



**Document de soutien pour les sages-femmes
qui effectuent le suivi des femmes
sous antidépresseurs de type ISRS ou IRNS**



Ordre
des Sages-Femmes
du Québec

Comité des médicaments, examens et analyses

Maïa
Éditions



Comité de rédaction

Karine Vallée-Pouliot, SF, M.Sc.PH, présidente du comité des médicaments, examens et analyses

Peggy Bedon, SF, M.Sc., chargée d'affaires professionnelles

Maëcha Nault, SF, vice-présidente du comité des médicaments, examens et analyses

Rachida Amrane, SF, membre du comité des médicaments, examens et analyses

Sandra Demontigny, SF, membre du comité des médicaments, examens et analyses

Ce document doit être révisé tous les trois ans

Février 2015, version révisée en juin 2015

© Ordre des sages-femmes du Québec

Éditions MAÏA :

ISBN 978-2-923760-05-6 (PDF version française)

ISBN 978-2-923760-06-3 (PDF version anglaise)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Table des matières

1.	Introduction et mise en contexte	5
2.	Méthodologie	5
	2.1 Revue de la littérature	5
	2.2 Consultation d'experts et d'instances	6
3.	Dépression et grossesse	6
	3.1 Prévalence de la dépression	6
	3.2 Dépistage	7
	3.3 Facteurs de risque	7
	3.4 Facteurs de prévention et de protection	7
	3.5 Traitement	8
	3.6 Complications	8
	3.6.1 Anxiété	8
	3.6.2 Psychose puerpérale	8
	3.7 Dépression non-traitée	8
	3.8 Dépression paternelle	8
4.	La médication : inhibiteurs de la recapture spécifique de la sérotonine (ISRS) et inhibiteurs de la recapture de la norépinéphrine et de la sérotonine (IRNS)	8
	4.1 Pharmacologie	9
	4.1.1 ISRS/IRNS pendant la grossesse	9
	4.1.2 ISRS/IRNS pendant l'allaitement	9
	4.2 Indications	9
	4.3 Prévalence	10
	4.4 Effets indésirables	10
	4.5 Cessation d'un ISRS/IRNS	10
	4.6 Polypharmacie	10
5.	Répercussions pour la mère	10
	5.1 Hypertension artérielle	10
	5.2 Thrombocytopénie	11
	5.3 Suicide	11
6.	Répercussions pour le fœtus ou le nouveau-né	11
	6.1 Syndrome d'adaptation néonatale ou syndrome de sevrage	11
	6.1.1 Signes liés au syndrome d'adaptation néonatale	12
	6.1.2 Outil d'évaluation du syndrome d'adaptation néonatale	12
	6.1.3 Prévalence	13

6.1.4 Déroulement du syndrome d'adaptation néonatale	13
6.1.5 Détermination des bébés à risque	13
6.1.6 Facteurs de prévention et de protection	14
6.2 Syndrome d'intoxication à la sérotonine	14
6.3 Hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né	14
6.3.1 Symptômes et diagnostic	14
6.3.2 Facteurs de risque	14
6.3.3 Prévalence	15
6.4 Malformations congénitales	15
6.4.1 Malformations cardiaques	15
6.4.2 Autres malformations congénitales	15
7. Pratique sage-femme	16
7.1 Rôle de la sage-femme	16
7.1.1 Dépistage et référence à un professionnel en santé mentale	16
7.1.2 Soutien psychosocial	16
7.1.3 Soins en collaboration	17
7.2 Accouchement hors centre hospitalier et surveillance néonatale	17
8. Considérations pour la pratique sage-femme	17
8.1 Considérations prénatales	18
8.1.1 Évaluation du bien-être de la femme	18
8.1.2 Suivi prénatal des femmes sous antidépresseurs	18
8.2 Considérations perinatales	18
8.2.1 Lieu d'accouchement	18
8.3 Considérations postnatales	19
8.3.1 Nouveau-né (24 premières heures de vie)	19
8.3.2 Mère	19
Annexe 1 – Score de Finnegan [35]	21
Annexe 2 – Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS)	22
Instructions aux sages-femmes	23
Interprétation des résultats	24
Annexe 3 - Loi sur les sages-femmes	24
Annexe 4 – Algorithme sur les nouveau-nés exposés aux ISRS/IRNS (Perinatal Services BC)	26
Références	27

1 Introduction et mise en contexte

De nombreuses enquêtes épidémiologiques menées à travers le monde confirment l'accroissement des problèmes de santé mentale ainsi que l'utilisation de thérapies pharmacologiques pour y répondre.

Intervenantes de première ligne, les sages-femmes, dans leur pratique, doivent suivre de plus en plus de femmes prenant des antidépresseurs ou d'autres médicaments prescrits pour divers troubles de santé mentale. Plusieurs sages-femmes ont contacté l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) et manifesté l'intérêt d'avoir un document de soutien pour les guider et leur permettre d'offrir de meilleurs soins à ces femmes. Ainsi, l'OSFQ a mandaté le Comité sur les médicaments, examens et analyses (CMEA) pour qu'il se penche sur le sujet.

Le travail entourant cette question est difficile, étant donné la complexité et les interactions entre les différents déterminants de la santé mentale impliqués dans l'apparition de tels troubles, que ce soient des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels[1]. Aussi, les problèmes de santé mentale ainsi que les traitements prescrits sont variés et nombreux. Dans ce document, le comité a donc décidé de n'aborder la dépression que brièvement et de ne pas donner plus de précisions sur d'autres problèmes de santé mentale. De plus, il traite principalement des aspects cliniques de la prise d'antidépresseurs et non pas de l'aspect relié au soutien psychosocial devant être apporté à la femme, vaste sujet qui aurait pu faire, à lui seul, l'objet d'un autre document.

Dans le présent document, il sera principalement question du suivi des femmes prenant des antidépresseurs de type inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine et inhibiteur de la recapture de la norépinephrine et de la sérotonine (ISRS/IRNS) ; ce qui semble être la majorité des situations cliniques rapportées par les sages-femmes.

2 Méthodologie

2.1 Revue de la littérature

Les mots-clés choisis pour effectuer la recherche sur *Medline* sont : *SSRI, NSRI, midwife, depression, antidepressant, pregnancy, neonate, appgar* entre le 7 octobre 2012 et le 12 février 2014.

Bien qu'un nombre important d'études soit publié sur les femmes prenant des ISRS/IRNS, certains facteurs limitent leur portée [2-4] :

- Manque de puissance statistique des recherches ;
- Limitation du nombre de sujets impliqués dans les études, entraînant de ce fait une rareté des issues indésirables pour la mère et pour l'enfant ;
- Méthodologie variée ;
- Évolution rapide dans la pharmacothérapie modifiant les habitudes de prescription, ce qui génère une exposition insuffisante pour observer des liens entre la prise d'ISRS/IRNS et les conséquences maternelles, fœtales et néonatales

Le travail de documentation qui a été fait s'est heurté au manque de recherches qui prennent en considération les spécificités de la pratique des sages-femmes telles que la continuité des soins, le suivi personnalisé, l'accouchement hors centre hospitalier, etc. La majorité des recherches recensées concernent les femmes qui sont suivies par un médecin et qui planifient un accouchement en centre hospitalier.

Le comité a effectué une revue narrative de la littérature et a retenu principalement les revues systématiques, les méta-analyses et les directives cliniques d'organisations en périnatalité.



À l'heure actuelle, les lignes directrices des provinces canadiennes sur la prise d'ISRS/IRNS et les issues néonatales sont les suivantes :

- Document de principe de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) [5] ;
- Directive clinique du *BC Perinatal Services*, organisme gouvernemental de la Colombie-Britannique œuvrant en périnatalité dans les soins de première, deuxième et troisième ligne [6]. À ce jour, ce document est le seul article sur les ISRS/IRNS qui traite des accouchements hors centre hospitalier.
- Directive clinique de *BC Reproductive Mental Health Program et Perinatal Services BC* publiée en mars 2014 sur les problèmes de santé mentale en période périnatale [8].

En Angleterre, la *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* a récemment publié une directive clinique sur la santé mentale maternelle en période périnatale [7].

2.2 Consultation d'experts et d'instances

Plusieurs experts sur le sujet (médecin de famille, obstétricien en grossesse à risque élevé, néonatalogiste, cardiologue pédiatrique, Centre IMAGE et chercheure) ont été consultés afin d'obtenir des avis cliniques pertinents quant à la conduite à tenir à privilégier pour la clientèle sage-femme québécoise. Les experts consultés ont reconnu certaines limites du document de la SCP quant aux spécificités liées à la pratique sage-femme (accouchement hors centre hospitalier et congé précoce). La difficulté principale réside dans le fait de ne pas pouvoir identifier avant la naissance, mais aussi en période postnatale, les bébés qui présenteront des complications.

