

*Guide de poche
du clinicien*



Le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux

tiré du guide de pratique clinique
2024 de CANMAT



Basé sur le Guide de pratique clinique pour la prise en charge des troubles périnataux de l'humeur, de l'anxiété et apparentés du Réseau canadien pour le traitement de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2024

Bienvenue

Le Réseau canadien pour le traitement de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) est une organisation scientifique et éducative à but non lucratif qui produit des guides de pratiques cliniques sur les dernières recherches et les options de traitement pour la gestion des troubles de l'humeur, de l'anxiété et apparentés (www.canmat.org).

Les informations scientifiques contenues dans ce guide sont tirées de **CANMAT 2024 : Le guide de pratique clinique pour la prise en charge des troubles de l'humeur, de l'anxiété et apparentés en période périnatale**, publié dans la Revue canadienne de psychiatrie (disponible à www.canmat.org).

Responsables éditoriaux

Dr. Jovana Martinovic, MD, FRCPC,

Women's College Hospital [TRADUCTION: Hôpital universitaire des femmes]
et Université de Toronto

Soutien et consultation professionnels

Dr. Simone Vigod, MD, MSc, FRCPC

Dr. Benicio Frey, MD, PhD, FRCPC

Dre Smadar V. Tourjman, MD, PhD, FRCPC, FAPA

Dr Serge Beaulieu, MD, PhD, FRCPC, DLFAPA

Groupe de co-auteurs, CANMAT Guide de pratique clinique pour la prise en charge des troubles de l'humeur, de l'anxiété et apparentés en période périnatale

Introduction

Les troubles de l'humeur, de l'anxiété et apparentés en période périnatale (THAP) sont parmi les affections les plus courantes pendant la grossesse et dans l'année qui suit l'accouchement, et le manque de traitement peut avoir un impact négatif sur les personnes touchées, leurs enfants et leurs familles.

En 2024, le Réseau canadien pour le traitement de l'humeur de l'anxiété (CANMAT) a publié un guide de pratique clinique pour la grossesse et la postpartum pour la gestion (périnatale) des troubles de l'humeur, de l'anxiété et apparentés.

Le Guide de poche du clinicien CANMAT sur les THAP* fournit un résumé concis en **10 sections** pour aider les prestataires de soins de santé dans leur gestion de patients touchés par les troubles de dépression périnatale, bipolarité, anxiété, obsessionnel-compulsif, stress post-traumatique et la psychose postpartum.

Table des matières

1	Quelles sont les recommandations concernant le dépistage périnatal des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes?	06
2	Quelles sont les recommandations concernant l'organisation et la prestation des services de soins de santé mentale pendant la période périnatale?.....	10
3	Quelles sont les recommandations concernant les interventions axées sur le mode de vie pour prévenir et traiter les THAP?.....	12
4	Quelles sont les recommandations concernant le recours à des interventions psychosociales dans la prévention et le traitement des THAP?	13
5	Quelles sont les recommandations concernant le recours à des interventions psychologiques dans la prévention et le traitement des THAP?	15
6	Quelles sont les recommandations concernant l'utilisation de pharmacothérapies pendant la grossesse et l'allaitement?.....	18
7	Quelles sont les recommandations concernant le recours à la neuromodulation dans la prévention et le traitement des THAP?.....	36
8	Quelles sont les recommandations concernant le recours à des options complémentaires pour prévenir et traiter les THAP?	37
9	Quelles sont les recommandations concernant la prise en charge des situations cliniques à risque élevé?	39
10	Quelles sont les recommandations concernant le dépistage, la prévention et le traitement des THAP chez le père ou la partenaire?	43
	Ressources utiles.....	44
	Annexe.....	45



Ce travail a été soutenu par Santé Canada dans le cadre du programme Politiques et stratégies de soins de santé.

Aperçu du guide pratique

- 1** Le guide de pratique clinique CANMAT vise à fournir des lignes directrices **pour les cliniciens dans le cadre du traitement de patientes individuelles. Il n'est pas destiné à remplacer le jugement clinique.** Il ne s'agit pas non plus d'une norme légale ou politique en matière de soins. Le choix d'un traitement parmi les nombreuses interventions possibles reste **une décision concertée entre les patients et les cliniciens**, dans le contexte de leur propre environnement.
- 1** Le guide de pratique clinique **résume les données probantes concernant les interventions** visant à prévenir et à traiter les pathologies périnatales telles que trouble dépressif caractérisé (MDD), troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), trouble de stress post-traumatique (TSPT), troubles bipolaires, et des tableaux cliniques propres à la période périnatale telles que la psychose postpartum et la peur du travail ou de l'accouchement.
- 3** Le guide pratique recommande un équilibre entre les examens des données probantes et l'avis consensuel de cliniciens expérimentés avec les contributions de personnes ayant vécu l'expérience. L'accent a été mis sur les données publiées jusqu'à octobre 2023, et donc les cliniciens sont encouragés de rester à l'affût de nouvelles recherches afin d'offrir à leurs patients le meilleur soin possibles. Les recommandations pour chaque intention sont basées sur le niveau de preuve et le soutien clinique (voir les tableaux sur la page suivante).

À repérer :

Symboles utiles qui figurent dans ce guide



élément plus approfondi et plus détaillé



« perles cliniques » (conseils judicieux)















outils d'évaluation/ de traitement



avertissements et informations d'urgence

Critères du CANMAT pour le niveau de preuve

Niveau de preuve	Symbole			Critères
	Efficacité positive	Efficacité négative	Innocuité périnatale	
1				Méta-analyses de haute qualité avec des intervalles de confiance étroits ou ECR répétés utilisant un échantillon de taille adéquate
2				Méta-analyses de qualité moindre avec des intervalles de confiance larges et/ou au moins un ECR utilisant un échantillon de taille adéquate
3				Au moins un ECR comptant un petit nombre de sujets ou études observationnelles contrôlées de haute qualité
4				Études pilotes, essais non contrôlés, rapports isolés ou consensus d'experts

Les **cercles verts** indiquent qu'il existe des preuves empiriques positives et que l'intervention est **efficace**. Les **carrés rouges** indiquent qu'il existe des preuves empiriques que l'intervention **n'est pas efficace**. Les **cercles bleus** représentent la force et la qualité des preuves concernant la sécurité de l'intervention pendant la **grossesse et/ou l'allaitement**. Ils n'indiquent pas si le profil de sécurité est favorable ou non.

Critères du CANMAT par ligne de traitement


Ligne de traitement	Critères**
Première ligne	Preuve de niveau 1 ou 2 avec soutien clinique
Deuxième ligne	Preuve de niveau 3 au minimum avec soutien clinique
Troisième ligne	Preuve de niveau 4 au minimum avec soutien clinique
Option déconseillée	Preuve de niveau 1 ou 2 d'une inefficacité ou de problèmes d'innocuité, avec soutien clinique

* ECR : Essai contrôlé randomisé

**Le soutien clinique reflète l'opinion des experts du groupe éditorial principal de CANMAT à propos de la pertinence des données relatives à la sécurité, à l'efficacité et à la faisabilité de l'application de l'intervention.

1

Quelles sont les recommandations concernant le dépistage périnatal des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes?

CANMAT recommande aux cliniciens qui fournissent des services prénatals, postnatals et/ou soins pédiatriques de **mettre en œuvre l'identification des cas dans leur routine de pratique clinique** dans toute la période périnatale (niveau 4 )



Des questionnaires validés (Échelle de dépression postpartum d'Édimbourg ou autres) peuvent être utilisés pour identifier des cas de THAP. **Les questionnaires ne suffisent pas à établir un diagnostic.**

- **Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS)** - 11 ou plus pour la dépression (voir page suivante)
- **Le PHQ-9, le PHQ-2 et le questionnaire de Whooley** peuvent également être utiles pour la dépression
- **GAD-7** - 7 ou plus pour le trouble d'anxiété généralisée périnatal
- **Questionnaire sur les troubles de l'humeur (MDQ)** - 7 ou plus, à envisager une évaluation pour le trouble bipolaire, qui est particulièrement important durant cette période, compte tenu du risque élevé de rechute périnatale et du risque accru de psychose postpartum

Bien que certains outils bien validés aient été traduits dans de nombreuses langues, il se peut que cela ne reflète pas exactement la façon dont certaines populations reconnaissent ou présentent les symptômes de leur état mental. **Soyez conscient des limites de ces outils** en ce qui concerne l'adéquation culturelle et l'accessibilité pour des populations diverses. Voir l'annexe pour une description plus complète des symptômes de THAP.

Évaluation diagnostique initiale

Réaliser une évaluation diagnostique **complète** dans un climat **de soutien et d'absence de jugement**, offrant **des soins tenant compte des traumatismes** dans un **environnement accessible, culturellement sensible et inclusif**.

Lorsque cela est possible et approprié, les **informations collatérales** provenant **du partenaire, de la famille et de ses amis** peuvent être utiles pour clarifier le diagnostic, ainsi que le soutien familial/social et les risques.

Tenir compte de la **thyroïdostimuline (TSH)**, de l'**hémogramme** et de la **numération sanguine (CBC)*** et/ou la **mesure de la ferritine** pour aider à exclure les pathologies périnatales courantes. Des tests supplémentaires peuvent être exigés au cas par cas, par exemple l'**électroencéphalographie (EEG)** ou la **neuro-imagerie** en cas de suspicion clinique d'épilepsie/de crises d'épilepsie, de lésions cérébrales traumatiques ou d'autres pathologies graves.

