

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

Soutenue publiquement le 8 janvier 2026

Par Madame JOLLY Orlane

**Dépistage de la Dépression du Post-Partum et Pharmacien d'Officine :
Dépister pour mieux traiter**

Membres du jury :

Président : Monsieur DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille - Praticien hospitalier au CH de Loos – Haubourdin

Assesseur(s) : Monsieur FRIMAT Bruno, Maître de conférences associé en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille – Pharmacien – Praticien Hospitalier au CH de Lens.

Membre(s) extérieur(s) : Madame DEROISSART Marie, Docteur en Pharmacie – Pharmacienne adjointe, Pharmacie de l'Hôtel de Ville, Lille

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

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
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
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85

Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

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
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
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

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

I. iv.	II. Nom	III. Prénom	IV. Service d'enseignement	V. Section VI. 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	

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	

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

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille

03 20 96 40 40

<https://pharmacie.univ-lille.fr>

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

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de ce travail est le fruit de nombreuses collaborations et d'un soutien précieux. Je souhaite exprimer ma plus sincère gratitude à toutes les personnes qui y ont contribué, de près ou de loin.

À **Monsieur le Professeur Thierry DINE**, je suis particulièrement honorée que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse. Je vous remercie du temps et de la considération que vous avez bien voulu accorder à l'examen de mon travail.

À **Monsieur le Docteur Bruno FRIMAT**, mon directeur de thèse, je vous adresse mes remerciements les plus chaleureux pour votre accompagnement tout au long de ce travail. Votre implication constante, votre suivi rigoureux et vos précieux conseils ont été déterminants dans la réalisation de ce projet. Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés.

À **Madame le Docteur Marie DEROISSART**, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Au-delà de ton rôle dans cette soutenance, je t'exprime ma gratitude pour ton aide précieuse, ta bienveillance, et la transmission de tes connaissances tout au long de mes études et de mon travail en officine. Tu m'as permis de gagner en assurance et de devenir une pharmacienne compétente. Merci infiniment pour la confiance que tu m'as accordée. Les vendredis et samedis pharmacie vont me manquer.

À l'ensemble des **pharmaciens ayant participé à cette étude**, sans votre collaboration essentielle, ce travail de recherche n'aurait pu voir le jour.

À **Madame le Docteur Aline PICARD**, merci pour votre accompagnement dans la conception des flyers et pour le temps que vous avez bien voulu m'accorder.

À **Madame le Docteur Isabelle BODEIN**, merci pour votre soutien méthodologique indispensable à ce type d'étude.

À **Madame le Docteur Nathalie CLEMENT**, merci pour votre aide précieuse dans les premières étapes de la rédaction de ma thèse. Vos commentaires et suggestions ont été d'une grande utilité.

À mes amis, **Lucie, Nolwenn et Antoine**, merci pour votre aide concrète dans certaines parties du travail et pour la qualité de vos relectures.

À la **Pharmacie de l'Hôtel de Ville** et à **Madame le Docteur Cécile SANTERNE**, merci de m'avoir accueillie au sein de votre officine et de m'avoir enseigné ce magnifique métier pendant toutes ces années. Merci à mes collègues **Marie, Mélanie, Florine, Sevgi, Elise, Laurine et Jeanne** pour leur gentillesse, patience, bienveillance et tous ces moments de joie.

J'associe également à ces remerciements Elisabeth, **Mylène, Laïla, Emma, Amandine**, pour les moments partagés.

À la **Pharmacie Emmanuel Leclercq** et à **Monsieur le Docteur Emmanuel LECLERCQ**, merci de m'accueillir au sein de votre officine afin de réaliser mon stage officinal, concrétisant ces six années d'études.

À **mes parents**, votre amour inconditionnel, votre soutien sans faille et la confiance que vous m'avez accordée durant ces six années d'études ont été ma plus grande force. Sans vous, rien n'aurait été possible.

À **mon frère Léandre, ma sœur Marie-Myriam et ma belle-sœur Inès** merci d'être ceux que vous êtes. Votre présence à mes côtés, même à distance, a été essentielle.

À **mes grands-parents**, merci pour votre soutien et votre amour. Je pense à vous chaque jour.

À **mes oncles et tantes**, votre soutien indéfectible et les moments de détente offerts lors de nos vacances et week-ends m'ont toujours permis de revenir ressourcée et motivée pour mes études. Merci pour votre amour et votre confiance.

À **Gaëtan**, les mots ne suffisent pas pour exprimer ma gratitude pour l'amour que tu m'apportes. Merci pour ton soutien constant et ta patience. Ta présence est un pilier au quotidien.

À **ma belle-famille**, merci d'être à nos côtés et pour les précieux moments de joie que nous partageons.

À ma meilleure amie, **Elise**, merci pour ton amitié si précieuse. Ton accompagnement, ta présence et ton soutien, y compris dans les moments les plus difficiles de mes études, ont été irremplaçables. Nos moments partagés sont gravés à jamais dans ma mémoire.

À **Léane**, merci pour ton soutien et ta disponibilité. Notre relation m'est très chère.

À tous mes amis, futurs Docteur en Pharmacie : **Lucie, Nolwenn, Mégane, Antoine, Julien, Manuella, Hugo, Elise, Jade, Saniha, Amélie, Clélia, Juliane, Simon, Emma, Charles**. Ces six années d'études, qu'elles aient été studieuses ou festives, furent un bonheur à vos côtés.

À mes amis, **Manon, Thomas, Jean-Nicolas, Nadège, Hugo, Pauline**, merci pour votre amitié et pour tous les moments exceptionnels que nous avons passés ensemble.

À toutes et tous, j'exprime ici ma reconnaissance la plus profonde et ma gratitude sincère.

Table des matières

REMERCIEMENTS	12
INTRODUCTION.....	21
I. GENERALITES.....	21
A. DEFINITIONS SELON LE DSM-5(1)	21
B. PREVALENCE.....	21
C. FACTEURS DE RISQUE.....	21
D. CONSEQUENCES.....	22
II. DEPISTAGE, DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS, PRISE EN CHARGE.....	22
A. DEPISTAGE	22
B. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	23
1. <i>Le baby blues(13,14)</i>	23
2. <i>La psychose puerpérale(5,13,15)</i>	23
3. <i>Les troubles anxieux(5,13,16)</i>	23
C. PRISE EN CHARGE	24
1. <i>Psychothérapies(18–20)</i>	24
2. <i>Antidépresseurs(18–26)</i>	25
3. <i>Bréxanolone et zuranolone(27,28)</i>	26
III. ROLE DU PHARMACIEN D’OFFICINE DANS LE DEPISTAGE DE LA DEPRESSION DU POST- PARTUM	27
A. PHARMACIEN D’OFFICINE : UN PROFESSIONNEL DE SANTE DE PROXIMITE (29).....	27
B. QUESTION DE RECHERCHE	27
C. OBJECTIF DE RECHERCHE.....	28
SCHEMA, MATERIEL ET METHODE	28
I. CONCEPTION DE L’ETUDE	28
II. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE	28
A. POPULATION	28
B. PARTICIPANTS ET RECRUTEMENT	28
C. MODE DE RECUEIL	29
D. ENTRETIENS.....	29
III. ANALYSE DES ENTRETIENS	29
A. RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS.....	29
B. ANALYSE DES DONNEES	30

C.	CONSIDERATIONS ETHIQUES	30
D.	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	30
ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS AVEC LES PHARMACIENS - RESULTATS.....		31
I.	ROLE DU DEPISTAGE DANS LE METIER DE PHARMACIEN	31
A.	FREQUENCE DES DEPISTAGES	31
B.	LE DEPISTAGE : UNE EVOLUTION DANS LE METIER DU PHARMACIEN D'OFFICINE.....	31
1.	<i>Un métier qui évolue vers le dépistage et la prévention</i>	<i>31</i>
2.	<i>Un rôle renforcé par l'accessibilité et la proximité.....</i>	<i>32</i>
3.	<i>Importance du dépistage par le pharmacien.....</i>	<i>32</i>
II.	CONNAISSANCE ET VISION DU PHARMACIEN SUR LA DEPRESSION DU POST-PARTUM (DPP) ..	33
A.	AUTO-EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PHARMACIENS	34
1.	<i>Un sentiment global de manque de connaissances.....</i>	<i>34</i>
2.	<i>Une formation universitaire jugée lacunaire.....</i>	<i>34</i>
3.	<i>Un recours à l'expérience personnelle et professionnelle</i>	<i>34</i>
4.	<i>Des situations évoquant une DPP sans diagnostic formel.....</i>	<i>35</i>
B.	EXPERIENCE VIS-A-VIS DE LA PATHOLOGIE.....	35
1.	<i>Une expérience encore limitée.....</i>	<i>35</i>
C.	DEFINITIONS DE LA DPP SELON LES PHARMACIENS	36
1.	<i>Définition temporelle et physiologique.....</i>	<i>36</i>
2.	<i>Définition centrée sur les symptômes émotionnels et mentaux.....</i>	<i>36</i>
3.	<i>Définitions floues ou approximatives</i>	<i>36</i>
D.	SYMPTOMES IDENTIFIES	37
E.	EPIDEMIOLOGIE ET PREVALENCE	38
F.	RISQUES ET CONSEQUENCES PERÇUES.....	38
G.	PREDISPOSITION	39
1.	<i>Une désorganisation et surcharge du quotidien.....</i>	<i>39</i>
2.	<i>De la fatigue à de la charge mentale accrue.....</i>	<i>40</i>
3.	<i>Un manque de soutien familial.....</i>	<i>40</i>
4.	<i>Impact du déroulement de la grossesse sur la DPP</i>	<i>40</i>
H.	ROLE DE L'ENTOURAGE.....	40
1.	<i>L'importance du soutien de l'entourage.....</i>	<i>41</i>
2.	<i>Les difficultés spécifiques du couple</i>	<i>41</i>
3.	<i>Les proches et la famille élargie</i>	<i>41</i>
I.	ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS LA DPP.....	42
1.	<i>Un rôle central et de proximité</i>	<i>42</i>
2.	<i>Une fonction éducative et rassurante.....</i>	<i>42</i>

3.	<i>Une place privilégiée dans le parcours de soins</i>	42
III.	ATTITUDE DU PHARMACIEN FACE A LA PROBLEMATIQUE	43
A.	LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LE DEPISTAGE DE LA DPP	43
1.	<i>Une place encore floue et insuffisamment définie</i>	43
2.	<i>Un acteur de proximité et de première écoute</i>	44
3.	<i>Un rôle d'accompagnement humain et préventif</i>	44
4.	<i>L'intérêt du dépistage à l'officine</i>	44
B.	DIALOGUE ET ABORD DU SUJET AVEC LA PATIENTE	45
1.	<i>La pharmacie un lieu où les temps d'échange sont privilégiés</i>	45
2.	<i>Une approche progressive et non intrusive</i>	45
3.	<i>De l'écoute, du soutien et de la réassurance</i>	46
C.	L'ENTRETIEN : UN OUTIL DE PREVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT	46
1.	<i>Un prolongement de la prévention post-natale</i>	46
2.	<i>Un cadre souple et libre</i>	47
3.	<i>Le moment pour en parler : saisir les occasions naturelles</i>	47
4.	<i>Favoriser une approche précoce et bienveillante</i>	47
5.	<i>Relais après la fin du suivi sage-femme</i>	48
D.	L'ORIENTATION DE LA PATIENTE AU CŒUR DE LA PRISE EN CHARGE PAR PHARMACIEN	48
1.	<i>Rediriger vers les bons interlocuteurs</i>	48
2.	<i>Fournir des ressources concrètes</i>	48
3.	<i>Communication et coordination interprofessionnelle</i>	49
E.	LE CONSEIL : PARTIE INTEGRANTE DU METIER DE PHARMACIEN	49
1.	<i>Des conseils encore limités et prudents</i>	49
2.	<i>Le conseil par la réassurance</i>	49
IV.	FREINS A L'IDENTIFICATION ET LA PRISE EN CHARGE	50
A.	LES FREINS INTERNES AU PHARMACIEN	50
1.	<i>Le manque de formation et de connaissances spécifiques</i>	50
2.	<i>La peur de mal faire et la sensibilité du sujet</i>	50
3.	<i>Le manque de temps et de disponibilité</i>	51
B.	LES FREINS EXTERNES LIES A LA PATIENTE ET A LA REPRESENTATION	51
1.	<i>Le tabou et la culpabilité maternelle</i>	51
2.	<i>Le déni de la patiente et le manque de confiance</i>	51
3.	<i>Les obstacles interprofessionnels</i>	52
C.	FREINS ORGANISATIONNELS ET STRUCTURELS	52
1.	<i>Absence de protocole officiel</i>	52
2.	<i>Limites du statut et responsabilités professionnelles</i>	53
3.	<i>Le manque de confiance et de communication</i>	53

V.	BESOIN DE FORMATIONS ET D'OUTILS	53
A.	UNE DEMANDE DE FORMATION CLAIRE ET UNANIME	54
1.	<i>Besoin de formation pratique et adaptée à la réalité officinale</i>	<i>54</i>
2.	<i>Un besoin de formation continue, intégrée au parcours professionnel</i>	<i>54</i>
B.	ATTENTES VIS-A-VIS DES SUPPORTS D'AIDE ET D'OUTILS CONCRETS	54
1.	<i>Nécessité de supports synthétiques et fiables</i>	<i>54</i>
2.	<i>Outils pour le repérage et l'orientation.....</i>	<i>55</i>
3.	<i>Outils d'orientation et relais d'information.....</i>	<i>55</i>
C.	UN BESOIN DE RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE	55
1.	<i>Valoriser le rôle du pharmacien dans le repérage précoce.....</i>	<i>55</i>
2.	<i>Intégrer la DPP comme mission de santé publique</i>	<i>56</i>
VI.	CONTENU ATTENDU DES FICHES INFORMATIVES	56
A.	FICHES A DESTINATION DES PHARMACIENS.....	57
1.	<i>Un outil de repérage et d'aide à la communication</i>	<i>57</i>
2.	<i>Des fiches courtes, claires et validées par les autorités.....</i>	<i>57</i>
3.	<i>Format et accessibilité.....</i>	<i>57</i>
B.	FICHES A DESTINATION DES PATIENTES	58
1.	<i>Informers sans inquiéter.....</i>	<i>58</i>
2.	<i>Un contenu orienté vers le soutien et l'orientation</i>	<i>58</i>
3.	<i>Adapter le langage et la présentation</i>	<i>58</i>
	DISCUSSION	60
I.	RESULTATS PRINCIPAUX	60
II.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	60
A.	FORCES DE L'ETUDE	60
B.	LIMITES DE L'ETUDE	61
III.	RECOMMANDATIONS ET LEVIERS D'ACTION	61
A.	RECOMMANDATIONS	61
B.	LES LEVIERS D'ACTION.....	61
1.	<i>Formation des pharmaciens d'officine.....</i>	<i>61</i>
2.	<i>Outils d'aide dépistage</i>	<i>62</i>
3.	<i>Partenariat</i>	<i>66</i>
C.	DIFFUSION ET EVALUATION DES OUTILS PROPOSES AUX EQUIPES OFFICINALES	67
	CONCLUSION.....	69
	ANNEXES	71

I.	ANNEXE 1 : EPDS(33)	71
II.	ANNEXE 2 : PHQ-9(34).....	72
III.	ANNEXE 3 : PHQ-2(35).....	73
IV.	ANNEXE 4 : CEDS-10(36).....	73
V.	ANNEXE 5 : NOTE D'INFORMATION	74
VI.	ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN	77
VII.	ANNEXE 7 : FLYER EQUIPE OFFICINALE	79
VIII.	ANNEXE 8 : FLYER PATIENTES	81
	BIBLIOGRAPHIE	83
	SERMENT DE GALIEN	87

ABREVIATIONS

DPP : dépression du post partum

EPDS : Echelle d'Evaluation de la Dépression Postnatale d'Edimbourg

PHQ : Patient Health Questionnaire

DMS-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

CESD : Center for Epidemiologic Studies- Depression

HAS : Haute Autorité de Santé

TCC : Thérapie cognitive-comportementale

TIP : Thérapie interpersonnelle

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

IRSN : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

FDA : Food Drug Administration

SNC : Système Nerveux Central

CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PMI : Protection Maternelle et Infantile

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau 1 Description des troubles

Tableau 2 Caractéristique de l'échantillon

Tableau 3 Représentations et connaissances des pharmaciens sur la DPP

Tableau 4 Principaux freins à l'identification et à la prise en charge de la DPP

Tableau 5 Attentes des pharmaciens concernant le contenu des fiches informatives

Liste des figures

Figure 1 Symptômes cités durant les entretiens

Figure 2 Arbre décisionnel de la prise en charge de la Dépression du Post-Partum

INTRODUCTION

I. Généralités

A. Définitions selon le DSM-5(1)

La dépression du post-partum (DPP) est un trouble de l'humeur majeur, qui survient chez certaines femmes dans l'année suivant l'accouchement.

Le diagnostic d'un épisode caractérisé exige la présence d'au moins cinq symptômes sur une période de deux semaines consécutives. Ces symptômes doivent marquer un changement par rapport à l'état habituel du patient. Ils doivent obligatoirement inclure l'humeur dépressive et/ou la perte d'intérêt/plaisir.

Les autres symptômes possibles sont :

- Fatigue ou perte d'énergie.
- Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive.
- Idées de mort ou suicidaires.
- Difficultés de concentration, de réflexion ou indécision.
- Ralentissement ou agitation psychomotrice.
- Insomnie ou hypersomnie.
- Modification de l'appétit ou du poids (diminution ou augmentation).

B. Prévalence

C'est une des complications les plus fréquentes de l'accouchement(2). En effet, cela concerne 10 à 20 % des femmes venant d'accoucher, pouvant même atteindre 26 % dans certains cas (adolescentes, femmes célibataires, si faible statut social, si faible niveau d'éducation)(3).

En 2021, en France, 16,7 % des femmes souffraient de DPP, et 50 % ne seraient pas diagnostiquées(4,5).

C. Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risques retrouvés chez les femmes présentant une DPP sont les suivants : les antécédents de troubles psychiatriques (troubles dépressifs, bipolaire, anxieux, antécédents familiaux), grossesse non désirée ou à l'adolescence, naissance multiple, grossesse ou accouchement difficile ou traumatique, problème persistant chez le nourrisson, situation socio-familiale difficile, antécédant d'abus physique ou sexuel, trouble lié à l'usage de substances(6). Une étude a montré qu'il existe un risque plus élevé de réaliser

une DPP, chez la femme pluripare et si durant la grossesse des symptômes de dépression ont été constatés(7).