3 Dépression et grossesse

Les maladies liées à la santé mentale, dont la dépression, représentent un réel problème de santé publique. En effet, une récente étude les rapporte comme étant en seconde position dans la liste des maladies les plus incapacitantes au niveau mondial, après les maladies cardiovasculaires [9].

Selon l'Organisation mondiale de la Santé,

«La dépression est un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. La dépression peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à fonctionner au travail ou à l'école ou à faire face à sa vie quotidienne. À son paroxysme, elle peut conduire au suicide.» [10].

Les troubles de santé mentale sont variés et complexes. Le présent document ne fera qu'un bref survol de la dépression et s'attardera principalement aux médicaments utilisés dans cette situation, et plus particulièrement les ISRS/IRNS, ainsi qu'au suivi préconisé.

3.1 Prévalence de la dépression

Dans les pays occidentaux, la prévalence de la dépression et de l'anxiété pendant la grossesse et la première année suivant l'accouchement est de 10 à 15% [11].

En obstétrique, la dépression est l'une des complications les plus fréquentes. À titre comparatif, la dépression périnatale (10 à 15%) est jusqu'à trois fois plus fréquente que l'hémorragie du post-partum (5 à 15%), jusqu'à deux fois plus fréquente que l'endométrite (7% à 10%) et jusqu'à deux fois plus fréquente que le travail prématuré (7,6%) [12].

3.2 Dépistage

On remarque, chez les professionnels, une certaine tendance à normaliser l'état psychologique instable d'une femme enceinte ou à attribuer au *baby blues* les symptômes de la dépression postnatale [10]. En outre, des symptômes comme la fatigue, des changements au niveau de l'appétit, un trouble du sommeil, un manque d'énergie, etc., peuvent être apparentés à la grossesse, mais demeurent aussi des symptômes de dépression [8]. Les professionnels de la santé ne détecteraient qu'environ 50% des dépressions postnatales durant le suivi habituel. La mise en place d'un dépistage adéquat et d'une aide précoce réduit le risque de dépression périnatale, d'aggravation des symptômes et de récurrence pour les femmes ayant un antécédent de dépression [4, 11, 12].

Le dépistage qui se fait par auto-évaluation peut augmenter la détection des situations où une évaluation médicale est nécessaire. Bien que le dépistage puisse se faire de différentes façons, les femmes préfèrent une méthode où elles pourront faire part de leurs sentiments. De plus, elles soulignent l'importance que le professionnel réagisse rapidement à un dépistage positif [13].

3.3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont multiples [12] :

- Antécédent de dépression, particulièrement de dépression postpartum. Les femmes ayant déjà vécu une dépression post-partum ont un taux de récurrence de 50 à 62% aux grossesses suivantes ;
- Antécédents familiaux de dépression ou de maladie bipolaire ;
- Maltraitance pendant l'enfance ;
- Âge maternel <20 ans ;
- Facteurs de stress associés (violence conjugale, faible réseau de soutien, statut socio-économique faible, monoparentalité) ;
- Événements traumatiques (décès d'un proche, complications obstétricales, antécédent de deuil périnatal, etc.).

3.4 Facteurs de prévention et de protection

La présence de facteurs de protection dans l'environnement de la femme peut aussi jouer un rôle, en réduisant ou en atténuant l'impact des autres facteurs décrits ci-dessus. Par exemple, la présence de personnes proches réconfortantes et valorisantes ou l'engagement dans des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. À l'inverse, l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition (ou la réapparition) de la dépression. Dans leur étude, Scotte et al. et Mauthner décrivent certains facteurs protecteurs [1, 14] :

- Avoir été élevé dans un environnement aimant et chaleureux ;
- Avoir de bonnes conditions de vie matérielles et socioéconomiques ;
- Être en bonne santé physique ;
- Avoir une alimentation saine et variée ;
- S'adonner à des activités physiques ;
- Avoir une vie équilibrée et sans stress excessif ;
- Avoir un réseau social actif et soutenant, avoir une relation conjugale ou des relations familiales satisfaisantes à long terme ;
- Participer à des activités porteuses de sens ;
- Avoir des raisons de vivre ;
- Avoir la possibilité d'un « nouveau départ » ;
- Avoir abordé le thème de la dépression postnatale dans les rencontres prénatales individuelles ou de groupe ;
- Faire participer le partenaire et la famille dans le déroulement de la période postnatale.

3.5 Traitement

La psychothérapie et la pharmacothérapie sont les deux grandes formes de traitement recommandées pour la dépression [15]. Commencer la prise d'un antidépresseur pendant la grossesse comporte des risques et les résultats d'une psychothérapie sont rarement marqués sur une courte période de temps. Idéalement, la femme qui reçoit un diagnostic de dépression pendant la grossesse devrait être suivie par une équipe spécialisée en santé mentale périnatale.

3.6 Complications

3.6.1 Anxiété

La comorbidité la plus souvent associée à la dépression est l'anxiété ; jusqu'à 38 % des femmes ayant reçu un diagnostic de dépression post-partum vivent aussi de l'anxiété pathologique [16].

3.6.2 Psychose puerpérale

La psychose puerpérale survient chez 1 à 2 femmes sur 1000 au cours du premier mois de vie du bébé [12]. Les femmes atteintes d'une maladie bipolaire ont un risque plus élevé de psychose si elles arrêtent leur médication ou si elles ne sont pas bien médicamenteuses. Une femme ayant déjà fait une psychose puerpérale a un risque de récurrence de 60 %, tandis qu'une femme ayant déjà fait une psychose, en période autre que périnatale, a un risque de récurrence de 30 % [12, 17].

3.7 Dépression non traitée

La dépression non traitée peut avoir des conséquences sévères sur l'issue de la grossesse, par une augmentation des avortements spontanés, des naissances prématurées et des bébés de petit poids [18].

Chez la mère, la dépression non traitée modérée à sévère est associée, entre autres, à des pensées suicidaires, une alimentation ou une prise de poids inadéquates, une prise excessive d'alcool, de drogue ou de cigarette et un suivi périnatal inadéquat [4].

Après leur naissance, les bébés peuvent être plus léthargiques ou irritables et agités. Les difficultés d'attachement sont plus fréquentes [4].

3.8 Dépression paternelle

Il existe un lien entre la dépression maternelle et la dépression paternelle. Chez les pères, la prévalence de la dépression périnatale est d'environ 10 %. Or, dans les couples où la mère présente une dépression périnatale, la prévalence de la dépression chez le père pourrait atteindre 25 % [19].

4 La médication : inhibiteurs de la recapture spécifique de la sérotonine (ISRS) et inhibiteurs de la recapture de la norépinéphrine et de la sérotonine (IRNS)

La sérotonine est naturellement synthétisée dans le corps humain et agit en tant que neurotransmetteur ainsi qu'à titre d'hormone. Elle se trouve principalement dans le système digestif, dans les plaquettes sanguines et dans le système nerveux central. Elle est impliquée dans la thermorégulation, les comportements alimentaires et sexuels, le cycle d'éveil-sommeil, la douleur, l'anxiété ou le contrôle moteur. De plus, la sérotonine agit à titre de vasoconstricteur lorsque les plaquettes sont sollicitées pour arrêter un saignement. Ainsi, la sérotonine peut être associée à une hypertension vasculaire [20]. La norépinéphrine est aussi un neurotransmetteur qui joue un rôle dans l'excitation, l'orientation de nouveaux stimuli, l'attention sélective, la vigilance, les émotions, le réveil et le sommeil, le rêve et les cauchemars, l'apprentissage et le renforcement de certains circuits de la mémoire impliquant un stress chronique [20].

4.1 Pharmacologie

Les ISRS sont des antidépresseurs qui agissent au niveau des synapses neuronales en augmentant la concentration de sérotonine, ce qui entraîne une amélioration de l'humeur. Les IRNS fonctionnent similairement, en augmentant aussi la concentration de norépinéphrine au niveau des synapses [20].

4.1.1 ISRS/IRNS pendant la grossesse

À la fin de la grossesse, la prise de poids et l'augmentation de l'activité de certaines enzymes influencent la pharmacocinétique et la pharmacodynamique des antidépresseurs. Comme les particularités de chacun des ISRS/IRNS sont variables, il arrive que la dose à prendre doive être augmentée au cours de la deuxième moitié de la grossesse, contrairement à la croyance qui veut que la dose soit diminuée en fin de grossesse [4].

4.1.2 ISRS/IRNS pendant l'allaitement

Les ISRS/IRNS se retrouvent dans le lait maternel [3]. Leur demi-vie est longue, allant d'une vingtaine d'heures à quelques jours [21].

La proportion trouvée dans le lait maternel varie, mais ne semble pas atteindre des niveaux détectables chez la plupart des enfants. Les nouveau-nés exposés pendant la grossesse ont tendance à avoir moins de symptômes liés à la présence d'ISRS/IRNS dans le lait maternel que les enfants non exposés.