Les symptômes d'humeur, d'anxiété et autres symptômes liés à la périnatalité ne représentent pas tous une maladie périnatale. Par exemple, le « **baby blues** », ressenti par 40 à 80 % des personnes peu de temps après l'accouchement, comprennent de légers changements d'humeur, de la tristesse, les pleurs faciles, de l'anxiété, ou encore des difficultés de sommeil et de concentration. Ils ne sont pas graves et disparaissent généralement en 2 à 4 semaines, sans intervention. Dans le cas de facteurs de stress importants (par exemple, maladie de la mère ou de l'enfant), un diagnostic d'un trouble de l'adaptation peut être le plus approprié. **CANMAT recommande de suivre les personnes qui souffrent de « baby blues » et de troubles de l'adaptation jusqu'à la disparition complète des symptômes.**



Les diagnostics d'humeur, d'anxiété et d'autres troubles appliquent les mêmes critères diagnostiques que ceux utilisés hors période périnatale ; par contre certains **aspects communs de la présentation clinique sont spécifiques de la période périnatale, par exemple :**

- **Ruminations négatives et persistantes** sur la capacité de la personne en tant que parent et la culpabilité pour des actions ayant un impact négatif sur la vie de l'enfant.
- L'anxiété se concentre souvent sur des inquiétudes liées à la santé de l'enfant et la capacité d'être parent. Les inquiétudes peuvent se manifester par des pensées ou des images indésirables et intrusives d'atteinte à l'intégrité physique de l'enfant, souvent accompagnée d'une recherche de réconfort, de contrôle de son comportement et l'évitement.
- La peur de l'accouchement (tocophobie) peut se manifester par la peur de : la douleur, des interventions médicales, des blessures, la perte de contrôle, des changements corporels, la mauvaise conduite du personnel, et/ou du décès de la mère et/ou de l'enfant.
- L'état de stress post-traumatique lié à l'accouchement (ESPT-A) est caractérisé par des symptômes de stress post-traumatique liés à une expérience d'accouchement traumatisante.
- Les patients ayant des antécédents de traumatisme peuvent souffrir de troubles liés au traumatisme. Les déclencheurs périnataux sont : examens physiques, accouchement difficile, douleurs d'accouchement, et/ou autres scénarios cliniques dans lesquels le patient ne ressent pas un contrôle, un choix ou une autonomie adéquate.
- La psychose postpartum se manifeste sous forme d'un mélange unique de troubles de l'humeur et de symptômes psychotiques, souvent avec des symptômes fluctuants et une présentation de type délirant. Il s'agit d'une urgence psychiatrique.



Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) Au cours des derniers 7 jours :

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

- Aussi souvent que d'habitude _____(0)
 Pas tout-à-fait autant _____(1)
 Beaucoup moins souvent ces jours-ci _____(2)
 Absolument pas _____(3)

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

- Autant que d'habitude _____(0)
 Plutôt moins que d'habitude _____(1)
 Beaucoup moins que d'habitude _____(2)
 Pratiquement pas _____(3)

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

- Oui, la plupart du temps _____(3)
 Oui, parfois _____(2)
 Pas très souvent _____(1)
 Non, jamais _____(0)

4 Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

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

5 Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons

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

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

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

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

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

8 Je me suis sentie triste ou malheureuse

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

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

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

10 Il m'est arrivée de penser à me faire du mal

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

Inscrivez votre score total ici >>>

Si le score de votre patiente est de 11 ou plus, il se peut qu'elle souffre de dépression périnatale. Les résultats méritent une discussion plus approfondie.

D'autres questionnaires validés, notamment le PHQ-9 et le GAD-7, sont accessible gratuitement sur MoodFx (moodfx.ca).

2

Quelles sont les recommandations concernant l'organisation et la prestation des services de soins de santé mentale pendant la période périnatale?

La collaboration entre les membres de l'équipe multidisciplinaire est encouragée dans la préparation de l'accouchement et de la période postnatale précoce, en particulier dans les cas complexes.

Le choix du traitement initial dépend de la nature et de la gravité de la maladie, la réponse antérieure au traitement et la préférence du patient (voir tableau 1).

En général :

- **Les troubles légers ou modérés de la personnalité peuvent être pris en charge avec succès avec uniquement des options non pharmacologiques**; si cela n'élimine pas les symptômes, on y ajoutera une médication et/ou d'autres options non pharmacologiques.
- **Des médicaments sont généralement nécessaires pour gérer avec succès des symptômes modérément graves à graves**, et constituent le pilier de la stratégie de traitement du trouble bipolaire et de psychose postpartum. Si un médicament est nécessaire pour prévenir ou traiter les THAP, la monothérapie est généralement préférée. Cependant, la réduction de la dose ou la minimisation du nombre d'expositions aux médicaments ne doit pas se faire au détriment d'une réponse adéquate au traitement.

Une fois le traitement entamé, CANMAT recommande un **suivi régulier**; l'utilisation pour cela d'outils standardisés (EPDS, PHQ-9, GAD-7) est fortement recommandée. **Les modèles de soins collaboratifs**, souvent obtenus par l'intégration des soins de santé mentale dans le cadre des soins de santé généraux peuvent améliorer l'accès au traitement et à la continuité des soins. ►►



COMMENT LA GRAVITÉ DU THAP PEUT GUIDER LE CHOIX DU TRAITEMENT INITIAL

Pour une gravité de maladie donnée, l'intervention pertinente la plus légère est le plus souvent nécessaire, avec éventuellement des interventions de plus haut niveau.

	Léger	Modéré	Sévère
Évaluation globale de la sévérité	Les symptômes remplissent les critères diagnostiques, leur intensité est stressante mais gérable, le fonctionnement est légèrement perturbé	Le nombre de symptômes, leur intensité et leur impact sur le fonctionnement sont considérables, mais les fonctions principales/de base sont maintenues	La détresse mentale est importante; le maintien des fonctions principales/de base est impossible sans l'aide d'autrui
Échelles normalisées pour l'évaluation du degré de sévérité			
Score EPDS (dépression/anxiété)	10 à 12	13 à 18	19 ou plus OU Q10 > 0*
PHQ-9 (dépression)	5 à 9	10 à 14	15 ou plus OU Q9 > 0*
Score GAD 7 (anxiété)	5 à 9	10 à 14	15 ou plus
Sélection du traitement initial			
<i>N.B. : Tenir compte de la préférence du patient, de la réponse thérapeutique antérieure et de la disponibilité du traitement</i>			
Interventions axées sur le mode de vie, psychosociales et/ou complémentaires	✓	✓	✓
Interventions psychologiques	✓ **	✓	✓
Pharmacothérapies ou autre interventions somatiques (p. ex., électroconvulsivothérapie)		✓ ***	✓
Milieu de soins	Soins primaires et en milieu communautaire	Soins primaires ou spécialisés	Soins spécialisés

*Nécessite une évaluation complète du risque (voir page 42) pour différencier les pensées passives. Les pensées suicidaires passives doivent être différenciées de l'intention et de la planification du suicide, et les facteurs de risque supplémentaires doivent être évalués.

Tableau 1

**Lorsque le mode de vie, les interventions psychosociales ou les interventions CAM ne sont pas réalisables ou accessibles




***Si la préférence du patient, le manque d'accès à des traitements psychologiques, le diagnostic de trouble bipolaire ou de psychose, et/ou risque élevé d'aggravation ou de rechute.

MCA : Médecine complémentaire et alternative ; ECT : Électroconvulsivothérapie





3

Quelles sont les recommandations concernant les interventions axées sur le mode de vie pour prévenir et traiter les THAP?


🔍 Exercice

- L'exercice physique d'intensité faible à modérée peut contribuer à la prévention de symptômes dépressifs (niveau 2 ) et anxieux (niveau 3 ) et traiter les symptômes de dépression périnatale (niveau 2 )
- L'exercice doit être effectué sous surveillance afin de s'assurer qu'il est cliniquement approprié spécifiquement pour la grossesse et la période postpartum, et adapté à la personne.

🔍 Protection du sommeil

- Les perturbations du sommeil sont très fréquentes pendant la grossesse et lors de la prise en charge d'un enfant. La perturbation du sommeil est un facteur de risque pour les troubles de la personnalité et de l'autonomie (en particulier pour une rechute du trouble bipolaire), donc la protection du sommeil est très importante et fortement recommandée chez les personnes ayant des antécédents ou des symptômes actuels de THAP, et surtout de trouble bipolaire et/ou de psychose postpartum (niveau 4 )
- Les interventions de protection du sommeil peuvent aller de la réduction de la durée d'éveil nocturne de la mère (par exemple : le biberon est donné par un autre adulte avec du lait maternel pompé ou du lait maternisé) à des méthodes fondées sur des données probantes d'intervention pour traiter l'insomnie lorsqu'elle est présente.
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour l'insomnie améliore la qualité du sommeil, l'intensité de l'insomnie, les symptômes de dépression et d'anxiété lors de la grossesse (niveau 1 ) , et il existe des preuves ouvertes de son utilisation dans les cas précis de l'insomnie dans la dépression postpartum (niveau 4 )
- Ni l'éducation au sommeil, ni les interventions comportementales sur le sommeil du nourrisson ne semblent être efficaces pour prévenir la dépression postpartum en tant que telle dans des populations non cliniques (niveau 2 négatif ) . Néanmoins, les interventions comportementales sur le sommeil peuvent aider à améliorer le sommeil de l'enfant et la qualité du sommeil maternel, et pourrait donc être utile à la protection du sommeil chez les groupes à haut risque.