D. Conséquences

L'une des premières conséquences est l'atteinte au bien-être de la mère, mais aussi de celui du nouveau-né(3,6). Ce trouble peut entraîner un désintérêt pour la vie et l'enfant(6). Les comportements suivants peuvent être observés chez la mère : un faible attachement maternel, une absence de lien avec le nourrisson, un échec de l'allaitement, des pensées de se faire du mal ou de nuire à l'enfant, voire le suicide ou l'infanticide(6). Ces atteintes peuvent avoir comme conséquences chez l'enfant des troubles du comportement, un retard de développement psychomoteur, des troubles psychophysiologiques ou des pathologies non psychiatriques(5).

II. Dépistage, diagnostics différentiels, prise en charge

A. Dépistage

Plusieurs outils de dépistage sont utilisés, parmi les plus utilisés, on retrouve l'Echelle d'Evaluation de la Dépression Postnatale d'Edimbourg (EPDS) et le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)(8) - **Annexe 1 et 2** . L'EPDS, est un questionnaire comprenant 10 items, chacun étant noté sur 3, les questions reposent sur les symptômes des 7 derniers jours précédant le questionnaire. Il permet d'évaluer la dépression, selon les critères du DMS-5(9). On considère le test comme positif si la note est supérieure ou égale à 12/30(7). Le PHQ-9, permet de réaliser un dépistage et d'évaluer la gravité de la dépression, pas de donner un diagnostic. Il permet d'évaluer la fréquence des symptômes dépressifs des 2 semaines précédant le test(9). Le questionnaire est composé de 9 questions, évaluées de 0 à 3 points. La note est mise sur 24, une note globale étant supérieure ou égale à 10 met en évidence la présence de symptômes dépressifs(10). Il existe deux autres questionnaires de dépistage : le PHQ-2 et l'échelle CESD-10 (Center for Epidemiologic Studies- Depression) – **Annexe 3 et 4**. Le CESD-10 fonctionne de la même manière que l'EPDS(10). Le PHQ-2, lui, reprend les 2 premiers items du PHQ-9(11).

La HAS préconise de réaliser un entretien prénatal précoce, dès le 4^{ème} mois de grossesse, afin d'optimiser le dépistage de la DPP(5). Le dépistage peut se faire à l'aide des sage-femmes lors des entretiens post natal précoce (entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement) ou lors de la consultation postnatale (6 à 8 semaines après l'accouchement)(12).

B. Diagnostic différentiel

1. Le baby blues(13,14)

Nommé « blues de la maternité » ou « blues du troisième jour », le baby blues est une dysphorie transitoire bénigne. Il concerne une femme sur deux, dans les 3 à 10 jours suivant l'arrivée du nouveau-né. C'est un trouble considéré plutôt comme adaptatif et de courte durée (quelques heures à quelques jours), c'est ce qui distingue le baby blues des autres diagnostics. Il est parfois spontané, parfois déclenché par de légers désagréments. Deux éléments sont caractéristiques : la labilité de l'humeur et la fluctuation symptomatique. La chute globale des hormones impliquées dans le processus de la grossesse pourrait être une cause du baby blues. Ce qui distingue le baby blues de la DPP est la temporalité de la survenue des symptômes et leurs intensités. Contrairement à la DDP, le baby blues est considéré comme adaptatif et transitoire.

2. La psychose puerpérale(5,13,15)

C'est un trouble apparaissant dans les 15 premiers jours suivant l'accouchement, et jusqu'à un an après. Cela touche 1 à 2 femmes pour 1000 naissances. Il se caractérise par des épisodes thymiques avec des caractéristiques psychotiques (syndromes confusionnels, risque suicidaire et d'infanticide). Les antécédents dépressifs sur la fin de grossesse et de troubles bipolaires sont des facteurs de prédisposition à la psychose puerpérale. Cet état constitue une urgence. Une prise en charge dans une unité mère-bébé peut être proposée, avec un premier temps une séparation de la mère et l'enfant. C'est une situation globalement plus observée chez les femmes primipares.

3. Les troubles anxieux(5,13,16)

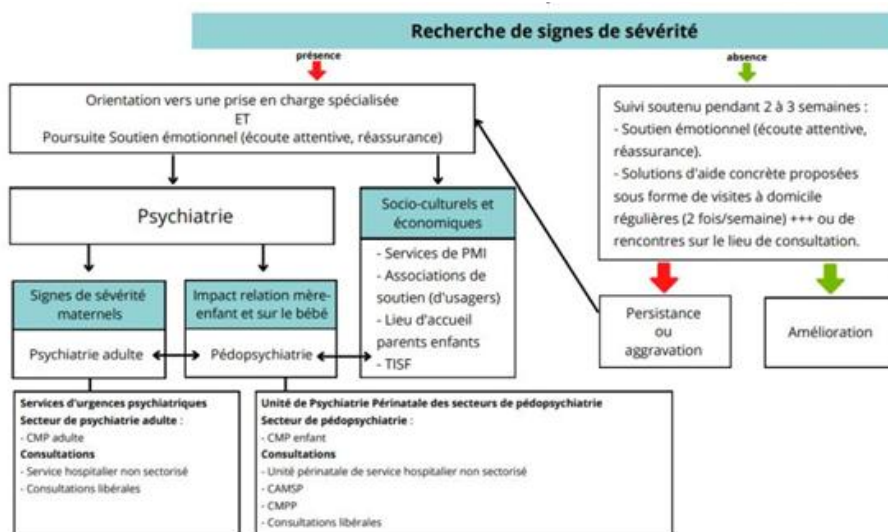
La version la plus récente du DMS-5, classe les troubles anxieux en trois catégories : les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et les troubles liés aux traumatismes et au stress. Leur prévalence est estimée entre 5 et 15 % chez la femme après l'accouchement. Ils ont un effet péjoratif sur l'évolution de l'enfant. Globalement les éléments d'anxiété sont relatifs à tout ce qui tourne autour de la périnatalité :

Tableau 1 Description des troubles

Troubles anxieux	Troubles obsessionnel-compulsifs	Troubles liés aux traumatismes et au stress
<ul style="list-style-type: none"> Scénarios catastrophe concernant l'accouchement et le bébé Doutes sur la capacité à être parent Peur concernant les germes ou tout dommage potentiel pour le bébé 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification excessives (que le bébé est endormi et en bonne santé) Nettoyage et lavage excessifs Evitement du nourrisson ou attachement excessif Recherche de réassurance répétée sur la santé du bébé 	<ul style="list-style-type: none"> Un écu traumatisant (abus sexuels, maltraitance) peut entraîner une rechute des symptômes du syndrome post-traumatique durant la grossesse Le processus d'accouchement lui-même est un élément qui peut mener au développement d'un stress post-traumatique

C. Prise en charge

Figure 2 Arbre décisionnel de la prise en charge de la Dépression du Post-Partum(17)



Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) sont une première option. Ce sont des séances individuelles de courte durée, qui peuvent être réalisées au domicile de la patiente ou dans une structure médicale. L'objectif des séances est globalement centré sur la réduction des obligations liées au devoir d'être une mère parfaite et sur la résolution des problèmes rencontrés. L'entretien est guidé avec plusieurs thématiques (dépression, expérience de l'accouchement, sommeil, belle-mère, sexualité, etc.), celles-ci sont sélectionnées selon les besoins de la patiente.

Les **thérapies interpersonnelles** (TIP) sont une seconde possibilité. Elle se base sur la théorie de l'attachement qui est un grand principe en psychologie. Elle se base sur les interactions de la patiente avec son environnement interpersonnel. Elle se déroule en trois

phases. La première est de faire comprendre que la dépression est une maladie, dont la patiente n'est pas responsable. Au cours de celle-ci un contrat thérapeutique est fait avec la patiente. La seconde phase met en application les méthodes du TIP : clarification, analyse de lien interpersonnel, analyse de la communication. Enfin, la dernière phase sert à faire l'évaluation globale du processus et faire le bilan sur les compétences acquises par la patiente.

La **thérapie de soutien** peut être une autre option. Cette méthode est une approche thérapeutique flexible et non structurée, puisqu'elle ne suit pas de méthode directive précise. Elle repose sur des éléments tels que l'empathie, la confiance et le soutien. Elle inclut également des conseils, informations et explications, offrant ainsi une compréhension commune du problème du patient. L'expression libre du patient est alors favorisée.

L'individualisation est la clé : il n'existe pas de séance type, chaque approche thérapeutique conservant ses méthodes spécifiques. Face à la dépression post-partum, le travail mené par le psychiatre et le psychothérapeute est axé sur l'établissement de l'interaction mère-enfant (éventuellement en incluant le père). La durée de la séance est déterminée par la capacité émotionnelle de la mère.

2. Antidépresseurs(18–26)

Dans un second temps, si ces méthodes ne s'avèrent pas suffisantes, il faudra envisager un recours spécialisé. Il permettra de compléter les psychothérapies mises en place et si nécessaire d'instaurer un traitement pharmacologique.

Parmi les classes thérapeutiques disponibles, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), sont les traitements de premiers choix. Notamment, car les ISRS ont un faible passage dans le lait maternel (Paroxétine : un peu plus de 1 % de la dose maternelle en mg/Kg ; Sertraline : 0,2 à 2 % de la dose maternelle en mg/Kg), et donc un impact minime sur le nouveau-né. En revanche si le nourrisson est prématuré ou médicalement fragile, il sera tout de même préféré de stopper la lactation au profit de l'alimentation au lait artificiel. Si les ISRS s'avèrent inefficaces, d'autres traitements sont possibles comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) ou les antagonistes des récepteurs α 2-présynaptique. Les antidépresseurs imipraminiques (inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la sérotonine, noradrénaline et/ou dopamine) ont aussi un faible passage dans le lait maternel (Clomipramine : 4 % de la dose maternelle en mg/Kg ; Amitriptyline : 2 % de la dose maternelle en mg/Kg ; Imipramine : 5,5 % de la dose maternelle en mg/Kg). L'inconvénient est la durée d'obtention de l'effet pharmacologique.

En synthèse, les molécules les plus prescrites en première intention, en raison de l'allaitement maternel, sont la Paroxétine et la Sertraline. Le traitement est prescrit pour une durée de 6

mois minimum, pouvant aller jusqu'à 24 mois, voire plus en absence d'amélioration. Il est important de prendre en compte que le délai d'action d'un antidépresseur est de 2 à 4 semaines. Ainsi, il est nécessaire d'attendre 6 à 8 semaines pour évaluer l'efficacité du traitement. Lors de l'instauration d'un traitement antidépresseur, un anxiolytique est souvent associé, celui permettant de palier le mal-être lors de la phase d'instauration l'antidépresseur. Celui-ci est arrêté lorsque que l'antidépresseur fait effet soit en général au bout de 2 à 3 semaines sans dépasser 12 semaines.

L'utilisation d'anxiolytiques durant l'allaitement pose un problème : leur passage dans le lait maternel expose le nourrisson à un risque d'imprégnation, pouvant entraîner un sevrage lorsque la concentration plasmatique devient insuffisante chez le nouveau-né. L'Oxazépam est l'anxiolytique de choix dans ce contexte. Il est privilégié en raison de sa bonne tolérance, sa courte demi-vie, l'absence de métabolites actifs et d'un faible passage dans le lait maternel. Pour minimiser l'exposition, il est recommandé de ne pas prendre le traitement juste avant la tétée et de respecter un délai de 3 heures avant d'allaiter après la prise. La posologie recommandée est de 10 mg, trois fois par jour.

Une règle générale s'applique, il faut prescrire les doses minimales efficaces. Il est également conseillé, s'il y a une lactation, de prendre le traitement après le dernier allaitement le soir ou d'éventuellement alterner lactation et biberon.

3. Bréxanolone et zuranolone(27,28)

Des études ont permis de montrer l'efficacité de ces molécules aux Etats-Unis, ainsi, elles ont été approuvées par la FDA (Food Drug Administration). En effet, une des potentielles causes de la DPP est la chute de l'allopregnolone, principal métabolite de la progestérone. Il s'agit d'un stéroïde neuroactif, ainsi qu'un modulateur des récepteurs GABA-A.

Le premier modulateur à avoir été approuvé est la **bréxanolone**, en agissant en tant que modulateur neuroactif des récepteurs GABA-A. Malgré son action rapide (du fait de son administration via une perfusion), deux effets indésirables sont prépondérants : la sédation excessive et la perte de conscience. Une autre molécule a également été approuvée par la FDA, le **zuranolone**. Il agit en modulant de façon positive et allostérique les récepteurs GABA-A synaptiques et extra-synaptiques. Son avantage est la prise orale et son effet indésirable principal la dépression du système nerveux central (SNC). C'est pourquoi il est recommandé de ne pas conduire ou d'avoir des activités dangereuses dans les 12 heures suivant la prise de ce traitement.

III. Rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage de la dépression du post-partum

A. Pharmacien d'officine : un professionnel de santé de proximité (29)

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé ayant une place au cœur de la prise en charge des patients en ville. En effet, grâce à sa proximité, il est un interlocuteur de premier recours pour obtenir des conseils et de l'écoute. Les missions du pharmacien sont multiples et se sont largement diversifiées, parmi elles, on retrouve les missions traditionnelles d'analyse et dispensation des prescriptions, mais aussi des missions plus récentes telles que les entretiens pharmaceutiques (AVK, asthme/BPCO, femmes enceintes, etc.), le dépistage (angines, cystite, COVID-19, grippe, cancer colorectal) et l'acte de prescription et de réalisation de la vaccination. Parmi les nouvelles missions essentielles, la prévention, la sensibilisation, le dépistage et l'orientation sont devenus des rôles clés pour le pharmacien dans l'objectif d'améliorer les parcours de santé.

B. Question de recherche

Dans la prise en charge d'un patient, l'équipe officinale agit de façon complémentaire aux autres professionnels de santé. La fréquence des passages à l'officine des jeunes parents suite à la naissance de leurs enfants, permet de repérer les éventuelles difficultés, prévenir et orienter la famille en cas de besoin.(30)

A l'aide des connaissances (pharmacologiques, physiologiques et pathologiques) et des compétences acquises (conseils, communication et relations humaines) durant la formation, le pharmacien est particulièrement bien placé pour repérer les signes évocateurs de la DPP, et alerter les autres professionnels de santé.

Les chiffres actuels montrent que 50 % des femmes souffrant de DPP ne sont pas diagnostiquées, et que le dépistage précoce est un facteur important de l'évolution favorable vers une prise en charge optimisée. En sachant qu'un retard de prise en charge entraîne de lourdes conséquences tant pour la mère que pour l'enfant, il semble indispensable que tous les professionnels de santé participent au dépistage de la DPP et notamment les professionnels à proximité quotidienne des patients tels que les pharmaciens. Dans ce contexte, nous avons voulu explorer l'implication du pharmacien dans cette pathologie par une méthodologie d'analyse qualitative thématique en cherchant à répondre à la question de recherche suivante : **Comment le pharmacien d'officine peut-il contribuer au dépistage de la dépression du post partum afin d'améliorer sa prise en charge ?**

C. Objectif de recherche

L'objectif est de mettre en évidence le niveau de connaissance des pharmaciens, mais aussi des potentiels besoins et attentes dans le but de pouvoir améliorer le dépistage de la DPP. La finalité de la recherche est de réaliser un document pratique et rapide d'utilisation, afin de le mettre à la disposition des équipes officinales pour qu'elles puissent avoir une approche structurée et adaptée à cette situation fréquente qui a un impact sociétal important et souvent sous-estimé.

SCHEMA, MATERIEL ET METHODE

I. Conception de l'étude

Cette recherche reposait sur une approche qualitative thématique, s'appuyant sur des entretiens individuels semi-directifs en face à face. Dans un second temps, les pharmaciens seront de nouveau rencontrés afin d'échanger sur le document d'aide réalisé à la suite des résultats de l'enquête.

L'étude qualitative thématique a été privilégiée pour explorer à la fois les connaissances des pharmaciens et leur perception de leur rôle dans le dépistage de la dépression du post-partum. Cette approche a permis de recueillir des témoignages enrichis par des expériences personnelles et des exemples concrets, offrant ainsi une vision plus concrète de la problématique. Elle a également facilité l'identification des besoins et attentes des pharmaciens en tenant compte de leurs motivations, de leurs freins et des contraintes liées à leur pratique. Enfin, les particularités de la méthode qualitative ont permis d'enrichir les enquêtes au fil des échanges et d'intégrer pleinement les réalités du terrain, garantissant ainsi une analyse plus fidèle aux enjeux rencontrés en officine.

II. Population et échantillonnage

A. Population

La population choisie était celles des pharmaciens d'officine exerçant dans les Hauts-de-France. En 2020(31), 37 % des pharmaciens exerçant dans les Hauts-de-France étaient des pharmaciens titulaires (section A), parmi eux, 58 % étaient des femmes et 42 % des hommes. La région comptait 41 % de pharmaciens adjoints d'officine (section D) en 2020(31), parmi eux, 80 % étaient des femmes et 20 % des hommes.

B. Participants et recrutement

Le nombre de participants n'a pas été prédéfini, celui-ci étant déterminé par l'atteinte de la saturation des données, indispensable dans une démarche qualitative. L'objectif n'était pas de comparer des catégories entre elles, mais de recueillir des expériences variées ; la

sélection des participants visait donc avant tout à assurer une dispersion suffisante des profils. Pour garantir cette diversité, plusieurs critères de sélection ont été retenus :

- **Sexe** : recherche d'un équilibre entre femmes et hommes.
- **Statut professionnel** : distinction entre pharmaciens adjoints et titulaires.
- **Lieu d'exercice** : répartition entre zones rurales, urbaines et périurbaines.

Les pharmaciens ont été contactés par téléphone ou directement à l'officine de façon aléatoire. Au cours de cet échange, le sujet et l'objectif de la thèse leur étaient présentés. En cas d'accord, un rendez-vous était organisé pour participer à l'étude. Ont été exclus les pharmaciens ne souhaitant pas participer à l'étude.

C. Mode de recueil

Les entretiens semi-directifs ont été enregistrés à l'aide du dictaphone d'un smartphone, accessible avec un mot de passe. Les pharmaciens ont été informés en amont de l'enregistrement ainsi que de l'utilisation des données dans le cadre de la recherche. Leur consentement a été obtenu au préalable par le biais d'une note d'information - **Annexe 5**.