Lorsqu'une femme cesse une pharmacothérapie pendant la grossesse, il est nécessaire d'évaluer la nécessité de la recommencer dès l'accouchement. Il faut alors prendre en considération que certains médicaments sont moins compatibles avec l'allaitement lorsque le bébé n'y a pas été exposé in utero. À cause de sa demi-vie très longue, il est rarement conseillé d'amorcer la prise de la fluoxétine (Prozac) au cours des premiers mois postnataux [21]. La femme pourrait se voir prescrire un nouvel ISRS/IRNS compatible avec l'allaitement [3].

4.2 Indications

Les ISRS/IRNS sont utilisés dans le traitement de la dépression modérée à sévère, les troubles anxieux, les troubles de paniques et les migraines [22].

Tableau 1 :

Les ISRS et les IRNS les plus souvent prescrits, avec leur dosage quotidien usuel pour la molécule (se référer au Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)[23] pour obtenir la monographie des produits).

ISRS	Dosage (mg)
Paroxétine (<i>Paxil</i>)	20 - 50
Fluoxétine (<i>Prozac</i>)	20 - 60
Sertraline (<i>Zoloft</i>)	50 - 200
Citalopram (<i>Celexa</i>)	20 - 60
Escitalopram (<i>Cipralax</i>)	10 - 20
Fluvoxamine (<i>Luvox</i>)	50 - 100
IRNS	Dosage (mg)
Venlafaxine (<i>Effexor</i>)	75 - 375

Traduction libre, données tirées de *Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation* (Sie & al, 2011)

4.3 Prévalence

En 2013, il est estimé qu'environ 3,5 % des femmes enceintes sont sous traitement d'ISRS/IRNS en Amérique du Nord [18].

4.4 Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment observés des ISRS/IRNS sont les symptômes gastro-intestinaux, la céphalée, l'insomnie et l'agitation. D'autres symptômes tels que des tremblements, des sueurs excessives et des changements au niveau du poids sont aussi rapportés [3].

4.5 Cessation d'un ISRS/IRNS

Les données probantes démontrent qu'en présence d'un problème de santé mentale nécessitant une pharmacothérapie, **les risques d'un état dépressif non traités sont supérieurs aux risques fœtaux et néonataux liés au traitement et ne doivent pas mener à l'arrêt de la médication.** En plus de ne pas diminuer les risques de complications pour le bébé, la cessation de la médication augmente grandement le risque de rechute [2, 4, 7, 8, 24]. Malgré le fait que le risque de rechute persiste chez les femmes qui continuent leur traitement (26%), ce risque est de 68% chez celles qui l'arrêtent au moment de la conception ou au cours du premier trimestre. De plus, une fois le traitement pharmacologique de nouveau initié, il faut plusieurs semaines avant que les symptômes dépressifs soient de nouveau contrôlés [3].

Certaines femmes décideront peut-être d'arrêter leur médication, par choix personnel ou sur recommandation de leur médecin traitant. L'arrêt d'un ISRS/IRNS ne doit pas se faire brusquement. La meilleure façon d'assurer le sevrage d'un ISRS/IRNS est de diminuer graduellement le dosage de 25 % dans un intervalle d'une ou deux semaines **et sous supervision médicale.** Selon le dosage du médicament utilisé, il est normal que le sevrage se déroule sur plusieurs semaines [25]. Un arrêt soudain peut entraîner des symptômes de sevrage d'intensité variable incluant de la nervosité, de l'anxiété, de l'insomnie, des tremblements et des convulsions [4].

4.6 Polypharmacie

Lorsqu'une femme prend plus d'un médicament psychoactif, il est difficile d'évaluer les risques réels pour elle et son bébé. La polypharmacie en santé mentale est justifiée par une sévérité plus particulière des symptômes qui sont notamment liés à de l'anxiété ou à un trouble de panique ou un trouble obsessionnel ou compulsif, avec ou sans dépression. Dans ces cas, les enfants sont plus à risque d'avoir des symptômes néonataux [26]. Pour toutes ces raisons, il est recommandé que le suivi périnatal des femmes prenant plus d'un médicament psychoactif soit complètement assumé par une équipe médicale.

5 Répercussions pour la mère

5.1 Hypertension artérielle

La sérotonine a un effet vasoconstricteur et agit potentiellement sur la tension artérielle. Quelques études se sont penchées sur les risques d'hypertension, avec ou sans pré-éclampsie, pour les femmes prenant un ISRS/IRNS pendant la grossesse. Bérard et De Vera rapportent un risque augmenté de 53 %. Un ISRS en particulier, le paroxétine (Paxil), a été associé à une augmentation de l'incidence d'hypertension, passant de 2 à 3,6% [27]. Selon Palmsten *et al.*, les risques augmentés semblent être associés à la prise d'IRNS et d'antidépresseurs tricycliques [28].

Ces études demeurent observationnelles et ne fournissent pas d'information quant à la conduite à tenir pour les professionnels de la santé. Étant donné la surveillance déjà en place de la tension artérielle pendant la grossesse, il n'y a pas pour le moment d'indication justifiant une surveillance autre [29].

5.2 Thrombocytopénie

Comme la sérotonine est emmagasinée dans les plaquettes sanguines, la prise d'ISRS/IRNS pourrait inhiber la fonction plaquettaire et entraîner des saignements, principalement au niveau de l'estomac [20, 30]. Ce risque est présent pour toutes les personnes qui prennent un ISRS/IRNS et est augmenté par la prise concomitante de certains médicaments (aspirine, anti-inflammatoire non-stéroïdien et anticoagulant) [30]. Peu d'études se sont penchées sur le sujet pendant la grossesse. Pour le moment, il ne semble pas y avoir de consensus sur les impacts pour la mère, et les fœtus exposés aux ISRS/IRNS ne semblent pas plus à risque de développer une thrombocytopénie [31].

5.3 Suicide

La suicidalité (idée suicidaire, préparation de l'acte, tentative de suicide ou décès par suicide) liée à la prise d'un antidépresseur (ISRS/IRNS ou autre) est difficile à quantifier étant donné le risque de suicidalité augmenté chez les personnes ayant une maladie mentale. Le suicide est responsable de 28 % des décès maternels et constitue la principale cause de mortalité chez la mère pendant la première année de vie du nourrisson. La prévisibilité du passage à l'acte est difficile à déterminer puisque la moitié des femmes n'ont pas d'antécédent précis, mais il est estimé que 50 % des suicides maternels pourraient être évités [32]. Les études confirment toutefois que la présence de maladie mentale est un facteur de risque important et que la dépression en fin de grossesse est l'élément le plus prédictible de dépression postpartum associé à un danger pour la vie [4]. En ce qui concerne le risque de suicidalité associé à la prise d'un antidépresseur de type ISRS/IRNS, il serait augmenté chez les adolescents, équivalent pour les personnes âgées de 18 à 64 ans, diminué chez les personnes âgées de plus de 65 ans, et ce par rapport aux personnes qui sont dépressives, mais qui ne prennent pas de médicament [33].

Si la sage-femme décide d'aborder ce sujet avec la femme au cours de la grossesse, elle peut consulter le *Guide de bonne pratique en prévention du suicide à l'intention des intervenants du ministère de la Santé et des Services sociaux* (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>). Il existe des questionnaires pour évaluer le risque de suicide [8]. Des formations sont aussi offertes par divers centres de prévention du suicide à travers le Québec.

6 Répercussions pour le fœtus et le nouveau-né

Depuis la publication du document de la SCP en 2011, les sages-femmes du Québec se préoccupent des conséquences néonatales de l'exposition in utero des nouveau-nés aux ISRS-IRNS. Aucune donnée probante ne fait le lien entre la prise d'antidépresseurs et l'augmentation du risque de réanimation néonatale à la naissance. Cependant, au cours des 24 premières heures de vie, certaines complications peuvent survenir [6, 18, 34].

6.1 Syndrome d'adaptation néonatale ou syndrome de sevrage

Le syndrome d'adaptation néonatale ou syndrome de sevrage néonatal est un syndrome englobant plusieurs signes neurologiques, respiratoires et gastro-intestinaux qui surviennent dans les premières heures, voire les premiers jours suivant la naissance [18].

Deux hypothèses expliquent la variation dans la nomenclature entourant ce syndrome [18] :

- Syndrome d'adaptation néonatale : À cause de l'effet vasoconstricteur de la sérotonine, les vaisseaux sanguins des nouveau-nés exposés in-utero aux ISRS/IRNS pourraient être moins flexibles. Après la naissance, cela pourrait entraîner un retard du relâchement du système vasculaire de l'enfant provoquant une hypertension vasculaire, ce qui explique les symptômes observés.
- Syndrome de sevrage : À la naissance, les nouveau-nés ne sont plus exposés aux ISRS/IRNS, leur concentration de sérotonine pourrait donc diminuer et engendrer des symptômes de sevrage.