🔍 Luminothérapie

- La luminothérapie peut aider à traiter la dépression postpartum (niveau 2 )
- Le protocole standard de la luminothérapie est de 10,000 lux pendant 30 minutes/jour au réveil pendant au moins 6 semaines.

4

Quelles sont les recommandations concernant le recours à des interventions psychosociales dans la prévention et le traitement des THAP?

Les interventions psychosociales sont conçues spécifiquement pour **améliorer les perceptions de soutien** en fournissant un soutien informatif (c'est-à-dire psychoéducatif), émotionnel et pratique.

Des interventions psychosociales formelles peuvent également être utiles. Il existe de solides preuves de l'utilité d'un **soutien par des pairs formés**, qu'il soit dispensé en face à face, par téléphone ou en ligne, et ce individuellement ou en groupe (niveau 1 ●).

Les visites à domicile non structurées ne se sont pas révélées efficaces, mais ce n'est pas le cas des visites à domicile structurées. (Niveau 2 négatif pour la dépression ■; Niveau 3 négatif pour l'anxiété ■). Les « **visites d'écoute structurées par une infirmière ou un visiteur à domicile formé à l'écoute empathique et la résolution de problèmes ont démontré une diminution** des symptômes dans la **dépression postpartum** (niveau 2 ●).

Interventions de coparentalité mettant l'accent sur l'éducation des parents et/ou des figures parentales sur le partage des rôles et l'interaction efficace par les parents s'est avéré bénéfique pour la prévention de symptômes de dépression postpartum (niveau 2 ●) et les symptômes anxieux (niveau 3 ●).

Éduquer les patients et les familles sur la grossesse, l'éducation des enfants, les risques de syndrome PMAD (troubles de l'humeur et d'anxiété périnataux), les symptômes et les traitements est importante et fait partie des meilleures pratiques en matière de soins de santé.



Perle clinique

Étant donné que la perception d'un soutien insuffisant par un individu est un facteur de risque important et constant pour les THAP, CANMAT recommande d'**optimiser les soutiens informels** tels que ceux fournis par la communauté ou par les membres de la famille et les ami (niveau 4 ●).

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DES THAP



Ligne de traitement	Symptômes dépressifs		Symptômes d'anxiété	
	Intervention	Niveau de preuve	Intervention	Niveau de preuve
Prévention				
Première ligne	Soutien par des pairs formés*		-	
Deuxième ligne	Coparentage (postpartum)		-	
Troisième ligne	-		Coparentage (postpartum)	
Déconseillée	Visites à domicile		Visites à domicile	
	Programmes de psychoéducation		Programmes de psychoéducation	
Traitement				
Première ligne	Soutien par des pairs formés*		-	
Deuxième ligne	Visites d'écoute (postpartum)		Soutien par des pairs formés*	
Déconseillée	Visites à domicile		Visites à domicile	
	Programmes de psychoéducation		Programmes de psychoéducation	
<p>En présence d'un TB, un soutien par des pairs spécialement formés ajouté à une pharmacothérapie aiderait à prévenir la réapparition des symptômes, notamment des symptômes maniaques et dépressifs (niveau 4). Les données concernant le rôle des programmes de psychoéducation structurés dans cette population ne sont pas suffisantes.</p>				

* Si des facteurs de risque pour les THAP et/ou si des symptômes de THAP subsyndromiques sont présents.

Tableau 2

5

Quelles sont les recommandations concernant le recours à des interventions psychologiques dans la prévention et le traitement des THAP?

Un traitement psychologique est recommandé comme option de Première ligne pour le traitement des dépressions de gravité moyenne, l'anxiété, le TOC et le troubles du stress post-traumatique (TSPT), ou dans les maladies de faible sévérité, lorsque les autres interventions non-pharmacologiques ne sont pas pleinement efficaces.

Pour le **trouble bipolaire**, les médicaments constituent la base du traitement, mais des **interventions psychologiques complémentaires peuvent être utiles.**

La plupart des études périnatales sur les interventions psychologiques sont axées sur la dépression et les troubles anxieux. La ou les études périnatales sont limités, comme pour le TOC, TSPT ou le trouble bipolaire, les interventions psychologiques qui ont été prouvées efficaces pour les populations non périnatales peuvent être prises en compte.



INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES POUR LA PRÉVENTION DES THAP



THAP	Ligne de traitement	Intervention	Niveau de preuve
Dépression	Première ligne	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)*	●
	Deuxième ligne	Thérapie interpersonnelle (TIP)*	●
Anxiété	Première ligne	Interventions psychologiques autoadministrées guidées*	◐
	Deuxième ligne	-	
TOC	Première ligne	Interventions psychologiques autoadministrées guidées*	◐
	Deuxième ligne	Données absentes	
TSPT	Première ligne	Interventions comportant des éléments de TCC axés sur le traumatisme**	◐
	Déconseillée	Débriefage psychologique après un accouchement traumatique	■
Trouble bipolaire	Première ligne	-	
	Deuxième ligne	-	
	Troisième ligne	TCC d'appoint (prévention d'une rechute)	◐
		Thérapie familiale d'appoint (prévention d'une rechute)	◐
		Thérapie d'appoint interpersonnelle et d'aménagement des rythmes sociaux (prévention de rechute)	◐

Tableau 3

TCC = thérapie cognitivo-comportementale; TIP = thérapie interpersonnelle;

*Si des facteurs de risque pour THAP et/ou des symptômes subsyndromiques de THAP sont présents

**Ajoutées à une pharmacothérapie après un accouchement prématuré

**INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES
POUR LE TRAITEMENT DES THAP**


THAP	Ligne de traitement	Intervention	Niveau de preuve	
Dépression	Première ligne	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)*	●	
		Thérapie interpersonnelle (TIP)*	●	
		Thérapies basées sur la pleine conscience*	●	
		Activation comportementale (TAC)*	●	
		Modules de TCC et de TAC sur Internet pour auto-intervention guidée pendant la grossesse	●	
Anxiété	Deuxième ligne	Modules de TCC et de TAC sur Internet pour auto-intervention guidée pendant le postpartum	●	
		TCC pour symptômes d'anxiété	●	
	Première ligne	Thérapies basées sur la pleine conscience pour symptômes d'anxiété	●	
		Psychothérapies avec éléments de TCC pour symptômes de tophobie	●	
	Deuxième ligne	Modules en ligne pour auto-intervention guidée pour symptômes d'anxiété	●	
		TCC interactive guidée pour tophobie	●	
	Troisième ligne	TCC avec éléments d'exposition et prévention de la réponse	●	
		Psychothérapies centrées sur le traumatisme, fondées sur les données pour les populations non périnatales	●	
	TSPT	Déconseillée	Débriefage psychologique après un accouchement traumatique	■
		Troisième ligne	TCC d'appoint pour EDM et qualité de vie	●
Trouble bipolaire	Thérapie familiale d'appoint pour EDM et qualité de vie		Thérapie d'appoint interpersonnelle et d'aménagement des rythmes sociaux pour EDM et qualité de vie	●

*En présence d'un EDM ou de symptômes dépressifs importants (avec ou sans diagnostic d'EDM)

Tableau 4

6

Quelles sont les recommandations concernant l'utilisation de pharmacothérapies pendant la grossesse et l'allaitement?

Les médicaments sont le **plus souvent utilisés** pour traiter les **troubles dépressifs puerpéraux**, les **troubles anxieux**, le **TOC** et le **TSPT** lorsque les **thérapies non pharmacologiques** sont **inefficaces**, et comme traitement de **Première ligne** lorsque les symptômes sont **modérés à sévères ou sévères**.

Les médicaments peuvent également être utilisés comme **traitement initial** chez les patients périnataux atteints de **symptômes plus légers** ou qui n'ont pas accès aux interventions psychologiques, ou encore qui préfèrent les médicaments plutôt que la psychothérapie. Les médicaments sont des **pilliers dans le traitement du trouble bipolaire périnatale** et de la **psychose postpartum**.

Dosage et surveillance

Les protocoles de dosage et de surveillance pour la plupart des médicaments psychotropes durant la période périnatale sont globalement similaires à celles de la période non périnatale. Cependant, les **changements physiologiques liés à la grossesse peuvent affecter le métabolisme de certains médicaments psychotropes**, réduisant ainsi leur concentration sanguine. Une augmentation de la dose peut être nécessaire en cas d'aggravation des symptômes.

L'élimination de la lamotrigine et du lithium augmente au cours de la grossesse mais revient rapidement aux niveaux d'avant la grossesse dans la période postpartum. Une surveillance dédiée est recommandée.

L'utilisation combinée de deux agents ou plus pendant la grossesse est associée à des effets indésirables avec un risque légèrement accru d'effets indésirables sur la grossesse et l'enfant, il est donc préférable de choisir un traitement en monothérapie si possible.