D. Entretiens

Les entretiens étaient menés en suivant un guide entretien préalablement élaboré, structuré autour des thèmes clés en lien avec l'objectif de recherche. Des questions subsidiaires ont été intégrées afin de relancer et d'approfondir certains sujets – **Annexe 6**.

Huit des entretiens se sont déroulés en présentiels, deux ont été réalisés par rendez-vous téléphonique. Les grandes questions abordées étaient :

- Qu'est-ce que vous pensez de la DPP ?
- Comment voyez-vous globalement le rôle de dépistage dans le métier de pharmacien ?
- Qu'est-ce que vous savez de la DPP ?
- Comment aborderiez-vous la DPP avec une patiente au comptoir ?
- Qu'est-ce qu'il vous faudrait pour mieux aborder la DPP avec une patiente ?

III. Analyse des entretiens

A. Retranscription des entretiens

Chaque entretien a été retranscrit et analysé avant la réalisation du suivant. La retranscription a inclus l'ensemble des éléments paralinguistiques, afin de mieux restituer la dynamique des échanges. L'opération a été effectuée à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word), produisant ainsi un verbatim complet et exploitable pour l'analyse.

B. Analyse des données

A partir du verbatim, une analyse linéaire a été réalisée pour chaque entretien. Les thèmes émergents ont été identifiés, collectés et organisés au moyen d'un tableur (Microsoft Excel). Dans un premier temps, les idées principales ont été classées par thématique, entretien par entretien. Une fois l'ensemble des entretiens traités, une organisation par sous-thème a permis de structurer les données et de dégager le plan analytique final.

La fiabilité du codage a été renforcée par une triangulation. Deux étudiantes en sixième année de pharmacie (filière officine, Université de Lille), Mesdames Lucie HOUSSE et Nolwenn JAN, ont participé au processus.

La triangulation des données, issue des entretiens a permis de confronter et consolider les résultats. Aucune divergence n'est apparue après discussion entre les investigateurs. Ainsi la triangulation a joué un rôle à la fois de vérification et d'approfondissement, garantissant la solidité de l'étude.

C. Considérations éthiques

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille (autorisation n°2025-70, délivrée le 13/03/2025). L'anonymat des participants a été garanti par l'attribution d'une lettre à chacun d'entre eux.

D. Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens ont eu lieu entre mars et septembre 2025, avec une durée médiane de 21 minutes [minimum 10 min ; maximum 30 min]. Dix pharmaciens d'officine ont été interrogés, et leurs identités anonymisées par des lettres allant de A et J.

La parité hommes-femmes a été respectée et l'âge moyen des participants était de 40 ans (âges allant de 23 à 57 ans). Quatre pharmaciens exerçaient en centre-ville, trois dans des quartiers et trois étaient des remplaçants.

Tableau 2 Caractéristique de l'échantillon

Pharmacien	Sexe	Expérience	Localisation	Fonction	Age
A	Femme	33 ans	Quartier	Titulaire	57 ans
B	Femme	20 ans	Centre-ville	Titulaire	44 ans
C	Homme	12 ans	Quartier	Titulaire	37 ans
D	Femme	23 ans	Centre-ville	Titulaire	46 ans
E	Homme	25 ans	Quartier	Titulaire	54 ans
F	Homme	3 mois		Remplaçant	23 ans
G	Femme	1 an		Remplaçant	27 ans
H	Femme	3 mois		Remplaçant	24 ans
I	Homme	25 ans	Centre-ville	Titulaire	51 ans
J	Homme	19 ans	Centre-ville	Titulaire	41 ans

ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS AVEC LES PHARMACIENS - RESULTATS

I. Rôle du dépistage dans le métier de pharmacien

L'analyse des entretiens met en évidence que la plupart des pharmaciens interrogés considèrent désormais le dépistage comme une mission à part entière de leur exercice quotidien. Bien que cette activité n'ait pas toujours occupé une place centrale dans la pratique officinale, elle s'est progressivement affirmée comme un prolongement naturel des fonctions de prévention et de conseil. Les propos recueillis traduisent une véritable évolution identitaire : le pharmacien dépasse aujourd'hui son rôle de dispensateur pour s'affirmer comme un acteur de santé publique de proximité.

A. Fréquence des dépistages

La fréquence des dépistages est évoquée par les pharmaciens comme un phénomène en expansion. Les professionnels perçoivent cette évolution comme le signe d'une transformation durable de leur métier. Ainsi, plusieurs participants soulignent que la démarche de dépistage est désormais plus régulière :

- **Pharmacien C** : « *Plutôt prépondérant.* »
- **Pharmacien H** : « *Il se fait de plus en plus.* »

Ces propos, concis mais éloquentes, montrent que les pharmaciens intègrent de plus en plus souvent le dépistage à leurs activités de conseil, notamment dans les domaines de la tension artérielle, du diabète ou encore des troubles respiratoires.

Cette dynamique témoigne d'une prise de conscience collective : le pharmacien, de par son accessibilité, devient un acteur de premier contact dans le parcours de soins.

B. Le dépistage : Une évolution dans le métier du pharmacien d'officine

1. Un métier qui évolue vers le dépistage et la prévention

Les données recueillies soulignent l'élargissement des missions vers le dépistage et l'appropriation croissante de ce rôle préventif, considéré comme un prolongement naturel de leur mission de santé publique. Les pharmaciens interrogés expriment unanimement l'idée que leur métier s'oriente vers davantage de prévention et d'implication dans le dépistage, une évolution qu'ils perçoivent comme logique et valorisante :

- **Pharmacien C** : « *Le métier de pharmacien se tourne de plus en plus vers ça.* »
- **Pharmacien D** : « *C'est une mission qui fait partie de la prévention... C'est notre rôle premier.* »
- **Pharmacien E** : « *Le pharmacien a sa place dans tous les dépistages.* »

À travers ces propos, on perçoit la volonté des pharmaciens d'être davantage intégrés dans les politiques de santé publique. Cette ouverture du champ officinal vers le dépistage renforce leur sentiment d'utilité sociale et de reconnaissance professionnelle. Le dépistage devient ici un prolongement naturel de leur expertise pharmaceutique, en cohérence avec leur mission d'éducation à la santé.

2. Un rôle renforcé par l'accessibilité et la proximité

L'un des éléments les plus récurrents dans les entretiens est la avec les patients, perçue comme un levier essentiel pour le dépistage. Cette accessibilité physique et relationnelle rend le pharmacien particulièrement apte à détecter précocement certaines problématiques, notamment lorsqu'il existe une difficulté d'accès aux médecins généralistes :

- **Pharmacien B** : « *Le pharmacien, c'est souvent la première personne à qui la patiente va oser parler.* »
- **Pharmacien H** : « *Il y a de moins en moins de facilité à avoir un rendez-vous chez le médecin, où ils sont plus vite expédiés, ..., les médecins n'ont pas forcément le temps.* »
- **Pharmacien I** : « *Dans le sens du professionnel de santé qui est accessible.* »

Ces citations traduisent la position charnière du pharmacien dans la chaîne du soin : il est souvent le premier interlocuteur disponible et à l'écoute, capable de repérer les signaux faibles d'un trouble ou d'une détresse. Dans le cas de la dépression du post-partum, cette accessibilité représente un atout majeur, car elle permet une approche bienveillante et non stigmatisante.

Le pharmacien occupe donc une position privilégiée dans le dépistage : il est un professionnel du premier recours, présent au quotidien, dont le contact régulier avec les patientes crée un contexte favorable à l'expression des difficultés vécues.

3. Importance du dépistage par le pharmacien

Les participants soulignent avec conviction que le dépistage constitue une part fondamentale du métier de pharmacien, participant directement à la mission de santé publique :

- **Pharmacien D** : « *C'est notre rôle, c'est de plus en plus important.* »

- **Pharmacien E** : « *En fait, c'est un rôle fondamental qui a commencé quand l'Etat nous a autorisé à vacciner, ..., ça fait partie intégrante de notre mission, et je pense que c'est absolument fondamental.* »
- **Pharmacien I** : « *Je pense qu'on est les plus à même de faire des campagnes de dépistage.* »

Ces propos révèlent un attachement fort à la notion de responsabilité professionnelle. Le dépistage est perçu non seulement comme une tâche technique, mais aussi comme une marque de confiance du système de santé envers la profession.

Leur engagement s'inscrit dans une perspective de santé communautaire : être à la fois **acteur de proximité et garant du repérage précoce**.

Cependant, plusieurs pharmaciens rappellent que cette mission doit être mieux encadrée et valorisée par les instances de santé publique. Certains soulignent le besoin d'outils, de formations et de protocoles pour soutenir cette fonction, afin qu'elle ne repose pas uniquement sur la bonne volonté individuelle.

Synthèse de la section I

Cette première partie montre que le dépistage est désormais ancré dans les pratiques officinales et s'impose comme un axe d'évolution majeur du métier. Les pharmaciens interrogés expriment à la fois une fierté professionnelle et une conscience accrue de leur rôle sociétal.

La DPP s'inscrit naturellement dans cette dynamique : elle représente un champ d'action où le pharmacien, par sa proximité, peut contribuer à une détection plus précoce, à condition d'être suffisamment formé et outillé pour cela.

II. Connaissance et vision du pharmacien sur la dépression du post-partum (DPP)

Les entretiens mettent en évidence une connaissance encore limitée de la dépression du post-partum (DPP) parmi les pharmaciens interrogés.

Si la plupart affirment avoir déjà entendu parler de cette pathologie, leur compréhension demeure souvent floue, intuitive, et essentiellement issue de l'expérience professionnelle plutôt que de la formation universitaire.

Leur discours varie entre conscience de l'existence du trouble et difficulté à en définir les contours précis, tant sur le plan clinique que temporel.

A. Auto-évaluation des connaissances des pharmaciens

1. Un sentiment global de manque de connaissances

Les pharmaciens reconnaissent unanimement une méconnaissance du sujet. Plusieurs admettent ne disposer que d'informations générales ou d'une idée vague du phénomène :

- **Pharmacien G** : « *Je ne connais quasiment pas cette pathologie.* »
- **Pharmacien J** : « *Pas grand-chose du coup, à part savoir que ça existe.* »

Ces propos traduisent un sentiment d'impuissance face à un sujet perçu comme important, mais insuffisamment abordé dans la formation initiale.

Certains précisent que leur connaissance est davantage empirique : ils identifient la DPP à travers des situations vécues ou observées, sans véritable cadre théorique.

Cette absence de repères formalisés rend la distinction entre un baby blues physiologique et une dépression véritablement pathologique souvent incertaine.

2. Une formation universitaire jugée lacunaire

La quasi-totalité des participants souligne le manque de formation sur le sujet durant leurs études. Les cours abordant la santé mentale postnatale sont rares, voire inexistants :

- **Pharmacien C** : « *Je n'ai jamais eu de cours à la fac.* »
- **Pharmacien F** : « *Il y a un enseignement en 6^e année concernant l'allaitement et la prise en charge des femmes enceintes, c'est ce qui s'en rapproche le plus.* »
- **Pharmacien H** : « *Je n'ai pas souvenir d'avoir eu un cours spécial sur la DPP.* »

Ce déficit éducatif contribue à la méconnaissance du trouble et à l'incertitude face à la conduite à tenir lorsqu'une patiente présente des signes de souffrance psychique après l'accouchement.

Les pharmaciens expriment le besoin d'un complément de formation pratique, afin d'être en mesure d'accompagner ces femmes avec justesse.

3. Un recours à l'expérience personnelle et professionnelle

Faute d'enseignement formel, la majorité des pharmaciens s'appuie sur son expérience professionnelle pour développer une compréhension empirique de la DPP :

- **Pharmacien C** : « *Ce sont plutôt des connaissances via l'expérience.* »
- **Pharmacien H** : « *Je pense surtout à la délivrance des tire-laits, par exemple.* »

Cette approche expérientielle, bien que précieuse, reste limitée : elle repose sur le hasard des rencontres au comptoir et sur des situations parfois ambiguës.

Les pharmaciens évoquent des cas de femmes en détresse, sans pouvoir affirmer qu'il s'agissait effectivement de dépression du post-partum.

4. Des situations évoquant une DPP sans diagnostic formel

Certaines situations mentionnées par les participants évoquent clairement une souffrance psychique maternelle.

Toutefois, faute d'outils diagnostiques, le pharmacien reste souvent dans l'intuition :

- **Pharmacien B** : « *Des mamans qui pleurent au comptoir, on en voit...* »
- **Pharmacien F** : « *Je pense que la situation qui se rapproche le plus d'une DPP serait la femme allaitante qui n'arrive pas à gérer les tétées du bébé.* »

Ces extraits illustrent l'existence d'un repérage informel, souvent fondé sur des observations comportementales.

Ils révèlent une réelle sensibilité du pharmacien aux signaux de détresse, mais aussi la limite de son rôle sans formation spécifique ou grille de dépistage.

B. Expérience vis-à-vis de la pathologie

1. Une expérience encore limitée

La plupart des pharmaciens indiquent avoir rencontré très peu de cas identifiés de DPP au cours de leur carrière.

Les situations de ce type restent exceptionnelles, ce qui contribue à entretenir une méconnaissance du sujet :

- **Pharmacien C** : « *Depuis 2019, j'ai dû en avoir 3.* »
- **Pharmacien E** : « *Rencontré mais peu, ..., pas diagnostiquée formellement, ... ,1 à 2 par an.* »
- **Pharmacien J** : « *Il y a déjà quelqu'un qui nous a fait ça une fois.* »

Ce faible nombre de cas recensés traduit à la fois une sous-déclaration des patientes et un manque de repérage actif par les pharmaciens eux-mêmes.

Plusieurs estiment d'ailleurs que la DPP est probablement beaucoup plus fréquente qu'elle n'apparaît dans la pratique quotidienne :

- **Pharmacien H** : « *C'est une pathologie qui touche beaucoup plus de monde que ce qu'on pense.* »

C. Définitions de la DPP selon les pharmaciens

Les définitions de la DPP proposées par les pharmaciens sont multiples et souvent incomplètes.

Elles se répartissent en trois catégories : temporelles et physiologiques, émotionnelles et floues.

1. Définition temporelle et physiologique

Certains associent la DPP à une période bien définie après l'accouchement, mettant l'accent sur les causes hormonales :

- **Pharmacien A** : « *Pour moi en faite c'est une dépression après l'accouchement mais qui peut arriver, je pense, dans l'année qui suit l'accouchement. Ce n'est pas forcément immédiat.* »
- **Pharmacien B** : « *C'est surtout physiologique au départ, parce qu'il y a une chute hormonale.* »
- **Pharmacien E** : « *Je mettrais ça sur le compte d'une perturbation hormonale post-accouchement.* »

Cette approche biologique, bien que partiellement exacte, tend à négliger la dimension psychologique et sociale du trouble.

2. Définition centrée sur les symptômes émotionnels et mentaux

D'autres pharmaciens décrivent la DPP à travers ses manifestations émotionnelles : fatigue, pleurs, anxiété, perte d'intérêt :

- **Pharmacien C** : « *Je dirai un baby blues, une sorte de burn-out.* »
- **Pharmacien E** : « *C'est quelqu'un qui arrive en pleurant, surtout si c'est 3 semaines, un mois ou deux après l'accouchement.* »
- **Pharmacien G** : « *Elles sont fatiguées... mentalement les premiers mois sont compliqués.* »

Ces définitions mettent davantage en avant la dimension affective du trouble, mais sans la distinguer clairement du baby blues.

3. Définitions floues ou approximatives

Certains participants avouent ne pas savoir réellement comment définir la DPP, témoignant d'un flou conceptuel :

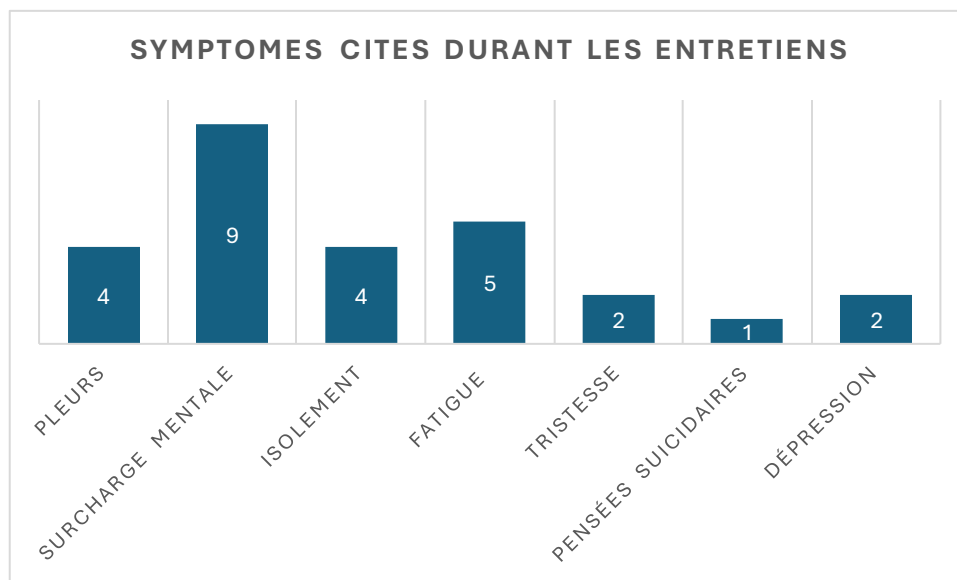
- **Pharmacien E** : « *C'est une pathologie noire, surnoise, vicieuse.* »

- **Pharmacien F** : « *Etymologiquement je devine que c'est un cas de dépression d'un ou deux parents après l'accouchement.* »
- **Pharmacien J** : « *C'est un peu flou, quelle est la définition ?* »

Ces propos révèlent une perception fragmentée de la DPP : le terme évoque un mal-être diffus plutôt qu'un trouble psychiatrique clairement identifié.

D. Symptômes identifiés

Figure 1 Symptômes cités durant les entretiens



Les symptômes évoqués par les pharmaciens sont variés : fatigue, culpabilité, isolement, pleurs, troubles physiques.