Pour faciliter la lecture, le terme « syndrome d'adaptation néonatale » sera utilisé dans le reste du document. Peu importe la nomenclature utilisée, les symptômes et leur gestion demeurent les mêmes.

6.1.1 Signes liés au syndrome d'adaptation néonatale



Tableau 2 :

Signes liés au syndrome d'adaptation néonatale selon leur fréquence

Signes fréquemment observés	Signes rarement observés
<p>Neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nervosité Trouble de la régulation du tonus musculaire Tremblement Trouble du sommeil Pleurs fréquents ou aigus Agitation ou irritabilité Myoclonie 	<p>Neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Convulsions Réflexe augmenté Léthargie <p>Gastro-intestinaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diarrhée Succion faible ou désordonnée
<p>Gastro-intestinaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> Difficulté d'alimentation 	<p>Autonomiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Instabilité de la température Marbrure Sueur excessive Congestion nasale
<p>Respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> Détresse respiratoire 	

Traduction libre, données tirées de *The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn?* [18]

Une fois que des signes associés au syndrome d'adaptation néonatale sont apparus, il est fort probable que le syndrome demeure d'intensité légère, mais il est possible qu'il y ait aggravation. Il est difficile de déterminer quels sont les bébés qui sont à risque de développer des signes d'intensité plus sévère. La détresse respiratoire peut survenir chez un bébé peu symptomatique de prime abord [18].

6.1.2 Outil d'évaluation du syndrome d'adaptation néonatale

La surveillance de l'apparition du syndrome d'adaptation néonatale comprend une évaluation des signes vitaux (fréquence cardiaque, rythme respiratoire, température et saturation) toutes les 4 heures (voir section 7.2) et une évaluation clinique des symptômes nommés plus haut [6].

Le score de Finnegan est un outil qui convient à l'évaluation des symptômes du syndrome d'adaptation néonatale afin de faciliter une prise de décision clinique. Il est effectué 2 heures après la naissance, puis toutes les 4 heures pendant 24 heures minimum (annexe 1) [35]. La présence de signes associés au syndrome d'adaptation néonatale présent avant les 8 premières heures peut suggérer une étiologie différente (c.f. 6.1.4). La prise maternelle d'ISRS/INRS n'est peut-être pas à la source des signes cliniques observés.

Le score de Finnegan est un outil d'aide à l'évaluation du nouveau-né, mais son utilisation ne remplace pas le jugement clinique de la sage-femme, ni le désir éventuel des parents de procéder à un transfert de soin.

Un score supérieur à 8 suggère un syndrome d'adaptation néonatale et requiert un transfert de soin (*Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*). Un score inférieur à 7 ne justifie pas l'arrêt de l'observation et pourrait justifier un transfert selon le règlement cité précédemment, selon la nature des signes cliniques observés.



Tableau 3

Interprétation du score de Finnegan selon le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin* (a.5, 1er al., par.3).

Score	Signes observés	Règlement
≥ 8	Peu importe les signes observés	Transfert
≤ 7	<ul style="list-style-type: none">• Trémulations répétées• Vomissement en jet Selles liquides (diarrhée)• Convulsions• Hyperthermie• Signes de détresse respiratoire (battements des ailes du nez, tachypnée, tirage)	Transfert
	<ul style="list-style-type: none">• Cris aigus anormaux• Réflexe de Moro exagéré (signes neurologiques anormaux)	Consultation
	<ul style="list-style-type: none">• Sommeil calme• Tonus musculaire augmenté• Mouvements myocloniques• Sueur• Marbrure• Excoriations• Congestion nasale ou éternuements• Allaitement difficile	

6.1.3 Prévalence

Jusqu'à 30% des bébés nés de mère prenant un ISRS/IRNS vont présenter le syndrome d'adaptation néonatale [18].

6.1.4 Déroulement du syndrome d'adaptation néonatale

Les premiers symptômes du syndrome d'adaptation néonatale apparaissent quelques heures après la naissance (en moyenne 8 heures). La plupart d'entre eux durent de 2 à 6 jours, mais certaines études rapportent une durée allant jusqu'à 2 semaines. Si un nouveau-né n'a pas développé de symptômes au cours de ses 48 premières heures de vie, il est peu probable qu'il en développe par la suite [18, 36].

6.1.5 Détermination des bébés à risque

Comme il n'y a pas de lien démontré entre la dose d'ISRS/IRNS prise par la mère et la sévérité des symptômes observés, il est difficile de déterminer quels sont les bébés à risque de développer le syndrome d'adaptation néonatale. Il y aurait peut-être un lien avec la durée du traitement, mais l'arrêt des ISRS/IRNS, même en début de la grossesse, ne diminuerait pas de façon significative la fréquence de ce syndrome [18].

6.1.6 Facteurs de prévention et de protection

Quelques pratiques permettent de limiter l'apparition et de diminuer la sévérité des symptômes observés [18] :

- le contact peau-à-peau ;
- la lumière tamisée ;
- l'emmaillotage ;

Ces mesures ont comme objectif de diminuer la stimulation neurologique du bébé afin de favoriser sa récupération. Elles permettent aussi à l'enfant de mieux stabiliser sa température et de régulariser sa fréquence respiratoire.

- l'allaitement.

L'allaitement fréquent et à la demande, en plus de ses bienfaits connus, permet au bébé de recevoir une dose minimale d'ISRS/IRNS à travers le lait maternel (dose de maintien) et de faire un sevrage plus en douceur [36].

6.2 Syndrome d'intoxication à la sérotonine

Outre le syndrome d'adaptation néonatale, certains auteurs suggèrent que les bébés exposés pourraient souffrir d'un syndrome d'intoxication à la sérotonine. Ce syndrome est très rare et son existence demeure controversée. Les symptômes du syndrome d'adaptation néonatale surviennent habituellement après 8 heures de vie. Si des symptômes similaires surviennent dès la naissance, il serait possible que ceux-ci soient dus au syndrome de toxicité à la sérotonine. [18].

6.3 Hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né

L'hypertension artérielle pulmonaire persistante du nouveau-né (HPPN) est une pathologie dans laquelle la circulation systémique et pulmonaire continue de suivre le schéma circulatoire prénatal au lieu d'adopter le schéma postnatal normal. L'hypertension persistante des vaisseaux pulmonaires entraîne une réduction du débit sanguin vers les poumons, ce qui limite la quantité d'oxygène atteignant les organes. Différents facteurs influencent le déroulement de cette transition : la délivrance placentaire, la décharge de catécholamines à la naissance, l'environnement extra-utérin plus froid, l'expansion des poumons à un volume normal, l'établissement d'une ventilation et d'une oxygénation alvéolaires adéquates et la vidange du liquide pulmonaire fœtal. Les conditions qui interfèrent avec ces processus maintiennent la circulation transitoire, qui provoque une hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né [37].

6.3.1 Symptômes et diagnostic

Le nouveau-né présente des signes de détresse respiratoire sévère : tachypnée, cyanose, battement des ailes du nez, tirage, balancement thoraco-abdominal, geignement expiratoire, désaturation. L'HPPN est observée habituellement au cours des 12 à 24 premières heures de vie, compte tenu des mécanismes compensatoires que le nouveau-né met en place dès sa naissance [2, 6, 37]. Il est donc important d'instaurer une surveillance pour une période de 24 heures.

Le diagnostic d'HPPN se fait à l'aide de l'histoire de cas, de l'examen physique et de différents tests et examens (pH sanguin, échocardiogramme, radiographie, etc.) [38].

6.3.2 Facteurs de risque

Les facteurs de risques principaux associés à cette pathologie sont [39] :

- la césarienne ;
- l'indice de masse corporelle maternel élevé ;
- la prise maternelle d'aspirine ou d'un médicament anti-inflammatoire non-stéroïdien ;
- tous types de diabète ;

- l'asthme non contrôlé ;
- la présence de liquide amniotique méconial ;
- le dépassement de terme ;
- la race (noire ou asiatique) ;
- le tabagisme ;
- le faible statut socio-économique.

Dernièrement, la prise d'ISRS/IRNS a aussi été nommée comme un facteur de risque puisque la sérotonine est un vasoconstricteur et pourrait avoir un effet sur la vascularisation pulmonaire [37].

6.3.3 Prévalence

La prévalence d'HPPN est faible : 0,1 à 0,2% de bébés nés vivants [39]. Les facteurs de risque nommés plus haut augmentent la fréquence de l'HPPN.