Considérations générales sur la prise de décision

Les décisions relatives à l'utilisation de médicaments pendant la grossesse et l'allaitement impliquent **équilibrer les avantages pour la patiente et le fœtus ou l'enfant en développement par rapport aux risques potentiels** de l'exposition aux médicaments. Les **médicaments psychotropes** les plus utilisés sont considérés comme **présentant un risque relativement faible du point de vue de leur impact sur les complications et les résultats de la grossesse, les complications fœtales, la santé néonatale et les effets latents sur le développement de l'enfant**. Il existe quelques exceptions, par exemple, l'acide valproïque est un agent tératogène connu et est associé à un risque accru de retard de développement neurologique.

La plupart des médicaments psychotropes semblent également présenter un faible risque pendant l'allaitement. La prudence est de mise chez les prématurés et les personnes souffrant de problèmes de santé importants. Les tentatives de modifier la durée de l'alimentation ou de l'extraction du lait maternel pour réduire l'exposition du nourrisson ne se sont pas prouvées bénéfiques.



La prise de décision concernant les médicaments durant la période périnatale peut être optimisée en :

- 1** informant les patients de toutes leurs options thérapeutiques (y compris l'absence de traitement);
- 2** les aidant à clarifier leurs valeurs et leurs préférences par rapport à ces options; et
- 3** garantir un délai suffisant pour une prise de décision judicieuse.

Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont des médicaments de **Première ligne dans les cas de troubles dépressifs, d'anxiété, TOC et TSPT**, et sont parfois utilisés comme médication d'appoint de la dépression bipolaire.


- Les antidépresseurs étudiés pendant la grossesse et l'allaitement comprennent les antidépresseurs **sélectifs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS)**, **inhibiteurs de la recapture de sérotonine-norépinéphrine (IRSN)**, **les antidépresseurs tricycliques (ATC)**, **les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)** et d'autres antidépresseurs.
- Globalement, **les données relatives à la sécurité de l'utilisation des antidépresseurs chez les personnes en grossesse sont plutôt rassurantes**, car il y a peu de preuves de risque accru d'avortement spontané, à la grossesse, de complications, de malformations congénitales ou de problèmes de santé chez l'enfant avec la plupart des médicaments. Cependant, pour certains médicaments il peut y avoir un risque accru d'hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né, une légère réduction de la durée de gestation de du poids à la naissance, et des pertes sanguines postpartums sans complications graves. Les détails sur les différences entre ces médicaments sont indiqués dans les tableaux de pharmacothérapie (voir pages 23-35). ►►

- Le syndrome de mauvaise adaptation néonatale peut toucher 15 à 30 % des nouveau-nés exposés à des ISRS ou à des IRSN pendant la grossesse. **CANMAT ne recommande pas la réduction ou l'arrêt des antidépresseurs à l'approche de l'accouchement, car cela n'aurait probablement pas assez d'intérêt face aux risques liés à la sévérité de la maladie maternelle.**
- **Les antidépresseurs sont généralement raisonnables pendant la période d'allaitement** et n'ont pas d'impact substantiel sur la production de lait maternel. L'ATC doxépine n'est pas recommandée en cas d'allaitement en raison d'un risque élevé de sédation du nourrisson.

Antiépileptiques

Les médicaments antiépileptiques (**lamotrigine, acide valproïque, carbamazépine**) sont **principalement utilisés pour traiter le trouble bipolaire**. Une supplémentation en acide folique d'au moins 0,4 mg/jour est recommandée lorsque des antiépileptiques sont prescrits dans le cadre d'une grossesse pour réduire le risque d'anomalies du tube neural.

- **La lamotrigine a le profil de risque reproductif le plus favorable** dans les cas de la grossesse et de l'allaitement, mais son élimination peut augmenter très rapidement durant la grossesse, rendant nécessaire une augmentation des doses.
- L'exposition à l'**acide valproïque** pendant la grossesse crée un **risque accru (3 fois ou plus) de malformations congénitales chez l'enfant** (notamment des anomalies du tube neural et cardiaques) après l'exposition au premier trimestre **et un retard de développement neurologique** après une exposition au cours des deuxième et troisième trimestres.

 **L'acide valproïque n'est pas recommandé pendant la grossesse, ni de façon plus générale aux femmes en âge de procréer en raison du risque en cas de grossesse non planifiée.**

- **La carbamazépine** est associée à un **risque accru de malformations congénitales**, mais moins que l'acide valproïque. L'exposition à la carbamazépine pendant la grossesse peut augmenter le risque de carence en vitamine K chez l'enfant ; par conséquent la vitamine K doit être administrée en fin de grossesse afin de réduire le risque d'hémorragie chez le nouveau-né. La carbamazépine est considérée comme étant généralement sûre pendant l'allaitement.

Antipsychotiques



Les antipsychotiques de deuxième génération sont un **pilier du traitement médicamenteux du trouble bipolaire et sont aussi utilisés dans le traitement des troubles dépressifs majeurs (TDM), d'anxiété et troubles apparentés** en appoint. Les antipsychotiques de première génération peuvent être utilisés en cas de manie, d'agitation sévère ou de psychose postpartum. La plupart des données relatives à la grossesse et à l'allaitement concernent la première génération ou la première vague de la deuxième génération d'antipsychotiques.

- Il existe des **données raisonnablement rassurantes sur la sûreté des antipsychotiques pendant la grossesse**. Globalement, les antipsychotiques ne semblent pas être associés à un risque accru de malformations congénitales. Les antipsychotiques de deuxième génération (en particulier l'olanzapine et la quétiapine) peuvent être associés à un risque accru de complications métaboliques pendant la grossesse. Ils ne semblent pas être associés à des problèmes de santé ou de développement de l'enfant à plus long terme, à l'exception d'un retard transitoire dans le développement moteur au cours des premiers mois de la vie, qui semble se résoudre au cours des 2 premières années. >>>

→ L'**olanzapine** et la **quétiapine** sont les agents avec le plus de cas rapportés sur l'allaitement et semblent présenter un **profil de risque favorable**.

Lithium

Le lithium est indiqué dans le **traitement du trouble bipolaire et en appoit dans le traitement de la dépression majeure**. Chez certaines personnes ayant des antécédents de trouble bipolaire 1 sévère, le lithium peut être particulièrement efficace. Ainsi la **réduction ou l'arrêt complet du traitement au lithium pendant la grossesse doit être mis en balance avec le risque de rechute sévère**.

- **Pendant la grossesse, l'élimination du lithium augmente** tandis que la quantité total d'eau dans le corps augmente, ce qui peut conduire à des concentrations de lithium sous-thérapeutiques, pouvant exiger un ajustement de la dose. **Un test de référence de la concentration de lithium avant la grossesse ou au début de la grossesse est conseillé, avec une surveillance** une fois par trimestre ou si des symptômes ou des effets secondaires apparaissent. Envisager le maintien du lithium dans la prééclampsie en raison du risque de toxicité maternelle et fœtale liés à une altération de la fonction rénale. La dose avant la grossesse peut être repris après l'accouchement. Le taux de lithium devrait être contrôlé 5 à 7 jours plus tard et la dose ajustée si nécessaire
- L'utilisation de lithium au cours du premier trimestre est associée à une **légère augmentation de risque de malformations** (y compris la rare anomalie d'Ebstein), et a été associée à une légère augmentation du risque d'accouchement prématuré, hypoglycémie infantile, des valeurs de laboratoire anormales pour la thyroïde et les reins, et une diminution du tonus musculaire. **Il ne semble pas y avoir d'effets durables sur le développement neurologique**.
- Puisque le lithium est excrété par les reins, il existe le risque d'une fonction rénale immature peut mener à des taux élevés de lithium chez le nourrisson avec des effets négatifs. Il y a donc controverse sur l'utilisation du lithium pendant l'allaitement. **CANMAT ne recommande pas l'exposition au lait maternel chez les prématurés, les nourrissons, les nourrissons souffrant de malformations rénales ou de maladies susceptibles a provoquer une déshydratation** (niveau 4 ). CANMAT recommande de surveiller les nourrissons pour détecter tout changement de comportement et de tonus musculaire et, en ce cas où dans le cas de tout autre problème clinique, les taux de lithium, l'électrocardiogramme (ECG), la fonction thyroïdienne et la fonction rénale doivent tous être évaluées (niveau 4 .



Perle clinique

Envisager de **suspendre le lithium au début du travail ou de l'induction** (ou pendant les 24 heures précédant un accouchement par césarienne programmée) si la concentration de lithium est de 0,7 mmol/L ou plus, car cela peut réduire la quantité de lithium dans le cordon ombilical sans augmenter notablement le risque de rechute de la mère. Cependant, cela peut ne pas être approprié pour les patientes ayant un risque très élevé de rechute.



Sédatifs hypnotiques

Les benzodiazépines sont parfois utilisées pour **gérer l'anxiété aiguë et l'insomnie** ainsi que dans la **psychose postpartum et l'agitation aiguë**. Les **agonistes hypnotiques des récepteurs GABA-A** (par exemple, la zopiclone ou le zolpidem) sont également une option thérapeutique dans les cas d'**insomnie sévère**.