La diversité des réponses illustre une perception globale du mal-être maternel, mais sans distinction claire entre symptômes physiologiques postnataux et signes pathologiques :

- **Pharmacien B** : « *Et puis plus personne ne fait attention à vous.* »
- **Pharmacien G** : « *La maman qui se sent dépassée.* »
- **Pharmacien I** : « *On peut dire qu'elle est exténuée, très fatiguée.* »

La fatigue revient comme un leitmotiv, à la fois physique et émotionnelle. À cela s'ajoutent la culpabilité et l'anxiété.

- **Pharmacien B** : « *C'est dur de pas aimer son enfant quand vous accouchez, de pas avoir ce truc maternel qui se déclenche, ..., pas aimer son enfant.* »
- **Pharmacien C** : « *Elle a l'impression de plus bien s'occuper de ses enfants, c'est une bonne culpabilité.* »

Enfin, plusieurs évoquent l'isolement et les pleurs comme signes d'alerte :

- **Pharmacien B** : « *Forcément la solitude, parce que ces femmes-là souvent, elles ne peuvent pas vraiment non plus, je pense en parler à leur époux.* »
- **Pharmacien F** : « *Je dirai isolement, incompréhension.* »
- **Pharmacien J** : « *Souvent ce sont des gens qui sont seuls donc et qui se sentent seuls.* »

Ces observations montrent que les pharmaciens savent repérer la souffrance émotionnelle, mais peinent à en mesurer la gravité ou à savoir comment réagir.

E. Epidémiologie et prévalence

Les pharmaciens perçoivent la DPP comme une pathologie sous-estimée et largement sous-détectée. Tous s'accordent pour dire que sa fréquence réelle est bien plus importante qu'il n'y paraît :

- **Pharmacien C** : « *C'est certainement sous-estimé par rapport au nombre de cas.* »
- **Pharmacien D** : « *Alors, je pense que c'est un mal qui n'est pas très souvent détecté.* »
- **Pharmacien H** : « *C'est plus qu'on ne le voit pas, pas qu'il n'existe pas.* »

Cette invisibilisation découle d'un double phénomène : le tabou entourant la maternité et le manque d'outils de repérage à disposition des professionnels de santé. La DPP, selon eux, ne touche pas un profil type.

- **Pharmacien A** : « *Toutes les femmes peuvent y être sujettes.* »
- **Pharmacien F** : « *Alors pour moi la dépression du post-partum c'est une pathologie qui touche vraiment tout le monde, donc quand je dis ça c'est toutes les classes sociales tous les âges tous les types de patients les pathologies tout le monde peut en souffrir que ce soit le père la mère j'aurais peut-être même étendu à la famille proche.* »

Les pharmaciens perçoivent la DPP comme une pathologie sous-détectée mais plus fréquente qu'il n'y paraît, pouvant toucher toutes les femmes.

F. Risques et conséquences perçues

Les pharmaciens mentionnent à la fois des risques pour la mère, pour l'enfant et pour la dynamique familiale :

- **Pharmacien A** : « *Je pense au risque de suicide.* »
- **Pharmacien D** : « *Ça peut évoluer en dépression à long terme chronique.* »

Ces témoignages montrent une conscience claire de la gravité potentielle de la DPP. Certains évoquent aussi l'impact sur l'enfant :

- **Pharmacien B** : « *Je pense que le gros risque c'est pour le bébé, ..., elles pourraient le faire tomber par inadvertance... ou arrêter d'aller vers lui.* »

Et d'autres sur le couple :

- **Pharmacien C** : « *Ils demandent le divorce* »

Ces perceptions traduisent une compréhension intuitive mais réelle des conséquences systémiques du trouble.

Tableau 3 Représentations et connaissances des pharmaciens sur la DPP

Thème principal	Exemple de verbatims	Analyse interprétative
Manque de connaissances	« <i>Je ne connais quasiment pas cette pathologie.</i> » (Pharmacien G)	Témoigne d'un déficit de formation initiale et d'un besoin de repères théoriques.
Définition floue de la DPP	« <i>C'est un peu flou... quelle est la définition ?</i> » (Pharmacien J)	Révèle une représentation incertaine du trouble, souvent limitée à sa dimension hormonale.
Expérience empirique	« <i>Ce sont plutôt des connaissances via l'expérience.</i> » (Pharmacien C)	Montre une approche intuitive et observationnelle, fondée sur le vécu professionnel.
Repérage informel	« <i>Des mamans qui pleurent au comptoir, on en voit...</i> » (Pharmacien B)	Illustre une sensibilité au malaise maternel, mais sans démarche systématique.
Gravité perçue	« <i>Je pense au risque de suicide.</i> » (Pharmacien A)	Fait ressortir la conscience du risque vital, malgré l'absence d'outils de dépistage.

G. Prédisposition

Afin de comprendre les facteurs susceptibles de fragiliser les mères en période postnatale, les pharmaciens identifient plusieurs éléments prédisposants qui peuvent favoriser l'émergence d'une DPP.

1. Une désorganisation et surcharge du quotidien

En premier lieu, la période postnatale est décrite comme un bouleversement majeur du quotidien, entraînant une perte de repères et une surcharge organisationnelle :

- Pharmacien B : « *C'est à force de la désorganisation, ..., le fait d'être un peu chamboulé dans leur environnement.* »
- Pharmacien D : « *La maman ne sait pas du tout comment se situer par rapport à l'organisation de sa nouvelle famille.* »

Ainsi l'instabilité du quotidien apparaît comme un terreau favorable à la fragilisation psychique des mères.

2. De la fatigue à de la charge mentale accrue

Un second facteur repose sur la fatigue, tant physique que psychique, directement liée au rythme imposé par le nouveau-né :

- **Pharmacien C** : « *Il y a les mères fatiguées parce que le gamin ne dort pas.* »
- **Pharmacien I** : « *Le fait de devoir s'occuper de l'enfant qui a 2/3 ans qui éventuellement sera hyper demandeur.* »

En somme, la fatigue chronique contribue fortement à accroître la charge mentale et à épuiser les ressources émotionnelles de la mère.

3. Un manque de soutien familial

Le manque d'appui de l'entourage proche, en particulier du conjoint, est également perçu comme un élément aggravant de la vulnérabilité maternelle :

- **Pharmacien H** : « *Parfois peut-être un manque de soutien du compagnon, ..., ceux qui ont grandi en laissant les tâches difficiles aux femmes et qui peut justement faire qu'on tombe derrière dans la DPP.* »
- **Pharmacien J** : « *Ça va être plus dur pour quelqu'un qui est seul et qui doit gérer un gamin.* »

4. Impact du déroulement de la grossesse sur la DPP

Enfin, certaines femmes arrivent en post-partum déjà fragilisées par leur vécu antérieur ou par une grossesse difficile :

- **Pharmacien J** : « *On se doute bien que quand ce sont des gens border avant la grossesse, on se dit bon si la grossesse se passe mal, si c'est mal toléré ça risque d'accélérer le problème quoi* »

L'histoire personnelle et le vécu de la grossesse apparaissent donc comme des éléments déterminants du risque futur de DPP.

En définitive, selon les pharmaciens, la surcharge mentale, la qualité de l'entourage et le déroulement de la grossesse constituent les principaux facteurs prédisposant au développement d'une DPP.

H. Rôle de l'entourage

Le rôle de l'entourage apparaît comme un élément déterminant dans l'évolution émotionnelle des jeunes mères, tant dans la prévention que dans l'aggravation d'une DPP.

1. L'importance du soutien de l'entourage

Les pharmaciens soulignent d'emblée que la présence bienveillante et active de l'entourage contribue largement à stabiliser la mère pendant le post-partum :

- **Pharmacien B** : « *Alors tout dépend plus de comment elles sont entourées* »
- **Pharmacien J** : « *Dans ceux qui craquent, c'est peut-être aussi parce qu'ils ne sont pas aidés* »

Ces témoignages montrent que le soutien ou au contraire son absence peut influencer directement sur la capacité d'adaptation maternelle

2. Les difficultés spécifiques du couple

Le couple constitue un espace parfois mis à l'épreuve, notamment en raison d'une répartition des tâches jugée inégale et source de tensions :

- **Pharmacien B** : « *Le mari aussi est un peu démuné par rapport à ça* »
- **Pharmacien F** : « *Beaucoup d'hommes ne prennent pas forcément leurs responsabilités et laissent à la mère la majorité des tâches pour le bébé, beaucoup d'hommes ne savent même pas dire le poids du bébé quand ils sont au comptoir* »
- **Pharmacien H** : « *Le conjoint peut en pâtir aussi, parce qu'il vit avec la situation* »

Ainsi, la dynamique conjugale peut soit soutenir la mère, soit au contraire, aggraver sa fragilité.

3. Les proches et la famille élargie

Au-delà du conjoint, d'autres proches peuvent intervenir de manière parfois maladroite ou inadéquate, ajoutant de la pression à la mère :

- **Pharmacien B** : « *La belle-mère ne comprend pas pourquoi elle pleure, et ne sait pas comment gérer.* »
- **Pharmacien I** : « *L'entourage n'est pas toujours de bons conseils quand même.* »
- **Pharmacien G** : « *Ça rend la famille et les proches irritables.* »

L'entourage élargi, lorsqu'il manque de compréhension, peut donc devenir une source supplémentaire de stress émotionnel.

Globalement, le soutien de l'entourage constitue un facteur majeur : il peut être protecteur ou, au contraire, contribuer à la détérioration de l'état psychique de la mère.

I. Rôle de la sage-femme dans la DPP

Les pharmaciens reconnaissent à la sage-femme un rôle essentiel dans l'accompagnement global de la mère, notamment dans la prévention, la détection et la prise en charge d'une DPP.

1. Un rôle central et de proximité

Grâce à son suivi continu durant la grossesse et le post-partum, la sage-femme bénéficie d'une relation privilégiée avec la mère :

- **Pharmacien F** : « *Elle a un rôle central car c'est elle qui a suivi le couple du début à l'accouchement.* »
- **Pharmacien J** : « *Je pense vraiment que le rôle principal c'est la sage-femme qui est là.* »

Cette proximité permet une connaissance fine du vécu émotionnel maternel.

2. Une fonction éducative et rassurante

Au-delà du suivi médical, la sage-femme joue également un rôle éducatif essentiel, apportant informations fiables et soutien émotionnel :

- **Pharmacien F** : « *Elle suit le développement de l'enfant, va pouvoir rassurer, donner les bonnes informations, potentiellement diriger vers des groupes de paroles, des associations ou autres.* »

Ainsi, la sage-femme contribue à réduire les peurs, les doutes et le sentiment d'incompétence souvent rencontrés en post-partum.

3. Une place privilégiée dans le parcours de soins

Son rôle de premier recours dans la surveillance du post-partum lui confère une position privilégiée dans le repérage précoce des difficultés psychiques

- **Pharmacien G** : « *Plus simple pour la sage-femme (...) suit la maman pendant la grossesse (...) c'est le professionnel de santé de première ligne pour cette pathologie.* »

Grâce à ce positionnement central, elle peut orienter rapidement et efficacement les mères vers les ressources adaptées.

En résumé, la sage-femme est perçue comme un acteur incontournable dans la prévention, le repérage et l'accompagnement de la DPP, du fait de sa proximité et de son rôle multidimensionnel.

Synthèse de la section II

Les entretiens montrent que les pharmaciens disposent d'une connaissance limitée et principalement empirique de la dépression du post-partum. Leur formation initiale n'ayant pas abordé ce sujet, ils s'appuient surtout sur leur expérience professionnelle pour identifier des signes de détresse, sans disposer de repères cliniques précis pour distinguer DPP et baby-blues. Leur contact avec des cas avérés reste rare, ce qui entretient une impression d'invisibilité malgré la perception d'une prévalence réelle plus élevée. Les définitions qu'ils donnent du trouble sont souvent floues, oscillant entre explications hormonales, manifestations émotionnelles et descriptions approximatives. Ils reconnaissent néanmoins la gravité potentielle de la DPP et ses conséquences sur la mère, l'enfant et la famille. Globalement, ces résultats mettent en évidence un besoin fort de formation et d'outils de repérage pour renforcer le rôle du pharmacien dans l'accompagnement post-partum.

III. Attitude du pharmacien face à la problématique

Les entretiens révèlent que les pharmaciens se trouvent fréquemment dans une position d'équilibre délicat : conscients de leur rôle potentiel dans le repérage et le soutien des patientes en situation de dépression post-partum (DPP), mais également freinés par un manque de repères cliniques, de temps et parfois de légitimité. Leur attitude face à la problématique traduit une **volonté d'agir** mêlée à une **prudence relationnelle**, reflet de la sensibilité du sujet et de la complexité du cadre professionnel officinal.

A. La place du pharmacien dans le dépistage de la DPP

1. Une place encore floue et insuffisamment définie

Plusieurs pharmaciens expriment un sentiment d'incertitude quant à leur rôle réel dans la détection de la DPP.

Certains estiment que le sujet dépasse leurs compétences ou qu'il relève plutôt du champ médical :

- **Pharmacien B** : « *On ne fait peut-être pas notre job jusqu'au bout.* »
- **Pharmacien C** : « *Je ne vois pas trop le rôle du pharmacien.* »
- **Pharmacien H** : « *On pourrait être un maillon de repérage.* »

Ces propos témoignent d'une conscience du potentiel du pharmacien dans le repérage, mais également d'une **absence de cadre structuré** pour exercer ce rôle.

Le dépistage de la DPP n'étant pas institutionnalisé à l'officine, chacun agit selon sa propre sensibilité et ses limites personnelles.

2. Un acteur de proximité et de première écoute

Malgré cette incertitude, la proximité relationnelle avec les patientes reste un levier majeur. Le pharmacien est souvent le premier professionnel vers lequel une jeune mère se tourne, parfois inconsciemment, pour exprimer son mal-être :

- **Pharmacien F** : « *Peut-être déjà être un premier contact pour les parents détresses, on n'est pas vraiment formé pour ce type de situation mais c'est parfois à nous que les patients et les patientes se confient en premier* »
- **Pharmacien J** : « *Il faut apporter son soutien, encourager la personne et lui dire qu'elle n'est pas seule* »
- **Pharmacien I** : « *Notre rôle, c'est d'éventuellement répondre aux questions, d'aider la maman à résoudre ses problèmes* »

Ces témoignages mettent en lumière une **approche humaniste** de la relation à l'officine : écoute, empathie et bienveillance sont au cœur de la posture du pharmacien. Cependant, cette écoute repose généralement sur la spontanéité et non sur un protocole établi, ce qui peut limiter l'efficacité du repérage.

3. Un rôle d'accompagnement humain et préventif

Le pharmacien conçoit souvent son rôle davantage sous l'angle de la **prévention** que du dépistage médical au sens strict.

Il s'agit de rassurer, d'écouter, et de normaliser la parole sur la santé mentale maternelle.

- **Pharmacien J** : « *Effectivement encourager la personne et lui dire qu'elle n'est pas seule.* »
- **Pharmacien I** : « *Ça peut surement se prévenir...c'est plus de la prévention.* »

Leur action repose donc sur un accompagnement **non médical, mais psychologique et social**, qui complète celui des autres professionnels de santé.

Cette approche de proximité participe à réduire la culpabilité maternelle et à ouvrir un espace de parole souvent absent ailleurs.

4. L'intérêt du dépistage à l'officine

Pour plusieurs pharmaciens, la pertinence d'un dépistage en officine ne fait aucun doute : l'enjeu est de détecter précocement pour éviter l'aggravation :

- **Pharmacien F** : « *Le but serait de dépister le plus tôt possible et d'éviter que les symptômes s'aggravent, que le mal-être s'aggrave.* »

Ces propos confirment que le pharmacien est conscient du potentiel d'un repérage officinal structuré, mais appelle à des outils clairs, une formation et un cadre légal pour légitimer cette intervention.

Ils se montrent ouverts à l'idée d'un **protocole de repérage collaboratif** avec les sage-femmes et médecins.

B. Dialogue et abord du sujet avec la patiente

1. La pharmacie un lieu où les temps d'échange sont privilégiés

Les pharmaciens soulignent la particularité de leur environnement professionnel : contrairement à une consultation médicale, le dialogue s'installe souvent spontanément au comptoir ou dans l'espace de confidentialité :

- **Pharmacien A** : « *Je pense qu'il faut en parler franchement quand on voit qu'il y a des signes lors de la discussion.* »
- **Pharmacien D** : « *On a plus le temps de parler chez le médecin, ..., qu'à la pharmacie on le temps de discuter.* »
- **Pharmacien G** : « *Le pharmacien est le professionnel de santé de première ligne, il n'y a pas besoin de prendre de rdv, nous sommes à l'écoute et nous proposons facilement l'espace confidentialité si la patiente n'est pas à l'aise au comptoir.* »

Ces extraits montrent combien le **lien de confiance** et la **disponibilité relationnelle** jouent un rôle clé dans l'identification des situations à risque.

L'espace officinal devient ainsi un lieu de parole privilégié, où le pharmacien peut aborder la santé mentale de manière dédramatisée.

2. Une approche progressive et non intrusive

La délicatesse du sujet impose une approche douce, respectueuse du rythme et du ressenti de la patiente.

Les pharmaciens adoptent souvent des formulations indirectes, pour favoriser l'expression sans susciter la gêne :

- **Pharmacien C** : « *Et puis oui, si la personne veut en parler, on sait qu'on peut aller en salle de confidentialité.* »
- **Pharmacien D** : « *On aborde en essayant de passer par des petits chemins, qu'est-ce qui ne va pas ou ça n'a pas l'air d'aller.* »

- **Pharmacien H** : « *Je commencerai par quelques petites questions, comment vous vous sentez, comment va l'allaitement ?* »

Cette approche progressive traduit une compréhension intuitive du **tact relationnel nécessaire** face à la vulnérabilité maternelle.

Le pharmacien cherche à créer une alliance de confiance avant de proposer une orientation.

3. De l'écoute, du soutien et de la réassurance

La posture d'écoute est perçue comme la première étape du soutien. Les pharmaciens rappellent l'importance de la réassurance et de la déculpabilisation :

- **Pharmacien F** : « *J'essaierai d'aller vers elle de lui montrer qu'elle n'est pas seule, de la rassurer encore une fois, ..., le plus important est de les rassurer sur la fréquence de ce mal-être, il faut montrer aux parents qu'ils ne sont pas seuls.* »
- **Pharmacien H** : « *Surtout l'écoute, c'est ce qui est le plus important, de laisser la personne expliquer ses émotions.* »
- **Pharmacien I** : « *Je passerai du temps pour la rassurer, sur des critères objectifs, c'est-à-dire le bon état de santé de son enfant.* »

Ces extraits traduisent une attitude profondément empathique, centrée sur la **relation d'aide et la reconnaissance des émotions**.