Pour ce qui est de l'HPPN associée à la prise maternelle d'ISRS/IRNS, le risque serait de moins de 1% [2, 4]. Malgré que ce soit une condition sérieuse, elle ne justifie pas l'arrêt de la médication [38]. Un arrêt de l'ISRS/IRNS au-delà de la 20e semaine de grossesse ne diminuerait pas le risque de l'HPPN [2, 40].

6.4 Malformations congénitales

Les malformations cardiaques fœtales sont les principales malformations qui pourraient être associées à la prise d'ISRS/IRNS pendant la grossesse [6].

6.4.1 Malformations cardiaques

La prévalence des malformations cardiaques toutes grossesses confondues est de 0,7%. Le risque est augmenté à 1% quand le bébé est exposé aux antidépresseurs de type ISRS/IRNS [6].

Un doute subsiste pourtant sur le lien entre la prise d'antidépresseurs et les malformations cardiaques fœtales. Le rapport entre les bénéfices d'un traitement et les risques reste à démontrer. L'association est bien documentée pour la paroxétine (Paxil) principalement parce que c'est l'antidépresseur de type ISRS/IRNS qui est utilisé depuis le plus longtemps [4]. Les autres molécules sont utilisées depuis trop peu de temps pour qu'on puisse aboutir à des conclusions. Certaines recherches soulignent le fait qu'il est possible que les femmes anxieuses aient un suivi médical plus rapproché, qui mènerait à un plus grand nombre de cas bénins diagnostiqués [4].

Cependant, certaines études, le *American Heart Association* et plusieurs médecins consultés recommandent qu'une échographie cardiaque fœtale soit effectuée chez les bébés exposés à un ISRS/IRNS [3, 4, 41].

6.4.2 Autres malformations congénitales

Si on considère l'ensemble des malformations congénitales, y compris le gastroschisis et les défauts du tube neural, etc., le risque est de 3,5 à 4% pour les bébés exposés in utero à un ISRS/IRNS comparativement à 3% dans la population générale [42].

7 Pratique sage-femme

7.1 Rôle de la sage-femme

Le rôle de la sage-femme est en grande partie d'offrir un soutien dans les périodes de transitions majeures que sont la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ce soutien est susceptible de jouer un rôle dans la prévention des états dépressifs. Toutefois, le cas échéant, la sage-femme doit être en mesure de dépister les conditions de dépression et référer à un autre professionnel au besoin.

7.1.1 Dépistage et référence à un professionnel en santé mentale

De par leur rôle d'intervenantes de première ligne et l'établissement souhaité d'une relation de confiance avec les femmes, les sages-femmes jouent un rôle important dans le dépistage de la dépression. Ce rôle s'articule autour de l'écoute active et doit concerner toutes les femmes. Beaucoup de situations de dépression ne sont pas identifiées [4, 8, 11, 12].

Il faut aussi considérer que certaines femmes présentent un risque plus élevé de dépression (cf section 3.3). Certains symptômes spécifiques peuvent aussi être de bons indicateurs de risque plus élevé : symptômes physiques inexplicables, douleur, y compris la douleur chronique, fatigue persistante, insomnie, anxiété, abus d'alcool ou d'autres drogues [4].

Si la sage-femme a des doutes ou si la femme présente des états dépressifs ou est plus à risque de dépression, il est recommandé de faire un dépistage plus précis. Cette évaluation peut se faire, entre autres, au moyen de la grille d'Édimbourg (annexe 2) ou en posant les deux questions suivantes [43] :

- Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous sentie démoralisée, déprimée ou désespérée ?
- Au cours des deux dernières semaines, avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à faire vos activités ?

Si la femme obtient un résultat élevé au dépistage par la grille d'Édimbourg, si elle répond oui à ces deux questions ou si le dépistage effectué suggère un état dépressif, une évaluation clinique approfondie doit être faite par un professionnel en santé mentale. La sage-femme doit donc diriger sa cliente vers un médecin à des fins de diagnostic et de traitement. Si la situation nécessite une intervention médicale immédiate, la femme doit être dirigée vers les services d'urgence psychiatrique. Elle ne doit pas s'y rendre seule. Dans les situations non urgentes, une référence à un psychologue peut être envisagée pour les femmes qui voudraient commencer une psychothérapie pendant la grossesse ou la période postpartum.

7.1.2 Soutien psychosocial

L'INSPQ (2012) dans son document *Faire Face à la dépression, Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne (p.14)*, décrit les principes de soins primordiaux devant être appliqués en matière de personnes présentant une dépression. Les normes et la philosophie de pratique des sages-femmes rejoignent principalement quatre d'entre eux :

- **Établissement d'une relation de confiance.** Elle s'établit progressivement et est favorisée par la continuité des soins pendant toute la période périnatale, et par la présence d'un respect et d'une collaboration entre la femme et la sage-femme ;
- **Promotion de la santé.** La sage-femme assure pour chacune de ses clientes la promotion des saines habitudes de vie (alimentation, sommeil, activité physique, consommation alcool, drogue, etc.) et prodigue des conseils adaptés selon leurs besoins ;
- **Soutien et participation de la famille et des proches.** Avec l'accord de la femme, la sage-femme peut discuter avec toute personne significative que la femme identifiera afin d'expliquer la réalité de la dépression et solliciter le soutien et la participation des proches. La sage-femme doit aussi discuter avec la femme des possibilités de développer son réseau de soutien.
- **Connaissance des ressources communautaires.** La sage-femme doit connaître les ressources communautaires de sa région et en faire part à la femme et à sa famille.

7.1.3 Soins en collaboration

Les femmes qui présentent des symptômes de dépression, médicamenteuses ou non, bénéficieraient d'un partenariat avec les autres intervenants déjà présents dans sa situation de santé actuelle. **La sage-femme ne peut en aucun cas gérer le traitement pharmacologique de sa cliente.**

7.2 Accouchement hors centre hospitalier et surveillance néonatale

La *BC Perinatal Services* (2013) est la seule organisation qui a publié une directive clinique abordant l'accouchement hors centre hospitalier des femmes sous antidépresseurs de type ISRS/IRNS [6].

Chez le nouveau-né, les auteurs recommandent la prise des signes vitaux (fréquence cardiaque, rythme respiratoire, température), et une saturométrie, à une heure de vie puis toutes les 4 heures, pendant les 24 premières heures [6].

Cette surveillance n'est pas spécifique à l'évaluation du syndrome d'adaptation néonatale. Elle sert aussi à identifier les bébés qui pourraient être atteints d'hypertension pulmonaire persistante ou de malformation cardiaque non diagnostiquée. Si les signes vitaux et la saturation sont dans les valeurs normales au cours des 24 premières heures de vie, il y a peu de risque que le bébé développe des symptômes qui nécessitent une hospitalisation [6].

De plus, un examen clinique complet du nouveau-né doit être effectué afin de dépister des éléments cliniques anormaux nécessitant une évaluation médicale [6].

Le fait d'avoir effectué une échographie cardiaque fœtale pendant la grossesse ne change pas cette recommandation. Les objectifs de la saturométrie et de l'échographie cardiaque sont différents et demeurent complémentaires [4].

7.3 Congé précoce

Le suivi sage-femme permet aux femmes ayant eu un accouchement normal et à leur nouveau-né en santé de bénéficier d'un congé précoce après une période de trois heures suivant la naissance. En effectuant deux à trois consultations dans les cinq premiers jours après la naissance, la sage-femme s'assure de l'évolution normale de la période postpartum tant pour la mère que le nourrisson. Ce type de suivi postnatal pour les femmes sous médication ISRS/IRNS n'est pas documenté dans la littérature. Le fait que les nouveaux nés de mères ayant pris un antidépresseur de type ISRS/IRNS ont un risque augmenté de développer un syndrome d'adaptation néonatale, une hypertension pulmonaire persistante ou des malformations cardiaques complexifie le suivi postnatal au cours des 24 premières heures de vie. Le *BC Perinatal Services* recommande un suivi serré d'une durée minimale de 24 heures, [6] ainsi qu'un suivi 3 à 5 jours après le congé afin de s'assurer de la prise de poids adéquate du nouveau-né, de l'absence de symptômes associés au syndrome d'adaptation néonatale, et d'évaluer la santé maternelle.

8 Considérations pour la pratique sage-femme

Les sages-femmes peuvent assurer le suivi périnatal des femmes sous traitement **d'un médicament antidépresseur de type ISRS/IRNS.**

En début de grossesse, la sage-femme doit consulter le médecin traitant la condition de santé mentale de sa cliente (demande d'évaluation de la santé mentale au cours de la grossesse et éventuellement d'une prescription pour une échographie cardiaque fœtale, voir section 8.1.2) et utiliser le formulaire de consultation en vigueur.

Une consultation téléphonique avec le Centre IMAGE de Sainte-Justine n'est pas suffisante. Si ce n'est déjà en cours, la sage-femme devrait évaluer avec sa cliente la possibilité d'un suivi en psychothérapie et l'informer des services disponibles dans sa région.