- Au cours de la grossesse et de l'allaitement, il y a généralement moins de problèmes liés à l'utilisation de benzodiazépines en cas de besoin par rapport aux benzodiazépines à usage quotidien, et les benzodiazépines à **courte durée d'action**, telles que le lorazépam, sont **préférées aux benzodiazépines à action plus longue**.
 - Les benzodiazépines **ne sont pas systématiquement associées à des malformations fœtales**.
 - L'utilisation régulière de benzodiazépines jusqu'à l'accouchement est associée à un **risque de problèmes respiratoires**, de somnolence et l'admission en unité de soins intensifs néonataux (USIN) chez les nourrissons (niveau 3 )
 - La prudence est de mise lors de l'utilisation de benzodiazépines pendant la période d'allaitement en raison du soupçon de sédation des nourrissons.
- La **prise d'un agoniste hypnotique des récepteurs GABA-A** (par exemple, zopiclone ou zolpidem) pendant la grossesse **n'a pas été associée à un risque de malformation congénitale**, mais **peut être liée à des risques légèrement accrus d'accouchement prématuré, un faible poids de naissance et un léger risque pour l'enfant à naître** (niveau 3 )



Tableaux de pharmacothérapie

1. Les options sont **classées en traitement de première, deuxième et troisième ligne** pour chaque THAP. Les agents sont listés par **ordre alphabétique** (et non hiérarchique) dans chaque approche de traitement.
2. Les approches de traitement indiquées dans le guide pratique sont **considérées comme non périnatales** en ce qui concerne l'efficacité, la sûreté et l'efficacité des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement. La colonne « Justification du positionnement » contient la **justification de l'usage du médicament concerné dans cette Ligne de traitement**.
3. Pour les **patientes sans médication, CANMAT recommande de tester d'abord les agents figurant dans une ligne de traitement plus haute**, mais il peut être opportun de choisir un agent dans une des intentions plus basses, par exemple les préférences de la patiente, la réponse ou absence de réponse aux traitements antérieurs, ou d'autres caractéristiques cliniques.
4. Chez les **personnes qui prennent des médicaments et dont les symptômes sont bien contrôlés, le ou les médicaments ne doivent pas être remplacés** par un autre en fonction de leur classement, à moins que l'agent actuel soit « Déconseillée (NR) ». **Un changement d'agent peut entraîner une aggravation clinique**.
5. Si un médicament est pris pendant la grossesse et qu'il fonctionne bien, **il est généralement préférable de continuer à prendre le même médicament après l'accouchement**, à moins que la patiente se porte mal cliniquement ou que le médicament provoque des effets indésirables significatifs chez la patiente ou le nourrisson.

MÉDICAMENTS POUR TRAITER LE TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR PENDANT LA GROSSESSE



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Citalopram	●	●	Données les plus rassurantes sur l'innocuité parmi tous les antidépresseurs
	Escitalopram	●	●	
	Sertraline	●	●	
Deuxième ligne	Bupropion	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1re ligne, et rares cas de crises convulsives du nourrisson si maintenu pendant l'allaitement
	Desvenlafaxine	●	●	
	Duloxétine	●	●	
	Fluoxétine	●	●	
	Fluvoxamine	●	●	
	Mirtazapine	●	●	
	Venlafaxine XR	●	●	
Troisième ligne	Paroxétine	●	●	Possibilité d'un risque accru de SAN; Incertitude concernant le risque d'avortement spontané
	Quétiapine	●	●	
	Trazodone	●	●	
	Tricycliques*	●	●	
Données insuffisantes	Agomélatine, dextro méthorphane/bupropion, kétamine, lévométhanepran, miansérine, milnacipran, moclobémide, phénelzine, réboxétine, tranylcypromine (cas de malformations et de mort foetale signalés), vilazodone, vortioxétine			

Tableau 5

CV = cardiovasculaires; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; HTAPP = hypertension artérielle pulmonaire persistante; IRSN = inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS = inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine; SAN = syndrome d'abstinence néonatale.

*Les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, clomipramine, désipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline, protriptyline, trimipramine) ne sont pas énumérés individuellement ici puisqu'il est difficile de dégager l'innocuité de chacun des médicaments de cette classe; d'ailleurs, les problèmes de tolérabilité les relèguent au rang inférieur des lignes de traitement (après les ISRS, les IRSN et d'autres) pour l'utilisation non périnatale.

MÉDICAMENTS POUR TRAITER LE TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR PENDANT L'ALLAITEMENT



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve (efficacité vs placebo)		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Citalopram	●	●	Données les plus rassurantes sur l'innocuité parmi les antidépresseurs
	Escitalopram	●	●	
	Sertraline	●	●	
Deuxième ligne	Bupropion	●	●	Rares cas de crises convulsives du nourrisson
	Desvenlafaxine	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 ^{re} ligne
	Duloxétine	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 ^{re} ligne
	Fluoxétine	●	●	Demi-vie plus longue et DMAP plus élevée que les agents de 1 ^{re} et 2 ^e ligne, plus d'effets secondaires signalés, aucun problème sévère
	Fluvoxamine	●	●	Tolérabilité moindre aux doses élevées
	Mirtazapine	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 ^{re} ligne et risque de sédation maternelle
	Venlafaxine	●	●	Moins tolérable que les agents de 1 ^{re} ligne
Troisième ligne	Paroxétine	●	●	Rétrogradée en raison du risque accru possible d'anomalies CV lors d'une future grossesse
	Quétiapine	●	●	Impact sur le métabolisme maternel, sédation
	Trazodone	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère aux doses élevées
	Tricycliques (sauf la doxépine)	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère
Déconseillée	Doxépine	s.o.	s.o.	Risque d'une sédation excessive chez le nourrisson
Données insuffisantes	Agomélatine, brexanolone, dextrométhorphan/bupropion, kétamine, lévométilnacipran, miansérine, milnacipran, moclobémide, phénelzine, réboxétine, tranylcypromine, vilazodone, vortioxétine, zuranolone			

Non recommandé = non recommandé en raison de préoccupations de sécurité pendant l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes concernant la sécurité pendant la grossesse/l'allaitement; s.o. = non applicable car les préoccupations de sécurité l'emportent sur la valeur des preuves d'efficacité; RID = dose relative pour nourrisson; CV = cardiovasculaire.

Tableau 6

Troubles anxieux

Les principes de sélection du traitement initial du trouble anxieux généralisé (TAG) peut s'appliquer à d'autres troubles anxieux en consultant les lignes directrices pour le traitement des autres troubles anxieux ainsi que les informations de sécurité relatives à la grossesse et à l'allaitement i-bas.

MÉDICAMENTS POUR TRAITER LE TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ PENDANT LA GROSSESSE



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatale	Grossesse	
Première ligne	Escitalopram	●	●	Données les plus rassurantes sur l'innocuité parmi les antidépresseurs
	Sertraline	●	●	
Deuxième ligne	Citalopram	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents de 1 ^{re} ligne, incertitude concernant le risque d'avortement spontané
	Duloxétine	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 ^{re} ligne, incertitude concernant le risque d'avortement spontané
	Fluoxétine	●	●	Moins de données sur l'efficacité et possibilité d'un risque accru de SAN et d'HTAPP du nouveau-né, demi-vie plus longue et passage dans le lait maternel si maintenue pendant l'allaitement
	Venlafaxine	●	●	Risque de SAN plus élevé que les agents de 1 ^{re} ligne, incertitude concernant le risque d'avortement spontané
	Bupropion XL	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, rares cas de crises convulsives du nourrisson si maintenu pendant l'allaitement
	Imipramine	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère
Troisième ligne	Mirtazapine	●	●	Moins de données sur l'efficacité et l'innocuité que les agents des rangs supérieurs, incertitude concernant le risque d'avortement spontané
	Paroxétine	●	●	Possibilité d'un risque d'anomalies CV et de SAN plus élevé que les agents des rangs supérieurs
	Prégabaline	●	●	Possibilité d'un impact neurodéveloppemental
	Quétiapine	●	●	Sédation et effets métaboliques chez la mère
	Trazodone	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère aux doses élevées
	Benzodiazépines tous les jours	s.o.	s.o.	Problèmes respiratoires, somnolence et admission du nourrisson à l'unité des soins intensifs; associations non constantes à des anomalies congénitales; risque de dépendance chez la mère
Déconseillée	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Risque considérablement plus élevé d'anomalies congénitales et de retard du développement
	Agomélatine, buspirone, hydroxyzine, vilazodone			
Données insuffisantes				

Tableau 7

CV = cardiovasculaire; SIN = syndrome d'adaptation néonatale; HTAPPN = hypertension artérielle pulmonaire persistante du nouveau-né; USIN = unité soins intensifs néonatales; non recommandé = non recommandé en raison de préoccupations de sécurité pendant l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur la sécurité pendant la grossesse/lactation; n/a = non applicable car les préoccupations de sécurité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

MÉDICAMENTS POUR TRAITER LE TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ PENDANT L'ALLAITEMENT



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Escitalopram	●	●	Données les plus rassurantes sur l'innocuité parmi les antidépresseurs
	Sertraline	●	●	
Deuxième ligne	Citalopram	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents de 1 ^{re} ligne, mais données rassurantes sur l'innocuité
	Duloxétine	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 ^{re} ligne
	Fluoxétine	●	●	Demi-vie plus longue et DMAP plus élevée que les agents de 1 ^{re} et 2 ^e ligne, plus d'effets secondaires signalés chez les nourrissons
	Venlafaxine	●	●	Moins tolérable que les agents de 1 ^{re} ligne
	Bupropion XL	●	●	Moins de données sur l'efficacité, rares cas de crises convulsives du nourrisson
Troisième ligne	Imipramine	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère
	Lorazépam	●	●	Possibilité de sédation chez le nourrisson
	Mirtazapine	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents de 2 ^e ligne et sédation possible chez la mère
	Paroxétine	●	●	Rétrogradée en raison du risque accru possible d'anomalies CV lors d'une future grossesse
	Prégabaline	●	●	Peu de données sur l'usage pendant l'allaitement, prudence requise si future grossesse
	Quétiapine	●	●	Sédation et effets métaboliques chez la mère
Déconseillée	Trazodone	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère aux doses élevées
	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Mise en route déconseillée pendant l'allaitement en raison du risque pour une future grossesse. Peut se prendre pendant l'allaitement si utilisé pendant la grossesse
Données insuffisantes	Agomélatine, buspirone, hydroxyzine, vilazodone			