Leur démarche s'inscrit dans une approche humaniste du soin, où la parole devient un outil thérapeutique à part entière.

C. L'entretien : un outil de prévention et d'accompagnement

1. Un prolongement de la prévention postnatale

Les pharmaciens envisagent l'entretien officinal comme une extension naturelle de la prévention postnatale.

Ils comparent volontiers ce type d'échange à l'entretien prénatal ou à un "bilan de santé maternelle" post-accouchement :

- **Pharmacien A** : « *Un peu sous le même principe que finalement, l'entretien au début de la grossesse.* »
- **Pharmacien B** : « *On peut le faire en bilan de santé, bilan de prévention, mais il y aurait bilan de prévention, femme-enceinte, jeune maman/post-partum.* »
- **Pharmacien F** : « *Pourquoi pas réaliser des entretiens DPP pour tous les couples.* »

Ces propositions soulignent leur volonté d'intégrer la DPP dans le champ des entretiens de santé publique.

Le pharmacien interviendrait alors en complément des sage-femmes.

2. Un cadre souple et libre

Les pharmaciens insistent sur la nécessité de respecter le consentement et la liberté des patientes :

- **Pharmacien G** : « *Une fois que la patiente sera en confiance, on pourra mettre en place un deuxième ou troisième entretien afin de voir les améliorations, voir le ressenti de la patiente vis à vis de son traitement.* »
- **Pharmacien J** : « *Une fois qu'on a dépisté la personne, on lui propose par exemple des entretiens, qu'elle acceptera ou pas.* »

Cette posture éthique reflète une compréhension fine de la dimension intime du sujet. Ils perçoivent la relation officinale non comme une contrainte, mais comme une opportunité de soutien volontaire.

3. Le moment pour en parler : saisir les occasions naturelles

Les pharmaciens évoquent différents contextes propices pour aborder la DPP : délivrance de lait, renouvellement de pilule, vaccination du nourrisson... :

- **Pharmacien B** : « *Votre bébé a un mois ou quand il vient chercher ses premiers vaccins dire, bah ouais si vous voulez on peut se poser 10 min, ¼ heure on se fait un petit rendez-vous.* »
- **Pharmacien C** : « *Le faire quand la maman vient chercher le lait trois semaines après l'accouchement.* »
- **Pharmacien D** : « *Au moment de la délivrance du renouvellement de pilule ou quand elle vient chercher du lait, n'importe quand en fait.* »

Ces situations du quotidien permettent d'aborder le sujet naturellement, sans formalisation excessive. La clé, selon eux, est la **bienveillance et la spontanéité**.

4. Favoriser une approche précoce et bienveillante

Certains suggèrent d'aborder la DPP dès la grossesse, afin d'anticiper le risque et de normaliser la discussion autour de la santé mentale périnatale.

- **Pharmacien E** : « *J'y penserai encore plus tôt avec la première délivrance de vitamines, donc dès le début de la grossesse.* »

- **Pharmacien F** : « *Je ferai des liens entre ce qu'elle me dit et ce qui caractérise cette pathologie.* »

Cette vision proactive traduit un intérêt croissant pour la **prévention précoce**, avant même l'apparition des symptômes.

5. Relais après la fin du suivi sage-femme

Les pharmaciens identifient également un créneau d'intervention après le suivi postnatal des sage-femmes :

- **Pharmacien A** : « *A notre niveau, peut-être que l'on peut le faire quand elles ne sont plus suivies par les sage-femmes, que l'on puisse le détecter quand même.* »

Cette continuité du lien avec la patiente illustre la **complémentarité interprofessionnelle** que les pharmaciens appellent de leurs vœux. Ils se voient comme un maillon durable du parcours de soins maternel.

D. L'orientation de la patiente au cœur de la prise en charge par pharmacien

1. Rediriger vers les bons interlocuteurs

Face à une suspicion de DPP, le réflexe principal des pharmaciens est d'orienter vers des professionnels compétents :

- **Pharmacien D** : « *Il faudra qu'on l'oriente vers le spécialiste le plus adapté la sage-femme le gynéco ou médecin généraliste.* »
- **Pharmacien E** : « *Si c'est une question de danger, j'essaierai absolument de contacter son médecin traitant.* »

Cette attitude prudente montre une **bonne conscience des limites du champ officinal** et une volonté d'agir de façon sécurisée.

2. Fournir des ressources concrètes

Certains pharmaciens évoquent le besoin d'avoir des supports d'orientation

- **Pharmacien F** : « *Il faut connaître les numéros contacts les associations les sites à consulter.* »
- **Pharmacien H** : « *Pourquoi pas conseiller peut-être des rendez-vous psychologues si jamais il y en a besoin.* »

Ces outils pratiques leur permettraient d'être plus efficaces dans le relais et la mise en réseau.

3. Communication et coordination interprofessionnelle

Enfin, plusieurs soulignent l'importance du travail collaboratif avec les autres acteurs de santé :

- **Pharmacien E** : « *Si c'est une question de danger, j'essaierai absolument de contacter son médecin traitant.* »
- **Pharmacien F** : « *Voilà une mise en relation avec la sage-femme peut-être pour connaître l'état psychologique après l'accouchement.* »
- **Pharmacien J** : « *De premier abord comme ça, j'appellerai son médecin, premier réflexe, médecin, je pense.* »

Ces échanges démontrent que les pharmaciens sont disposés à participer à une **prise en charge globale**, à condition d'être intégrés à une dynamique interprofessionnelle cohérente.

E. Le conseil : partie intégrante du métier de pharmacien

1. Des conseils encore limités et prudents

Malgré leur proximité, les pharmaciens reconnaissent qu'ils délivrent peu de conseils spécifiques aux patientes concernées :

- **Pharmacien B** : « *C'est vrai qu'on a tendance à rien conseiller.* »
- **Pharmacien D** : « *Vous lui délivrez son traitement à la semaine ou à la quinzaine.* »

Ces propos montrent une certaine retenue liée à la peur d'empiéter sur le rôle du médecin ou de mal interpréter les signes.

2. Le conseil par la réassurance

A défaut de traitement direct, le conseil prend souvent la forme d'un accompagnement psychologique :

- **Pharmacien F** : « *J'appuierai sur le fait de conserver une vie de couple d'amoureux de faire des choses qu'elle aime de ne pas trop se mettre au second plan car sa santé physique et mentale impacterait celle du bébé.* »
- **Pharmacien G** : « *On va discuter avec elle pour voir les améliorations possibles dans son quotidien.* »
- **Pharmacien I** : « *On rassure, on conseille, on essaie de gagner du temps.* »

Ce type d'accompagnement renforce le lien de confiance et valorise la place du pharmacien comme **acteur de soutien moral et éducatif**.

Synthèse de la section III

Les propos recueillis mettent en lumière une volonté du pharmacien de s'impliquer davantage dans le repérage et surtout l'accompagnement des patientes en post-partum, tout en connaissant les limites actuelles de leur rôle. Ils voient comme levier l'écoute, la réassurance et l'orientation d'un dépistage bienveillant et précoce.

IV. Freins à l'identification et la prise en charge

Malgré leur bonne volonté et leur sensibilité à la détresse des jeunes mères, les pharmaciens évoquent de nombreux obstacles à l'identification et à la prise en charge de la dépression du post-partum (DPP).

Ces freins relèvent à la fois de **facteurs internes** (manque de formation, peur de mal faire, contraintes professionnelles) et de **facteurs externes** (tabous sociaux, déni des patientes, difficultés de communication interprofessionnelle).

L'ensemble traduit une tension entre la **volonté d'agir** et la **Crainte d'outrepasser son rôle**.

A. Les freins internes au pharmacien

1. Le manque de formation et de connaissances spécifiques

La plupart des pharmaciens insistent sur leur manque de préparation face aux troubles psychiques périnataux.

Ce déficit de formation crée une incertitude sur la bonne attitude à adopter :

- **Pharmacien A** : « *J'ai peur de ne pas avoir les bons mots.* »
- **Pharmacien E** : « *Ce n'est pas vraiment dans nos compétences.* »
- **Pharmacien F** : « *On n'a pas de formation sur ça, donc on ne sait pas trop quoi dire.* »

Ce manque de repères nourrit une **réticence à aborder le sujet**, de peur d'être maladroit ou d'aggraver la situation.

Certains expriment même une forme d'auto-censure : ils préfèrent ne rien dire plutôt que risquer d'être intrusifs.

2. La peur de mal faire et la sensibilité du sujet

Le caractère intime et émotionnel du post-partum rend la DPP particulièrement difficile à aborder au comptoir.

Les pharmaciens redoutent de **mal interpréter les signes** ou de heurter la sensibilité de la patiente :

- **Pharmacien B** : « *On marche un peu sur des œufs.* »

- **Pharmacien C** : « *C'est délicat, on ne veut pas froisser.* »
- **Pharmacien G** : « *Parler de dépression à une jeune maman, c'est compliqué.* »

Ces propos révèlent une **prudence relationnelle**, qui découle autant du respect de la patiente que de l'incertitude professionnelle.

Le pharmacien cherche à rester à sa place, sans franchir la frontière du diagnostic médical.

3. Le manque de temps et de disponibilité

Le rythme de travail officinal, souvent soutenu, constitue un frein pratique à la mise en place d'entretiens approfondis :

- **Pharmacien D** : « *On n'a pas toujours le temps de discuter longtemps.* »
- **Pharmacien E** : « *On voudrait, mais la réalité du comptoir, c'est flux.* »
- **Pharmacien H** : « *Entre les ordonnances, les vaccins, les entretiens... on court.* »

La **pression du temps** empêche parfois d'approfondir les échanges et d'identifier une détresse cachée derrière une simple demande de conseil.

B. Les freins externes liés à la patiente et à la représentation

1. Le tabou et la culpabilité maternelle

De nombreux pharmaciens soulignent le poids du tabou entourant la maternité et la difficulté, pour une femme, d'admettre qu'elle ne va pas bien :

- **Pharmacien B** : « *Elles ont honte... c'est censé être un moment heureux.* »
- **Pharmacien F** : « *Elles culpabilisent de ne pas se sentir à la hauteur.* »
- **Pharmacien J** : « *C'est difficile pour elles d'en parler, elles se sentent jugées.* »

Ces propos mettent en lumière la **pression sociale du bonheur maternel**, qui empêche souvent la verbalisation du mal-être.

Le pharmacien se heurte alors à un **refus implicite d'aide**, malgré la détresse visible.

2. Le déni de la patiente et le manque de confiance

Certaines patientes refusent l'idée même d'une dépression, minimisant leurs symptômes :

- **Pharmacien D** : « *Elles disent que c'est juste de la fatigue.* »
- **Pharmacien G** : « *Elles se braquent quand on aborde le sujet.* »

Ce déni, associé à une possible **méfiance vis-à-vis du pharmacien**, rend le repérage particulièrement difficile.

L'absence de lien thérapeutique formel limite parfois la profondeur des échanges.

3. Les obstacles interprofessionnels

Les pharmaciens évoquent également le **manque de communication avec les autres professionnels** de santé :

- **Pharmacien C** : « *On n'est pas forcément dans le circuit.* »
- **Pharmacien H** : « *Ce serait bien d'avoir une coordination.* »
- **Pharmacien I** : « *Pas de retour des sage-femmes... chacun travaille dans son coin.* »

Cette fragmentation du parcours de soins crée un **sentiment d'isolement professionnel**. Le pharmacien aimerait être intégré à un réseau de repérage, mais les canaux de communication restent faibles.

Tableau 4 Principaux freins à l'identification et à la prise en charge de la DPP

Catégorie de frein	Exemple de verbatims	Analyse interprétative
Manque de formation	« <i>On n'a pas de formation sur ça, donc on ne sait pas trop quoi dire.</i> » (Pharmacien F)	Frein majeur lié à l'absence d'enseignement sur la santé mentale post-partum.
Peur de mal faire	« <i>On marche un peu sur des œufs.</i> » (Pharmacien B)	Montre la crainte de blesser ou de mal interpréter les signes, liée à la sensibilité du sujet.
Contraintes de temps	« <i>On n'a pas toujours le temps de discuter longtemps.</i> » (Pharmacien D)	Le rythme du comptoir empêche les échanges approfondis nécessaires au repérage.
Tabou social	« <i>Elles ont honte... c'est censé être un moment heureux.</i> » (Pharmacien B)	La culpabilité maternelle entrave la verbalisation et rend la DPP invisible.
Déni des patientes	« <i>Elles disent que c'est juste de la fatigue.</i> » (Pharmacien D)	Le refus de reconnaître la dépression limite la possibilité d'un accompagnement.
Isolement professionnel	« <i>Pas de retour des sage-femmes... chacun travaille dans son coin.</i> » (Pharmacien I)	Le manque de communication interprofessionnelle freine le suivi global.

C. Freins organisationnels et structurels

1. Absence de protocole officiel

Les pharmaciens regrettent l'absence d'un cadre clair pour le dépistage de la DPP en officine :

- **Pharmacien F** : « *S'il y avait un protocole, ce serait plus simple.* »
- **Pharmacien H** : « *On manque de cadre, on improvise.* »

L'absence d'un référentiel officiel est un frein : chacun agit à sa manière, sans garantie de cohérence ni de reconnaissance institutionnelle.

2. Limites du statut et responsabilités professionnelles

Certains pharmaciens expriment leur crainte de sortir de leurs prérogatives :

- **Pharmacien A** : « *On n'est pas psychologues.* »
- **Pharmacien D** : « *Ce n'est pas à nous de poser un diagnostic.* »

Cette prudence traduit un **respect strict du rôle officinal**, mais aussi une frustration de ne pas pouvoir aller plus loin dans le soutien.

3. Le manque de confiance et de communication

Les pharmaciens déplorent le manque de relais identifiés pour orienter les patientes :

- **Pharmacien G** : « On ne sait pas toujours vers qui les diriger. »
- **Pharmacien J** : « Il faudrait un annuaire clair avec les contacts locaux. »

Ce manque d'information structurelle les empêche d'assurer un suivi fluide et rassurant pour la patiente.

Synthèse de la section IV

Les freins évoqués par les pharmaciens témoignent d'un positionnement professionnel ambivalent : ils se sentent légitimes dans le rôle d'écoute et de soutien, mais insuffisamment armés pour intervenir sur le plan psychologique.

Le manque de formation, la crainte de mal faire, et le poids du tabou social forment un faisceau d'obstacles majeurs.

Malgré cela, la volonté d'amélioration est forte : tous souhaitent un meilleur accompagnement institutionnel, une formation adaptée et une communication renforcée avec les autres professionnels.

V. Besoin de formations et d'outils

Les entretiens montrent que les pharmaciens expriment unanimement le besoin d'un **renforcement de leurs compétences** pour aborder la dépression du post-partum (DPP). Ils se sentent concernés, mais insuffisamment formés et dépourvus d'outils pratiques pour repérer, informer ou orienter les patientes.

Cette demande traduit une réelle volonté d'implication, mais aussi la conscience d'un vide structurel dans leur formation initiale et continue.

A. Une demande de formation claire et unanime

1. Besoin de formation pratique et adaptée à la réalité officinale

Tous les pharmaciens interrogés soulignent la nécessité d'une formation spécifique, centrée sur les aspects pratiques du repérage et de la communication avec les patientes :

- **Pharmacien A** : « *Il faudrait une formation sur les signes, comment aborder le sujet...* »
- **Pharmacien E** : « *Ce serait bien d'avoir une fiche ou un module e-learning rapide.* »
- **Pharmacien I** : « *Une formation courte mais efficace.* »

Ces propos reflètent une demande de **formation opérationnelle**, accessible et directement transposable à la pratique quotidienne.

Les pharmaciens souhaitent mieux comprendre les **manifestations cliniques de la DPP**, mais surtout savoir **comment aborder le sujet sans maladresse**.

L'objectif est de se sentir légitimes et compétents dans une démarche d'écoute et d'orientation.

2. Un besoin de formation continue, intégrée au parcours professionnel

Au-delà de la formation initiale, certains pharmaciens évoquent la nécessité d'un **entretien régulier avec mise à jour des connaissances**, à l'image de ce qui existe pour d'autres thématiques de santé publique :

- **Pharmacien H** : « *Comme pour la vaccination ou la tension, un module à refaire tous les ans.* »
- **Pharmacien F** : « *Ce serait bien de l'intégrer dans la formation DPC.* »

L'idée d'une formation périodique, inscrite dans le **Développement Professionnel Continu (DPC)**, permettrait de maintenir un haut niveau de compétence et d'assurer la pérennité de la démarche.

B. Attentes vis-à-vis des supports d'aide et d'outils concrets

1. Nécessité de supports synthétiques et fiables

Les pharmaciens expriment le besoin d'avoir accès à des **supports de référence fiables et accessibles**, pour consolider leurs connaissances et disposer d'un cadre clair dans leurs échanges avec les patientes :

- **Pharmacien B** : « *Un support clair, validé par la HAS ou le Ministère.* »
- **Pharmacien D** : « *Des fiches simples, à garder au comptoir.* »
- **Pharmacien G** : « *Une fiche récapitulative, ce serait parfait.* »

Ces outils permettraient de répondre aux patientes avec assurance et d'harmoniser les pratiques entre officines.

Ils servent aussi à **légitimer la parole du pharmacien**, en montrant qu'elle s'appuie sur des données officielles et validées.

2. Outils pour le repérage et l'orientation

Certains pharmaciens imaginent des **outils d'auto-évaluation ou des grilles de repérage**, utilisables en entretien à l'officine :

- **Pharmacien C** : « *Une grille d'observation rapide, comme pour le tabac ou la tension.* »
- **Pharmacien F** : « *Des questions simples à poser, sans être médicales.* »
- **Pharmacien I** : « *Peut-être un petit questionnaire que la patiente pourrait remplir elle-même.* »

Ces suggestions montrent la volonté d'un **dépistage collaboratif**, où le pharmacien agit comme facilitateur du dialogue, sans poser de diagnostic.

Les professionnels souhaitent disposer d'outils légers, intuitifs et adaptés à la réalité du comptoir.