8.1 Considérations prénatales

8.1.1 Évaluation du bien-être de la femme

- Cette évaluation s'articule autour de l'écoute active et concerne toutes les femmes ;
- Dans le cas où une femme présente un risque élevé ou des symptômes précis, la grille d'Édimbourg peut être utilisée comme aide au dépistage de la dépression (annexe 2) ;
- La sage-femme doit avoir une approche globale et inclure le partenaire ou toute autre personne significative pour la femme, afin de faciliter le vécu de la grossesse et de planifier l'organisation de la période postnatale.

8.1.2 Suivi prénatal des femmes sous antidépresseurs

Traitement

- Les données probantes soutiennent la poursuite du traitement pharmacologique de type ISRS/IRNS pendant la grossesse et la période postnatale ;
- Il est recommandé d'obtenir l'avis d'un obstétricien en grossesse à risque si le médecin traitant la maladie mentale recommande l'arrêt du médicament pendant la grossesse ;
- La prise de millepertuis est vivement déconseillée puisque ce produit naturel interagit avec les ISRS/IRNS [44].

Échographie cardiaque

- La sage-femme doit mentionner sur la réquisition d'échographie morphologique de 18-20 SA la prise d'ISRS/IRNS chez la femme ;
- Une échographie cardiaque fœtale doit être offerte aux parents entre 20 et 24 SA, après discussion (choix éclairé, voir section 6.4.1), et selon les pratiques en place dans le centre hospitalier de référence.

Consultation ou transfert

- Pour les femmes qui prennent un ISRS/IRNS, la sage-femme doit s'assurer que la femme a entrepris les démarches suggérées (dont consultation médicale) et obtenir la documentation nécessaire après la consultation (rapport de consultation) ;
- Si la femme prend un antidépresseur d'une autre classe, la sage-femme doit consulter un médecin selon l'article 7 de l'annexe II du *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin* et ainsi établir son admissibilité à un suivi en maison de naissance ou services de sages-femmes (annexe 3) ;
- La sage-femme doit transférer les soins cliniques à un obstétricien si la femme prend plus d'un médicament psychotrope (ceci inclut tous les médicaments utilisés dans les traitements de problèmes de santé mentale) ;
- La sage-femme doit consulter le médecin traitant si elle constate que l'état psychologique de la femme se détériore ou s'assurer que la femme se rend à l'urgence psychiatrique si la situation devient urgente.

Pratiques à encourager

- En préparation de la période postnatale, la sage-femme doit accompagner la cliente dans la mise en place de stratégies de soutien.

8.2 Considérations perinatales

8.2.1 Lieu d'accouchement

La littérature ne fait aucunement état d'une augmentation du besoin des nouveau-nés de mesures de réanimation néonatale. La discussion du choix du lieu d'accouchement doit comprendre la présentation des trois lieux de naissance (domicile, maison de naissance, CH). Le domicile demeure un lieu d'accouchement possible pour les femmes sous traitement d'un médicament antidépresseur de type ISRS/IRNS.



La sage-femme doit informer les parents des données probantes récentes et échanger avec eux sur leurs besoins afin de leur permettre de prendre une décision éclairée sur le lieu d'accouchement et la surveillance postnatale du nouveau-né.

8.3 Considérations postnatales

8.3.1 Nouveau-né (24 premières heures de vie)

Risque de syndrome d'adaptation néonatale

- Il est recommandé d'observer le nouveau-né pour une durée minimale de 24 heures ;
- Une évaluation des symptômes associés au syndrome d'adaptation néonatale (tableau 2), la prise des signes vitaux et la saturométrie doivent être effectuées à la première heure de vie puis toutes les quatre heures. Après une heure de vie, la saturation doit être supérieure à 94 % (voir annexe 4) ;
- De plus, il est recommandé d'effectuer le score de Finnegan (voir annexe 1) à chaque évaluation ;
- Cette surveillance doit être effectuée par une sage-femme ou une équipe de sages-femmes. De bons mécanismes de communication et de suivi de la surveillance doivent être mis en place, incluant la documentation adéquate ;
- Un transfert est justifié si l'équipe de sages-femmes ne peut assurer le suivi d'au moins 24 heures ou si les parents en font la demande. Celui-ci peut être organisé dans les 3 à 6 heures suivant la naissance, advenant un bébé asymptomatique.

Après la période d'observation minimale de 24 heures, le bébé peut recevoir son congé si ses signes vitaux et sa saturation sont stables, son examen physique est normal, sans signe de syndrome d'adaptation néonatale.

Pratiques à privilégier

- L'allaitement maternel, le contact peau-à-peau, une lumière douce et un environnement calme sont nécessaires afin de diminuer et même de prévenir les symptômes de sevrage chez le nouveau-né.

Consultation ou transfert

- Si la sage-femme constate un examen clinique anormal au cours de sa surveillance, ou un score de Finnegan égal ou supérieur à 8, elle doit consulter un médecin ou transférer selon l'annexe V du *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*.

8.3.2 Mère

Évaluation du bien-être de la femme

- Cette évaluation s'articule autour de l'écoute active et doit concerner toutes les femmes ;
- Dans le cas où la femme présente un risque élevé ou des symptômes spécifiques, la grille d'Édimbourg peut être utilisée comme aide au dépistage de la dépression (annexe 2).
- Si la sage-femme constate une aggravation de l'état de la mère, elle doit consulter un médecin ou transférer selon l'annexe V du *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*.

Suivi

- Compte tenu du risque augmenté de dépression postnatale, la sage-femme doit s'assurer que la femme est vue par son médecin dans les 6 semaines post-partum, même si cette dernière poursuit son traitement pharmacologique.
- La sage-femme doit aussi s'assurer que la femme a le soutien dont elle a besoin dans la période postnatale.

A Annexe 1- Score de Finnegan [35]

Signes		—:—	—:—	—:—	—:—	—:—
Troubles du Système nerveux central	Cri aigu ou pleurs excessifs (25-50 % du temps)	2				
	Cri aigu excessif ou pleurs continus (> 50 % du temps)	3				
	Sommeil entre les repas < 3 heure (<75 % du temps)	1				
	< 2 heures (25-75 % du temps)	2				
	< 1 heure (>25 % du temps)	3				
	Réflexe de Moro : hyperactif	2				
	très hyperactif	3				
	Trémulations provoquées : légères	1				
	sévères	2				
	Trémulations non provoquées : légères	3				
	sévères	4				
	Hypertonie	2				
Excoriations sur : _____	1					
Mouvements myocloniques	3					
Convulsions généralisées	5					
Troubles métaboliques, vasomoteurs et respiratoires	Transpiration	1				
	Température : entre 38,0°C et 38,3°C	1				
	> 38,3 °C	2				
	Bâillements fréquents (3-4 de suite)	1				
	Marbrures	1				
	Encombrement nasal (renflements)	1				
	Éternuements (> 3-4 de suite)	1				
	Battements des ailes du nez	2				
Troubles gastro-intestinaux	Succion excessive	1				
	Difficultés d'alimentation	2				
	Régurgitations	2				
	Vomissements en jet	3				
	Selle : molles	2				
	liquides (diarrhée)	3				
Total						
Initiales de la sage-femme						

* Les éléments soulignés sont des critères de transfert ou de consultation.

A Annexe 2 – Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS)

Inscrivez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept (7) derniers jours

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

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

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons *

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements *

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

A

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil *

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Non, pas du tout
- Pas très souvent
- Oui, très souvent
- Oui, la plupart du temps

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré *

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire mal*

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Instructions aux sages-femmes

1. Demandez à la mère d'inscrire la réponse qui est la plus proche de ce qu'elle a ressenti au cours des sept (7) derniers jours.
2. Vous devez obtenir une réponse aux 10 questions.
3. La mère ne devrait pas discuter des questions et de leurs réponses avec d'autres personnes avant d'avoir terminé le questionnaire.
4. Si la mère a des difficultés à lire, il est possible que la sage-femme lui fasse passer le questionnaire oralement.

L'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg a été développée dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg. Elle consiste en 10 courts énoncés. La mère identifie laquelle des quatre (4) réponses possibles est la plus proche de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine. La plupart des mères remplissent le questionnaire sans difficulté, en moins de 5 minutes. L'étude de validation a démontré qu'une notation au-dessus du seuil était une indication possible de dépression. Malgré tout, la notation EPDS ne devrait pas passer outre un jugement clinique. Une évaluation clinique plus poussée devrait être effectuée pour confirmer le diagnostic. L'échelle indique comment la mère s'est sentie durant la semaine précédente et, dans les cas douteux, il peut être utile de la répéter une ou deux semaines plus tard. L'échelle ne détectera pas les mères aux prises avec des névroses d'angoisse, des phobies ou des troubles de la personnalité.