RID = dose relative pour le nourrisson; CV = cardiovasculaire; non recommandé = non recommandé en raison de préoccupations de sécurité pendant l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur la sécurité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o.* = sans objet car les préoccupations de sécurité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

Tableau 8

MÉDICAMENTS POUR TRAITER LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF PENDANT LA GROSSESSE



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Citalopram	●	🟢	Données les plus rassurantes sur l'innocuité, moins de données sur l'efficacité non périnatale
	Escitalopram	●	🟢	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
	Fluvoxamine	●	🟢	Données rassurantes sur l'innocuité, tolérabilité maternelle moindre aux doses élevées
	Sertraline	●	🟢	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
Deuxième ligne	Clomipramine	●	🟢	Moins bien tolérée que les agents de 1 ^{re} ligne, mais données rassurantes sur l'innocuité
	Fluoxétine*	●	🟢	Risque de SAN et d'HTAPP du nouveau-né possiblement plus élevé que les agents de 1 ^{re} ligne et passage accru dans le lait maternel si maintenue pendant l'allaitement
Troisième ligne	Paroxétine**	●	🟢	Possibilité d'un risque accru d'anomalies CV et de SAN
	Venlafaxine***	🟡	🟢	Moins de données sur l'efficacité non périnatale, possibilité d'un risque de SAN plus élevé que les agents de première et deuxième lignes

CV = cardiovasculaires; HTAPP = hypertension artérielle pulmonaire persistante; SAN = syndrome d'abstinence néonatale.

*Les doses requises pour atteindre 80 mg. b Les doses requises pour atteindre 60 mg. c Les doses requises pour atteindre 300 mg.

Tableau 9

MÉDICAMENTS POUR TRAITER LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF PENDANT L'ALLAITEMENT



Ligne de traitement	Médicament	Niveau d'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Citalopram	●	🟢	Données les plus rassurantes sur l'innocuité, moins de données sur l'efficacité non périnatale
	Escitalopram	●	🟢	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
	Fluvoxamine	●	🟢	Données rassurantes sur l'innocuité, tolérabilité maternelle moindre aux doses élevées
	Sertraline	●	🟢	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
Deuxième ligne	Clomipramine	●	🟢	Tolérabilité moindre, moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 ^{re} ligne
	Fluoxétine*	●	🟢	Demi-vie plus longue et DMAP plus élevée que les agents de 1 ^{re} et 2 ^e lignes, plus d'effets secondaires signalés, aucun effet sévère
Troisième ligne	Paroxétine**	●	🟢	Rétrogradée en raison du risque accru possible d'anomalies CV lors d'une future grossesse
	Venlafaxine***	🟡	🟢	Moins efficace que les agents de 1 ^{re} ligne, problèmes de tolérabilité chez la mère

CV = cardiovasculaires; DMAP = dose maternelle ajustée au poids.

*Les doses requises pour atteindre 80 mg. **Les doses requises pour atteindre 60 mg. ***Les doses requises pourraient atteindre 300 mg.

Tableau 10

MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE PENDANT LA GROSSESSE



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Sertraline	●	●	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
Deuxième ligne	Venlafaxine	●	●	Possibilité d'un risque plus élevé de SAN que l'agent de 1 ^{re} ligne
Troisième ligne	Paroxétine	●	●	Possibilité d'un risque plus élevé d'anomalies CV et de SAN que l'agent de 1 ^{re} ligne
Données insuffisantes	Prazosine	s.o.	s.o.	Risque d'effets défavorables sur le fœtus

Tableau 11

CV = cardiovasculaires; *déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse;*

SAN = syndrome d'abstinence néonatale; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur la valeur des preuves d'efficacité.

MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE PENDANT L'ALLAITEMENT



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Sertraline	●	●	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
Deuxième ligne	Paroxétine	●	●	Moins tolérable que l'agent de 1 ^{re} ligne, rétrogradée en raison du risque accru possible d'anomalies CV lors d'une future grossesse
Données insuffisantes	Venlafaxine	●	●	Moins tolérable que l'agent de 1 ^{re} ligne
	Prazosine	s.o.	s.o.	

Tableau 12

CV = cardiovasculaires; *données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant l'allaitement;*

s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur la valeur des preuves d'efficacité.

Trouble bipolaire

MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT D'UNE MANIE AIGUË PENDANT LA GROSSESSE



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Aripiprazole*	●	●	Données sur l'innocuité principalement rassurantes, mais moins abondantes vs la
	Quétiapine	●	●	Données les plus rassurantes sur l'innocuité, malgré un risque accru possible de diabète gestationnel
Deuxième ligne	Halopéridol	●	●	Données raisonnablement rassurantes sur l'innocuité, mais tolérabilité maternelle et prévention de rechutes moindres que les agents de 1 ^{re} ligne
	Lithium	●	●	Hautement efficace, notamment pour prévenir les rechutes, mais risque accru d'effets indésirables multiples et usage complexe pendant la grossesse (voir section Lithium)
Troisième ligne	Olanzapine	●	●	Risque de diabète gestationnel plus élevé que la quétiapine; à remplacer après l'allaitement en raison d'effets métaboliques
	Rispéridone**	●	●	Risque accru possible d'anomalies congénitales, ne prévient pas les rechutes aussi efficacement que le lithium
	Carbamazépine**	●	●	Risque accru d'anomalies congénitales et de carence en vitamine K
	Chlorpromazine	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, peu de problèmes d'innocuité autres que ceux propres à la classe de médicaments
	Clonazépam	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs; l'exposition pendant la grossesse pourrait compromettre le bien-être du fœtus
	Palipéridone	●	●	Données sur l'innocuité peu abondantes
Déconseillée	Ziprasidone	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs et quantité minimale de données sur l'innocuité
	Tamoxifène	s.o.	s.o.	Risque de tératogénicité
Données insuffisantes	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Augmentation considérable du risque d'anomalies congénitales et de retard du développement
	Asénapine, cariprazine, clozapine			

Tableau 13

Déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

*Traitement de première ligne pour les épisodes mixtes aussi; bLe risque d'anomalies congénitales est le principal souci; pourrait donc s'employer en première intention après le premier trimestre.

MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT D'UNE MANIE AIGUË PENDANT L'ALLAITEMENT



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Aripirazole*	●	●	Données rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement, mais moins de données que la quétiapine et pourrait réduire la production de lait maternel
	Quétiapine	●	●	Données rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement, mais pourrait causer une sédation chez la mère
	Rispéridone	●	●	Quelques effets indésirables pendant l'allaitement (plus que la quétiapine)
Deuxième ligne	Carbamazépine	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents du rang supérieur, effets indésirables signalés pendant l'allaitement
	Halopéridol	●	●	Tolérabilité maternelle moindre, prévient les rechutes moins que les agents de 1 ^{re} ligne, effets indésirables sur l'allaitement, réduction possible de la production de lait maternel
	Lithium	●	●	Hautement efficace, notamment pour prévenir les rechutes, mais problèmes d'innocuité multiples pendant l'allaitement
Troisième ligne	Olanzapine	●	●	Données rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement, mais pourrait causer une sédation chez la mère (essayer doses plus faibles) et devra être remplacé à plus long terme vu ses effets métaboliques
	Palipéridone	●	●	Pénurie de renseignements, mais il s'agit du métabolite actif de la rispéridone; elle pourrait donc avoir un impact semblable
	Chlorpromazine	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, pourrait entraîner une somnolence chez le nourrisson et des effets neurodéveloppementaux, peut réduire la production de lait maternel
Déconseillée	Clonazépam	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, risque de sédation du nourrisson et d'autres problèmes développementaux, difficiles à distinguer des effets pendant la grossesse
	Ziprasidone	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs et quantité minimale de données sur l'innocuité
	Tamoxifène	s.o.	s.o.	Absence de données sur l'innocuité; peut supprimer la lactation
Données insuffisantes	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Mise en route déconseillée pendant l'allaitement en raison du risque pour une future grossesse. Peut se prendre pendant l'allaitement si utilisé pendant la grossesse
	Asénapine, cariprazine, clozapine			

Tableau 14

Déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

*Traitement de première ligne dans le cas d'épisodes mixtes aussi.