3. Outils d'orientation et relais d'information

Les pharmaciens insistent aussi sur l'importance de disposer d'une **liste de contacts ou d'un annuaire** recensant les professionnels compétents dans leur région :

- **Pharmacien G** : « *Il faudrait une fiche avec les numéros utiles, les structures locales.* »
- **Pharmacien E** : « *Avoir des QR codes vers des ressources fiables.* »

Cette approche favoriserait la mise en réseau et renforcerait la coordination interprofessionnelle.

Les pharmaciens pourraient ainsi orienter efficacement les patientes vers une prise en charge adaptée.

C. Un besoin de reconnaissance institutionnelle

1. Valoriser le rôle du pharmacien dans le repérage précoce

Au-delà des outils, plusieurs pharmaciens souhaitent une **reconnaissance officielle** de leur rôle dans le repérage de la DPP :

- **Pharmacien F** : « *Si c'est reconnu, on se sentira plus légitimes.* »

- **Pharmacien H** : « *Il faudrait que ce soit encadré, comme les entretiens pharmaceutiques.* »

Cette reconnaissance permettrait de sécuriser les pratiques, d'éviter l'autocensure et d'encourager la mise en place d'entretiens officiels financés.

2. Intégrer la DPP comme mission de santé publique

Plusieurs participants estiment que la DPP devrait être considérée comme un **axe de santé publique prioritaire**, au même titre que la vaccination ou la prévention des addictions :

- **Pharmacien D** : « *C'est un vrai sujet de santé publique.* »
- **Pharmacien I** : « *On pourrait participer à des campagnes nationales.* »

Cette ouverture renforcerait la visibilité du pharmacien et consoliderait sa place dans la prévention périnatale.

Synthèse de la section V

Les besoins exprimés témoignent d'un désir d'évolution professionnelle fort. Les pharmaciens ne se contentent pas d'un rôle passif : ils souhaitent être formés, outillés et reconnus dans la prise en charge de la santé mentale postnatale. Leur demande s'articule autour de trois axes :

- **Une formation pratique et accessible,**
- **Des outils de repérage et d'orientation adaptés à la réalité officinale,**
- **Une reconnaissance institutionnelle du rôle du pharmacien.**

Ces éléments convergent vers une même ambition : faire du pharmacien un acteur pleinement intégré dans la prévention et la détection de la DPP.

VI. Contenu attendu des fiches informatives

Les pharmaciens interrogés expriment un fort intérêt pour la mise à disposition de **fiches informatives** destinées à la fois aux professionnels de santé et aux patientes.

Ces supports apparaissent comme des outils indispensables pour accompagner le repérage, favoriser le dialogue et orienter les mères concernées vers les structures adaptées.

L'analyse des entretiens révèle des attentes précises quant au **contenu**, à la **forme** et à la **fonction** de ces fiches.

A. Fiches à destination des pharmaciens

1. Un outil de repérage et d'aide à la communication

Les pharmaciens souhaitent disposer de fiches synthétiques permettant d'identifier les principaux signes de la DPP et de savoir comment en parler avec les patientes :

- **Pharmacien C** : « *Une fiche repère des symptômes et des questions à poser.* »
- **Pharmacien H** : « *Ce serait utile d'avoir un petit guide de repérage.* »

Ces outils serviraient de **support d'aide à la décision** pour faciliter la détection précoce et légitimer la démarche du pharmacien. Ils permettraient aussi de **normaliser la communication** autour de la DPP, en évitant les maladresses et les interprétations personnelles :

- **Pharmacien D** : « *Une fiche, ça rassure... on sait qu'on dit les bonnes choses.* »

Ainsi, la fiche devient à la fois un **outil professionnel et pédagogique**, qui consolide la posture du pharmacien tout en encadrant son discours.

2. Des fiches courtes, claires et validées par les autorités

Les pharmaciens insistent sur l'importance d'une **validation institutionnelle** (HAS, Ministère, CNOP) et d'une **forme simplifiée** :

- **Pharmacien F** : « *Il faut que ce soit clair, court, et officiel.* »
- **Pharmacien G** : « *Pas un pavé de texte, juste l'essentiel.* »
- **Pharmacien I** : « *Si c'est validé, on l'utilisera sans hésiter.* »

Ces fiches doivent aller à l'essentiel : **définition, symptômes, conduite à tenir, contacts utiles**.

Elles représentent un levier concret pour structurer les pratiques officinales et harmoniser le discours des équipes.

3. Format et accessibilité

Les pharmaciens suggèrent des formats variés : fiches papier à conserver en officine, versions numériques intégrées dans les logiciels ou QR codes renvoyant vers des ressources officielles :

- **Pharmacien E** : « *Un QR code vers la fiche, ça serait parfait.* »
- **Pharmacien H** : « *Une version numérique pour toute l'équipe, simple d'accès.* »

Cette diversité de formats permettrait d'adapter l'outil aux contraintes du terrain et de garantir son utilisation au quotidien.

B. Fiches à destination des patientes

1. Informer sans inquiéter

Les pharmaciens souhaitent également des fiches simplifiées à remettre directement aux jeunes mères, afin de **sensibiliser sans stigmatiser** :

- **Pharmacien B** : « *Il faut que ce soit rassurant, pas médical.* »
- **Pharmacien F** : « *Pas faire peur, juste dire qu'on peut en parler.* »

Ces supports seraient un **vecteur d'éducation à la santé**, permettant de normaliser la discussion sur la santé mentale post-partum et de **lever les tabous** autour de la souffrance maternelle.

Leur ton devrait être bienveillant, inclusif et accessible à tous niveaux de compréhension.

2. Un contenu orienté vers le soutien et l'orientation

Les pharmaciens insistent sur la nécessité d'inclure dans ces fiches des **contacts concrets** pour obtenir de l'aide :

- **Pharmacien D** : « *Une fiche avec les ressources, c'est ça qu'il faut.* »
- **Pharmacien H** : « *Des numéros utiles : psy, sage-femmes, associations locales.* »

Ces informations permettraient de **faciliter l'accès aux soins** et de réduire le sentiment d'isolement fréquemment exprimé par les patientes.

Elles pourraient être accompagnées de **témoignages rassurants** ou de **phrases déculpabilisantes** pour encourager la prise de parole.

3. Adapter le langage et la présentation

Enfin, plusieurs pharmaciens évoquent l'importance du ton et du graphisme de la fiche :

- **Pharmacien G** : « *Il faut que ce soit doux, positif, pas alarmant.* »
- **Pharmacien E** : « *Des couleurs apaisantes, un langage simple.* »

L'objectif est de rendre le support accueillant et non médicalisé, afin d'instaurer une relation de confiance.

Les fiches doivent s'inscrire dans une **communication bienveillante**, centrée sur la maternité réelle plutôt qu'idéalisée.

Tableau 5 Attentes des pharmaciens concernant le contenu des fiches informatives

Public cible	Exemple de verbatims	Analyse interprétative
Pharmaciens	« Une fiche repère des symptômes et des questions à poser. » (Pharmacien C)	Besoin d'un outil structuré pour guider la communication et légitimer le repérage.
Pharmaciens	« Il faut que ce soit clair, court, et officiel. » (Pharmacien F)	Nécessité d'une validation institutionnelle pour sécuriser l'usage.
Patientes	« Pas faire peur, juste dire qu'on peut en parler. » (Pharmacien F)	Importance d'un ton rassurant et bienveillant pour lever le tabou.
Patientes	« Des numéros utiles : psy, sage-femmes, associations locales. » (Pharmacien H)	Attente d'une fiche orientée vers le soutien et l'orientation concrète.

Synthèse de la section VI

L'analyse des entretiens avec les pharmaciens met en lumière un besoin impératif et consensuel de disposer de fiches informatives et structurées pour améliorer la gestion de la dépression du post-partum en officine.

Ces supports sont jugés essentiels, car ils remplissent une double fonction stratégique : d'une part, elles sont des outils validés, clairs et synthétiques qui guident le repérage précoce par les professionnels ; et d'autre part, elles offrent un soutien direct aux patientes. La mise en place de ces supports aux pharmaciens et aux mères constitue un levier d'action immédiat pour structurer les pratiques et assurer un accompagnement harmonisé et efficace des patientes.

DISCUSSION

I. Résultats principaux

L'analyse qualitative thématique des entretiens menés auprès des pharmaciens met en évidence une **ouverture forte de la profession** vers la prévention et le dépistage de la dépression du post-partum. Si la majorité se dit prête à s'impliquer, cette volonté s'accompagne d'une **demande explicite de reconnaissance, de formation et d'outils adaptés**

Le pharmacien apparaît comme un **acteur de proximité privilégié**, à la fois accessible et à l'écoute, capable de repérer précocement les signes de détresse maternelle.

Toutefois, sa posture reste freinée par un **manque de formation spécifique**, une **peur de mal faire** et un **manque de coordination interprofessionnelle**.

Les freins identifiés — qu'ils soient personnels, sociaux ou structurels — soulignent la nécessité d'un **cadre officiel** pour accompagner cette évolution du rôle officinal.

Les attentes exprimées en matière de formation et d'outils montrent une **volonté d'intégration dans les politiques de santé publique** : fiches synthétiques, formations courtes, annuaires de ressources et reconnaissance du dépistage comme mission officinale. La mise en place de ces dispositifs pourrait transformer le pharmacien en un **acteur clé de la prévention périnatale**, en renforçant la cohésion du parcours de soins postnatal.

Ces résultats invitent à :

- Réfléchir sur la **place que le pharmacien peut occuper** dans la prévention des troubles psychiques du post-partum.
- Identifier les leviers d'action possibles, et
- Proposer des **pistes concrètes d'intégration du pharmacien** dans la stratégie de santé publique en périnatalité.

II. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

La force de cette étude réside dans son approche qualitative qui a permis une compréhension en profondeur des représentations et des motivations des pharmaciens, au-delà d'une simple évaluation de l'adhésion. La saturation théorique a été atteinte après 10 entretiens, assurant une bonne couverture des thématiques émergentes.

B. Limites de l'étude

La nature volontaire de la participation peut avoir entraîné un biais de sélection, avec une surreprésentation des pharmaciens déjà sensibilisés ou plus ouverts aux nouvelles missions. De plus l'étude ne couvre pas la perception des patientes elles-mêmes, qui aurait apporté un éclairage essentiel sur l'acceptabilité de cette démarche.

III. Recommandations et leviers d'action

A. Recommandations

La formation des pharmaciens à la prise en charge et au dépistage de la DPP doit être renforcée. Il est important qu'un enseignement spécifique sur la DPP soit intégré au cursus de formation initiale du pharmacien. Ce module universitaire ne se limiterait pas à la théorie, mais inclurait également une formation pratique par des mises en situations concrètes. Pour les pharmaciens actuellement en exercice qui n'ont pas bénéficié de cette formation à la faculté, une offre de formation continue devrait être mise à disposition, proposant par exemple un format d'une journée en « présentiel » à la faculté, complétée par un format e-learning pour toucher un public le plus large possible.

Pour encourager l'engagement des pharmaciens dans cette démarche de dépistage, il est nécessaire de reconnaître et de rémunérer le temps consacré. La création d'un code d'acte de dépistage rémunéré pourrait être proposée en s'inspirant notamment du dispositif existant pour l'entretien pharmaceutique de la femme enceinte. Cette rémunération permettrait une reconnaissance du temps passé tout en valorisant le rôle du pharmacien dans ce type d'entretien de dépistage. Elle pourrait agir comme une incitation positive dans un contexte de charge de travail accrue et de manque de temps pour accomplir toutes ces nouvelles missions.

Afin d'assurer une prise en charge globale et intégrale de la patiente, il est essentiel de développer des protocoles locaux de coopération interprofessionnelle. Ces protocoles devront définir le parcours de la patiente, garantissant une coordination fluide entre les différents acteurs de santé. L'implémentation de ces protocoles s'appuiera stratégiquement sur les structures existantes : Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'échelle territoriale et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) à l'échelle de proximité.

B. Les leviers d'action

1. Formation des pharmaciens d'officine

Comme décrit précédemment, la formation est essentielle et constitue un premier levier pour accompagner le pharmacien dans le dépistage. Elle lui permet notamment d'acquérir la

maîtrise des outils de dépistage standardisés (tel que l'EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale) pour une détection systématique et nécessaire des patientes à risque.

Bien que portant sur une population différente, une étude pilote sur le rôle du pharmacien clinicien en gériatrie menée par Mertens et Al.(32) démontre que ce rôle spécifique du pharmacien garantit l'efficacité du dépistage et confère un impact fort aux recommandations qu'il formule, puisque 89,9 % de ses interventions ont été jugées pertinentes par les gériatres(32).

Cette approche de spécialisation et d'intégration via la formation universitaire et continue est donc un modèle de réussite qui peut être transposé au dépistage de la DPP, en assurant une compétence essentielle à l'identification précoce des patientes.

Parallèlement à la formation initiale souhaitée, il existe d'ores et déjà des ressources de formation spécifiques et accessibles. L'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Lille propose, par exemple, un MOOC (Massive Open Online Course) sur la santé mentale en périnatalité au cours des 1000 premiers jours. Gratuit et accessible sur inscription via le site de Pédagogie Numérique en Santé, ce module aborde spécifiquement la DPP.

Cette ressource numérique peut être mobilisée pour :

- Offrir une formation immédiate et essentielle aux pharmaciens déjà en exercice (répondant au besoin de formation continue),
- Servir de complément théorique aux étudiants en pharmacie en attendant l'intégration d'un module dans les formations universitaires.

2. Outils d'aide dépistage

EPDS

Selon l'entretien mené avec le Docteur Aline Picard, psychiatre au CHU de Lille, l'Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg (EPDS) est l'outil de dépistage de référence pour la DPP.

Cet instrument est particulièrement adapté à une utilisation en officine car il est simple et rapide d'exécution. Il se présente sous forme de 10 questions (notées de 0 à 3). Un score total de 12 ou plus indique une suspicion de dépression. L'outil nécessite une attention particulière : toute réponse positive à la question 10, relative aux idées d'automutilation, impose une orientation en urgence.

L'EPDS peut être complétée par la patiente seule ou avec l'aide du pharmacien dans un espace confidentiel. Sa disponibilité en version numérique (application "1000 premiers jours" et accès via Ameli) facilite également son intégration au parcours de soins.

Création d'un flyer d'information pour les pharmaciens - Annexe 7

Pour soutenir les pharmaciens et leurs équipes face à cette pathologie, un support clé en main a été élaboré.

Ce flyer réunit les connaissances fondamentales (définition, prévalence, symptômes, prise en charge) et les outils pratiques nécessaires pour une interaction efficace en officine. Il oriente l'équipe vers les ressources de formation déjà existante : une vidéo générale faite par le Docteur Picard en collaboration avec le CHU de Lille et le MOOC sur la santé mentale périnatale au cours des 1000 premiers jours. Il est décrit quand proposer le questionnaire de l'EPDS et où le trouver. Un point sur l'identification des signes d'alerte est fait pour permettre un repérage rapide des situations d'urgences. Les numéros d'urgences sont rappelés le 15 pour le SAMU, le 3114 pour le numéro national de la prévention au suicide et le 0 800 00 34 56 pour Allô Parent-Bébé (Ligne d'écoute anonyme et gratuite). L'outil propose également des réseaux d'écoute et d'aide à transmettre aux mamans en difficultés, mais aussi utiles pour le professionnel de santé :

- **L'association Maman Blues** : Elle constitue un réseau essentiel de soutien destiné aux mères en difficulté, leur permettant de trouver les ressources nécessaires pour être aidées. Pour y accéder, il suffit d'envoyer un mail à l'adresse forum@maman-blues.fr afin de s'inscrire gratuitement. La plateforme propose un forum où les participantes peuvent poser leurs questions et consulter les expériences partagées par d'autres mamans. De plus, le site regroupe diverses ressources, incluant des informations générales, des témoignages, un annuaire d'aides et une liste d'associations partenaires. Afin de garantir un soutien concret, Maman Blues a aussi mis en place des groupes de parole, disponibles en présentiel et en distanciel, et propose une carte de référentes, classées par département, que les mères peuvent contacter pour obtenir de l'aide.
- **La société Marcé Francophone** : Elle est une association scientifique dédiée à l'amélioration des connaissances de la prévention et du traitement des troubles psychiques et relationnels survenant en période périnatale, ainsi qu'à leur impact sur l'enfant. Elle agit comme un lieu d'échange privilégié entre les différents professionnels et partenaires du système de soins périnataux. En facilitant l'élaboration de projets de recherche multidisciplinaires et en organisant des journées scientifiques annuelles et des groupes de travail thématiques. L'association contribue activement à l'évolution des pratiques en psychiatrie périnatale, un domaine où la prévention du suicide, première cause de mortalité périnatale chez la mère est un enjeu majeur.

- **Réseau Oréhane** : C'est le dispositif Spécifique Régional en Périnatalité des Hauts-de-France. Il a pour mission première de coordonner et d'améliorer la qualité et la sécurité du parcours de santé des familles. Pour les mères, cela se traduit par la mise à disposition de ressources directes et d'outils d'information essentiels, notamment sur son site web. L'association propose une section détaillée sur la santé mentale en périnatalité, des vidéos de sensibilisation sur des sujets comme l'allaitement, ainsi que la diffusion de la BD « Maman, comment vas-tu » aux mamans qui accouchent dans la région. Surtout, Oréhane gère la plateforme téléphonique Allait'Ecoute (ouverte 7j/7 de 18h à 21h) pour l'aide et le soutien à l'allaitement, et met à disposition une page complète de ressources et de numéros d'urgence, facilitant l'accès aux dispositifs d'aide pour les familles en difficulté.
- **Santé Mentale Info Service** : Elle est une ressource nationale essentielle accessible gratuitement et de manière anonyme, dont la mission est d'offrir une aide à l'écoute et une orientation à toute personne confrontée à des questions ou des difficultés relatives à sa santé mentale. Ce dispositif est particulièrement utile pour les mères en difficulté ou leur entourage, car il propose une ligne d'écoute téléphonique assurée par des professionnels. Au-delà de l'écoute, le service offre des informations fiables sur diverses pathologies psychiques et les dispositifs d'aide existants. Il permet ainsi aux mamans ou à l'équipe officinale d'obtenir une première évaluation, des conseils, et d'être orienté vers la structure de soin ou le réseau de soutien le plus adapté à leur situation, contribuant à ne laisser personne isolé face à un trouble psychique.
- **L'application mobile « 1000 premiers jours »** : Elle constitue un outil numérique officiel développé par Santé publique France, conçue pour accompagner les futurs et jeunes parents, y compris les mères, tout au long de cette période cruciale. Elle met à disposition une source d'information fiable, validée par des experts, sur des thématiques variées allant de la grossesse au développement de l'enfant jusqu'à ses 2 ans, incluant notamment des contenus sur la santé mentale périnatale. L'application est structurée pour fournir des conseils pratiques, des repères et des alertes adaptées à l'âge de l'enfant. Elle permet aux mamans de suivre l'évolution de leur grossesse et de leur bébé, de mieux comprendre leurs propres besoins psychologiques et d'être orientées, si nécessaire vers des ressources et des professionnels de santé pertinents.
- **L'application mobile May** : Elle se positionne comme un assistant parental, proposant un soutien quotidien aux parents de la grossesse aux premières années de l'enfant. Bien qu'elle couvre des sujets très variés (sommeil, alimentation, développement), elle intègre une dimension essentielle de la santé mentale en

offrant un accès facile à des professionnels de la périnatalité (tels que des sage-femmes, psychologues et pédopsychiatres) pour des questions et consultations rapides. Il est à noter que si le téléchargement de l'application est gratuit, l'accès illimité à la messagerie avec les professionnels et à certains contenus approfondis (articles, masterclass audio) nécessite la souscription à un abonnement payant. Cette fonctionnalité permet aux mamans de recevoir des réponses personnalisées et de briser l'isolement face à leurs inquiétudes. L'application met également à disposition des contenus éducatifs ciblés qui permettent aux mères de mieux comprendre et d'anticiper leurs propres émotions et celles liées à leur rôle parental, offrant ainsi une ressource pratique pour le soutien psychologique et l'orientation.