A Interprétation des résultats

Chaque réponse se voit attribuer une note de 0 à 3, selon la sévérité des questions. Pour les questions sans * (1, 2, 3, 4 et 8), la notation se fait en ordre croissant (i.e. 0, 1, 2, 3). Pour les questions avec * (5, 6, 7, 9 et 10), la notation se fait en sens inverse (par exemple, 3, 2, 1, 0).

Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items. Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être dirigée vers un médecin à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure. Tout résultat positif à la question 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée. Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression et/ou bénéficier d'un soutien.

Adaptation libre de : Version québécoise tirée de Des-Rivières-Pigeon, Séguin, Brodeur, Perreault, Boyer, Colin et Goulet (2000) [45]. L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg : validité au Québec auprès de femmes de statut socio-économique faible. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 19(1), 201-214. Cette version québécoise est fondée sur la version originale anglaise de Cox, Holden, & Sagovsky (1987). *Detection of postnatal depression : development of the 10- item EPDS*. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786

A Annexe 3 - Loi sur les sages-femmes

La Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1) prévoit un Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (a.5, 1er al., par.3). Les éléments entourant le sujet des ISRS/INRS durant la période périnatale sont :

ANNEXE II (a. 1 et 5) - CLASSIFICATION : GROSSESSE ACTUELLE

Cas de consultation obligatoire

- risque lié à une pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple : endocrinienne, hépatique, neurologique, psychiatrique, cardiaque, pulmonaire, rénale
- prise par la femme de médicaments, drogues ou alcool ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et chez le nouveau-né

CLASSIFICATION : LE POSTNATAL DE LA MÈRE

Cas de consultation obligatoire

- problème psychologique sévère

Cas de transfert obligatoire

- psychose puerpérale

ANNEXE V (a. 1 et 5) - CLASSIFICATION : LE NOUVEAU-NÉ

Cas de consultation obligatoire

- pigmentation anormale
- pleurs ou cris anormaux
- absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle
- signes neurologiques anormaux
- souffle cardiaque
- tachypnée persistante à plus de 60 respirations/minute
- non-reprise du poids de naissance après 14 jours de vie et non-répondant au traitement
- irritabilité, hypertonie si plus de 24 heures
- rythme cardiaque anormal ou irrégulier, inférieur à 100 battements/min ou supérieur à 200 battements/min

Cas de transfert obligatoire

- hypothermie (36°C rectale ou 35,5°C axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie ou hyperthermie (38,5°C rectale ou 38 °C axillaire) persistant au-delà de 12 heures de vie
- détresse respiratoire ou apnée
- Apgar : inférieur à 7, à 5 minutes / inférieur à 9, à 10 minutes
- cyanose centrale
- nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive au-delà de la deuxième minute de vie
- trémulations répétées ou convulsions
- léthargie ou hypotonie
- syndrome de sevrage
- vomissements bilieux ou diarrhée

Les sages-femmes doivent compléter le formulaire de consultation médicale (AH-226 DT) et les médecins doivent y répondre par écrit.



Interprétation des résultats

Chaque réponse se voit attribuer une note de 0 à 3, selon la sévérité des questions. Pour les questions sans * (1, 2, 3, 4 et 8), la notation se fait en ordre croissant (i.e. 0, 1, 2, 3). Pour les questions avec * (5, 6, 7, 9 et 10), la notation se fait en sens inverse (par exemple, 3, 2, 1, 0).

Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items. Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être dirigée vers un médecin à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure. Tout résultat positif à la question 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée. Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression et/ou bénéficier d'un soutien.

Adaptation libre de : Version québécoise tirée de Des-Rivières-Pigeon, Séguin, Brodeur, Perreault, Boyer, Colin et Goulet (2000) [45]. L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg : validité au Québec auprès de femmes de statut socio-économique faible. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 19(1), 201-214. Cette version québécoise est fondée sur la version originale anglaise de Cox, Holden, & Sagovsky (1987). *Detection of postnatal depression : development of the 10- item EPDS*. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786

A Annexe 3 - Loi sur les sages-femmes

La Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1) prévoit un Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (a.5, 1er al., par.3). Les éléments entourant le sujet des ISRS/INRS durant la période périnatale sont :

ANNEXE II (a. 1 et 5) - CLASSIFICATION : GROSSESSE ACTUELLE

Cas de consultation obligatoire

- risque lié à une pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple : endocrinienne, hépatique, neurologique, psychiatrique, cardiaque, pulmonaire, rénale
- prise par la femme de médicaments, drogues ou alcool ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et chez le nouveau-né

CLASSIFICATION : LE POSTNATAL DE LA MÈRE

Cas de consultation obligatoire

- problème psychologique sévère

Cas de transfert obligatoire

- psychose puerpérale

ANNEXE V (a. 1 et 5) - CLASSIFICATION : LE NOUVEAU-NÉ

Cas de consultation obligatoire

- pigmentation anormale
- pleurs ou cris anormaux
- absence ou anomalie au niveau des réflexes primitifs après évaluation séquentielle
- signes neurologiques anormaux
- souffle cardiaque
- tachypnée persistante à plus de 60 respirations/minute
- non-reprise du poids de naissance après 14 jours de vie et non-répondant au traitement
- irritabilité, hypertonie si plus de 24 heures
- rythme cardiaque anormal ou irrégulier, inférieur à 100 battements/min ou supérieur à 200 battements/min

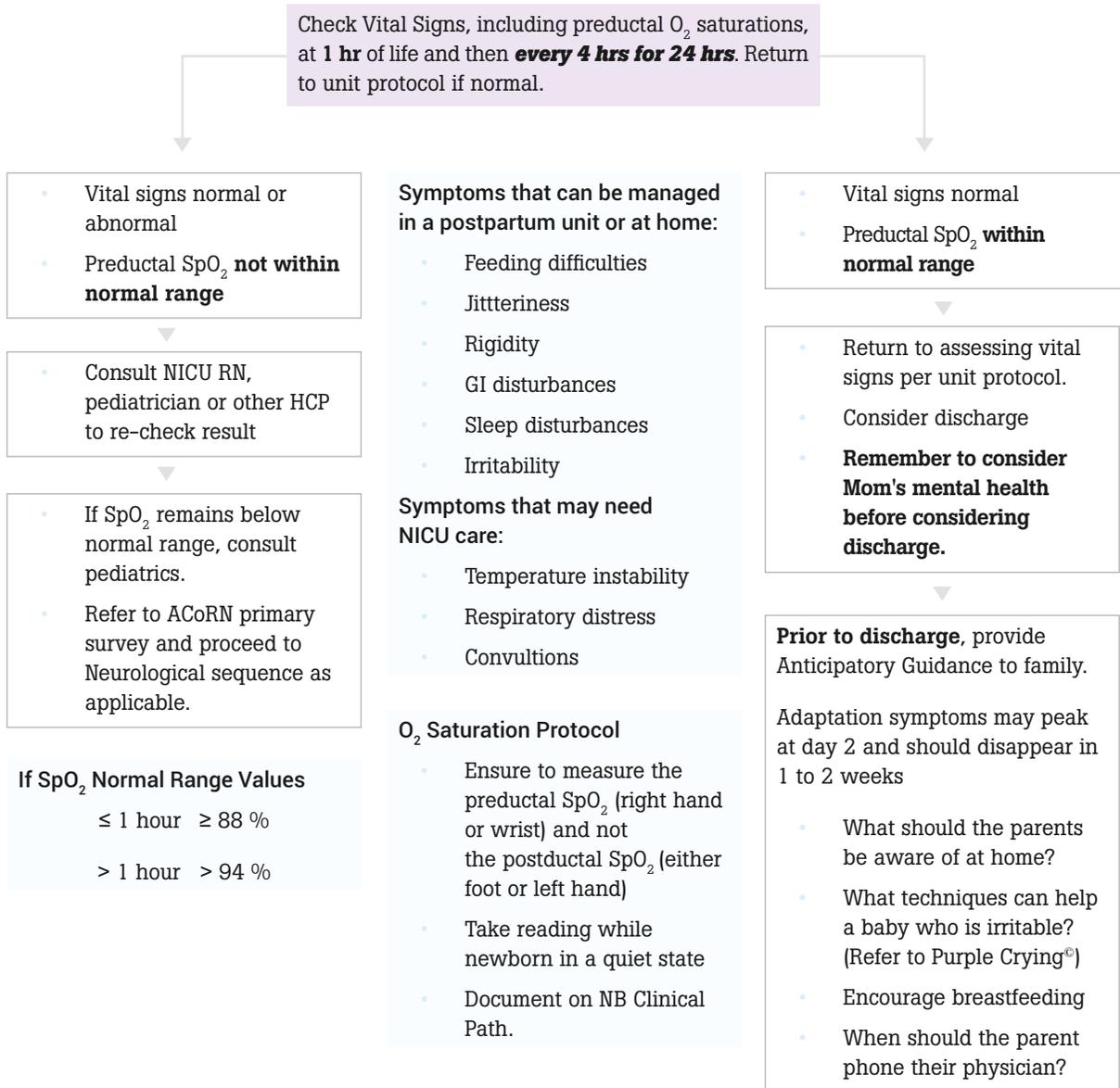
Cas de transfert obligatoire

- hypothermie (36 °C rectale ou 35,5 °C axillaire) persistant au-delà de 2 heures de vie ou hyperthermie (38,5 °C rectale ou 38 °C axillaire) persistant au-delà de 12 heures de vie
- détresse respiratoire ou apnée
- Apgar : inférieur à 7, à 5 minutes / inférieur à 9, à 10 minutes
- cyanose centrale
- nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive au-delà de la deuxième minute de vie
- trémulations répétées ou convulsions
- léthargie ou hypotonie
- syndrome de sevrage
- vomissements bilieux ou diarrhée

Les sages-femmes doivent compléter le formulaire de consultation médicale (AH-226 DT) et les médecins doivent y répondre par écrit.