MEDICAMENTS POUR DEPRESSION BIPOLAIRE AIGUË DE TYPE 1 PENDANT LA GROSSESSE



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Lamotrigine	●	●	Données rassurantes sur l'innocuité; moins de données sur l'efficacité que la quétiapine
	Quétiapine	●	●	Données rassurantes sur l'innocuité, malgré un risque accru possible de diabète gestationnel
Deuxième ligne	Lithium	●	●	Risque accru d'effets indésirables multiples et usage complexe pendant la grossesse (voir section Lithium)
	Olanzapine	●	●	Données sur l'innocuité pendant la grossesse raisonnablement rassurantes malgré le risque plus élevé de diabète gestationnel que la quétiapine; devra être remplacée à long terme vu ses effets métaboliques
Troisième ligne	Carbamazépine	●	●	Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, risque accru d'anomalies congénitales et de carence en vitamine K
Déconseillée	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Risque accru d'anomalies congénitales et de retard du développement
Données insuffisantes	Cariprazine, lurasidone			

Tableau 15

Déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

**MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT
D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF AIGU
DU TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE 1
PENDANT L'ALLAITEMENT**



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Lamotrigine			Risques minimales pendant l'allaitement, risque minimal de sédation maternelle
	Quétiapine			Risques minimales pendant l'allaitement, mais un peu de sédation maternelle
Deuxième ligne	Lithium			Problèmes d'innocuité multiples pendant l'allaitement
	Olanzapine			Données rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement, mais pourrait causer une sédation chez la mère (essayer doses plus faibles) et devra être remplacé à plus long terme vu ses effets métaboliques
Troisième ligne	Carbamazépine			Moins de données sur l'efficacité que les agents du rang supérieur, effets indésirables signalés pendant l'allaitement
Déconseillée	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Mise en route déconseillée pendant l'allaitement en raison du risque pour une future grossesse. Peut se prendre pendant l'allaitement si utilisé pendant la grossesse
Données insuffisantes	Cariprazine, lurasidone			

Tableau 16

Déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF AIGU DU TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE PENDANT LA GROSSESSE



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Lamotrigine			Données rassurantes sur l'innocuité; moins de données sur l'efficacité que la quétiapine
	Quétiapine			Données rassurantes sur l'innocuité, malgré un risque accru possible de diabète gestationnel
Deuxième ligne	Lithium			Risque accru possible d'anomalies cardiovasculaires et d'autres effets sur le fœtus
	Sertraline*			Données rassurantes sur l'innocuité (surveiller survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
Troisième ligne	Fluoxétine*			Données sur l'innocuité moins rassurantes que la sertraline, risque possible d'HTAPP du nourrisson et de SAN plus élevé que la sertraline (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur); demi-vie plus longue et passage accru dans le lait maternel si utilisée pendant l'allaitement
	Venlafaxine*			Données sur l'innocuité moins rassurantes que la sertraline, risque possible d'HTAPP du nourrisson plus élevé que la sertraline (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
Déconseillée	Ziprasidone**			Quantité minimale de données sur l'innocuité
	Paroxétine		s.o.	s.o.
	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Risque accru d'anomalies congénitales et de retard du développement

Déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; HTAPP = hypertension artérielle pulmonaire persistante; SAN = syndrome d'abstinence néonatale; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

*Dépression pure, non mixte; bDépression et hypomanie mixte.

Tableau 17

MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF AIGU DU TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE 2 PENDANT L'ALLAITEMENT



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Lamotrigine			Moins de données sur l'efficacité que la quétiapine; risques minimes pendant l'allaitement, risque minime de sédation maternelle
	Quétiapine			Efficace, risques minimes pendant l'allaitement mais un peu de sédation maternelle
	Lithium			Efficace mais problèmes d'innocuité multiples pendant l'allaitement
Deuxième ligne	Sertraline*			Moins efficace que les agents des rangs supérieurs, données très rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
	Fluoxétine*			Moins efficace que les agents des rangs supérieurs, demi-vie plus longue et DMAP plus élevée que les agents de 1 ^{re} et 2 ^e lignes, plus d'effets secondaires signalés, aucun effet sévère (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
	Venlafaxine*			Moins tolérable que les agents des rangs supérieurs (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
Troisième ligne	Ziprasidone**			Moins efficace que les agents des rangs supérieurs, quantité minimale de données sur l'innocuité pendant l'allaitement
	Paroxétine		s.o.	s.o.
	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Mise en route déconseillée pendant l'allaitement en raison du risque pour une future grossesse. Peut se prendre pendant l'allaitement si utilisé pendant la grossesse
Déconseillée				

Déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; DMAP = dose maternelle ajustée au poids; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

*Dépression pure, non mixte seulement; **Dépression et hypomanie mixte.



Tableau 18

7

Quelles sont les recommandations concernant le recours à la neuromodulation dans la prévention et le traitement des THAP?

Les interventions par neuromodulation (ou neurostimulation) comprennent un ensemble de traitements qui **affectent le système nerveux central par la stimulation électrique ou magnétique**. Ils sont utilisés **en cas de maladie grave ou lorsque les traitements initiaux n'ont pas abouti**.

Neuromodulation non invasive

- **La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr)** peut être un traitement efficace de la dépression postpartum avec des effets secondaires maternels minimes, surtout lorsqu'il est utilisé en traitement d'appoint en cas de réponse incomplète aux antidépresseurs (niveau 2 ). Compte tenu des preuves solides en faveur de son utilisation non périnatale, la SMTr d'appoint est recommandée pour la dépression postpartum.
- **La stimulation transcrânienne directe (tDCS) adjuvante** est recommandée comme option de Troisième ligne pour les cas légers à modérés de dépression postpartum, puisque plus de données périnatales sont nécessaires (niveau 3 .
- **Il n'existe pas encore de données suffisantes en matière de sécurité et d'efficacité pour recommander ces traitements pendant la grossesse.**

Thérapie électroconvulsive (TEC)

- Intervention de Première ligne appropriée pour la dépression aiguë avec symptômes sévères des caractéristiques psychotiques ou catatoniques, une suicidalité aiguë ou une détérioration de la condition physique pendant la grossesse.
- Également recommandé pour les cas graves de dépression et de manie, des états mixtes ou des psychoses, lorsque les traitements pharmacologiques n'ont pas abouti.
- **Cette thérapie doit se faire en étroite collaboration avec les services d'anesthésie et des obstétricaux** afin de minimiser les complications maternelles ou obstétricales.

8

Quelles sont les recommandations concernant le recours à des options complémentaires pour prévenir et traiter les THAP?

Les données sont encore limitées, mais il est raisonnable d'envisager l'utilisation des MCA qui ont des preuves prometteuses d'efficacité et des effets minimes de nocivité pour les **traitements d'appoint** et/ou chez les personnes **qui préfèrent l'utilisation des MCA pendant la période périnatale.**



Perle clinique

- ! Le millepertuis interagit avec de nombreux médicaments et peut entraîner des effets secondaires graves. Le millepertuis n'est **PAS recommandé en cas de grossesse ou d'allaitement** en raison de problèmes de sécurité liés aux risques potentiels sur le développement du fœtus ou du nourrisson.

OPTIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES ANXIODÉPRESSIFS



Ligne de traitement	Symptômes dépressif		Symptômes d'anxiété		Niveau de preuve
	Intervention	Niveau de preuve	Intervention	Niveau de preuve	
PRÉVENTION					
Première ligne	-	-	-	-	-
Deuxième ligne	Yoga en cours de grossesse	●	-	-	-
Données insuffisantes ou mixtes	Aromathérapie postpartum, musicothérapie postpartum				
TRAITEMENT					
Première ligne	-	-	-	-	-
Deuxième ligne	Acupuncture d'appoint postpartum*	●	Massothérapie en cours de grossesse	●	●
	Massothérapie en cours de grossesse	●	Musicothérapie d'appoint en cours de grossesse et postpartum	●	●
	Musicothérapie d'appoint en cours de grossesse et postpartum (a pour postpartum)	●	-	-	-
	Vitamine D postpartum	●	-	-	-
	Yoga en cours de grossesse et postpartum (a pour postpartum)	●	-	-	-
Troisième ligne	Acupuncture en cours de grossesse*	●	Massothérapie postpartum	●	●
	Massothérapie en cours de grossesse*	●	Relaxation en cours de grossesse	●	●
	Safran postpartum*	●	-	-	-
Déconseillée	Acides foliques, aliments riches en flavonoïdes, fer, sélénium, calcium, zinc, magnésium, cuivre	■	-	-	-
	Millepertuis	Problèmes d'innocuité	-	-	-
Données insuffisantes ou mixtes	Aromathérapie postpartum, hypnose, acides gras oméga 3, probiotiques en cours de grossesse, relaxation, yoga pour EDM en cours de grossesse				

Vu la faible qualité des données et la difficulté de classer les interventions selon les normes décrites, elles sont toutes inférieures au rang consacré aux options de première ligne.

D'appoint = ajoutée à la norme de soins; EDM = épisode dépressif majeur.

*Également efficace en présence d'un léger EDM.

Tableau 19

9

Quelles sont les recommandations concernant la prise en charge des situations cliniques à risque élevé?

Les situations cliniques à haut risque impliquent des craintes qu'une personne puisse nuire à eux-mêmes ou à d'autres personnes, y compris lors d'une psychose du postpartum (voir ci-dessous) ; ces situations peuvent également se produire avec n'importe quel THAP.