- **L'application mobile Heloa** : C'est un outil numérique créé par des professionnels de santé spécialisés en périnatalité qui vise à accompagner les parents de la grossesse à l'adolescence tout en prenant soin de leur propre santé mentale. Elle met à disposition des mères plus de 3 000 conseils pratiques et des contenus uniques rédigés par des experts sur des sujets cruciaux comme le post-partum, le sommeil ou l'allaitement, aidant ainsi à soulager la charge mentale. Heloa propose ainsi un suivi de grossesse personnalisé semaine après semaine, ainsi qu'un suivi pédiatrique. Particulièrement engagée dans la santé mentale périnatale, l'application travaille activement au repérage très précoce des signes de fragilité psychique chez les parents et contribue même à la recherche médicale dans ce domaine. Il est à noter que l'accès à l'ensemble des fonctionnalités et des contenus spécialisés peut nécessiter un abonnement payant.
- **L'application mobile LENA** : La plateforme d'Evaluation Numérique et d'Accompagnement, développé par la Fondation FondaMental, est un outil numérique gratuit dédié à la santé mentale périnatale en France. Son rôle est de prévenir, repérer et accompagner les troubles psychiques durant la grossesse et après l'accouchement via des ressources variées (articles, fiches pratiques, témoignages, conseils, des outils d'auto-évaluation). Elle a été conçue en recherche participative, avec l'expertise médicale et l'expérience des parents, notamment via l'association Maman Blues.

Création d'un flyer d'information sur la santé mentale pour les patientes - Annexe 8

Pour informer les patientes de la santé mentale en périnatalité, le choix s'est porté sur la création d'un flyer informatif. La volonté d'adopter une approche pédagogique empathique a guidé le contenu, qui se concentre sur des informations générales de sensibilisation. L'objectif principal est de prévenir avec bienveillance, plutôt que d'aborder le sujet de manière trop directe. Conçu comme un véritable guide, le flyer pour les patientes introduit le thème en

définissant clairement la périnatalité et la santé mentale. Il normalise les ressentis en listant les émotions fréquentes de cette période. Il insiste également sur l'importance de consulter en cas d'inquiétude persistante. Pour faciliter l'évaluation personnelle, le questionnaire EPDS y est présenté comme un outil pour mesurer l'état psychologique. L'accès aux ressources d'aide est optimisé : l'ensemble des contacts est rappelé de façon simple, et deux d'entre eux sont accessibles instantanément via QR-code. Tous les numéros d'urgence figurent également sur le support. Pour une efficacité maximale, le flyer contient une section que le pharmacien et la patiente doivent compléter ensemble (contacts clés : médecin, sage-femme, PMI, psychologue, urgences psychiatriques), personnalisant ainsi l'outil de suivi.

3. Partenariat

Comme l'ont souligné les pharmaciens interrogés, leur action est limitée s'ils travaillent de manière isolée ; l'interprofessionnalité est indispensable. S'il est naturel d'échanger avec leur contact privilégié, le médecin traitant, il est tout aussi pertinent d'intégrer d'autres acteurs clés du parcours de la patiente, comme la sage-femme. Cette dynamique d'échange est, de surcroît, ouverte à d'autres structures :

- **Centres Médicaux Psychologiques (CMP)** : Ils constituent un élément essentiel de la psychiatrie publique de secteur, offrant des soins et un accompagnement en santé mentale accessibles et gratuits en milieu ouvert. Organisé autour d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, etc.), le CMP assure des missions essentielles de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires (consultations, thérapies individuelles ou de groupe) pour adultes, enfants ou adolescent. Son rôle est crucial non seulement dans la prise en charge des troubles psychiques, mais aussi dans la coordination du parcours de soin du patient avec son médecin traitant et les autres partenaires médico-sociaux, permettant ainsi d'éviter les ruptures de suivi et, lorsque cela est possible, les hospitalisations.
- **Protection Maternelle et Infantile (PMI)** : La PMI est un service départemental français de santé publique, axé principalement sur la prévention et la promotion de la femme enceinte, des mères et des enfants de moins de six ans. Assurant une mission sociale et médicale de proximité, la PMI offre un accompagnement global et gratuit, incluant des consultations et des bilans de santé pour les nourrissons et les jeunes enfants, des actions de dépistage (notamment des handicaps), des conseils aux parents sur la puériculture et l'éducation, ainsi que des entretiens prénataux précoces et un suivi postnatal pour les futures et jeunes mères. Géré par le Conseil départemental et mobilisant une équipe pluridisciplinaire (médecins, puéricultrices, sage-femmes, psychologues, assistantes sociales), la PMI joue un rôle fondamental dans la protection de l'enfance et dans l'égal accès aux soins pour toutes les familles.

- **Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) :** Les CAMSP sont des structures pluridisciplinaires essentielles pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge ambulatoire des enfants de 0 à 6 ans présentant des troubles du développement ou un handicap. Traditionnellement centrés sur le soin et la rééducation, les CAMSP sont de plus en plus reconnus comme des interlocuteurs clés et des pivots dans le parcours de l'enfant. Ils assurent non seulement le suivi spécialisé, mais aussi la coordination avec l'environnement de l'enfant. Cette structure intervient, comme partenaire lorsque l'enfant présente un handicap.

C. Diffusion et évaluation des outils proposés aux équipes officinales

Dans un premier temps, les flyers d'information seront mis à disposition exclusivement des équipes officinales ayant participé à l'étude qualitative pour une 1^{ère} phase « test ».

Une phase d'évaluation des outils sera lancée 6 mois après cette mise à disposition. L'objectif de cette évaluation sera double : mesurer l'utilité pratique des flyers et identifier les bénéfices concrets ainsi que les situations complexes rencontrées par les équipes dans leur utilisation quotidienne à l'officine (freins logistiques, réactions des patientes, etc.)

Suite à cette évaluation et à l'ajustement potentiel des outils, une diffusion à plus grande échelle sera envisagée via plusieurs canaux stratégiques pour maximiser l'adoption :

- **Canal institutionnel :** **L'URPS Pharmaciens Hauts-de-France** est le canal le plus efficace pour l'implémentation d'outils au comptoir. En tant que représentant officiel auprès de l'ARS, elle assure une diffusion rapide et massive dans les officines, mobilisant à la fois les financements et les moyens de communication pour un déploiement pérenne des missions de santé publique. **L'Ordre National des Pharmaciens** est le garant, au niveau national, de l'éthique professionnelle, du respect du Code de la santé publique, et de la qualité des pratiques. Son rôle est essentiel pour valider le cadre légal et déontologique de tout nouvel outil ou mission, ainsi qu'assurer la conformité de l'utilisation des outils au comptoir avec les règles professionnelles. Bien qu'il ne s'occupe ni du déploiement opérationnel ni du financement local, l'Ordre offre la légitimité et la sécurité déontologique indispensable à l'initiative.
- **Canal territorial :** Démarchage des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour intégrer le dépistage de la DPP dans les protocoles de coopération locaux.
- **Canal numérique :** Mise à disposition des outils téléchargeables et du protocole sur des plateformes professionnelles dédiées, comme le site Epitop Pharmacie ou les ressources de l'URPS.

- **Canal universitaire** : Validation pédagogique des outils mis à disposition des pharmaciens par la Faculté de Pharmacie de Lille, avec une diffusion possible aux officines via l'association des Maîtres de Stage.

CONCLUSION

La dépression du post-partum (DPP) représente un **enjeu de santé publique majeur**, tant par sa prévalence que par ses conséquences délétères sur le développement précoce de l'enfant et sur la dynamique familiale (triade parents-bébé). Malgré le consensus sur la nécessité d'une intervention rapide et spécialisée, la DPP demeure largement sous-diagnostiquée en France. C'est dans ce contexte que notre travail de thèse a cherché à évaluer la pertinence et la faisabilité d'intégrer le Pharmacien d'Officine dans ce circuit de dépistage précoce.

Les résultats de cette étude confirment sans équivoque que le pharmacien, acteur de santé le plus accessible et le plus fréquenté par la population, bénéficie d'une position idéale pour jouer ce rôle de « sentinelle » périnatale. La proximité qu'il entretient avec les jeunes parents, notamment lors des délivrances de produits de puériculture ou de conseils courants, lui confère une opportunité unique pour le repérage.

Cependant, l'étude a également mis en lumière l'existence de freins pratiques : un manque de temps, la difficulté à aborder ce sujet délicat sans formation spécifique, et la nécessité d'une coordination renforcée avec les structures spécialisées.

Pour que le pharmacien puisse pleinement assumer cette nouvelle compétence, deux axes majeurs sont à développer :

- Le premier, mis en œuvre à travers ce travail de recherche consiste en la diffusion de supports d'information adaptés : **les flyers**. Ils permettent d'avoir un double impact. D'une part, ces supports permettent aux patients de s'informer facilement sur la DPP, de reconnaître les signes d'alerte et d'être orientés vers des ressources compétentes. D'autre part, ils constituent pour le pharmacien un moyen éducatif simple, pour aborder ce sujet délicat sans être trop intrusif.
- Le second axe reste à développer : il s'agit de **la formation**. Qu'elle soit initiale ou continue, elle n'est actuellement pas effective en Pharmacie. Elle apparaît pourtant indispensable. Celle-ci devra fournir au pharmacien non seulement des outils théoriques, mais aussi les compétences pratiques en communication bienveillante pour aborder un sujet sensible telle que la souffrance psychique périnatale. Sans cette expertise, les risques de passer à côté du dépistage d'un cas de dépression post-partum, d'orienter la patiente de façon inadéquate, et de compromettre l'efficacité globale de la prise en charge deviennent importants.

Si notre étude s'est principalement concentrée sur la dépression post-partum maternelle, il est impératif de souligner l'émergence croissante de la question de la dépression du post-partum paternelle. Touchant une part significative des jeunes pères, cette souffrance a, elle aussi, un impact direct sur le développement de l'enfant et l'équilibre du couple. Dans une optique d'approche globale de la parentalité, le pharmacien d'officine doit se préparer à élargir son champ de vigilance pour inclure le père dans son processus de dépistage. Le pharmacien, formé et outillé, pourrait alors devenir un acteur clé dans le repérage et l'orientation de cette pathologie méconnue et pourtant très fréquente.

ANNEXES

I. Annexe 1 : EPDS(33)

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

II. Annexe 2 : PHQ-9(34)

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout
difficile(s)

Assez
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

V. Annexe 5 : Note d'information



NOTE D'INFORMATION

portant sur la participation à une recherche n'impliquant pas la personne humaine

(Dite hors loi Jardé)

Titre de la thèse d'exercice : « Dépression du post-partum et pharmacien d'officine : dépister pour mieux traiter »

Université : Faculté de Pharmacie, 3 rue du Professeur Laguesse 59000 LILLE.	Thésard : Orlane JOLLY, orlane.jolly.etu@univ-lille.fr Directeur de thèse : Bruno FRIMAT, Pharmacien hospitalier et maître de conférences associé à la faculté de Pharmacie de Lille
---	---

Madame, Monsieur,

Je vous sollicite afin de participer à une étude permettant de déterminer « **Comment le pharmacien d'officine peut-il contribuer au dépistage de la dépression du post partum afin d'améliorer sa prise en charge ?** ». Ce travail entre dans le cadre de ma thèse d'exercice de Docteur en Pharmacie de filière officine, réalisée sous la direction du Docteur FRIMAT Bruno.

Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement cette lettre qui vous apportera les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux personnes en charge de l'étude.

Bien évidemment celle-ci est entièrement volontaire et vous avez le droit de vous opposer à y participer, cela n'aura aucun impact sur votre prise en charge.

Enfin, vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment sans avoir à vous justifier.

1. Quel est le but de cette recherche ?

L'objectif est de mettre en évidence le niveau de connaissance des pharmaciens, mais aussi des potentiels besoins et attentes afin de pouvoir améliorer le dépistage de la DPP. La finalité de la recherche est de réaliser un document pratique et rapide d'utilisation, afin de le mettre à la disposition des équipes officinales pour qu'elles puissent avoir une approche structurée et adaptée à cette situation fréquente qui a un impact sociétal important et souvent sous-estimé.

2. Comment se déroule l'étude ?

Vous serez invité(e) à participer à un entretien semi-directif d'une durée approximative de 30 min, qui sera enregistré(e) sous format audio avec votre consentement. L'entretien portera sur votre perception de la dépression du post-partum et du dépistage dans le métier, vos connaissances sur la pathologie et la façon dont vous l'aborderiez avec la patiente. Vos besoins et attentes pour mieux aborder la dépression du post-partum seront également évoqués. Vous êtes libre de ne répondre qu'aux questions de votre choix et de mettre fin à l'entretien à tout moment sans justification.

3. Informations relatives au traitement de vos données

Les informations recueillies seront traitées de manière strictement confidentielle. Les enregistrements seront anonymisés et stockés de façon sécurisée. Seul le chercheur principal et son directeur de thèse ainsi que d'autres potentiels encadrants auront accès aux données brutes. Aucune donnée personnelle ne sera divulguée dans les résultats de l'étude.

4. Quels sont vos droits ?

Cette étude est une recherche n'impliquant pas la personne humaine (hors loi Jardé). Le traitement des données personnelles dans le cadre de cette recherche est conforme aux exigences de la MR004 (n°2025-070) délivrée par le DPO de l'Université de Lille le 13/03/25.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Conformément au droit en vigueur (le Règlement Général sur la Protection des Données et la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez de droits sur les données personnelles vous concernant, à savoir :

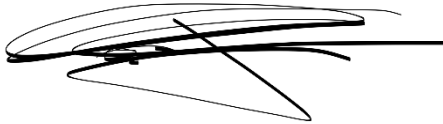
- Un droit d'accès : vous avez le droit à l'accès et à la communication des données collectées et traitées vous concernant à tout moment.
- Un droit de rectification : vous pouvez demander la rectification des données inexactes et l'effacement des données obsolètes.
- Un droit à la limitation du traitement de vos données : vous pouvez demander la limitation des traitements de vos données, dans les limites du droit applicable.
- Un droit d'opposition.

Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter l'étudiante en charge de l'étude qui connaît votre identité (orlane.jolly.etu@univ-lille.fr) ou le délégué de la protection des données (DPO) de l'Université de Lille par courriel à l'adresse dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>).

Nous vous remercions pour votre participation à cette étude et vous rappelons que vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment sans subir le moindre préjudice, quel que soit le motif et sans avoir à vous justifier.

Madame JOLLY Orlane

Le Thésard

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the end.

Docteur FRIMAT Bruno

Le Directeur de thèse

A handwritten signature in black ink, featuring a stylized 'B' and 'F' followed by a long horizontal stroke.

VI. Annexe 6 : Guide d'entretien

A chaque début d'entretien les éléments suivants seront abordés :

- Présentation du thésard : nom, prénom, fonction, sujet de thèse
- Anonymat de l'entretien, ainsi que des informations du professionnel, fiche consentement
- Objectif question aux pharmaciens : faire un état des lieux des connaissances et de comprendre les besoins du pharmacien pour orienter vers la réalisation d'un document d'aide à la pratique

Rappel de la question de recherche

Question de recherche : Comment le pharmacien d'officine peut-il contribuer au dépistage de la dépression du post partum afin d'améliorer sa prise en charge ?

L'objectif est de mettre en évidence le niveau de connaissance des pharmaciens, mais aussi des potentiels besoins et attentes afin de pouvoir améliorer le dépistage de la DPP. La finalité de la recherche est de réaliser un document pratique et rapide d'utilisation, afin de le mettre à la disposition des équipes officinales pour qu'elles puissent avoir une approche structurée et adaptée à cette situation fréquente qui a un impact sociétal important et souvent sous-estimé.

Questions aux pharmaciens

Questions générales : âge, fonction (titulaire, adjoint), durée d'exercice, lieu d'exercice

Population paritaire : 5 femmes, 5 hommes

Thèmes	Questions principales	Questions complémentaires
Perception de la pathologie	Qu'est-ce que vous pensez de la DPP ?	<ul style="list-style-type: none">– Quel est votre vécu par rapport à cette pathologie (professionnel ou personnel) ?– Quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit pour décrire la DPP ?– Quel est votre rôle à votre avis dans ce cadre ?
Perception du dépistage dans le métier	Comment voyez-vous globalement le rôle de dépistage dans le métier de pharmacien ?	<ul style="list-style-type: none">– Donnez des exemples
Connaissances	Qu'est que vous savez de la DPP ?	<ul style="list-style-type: none">– Comment vous a-t-elle été enseignée ?– Quels sont les signes à repérer ?– Quels sont les risques ?– Comment évolue cette maladie ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les conséquences pour la famille ? l'enfant ? le conjoint ? les proches ? - C'est quoi pour vous bien prendre en charge une DPP ?
Interaction avec la patiente	Comment aborderiez-vous la DPP avec une patiente au comptoir ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quels conseils lui donneriez-vous ?
Besoins et attentes	Qu'est-ce qu'il vous faudrait pour mieux aborder la DPP avec une patiente ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles informations aimeriez-vous avoir sur la DPP ? - Quel format d'informations vous semble le plus adapté (préciser tuto, flyer etc...) - Si vous deviez mettre en place un entretien avec une patiente touchée par la DPP, comment vous y prendriez-vous ?

