (appétit, régularité, satisfaction)
- « Votre bébé dort-il bien ? »

Prévention et conseils

- « Avez-vous eu l'occasion de parler avec un professionnel de santé de votre ressenti ? »

- « Souhaitez-vous des conseils sur l'alimentation, le sommeil ou le bien-être de votre bébé ? »
- « Avez-vous besoin d'informations sur les ressources de soutien disponibles ? » (soutien psychologique, groupes de parole, PMI)

Conclusion

- « Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler ou qui vous préoccupe ? »
- « N'hésitez pas à revenir vers nous si vous avez besoin d'aide ou de conseils.»

Université de Lille

UFR3S-Pharmacie

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2025/2026

Nom : KEUNEBROCK

Prénom : Pauline

Titre de la thèse : **La repérage et la prise en charge de la dépression *post partum* à l'officine**

Mots-clés : Dépression *post partum* – Pharmacien – Officine – Dépistage – DSM-V – Prise en charge – EPDS – Allaitement – Antidépresseurs – Grossesse – Périnatalité – Prévention – Santé mentale – Mère-enfant – Pharmacie clinique – Santé publique

Résumé : La dépression *post partum* constitue la complication la plus fréquente de l'accouchement, touchant 10 à 20 % des femmes en France. Ses répercussions sont majeures : souffrance maternelle, altération du lien mère-enfant, troubles du développement de l'enfant. Ce travail explore le repérage et la prise en charge de cette pathologie à l'officine. Une étude quantitative, menée auprès de 102 pharmaciens et préparateurs d'officine, évalue leurs connaissances, leur rôle dans le dépistage et l'accompagnement des patientes, ainsi que leur formation. Les résultats soulignent des lacunes de sensibilisation mais aussi un fort potentiel d'action. L'analyse met en avant l'importance d'une formation ciblée, d'outils adaptés (EPDS, entretiens pharmaceutiques) et d'une collaboration interprofessionnelle pour améliorer la détection précoce et l'orientation des patientes. Cette thèse propose des pistes pour renforcer l'implication des pharmaciens, maillons de proximité essentiels dans la prévention et le suivi de la dépression *post partum*.

Membre du jury :

Président : Mr Christophe Carnoy, Professeurs des Universités, Immunologie, Département de Pharmacie, UFR3S, Lille.

Directrice de thèse : Mme Elodie Cuvelier, Maitre de conférences et Praticien hospitaliers, Pharmacologie, Pharmacocinétique, et Pharmacie clinique, Département de Pharmacie, UFR3S, Lille.

Co-Directrice de thèse : Mme Hélène Carrié, Maitre de conférences des universités, Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique, UFR3S, Lille.

Membre extérieur : Mme Victoire Cochez, Pharmacien adjoint à Hénin Beaumont.