A Annexe 4 – Algorithmes sur les nouveau-nés exposés aux ISRS/IRNS (Perinatal Services BC) [6]

Appendix A Newborns Exposed to SSRI / SNRIs during Pregnancy Algorithm



Key

ACoRN	Acurate Care of at-Risk Newborns	NICU	Neonatal Intensive Care Unit
HCP	Healt Care Provider	SpO2	Oxygen Saturation
NB	New born	≤ less than or equal to	> greater than

Références

1. Schotte, C., et al., *A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression*. Depression and Anxiety, 2006. **23**(5): p. 312-324.
2. t Jong, G.W., et al., *Antidepressant use in pregnancy and persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN): a systematic review*. Reproductive Toxicology, 2012. **34**(3): p. 293-7.
3. Sie, S., et al., *Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation*. Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition., 2012. **97**(6): p. F472-6.
4. Koren, G. and H. Nordeng, *Antidepressant use during pregnancy: the benefit-risk ratio*. American Journal Obstetrics and Gynecology, 2012. **207**(3): p. 157-63.
5. Jefferies, A.L., *Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and infant outcomes*. Paediatr. Child Health (CAN) Paediatrics and Child Health, 2011. **16**(9).
6. Perinatal Services BC, *Antidepressant Use During Pregnancy : Considerations for the Newborn Exposed to SSRIs/SNRIs*. 2013.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (Guideline 192)*. 2014: London, England.
8. BC Reproductive Mental Health Program and Perinatal Services BC, *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*. 2014.
9. Ferrari, A.J., et al., *Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. PLoS Medicine., 2013. **10**(11).
10. Organisation Mondiale de la Santé, *La dépression*. 2012.
11. Meltzer-Brody, S., *New insights into perinatal depression: Pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum*. Dialogues in Clinical Neuroscience., 2011. **13**(1): p. 89-100.
12. Leclerc, C., J. Grégoire, and C. Rheault, *Mémo-périnatalité : guide pratique, période prénatale, travail et accouchement, période post-partum, nouveau-né*. 2014, Québec: Département de médecine familiale de l'Université Laval.
13. Shakespeare, J., F. Blake, and J. Garcia, *A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. British Journal of General Practice, 2003. **53**(493): p. 614-9.
14. Mauthner, N., *Postnatal depression: how can midwives help?* Midwifery., 1997. **13**(4): p. 163-171.
15. Cuijpers, P., *Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of mild to moderate major depression?* JAMA Psychiatry, 2014.
16. Austin, M.P., et al., *Detection and management of mood disorders in the maternity setting: the Australian Clinical Practice Guidelines*. Women Birth, 2013. **26**(1): p. 2-9.
17. Cohen, L.S., et al., *Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment*. JAMA, 2006. **295**(5): p. 499-507.
18. Kieviet, N., K.M. Dolman, and A. Honig, *The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn?* Journal of Neuropsychiatry Disease and Treatment., 2013. **9**: p. 1257-1266.
19. Musser, A., et al., *Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know*. Journal of Pediatric Health Care, 2013. **27**(6): p. 479-485.
20. Sherwood, L., *Human physiology : from cells to systems*. 2001, Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole.
21. Boulanger, S. and B. Martin, *Les antidépresseurs et l'allaitement*. Québec Pharmacie, 2002. **49**(9): p. 760-3.
22. Ables, A.Z. and O.L. Baughman, 3rd, *Antidepressants: update on new agents and indications*. American Family Physician, 2003. **67**(3): p. 547-54.
23. Canadian Pharmaceutical, A., *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques., 2013.
24. Koren, G. and N. Boucher, *Adverse effects in neonates exposed to SSRIs and SNRI in late gestation—Motherisk Update 2008*. Canadian Journal of Clinical Pharmacology., 2009. **16**(1): p. e66-7.

25. Robitaille, C. and M. Fleury, *Antidépresseurs et grossesse: pour mère heureuse et un bébé en santé!* Le médecin du Québec, 2010. 45(8): p. 65-68.
26. Källén, B.R.M., *Neonatal Complications After Maternal Concomitant Use of SSRI and Other Central Nervous System Active Drugs During the Second or Third Trimester of Pregnancy.* Journal of Clinical Psychopharmacology., 2012. 32(5): p. 608-614.
27. De Vera, M.A. and A. Berard, *Antidepressant use during pregnancy and the risk of pregnancy-induced hypertension.* British Journal of Clinical Pharmacology, 2012. 74(2): p. 362-9.
28. Palmsten, K., et al., *Antidepressant use and risk for preeclampsia.* Epidemiology, 2013. 24(5): p. 682-91.
29. Berard, A. and M.A. De Vera, *Antidepressant use and gestational hypertension: does evidence support causality? Reply letter.* British Journal of Clinical Pharmacology., 2013. 75(5): p. 1375-6.
30. McCloskey, D., et al., *Selective serotonin reuptake inhibitors: measurement of effect on platelet function.* TRSL Translational Research, 2008. 151(3): p. 168-172.
31. Maayan-Metzger, A., et al., *Maternal selective serotonin reuptake inhibitor intake does not seem to affect neonatal platelet function tests.* Acta Haematologica, 2006. 115(3-4): p. 157-61.
32. Oates, M., *Suicide: the leading cause of maternal death.* British Journal of Psychiatry, 2003. 183: p. 279-81.
33. Leon, A.C., *The Revised Warning for Antidepressants and Suicidality: Unveiling the Black Box of Statistical Analyses.* American Journal of Psychiatry., 2007. 164(12): p. 1786-1789.
34. Oberlander, T.F., et al., *Pharmacologic factors associated with transient neonatal symptoms following prenatal psychotropic medication exposure.* Journal of Clinical Psychiatry, 2004. 65(2): p. 230-7.
35. Lachapelle, J., *Exposition foetale aux drogues et aux médicaments: surveillance et réaction de sevrage, in Journée de néonatalogie: soins en centre de niveau 2.* 2012.
36. Koren, G., et al., *Diagnosis and management of poor neonatal adaptation syndrome in newborns exposed in utero to selective serotonin/norepinephrine reuptake inhibitors.* Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada, 2009. 31(4): p. 348-50.
37. Delaney, C. and D.N. Cornfield, *Risk factors for persistent pulmonary hypertension of the newborn.* Pulmonary Circulation, 2012. 2(1): p. 15-20.
38. Ostrea, E.M., et al., *Persistent pulmonary hypertension of the newborn: pathogenesis, etiology, and management.* Paediatric Drugs, 2006. 8(3): p. 179-88.
39. Hernandez-Diaz, S., et al., *Risk factors for persistent pulmonary hypertension of the newborn.* Pediatrics, 2007. 120(2): p. e272-82.
40. Grigoriadis, S., et al., *Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis.* British Medical Journal, 2014. 348: p. f6932.
41. Donofrio, M.T., et al., *Diagnosis and treatment of fetal cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association.* Circulation, 2014. 129(21): p. 2183-242.
42. Kennedy, D., *Choosing an SSRI in pregnancy: Clinical context versus statistical significance.* Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2013. 47(12): p. 1101-1103.
43. Cantwell, R. and S. Smith, *Prediction and prevention of perinatal mental illness.* Psychiatry, 2006. 5(1): p. 15-21.
44. Zhou, S.F. and X. Lai, *An update on clinical drug interactions with the herbal antidepressant St. John's wort.* Current Drug Metabolism, 2008. 9(5): p. 394-409.
45. Rivieres-Pigeon, C.d., et al., *L'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg: validité au Québec auprès de femmes de statut socio-économique faible.* Revue canadienne de santé mentale communautaire., 2000. 19: p. 201-214.