DEPRESSION DU POST-PARTUM

Définition

La dépression du post-partum (DPP), est une dépression survenant après l'accouchement et dans l'année qui suit celui-ci. Elle est à distinguer du baby-blues, qui lui est de courte durée (de quelques heures à quelques jours suivant l'accouchement). Globalement **1 mère sur 4** sera touchée par la DPP, et **50%** d'entre elles ne seraient pas diagnostiquées.

Symptômes

- Manque d'énergie
- Difficulté à s'occuper de son enfant, **peur de mal faire**
- **Culpabilité, sentiment d'incompétence**
- Incapacité à réaliser les activités du quotidien
- Tristesse apparente, larmes, pensées négatives
- **Labilité émotionnelle**
- **Troubles du sommeil**
- Troubles alimentaires

Prise en charge

1. **Psychothérapies** : cognitivo-comportementales, interpersonnelles
2. **Antidépresseurs** : Sertraline et Paroxétine en 1ère intention car elles sont compatibles avec **l'allaitement**, prise du ttt de préférence après la dernière tétée ou alternance allaitement/biberon

Associations/ Ressources

- Association Maman Blues
- Société Marcé Francophone
- Réseau Oréhane
- Santé mentale info service
- Application : 1000 premiers jours, May, Helao, Lena
- Orienter vers des professionnels de santé accessibles: médecin traitant, PMI, psychiatre

Se former

- MOOC santé mentale périnatale au **cours des 1000 premiers jours** : formation gratuite sous forme de vidéos courtes proposée par l'EPSM de Lille.
- **Vidéo Youtube** : Dépression du post-partum - CHU Lille, Dr PICARD Aline

Signes d'alerte

- Pensées suicidaires
- Pensées de faire du mal au bébé ou à soi-même
- Un score ≥ 11 ou réponse positive à la question 10 de l'EPDS : **prendre contact avec le médecin traitant**
- Si les symptômes durent plus de 2 semaines
- Si les symptômes s'intensifient

Contacts

- En cas d'urgence contacter :**
- **3114 (numéro national de prévention suicide,**
 - **15 (SAMU).**

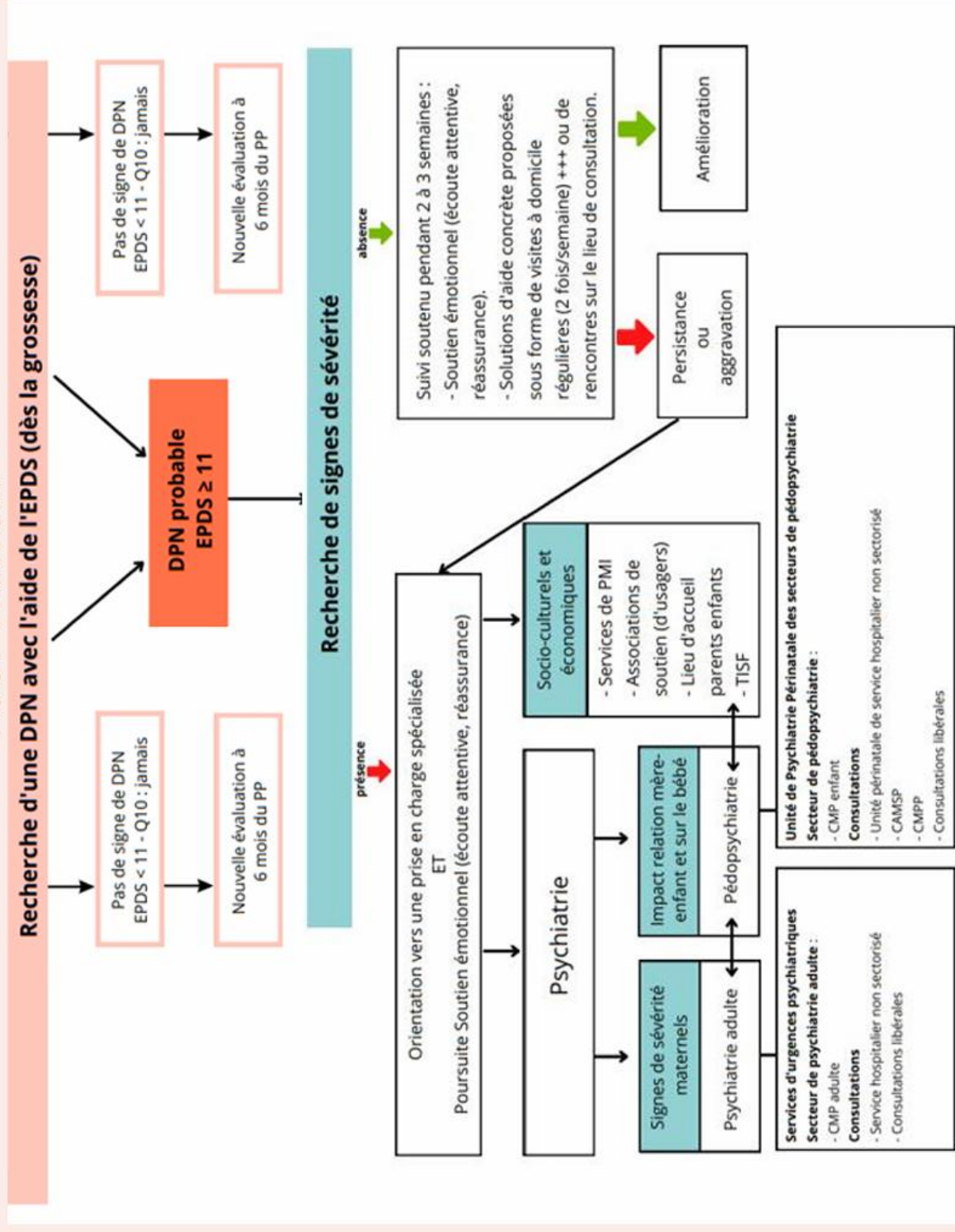
Quand réaliser le questionnaire de dépistage?

Le dépistage peut se faire à l'aide d'un questionnaire court et validé par les Autorités de Santé, l'EPDS. Il comporte 10 questions, il est à proposer aux patientes présentant des symptômes de DPP ou non. Il permet à la patiente d'évaluer son état psychologique sur les 7 derniers jours.

Le questionnaire est disponible sur les sites 1000 premiers jours, Ameli ou via ce QR-code.



ARBRE DÉCISIONNEL DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM



Références bibliographiques :

- Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;
- Gopalan P, Spada ML, Shenai N, Brockman I, Keil M, Livingston S, et al. Postpartum Depression—Identifying Risk and Access to Intervention. Curr Psychiatry Rep. déc 2022;24(12):889-96.
- 2015LIL2M016
- Dayan J, Yoshida K. Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct 2007;36(6):530-48.



Université de Lille

SANTÉ MENTALE ET PÉRINATALITÉ



NUMEROS D'URGENCE

15 : SAMU

3114 : Numéro national de
prévention du suicide
0 800 00 34 56 : Allô Parent-
Bébé

Mes contacts privilégiés :

Médecin traitant :

.....

Sage-Femme :

.....

PMI de secteur :

.....

Psychologue :

.....

Urgences psychiatriques de
secteur :

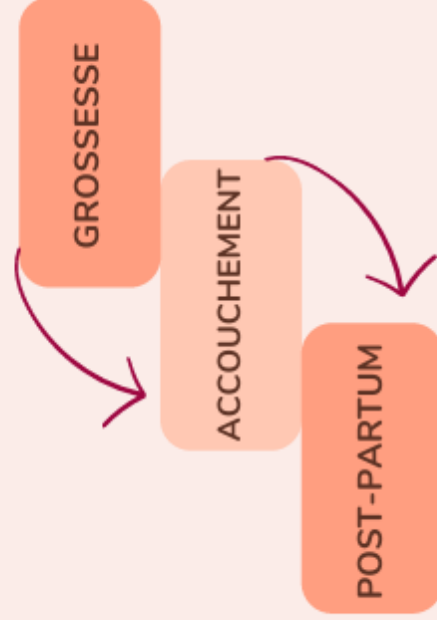
.....

Ressources soutien :

- Association Maman Blues
- Société Marcé Francophone
- Réseau Oréhane
- Santé mentale info service

La périnatalité ...

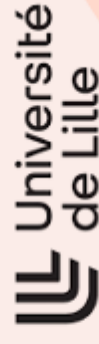
C'est la période entre le
début de la grossesse et les
2 ans de votre enfant.



La santé mentale...

C'est prendre soin de ce
que vous ressentez dans
votre tête et votre coeur.

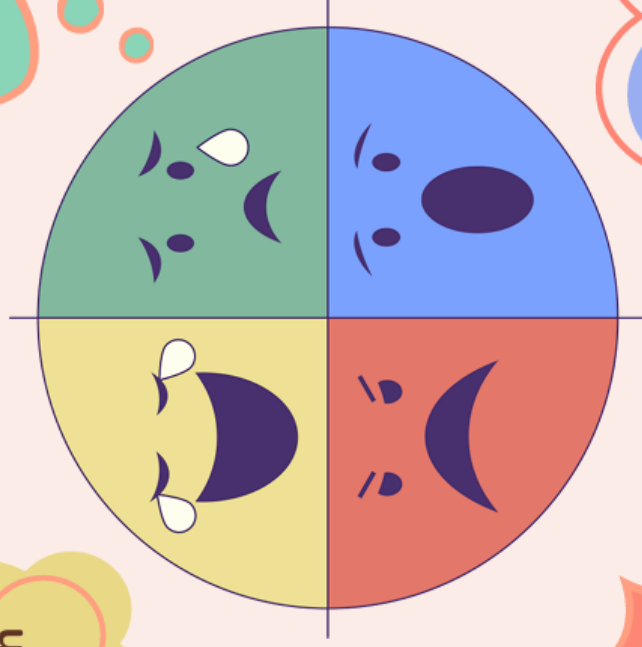
Prendre soin de soi pendant &
après la grossesse



Les émotions que l'on peut ressentir

Joie
Excitation
Amour

Tristesse
Dépassement
Culpabilité



Colère
Frustration
Irritabilité

Bouleversement
Anxiété
Fatigue

Traverser ces émotions est normal. Elles peuvent être ressenties à différentes intensités. Si l'une de ces émotions m'inquiète, je n'hésite pas à me rapprocher de mon professionnel de santé de proximité.

Je souhaite évaluer mon état

psychologique

Site du gouvernement permettant de réaliser le dépistage :



Quelques ressources pour m'informer



Vidéo explicative de la dépression du post-partum



Carnet des 1000 premiers jours

Applications support



BIBLIOGRAPHIE

1. Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;
2. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019;52:165-80.
3. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 juin 2020 [cité 17 nov 2024];118(3). Disponible sur: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a01e.pdf>
4. Doncarli A. PRÉVALENCE DE LA DÉPRESSION, DE L'ANXIÉTÉ ET DES IDÉES SUICIDAIRES À DEUX MOIS POSTPARTUM: DONNÉES DE L'ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE 2021 EN FRANCE HEXAGONALE / PREVALENCE OF DEPRESSION, ANXIETY AND SUICIDAL IDEATION AT TWO MONTHS POST-PARTUM: DATA FROM THE 2021 FRENCH NATIONAL PERINATAL SURVEY IN EUROPEAN FRANCE.
5. Collège national des universitaires en psychiatrie, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 4e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2024. (L'officiel ECN).
6. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med.* mai 2020;87(5):273-7.
7. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet.* mai 2022;44(05):452-7.
8. Gopalan P, Spada ML, Shenai N, Brockman I, Keil M, Livingston S, et al. Postpartum Depression—Identifying Risk and Access to Intervention. *Curr Psychiatry Rep.* déc 2022;24(12):889-96.
9. Stefana A, Langfus JA, Palumbo G, Cena L, Trainini A, Gigantesco A, et al. Comparing the factor structures and reliabilities of the EPDS and the PHQ-9 for screening antepartum and postpartum depression: a multigroup confirmatory factor analysis. *Arch Womens Ment Health.* oct 2023;26(5):659-68.
10. Larsen A, Pintye J, Odhiambo B, Mwangeli N, Marwa MM, Watoyi S, et al. Comparing depression screening tools (CESD-10, EPDS, PHQ-9, and PHQ-2) for diagnostic performance and epidemiologic associations among postpartum Kenyan women: Implications for research and practice. *J Affect Disord.* mars 2023;324:637-44.

11. <https://www.apa.org> [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Patient Health Questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2). Disponible sur: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/patient-health>
12. Dépression post-partum [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-maternite-perinatalite/depression-post-partum-prise-en-charge>
13. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct 2007;36(6):549-61.
14. Jacques Dayan, Gwenaëlle Andro, Michel Dugnat. Post-partum blues. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. 2ème édition. Elsevier Masson SAS.; 2014. p. 253-8.
15. Jacques Dayan, Gwenaëlle Andro, Michel Dugnat. Psychoses puerpérales. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. 2ème édition. Elsevier Masson SAS.; 2014. p. 205-33.
16. Shea A, Jumah NA, Forte M, Cantin C, Bayrampour H, Butler K, et al. Guideline No. 454: Identification and Treatment of Perinatal Mood and Anxiety Disorders. J Obstet Gynaecol Can. oct 2024;46(10):102696.
17. Aline PICARD. Dépression [Internet]. JOURNEE SCIENTIFIQUE F2RSM PSY; 2023 oct 19 [cité 15 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/31221.pdf>
18. Dayan J, Yoshida K. Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct 2007;36(6):530-48.
19. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Annu Rev Med. 27 janv 2019;70(1):183-96.
20. Dépression post-partum [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-maternite-perinatalite/depression-post-partum-prise-en-charge>
21. CRAT L. Paroxétine – Allaitement – Le CRAT [Internet]. 2021 [cité 19 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/4035/>

22. Bottemanne H, Joly L, Javelot H, Ferreri F, Fossati P. Guide de prescription psychiatrique pendant la grossesse, le postpartum et l'allaitement. *L'Encéphale*. août 2023;49(4):408-21.
23. CRAT L. Amitriptyline – Allaitement – Le CRAT [Internet]. 2021 [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/4150/>
24. CRAT L. Clomipramine – Allaitement – Le CRAT [Internet]. 2021 [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/4103/>
25. CRAT L. Imipramine – Allaitement – Le CRAT [Internet]. 2023 [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/11850/>
26. CRAT L. Sertraline – Allaitement – Le CRAT [Internet]. 2021 [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/4048/>
27. Faden J, Citrome L. Intravenous brexanolone for postpartum depression: what it is, how well does it work, and will it be used? *Ther Adv Psychopharmacol*. janv 2020;10:2045125320968658.
28. Barnes KN, Vogl CM, Nelson LA. Zuranolone: The First FDA-Approved Oral Treatment Option for Postpartum Depression. *Ann Pharmacother*. juill 2024;58(7):728-34.
29. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 24 nov 2024]. Pharmacien : des compétences qui évoluent au service de la population. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/un-meilleur-acces-aux-soins-pour-tous-sur-le-territoire/cooperations-interprofessionnelles/article/pharmacien-des-competences-qui-evoluent-au-service-de-la-population>
30. Stagnara J. Enjeux du développement du maternage proximal à l'officine. *Actual Pharm*. mars 2022;61(614):20-3.
31. 47167-la-demographie-2020-brochures-regionales-hauts-de-france-vf.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/les-autres-publications/reprise-ancien-site/elements-demographique-ancien-site/panorama-1er-janvier-2021-brochures-regionales/47167-la-demographie-2020-brochures-regionales-hauts-de-france-vf.pdf>
32. Mertens V, Jacobs L, Knops N, Alemzadeh SM, Vandeven K, Swartenbroekx J, et al. Bedside medication review with cognitive and depression screening by a clinical pharmacist as part of a comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients with polypharmacy: A pilot study. Alotaibi NH, éditeur. *PLOS ONE*. 21 oct 2022;17(10):e0276402.

33. epds_depistage.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2024]. Disponible sur: https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/epds_depistage.pdf
34. PHQ9_French_for_France.
35. PHQ-2_English.
36. center_of_epidemiologic_studies_depression_scale_ces-d-10.

SERMENT DE GALIEN

« En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;*
- *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité. En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;*
- *De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;*
- *De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;*
- *De coopérer avec les autres professionnels de santé.*

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

Université de Lille

UFR3S-Pharmacie

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2025/2026

Nom : JOLLY

Prénom : Orlane

Titre de la thèse : « Dépression du post-partum et pharmacien d'officine : dépister pour mieux traiter »

Mots-clés : Dépression, post-partum, DPP, dépistage, pharmacie

Résumé :

La dépression du post-partum est une pathologie fréquente affectant 1 femme sur 5, mais dont le taux de dépistage n'est que de 50%. Face à ce sous-diagnostic et au rôle de proximité du pharmacien. Le but a été d'évaluer la perception, la volonté et les obstacles des Pharmaciens d'Officine concernant leur implication dans le dépistage précoce de la DPP.

Une étude qualitative a été menée par entretiens individuels auprès de 10 Pharmaciens d'Officine. L'analyse a révélé une forte volonté des professionnels de s'intégrer à cette démarche, malgré l'identification des freins majeurs : le manque de connaissances spécifiques et l'absence d'outils concrets au sein de l'officine. En réponse à ces besoins, deux flyers ont été créés : l'un pour les équipes officinales, l'autre pour les patientes.

Le Pharmacien d'Officine se révèle ici comme un acteur clé potentiel dans le dépistage de la DPP.

Membres du jury :

Président : Monsieur DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille - Praticien hospitalier au CH de Loos – Haubourdin

Assesseur(s) : Monsieur FRIMAT Bruno, Maître de conférences associé en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille – Pharmacien – Praticien Hospitalier au CH de Lens.

Membre(s) extérieur(s) : Madame DEROISSART Marie, Docteur en Pharmacie – Pharmacienne adjointe, Pharmacie de l'Hôtel de Ville, Lille