En fournissant des soins aux patients souffrant de troubles de l'alimentation, les cliniciens doivent **toujours évaluer le risque que représente le patient pour lui-même et pour les autres**, y compris pour le fœtus, le nourrisson ou des enfants plus âgés. L'évaluation de la sécurité doit inclure **l'évaluation de la suicidalité, capacité à s'occuper de soi-même, pensées de faire du mal à autrui, et négligence et/ou la maltraitance d'enfants ou de personnes dépendantes, ainsi que l'évaluation des troubles psychotiques**. Les antécédents collatéraux peuvent aider à clarifier le niveau de risque et à déterminer si l'on a besoin d'un soutien. Des présentations cliniques à haut risque peuvent se produire indépendamment des antécédents psychiatriques.

Dans toute situation à haut risque, **l'orientation vers des prestataires de services de santé mentale spécialisés est justifiée**. Le recours aux services d'urgence peut être justifié en cas de problème de sécurité imminent, par exemple en appelant le 9-1-1 ou le 9-8-8 (ligne de crise en santé mentale) au Canada et aux États-Unis et/ou en envoyant un patient aux Urgences hospitalières. Les cliniciens doivent se conformer aux règles professionnelles en vigueur, aux lignes directrices, les lois et politiques en matière d'hospitalisation involontaire, et aux circonstances exigeant le signalement des cas aux services de protection de l'enfance.



Les personnes souffrant d'une psychose possible et d'idéation sur la notion de faire du mal à soi-même et/ ou à autrui, en particulier au bébé, ne doivent pas être laissées seules tant qu'une évaluation complète des risques n'a pas été réalisée. >>>

Psychose Postpartum



La psychose postpartum est une **urgence psychiatrique en raison de son association avec le risque de suicide maternel et d'infanticide**. Les symptômes apparaissent généralement au cours de la première semaine après l'accouchement et presque toujours dans les 4 premières semaines du postpartum (mais ils peuvent commencer plus tard dans la période postnatale), et peut inclure :

- **délires**
- **hallucinations**
- **irritabilité, sautes d'humeur, labilité émotionnelle**
- **catatonie**
- **agitation et/ou hyperactivité**
- **désorientation, dépersonnalisation et/ou déréalisation; et/ou**
- **altération de l'attachement à la progéniture.**


Les symptômes psychotiques du postpartum nécessitent une évaluation urgente. Il peut y avoir une fluctuation rapide des symptômes, y compris de type délirant, ou des états psychotiques.

- **Diagnostic différentiel :** Trouble psychotique primaire tel que la schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs, d'une intoxication aiguë ou, plus rarement, d'une affection médicale générale.
- **Investigations :** doivent comprendre un examen physique et neurologique complet, et tests de laboratoire de base, y compris la toxicologie urinaire, afin d'exclure toute cause organique. Des examens complémentaires en laboratoire et/ou l'EEG ou l'imagerie cérébrale peuvent être indiqués en cas de suspicion clinique d'une épilepsie/d'une crises d'épilepsie, des lésions cérébrales traumatiques ou d'autres problèmes médicaux graves, y compris celles qui peuvent provoquer des symptômes neuropsychiatriques.

Les facteurs de risque les plus importants dans la psychose postpartum sont des antécédents personnels et/ou familiaux de trouble bipolaire, ou des antécédents de psychose du postpartum. Un plan de traitement préventif devrait être proposé, comprenant la prise en compte d'un traitement médicamenteux prophylactique et de stratégies pour protéger le sommeil.

- Le **lithium** est la thérapie la plus éprouvée dans la prévention de la psychose postpartum. (niveau 4 .
- Les personnes atteintes du trouble bipolaire doivent poursuivre leur **traitement de pharmacothérapie** durant la période postpartum (niveau 4 .

Les symptômes psychotiques postpartum nécessitent un traitement immédiat, et souvent une hospitalisation. Il est essentiel d'évaluer le risque pour soi-même, pour le nouveau-né, et pour les autres membres de la famille.

 **Si vous soupçonnez chez la patiente une psychose postpartum, ne la laissez pas seule avec le bébé. >>>**

Les recommandations suivantes pour la prise en charge de la psychose postpartum sont de niveau 4 (C).

- Mise en place d'un **traitement antipsychotique avec ou sans traitement par benzodiazépine** intermittent pour gérer l'insomnie et/ou réduire l'agitation
- Le **lithium** peut être ajouté pour améliorer la réponse au traitement et pour son efficacité dans la prévention des rechutes.
- L'**ECT** est une option si un traitement rapide est nécessaire, si l'on ne dispose pas de suffisamment d'informations sur la réponse à la pharmacothérapie, ou s'il y a des antécédents de réponse à l'ECT.
- Après une stabilisation aiguë, le **maintien d'un agent anti-manie pendant une durée de 12 mois au minimum** est recommandé pour la prévention des rechutes
- **Optimisation du soutien social** et implication du partenaire, de l'aidant et/ou de l'infirmière est important afin de mettre en place un système de soutien, avec le soutien éventuel de pairs.
- Compte tenu des risques aigus associés à la psychose postpartum, on décide **parfois dans l'intérêt de la patiente et de l'enfant, d'interrompre ou arrêter l'allaitement**.

Agitation aiguë

L'agitation aiguë chez patients atteints de THAP **survient principalement dans le contexte de la manie ou de la psychose**, mais peut survenir lors de crises interpersonnelles aiguës, ou en cas pathologies médicales, d'absorption ou sevrage d'alcool ou stupéfiants*, ou d'autres étiologies.

- 1 Tenter une désescalade verbale : parler à la personne pour la calmer**
- 2 Proposer des médicaments par voie orale**
 - Une benzodiazépine peut être utilisée, de préférence le lorazépam, plutôt que des produits à plus longue durée d'action. La monothérapie est préférable, mais si l'agitation est plus sévère, notamment dans le cadre de symptômes psychotiques, un antipsychotique peut être associé à une benzodiazépine.
 - Si on a commencé une prise régulière d'antipsychotique, le traitement peut être optimisé. Certains antipsychotiques peuvent être utilisés ponctuellement en fonction des besoins (par exemple l'olanzapine).
- 3 Envisager une médication non orale.** Les antipsychotiques typiques sont moins appréciés en psychiatrie générale, mais l'halopéridol (disponible par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse) présente un risque périnatal minime et peut donc être utilisé.

En cas de risque imminent de violence, une **contention physique peut s'avérer nécessaire**. Dans ce cas, si la contrainte physique est utilisée **avec une personne enceinte, certaines précautions doivent être prises, notamment concernant la position**, surtout au cours des deuxième et troisième trimestre de la grossesse, en utilisant de dispositifs de contention à 4 points, pour éviter la compression de la veine cave. Les contentions physiques doivent être utilisées le moins longtemps possible, et avec une surveillance fœtale (niveau 4 C).

Risque de suicide

On estime que jusqu'à 8 % des femmes enceintes et les parents qui accouchent ont des pensées suicidaires. La plupart des personnes qui ont des pensées suicidaires ne tenter pas de se suicider; dans de nombreux cas, être enceinte ou avoir un enfant est un bon facteur de protection. Bien que la mortalité maternelle soit relativement rare, le suicide est l'une des principales causes de décès pendant la période périnatale. Le risque le plus élevé pour le suicide semble se situer lors d'épisodes aigus de dépression sévère, manie/états mixtes, psychose, et/ou absorption de stupéfiant ou d'alcool.

- **Poser des questions détaillées** sur la présence, la fréquence et la persistance des pensées suicidaires, de plans spécifiques de suicide, l'intention ou le moyen de le réaliser, ainsi que le potentiel de létalité.
- Il est essentiel d'**optimiser le traitement** de la THAP sous-jacente.
- Pour les personnes présentant un risque élevé ou imminent, **une hospitalisation** est souvent nécessaire (éventuellement involontaire).

Dommage au nourrisson

Il est fréquent de penser à faire du mal à son enfant pendant la période postnatale. Dans la plupart des cas, les pensées sont intrusives et non désirées, et ne représentent pas un danger pour la sécurité. Mais **dans certains cas, ces pensées doivent inquiéter** et représentent une situation à haut risque.

REMARQUE : lorsque les prestataires de soins sont informés qu'une personne a l'intention de faire du mal à son enfant, leurs pensées doivent être pleinement évaluées, car pas tous les signalements n'exigent pas un l'escalade aux services de protection de l'enfance.

PENSÉES

OBSESSIONNELLES ▶ Risque faible

Idéation de nuire intentionnellement à son nourrisson, à caractère :

- **Intrusif** - récurrent, indésirable, dérangeant
- Il peut s'agir d'une **image, d'une pensée ou d'une envie.**
- **Pas d'intention** ou de volonté **réelle** de nuire au nourrisson
- Cause de **détresse**
- Peut provoquer **de la honte, de la culpabilité** d'avoir ces pensées
- Peut susciter la **peur** d'en parler.

PENSÉES SUICIDAIRES AVEC IMAGINATION

D'INFANTICIDE ▶ Risque élevé

Penser à léser intentionnellement son nourrisson, avec les traits suivants :

- **En rapport avec les pensées suicidaires** - par exemple, la croyance que le nourrisson souffrira si le parent meurt
- Surtout s'il y a intention et/ou un **projet d'agir en fonction de ces pensées**
- **Dépression** souvent **sévère**
- **Ne peut être enrayé par la réflexion*** parce que la personne croit que ce sera mieux pour le nourrisson de l'inclure dans son plan suicidaire

AGITATION AIGÛE ▶ Risque élevé

Idéation de nuire intentionnellement à son nourrisson, à caractère :

- **Associée à une agitation intense** - par exemple, liée à une extrême frustration à l'égard du nourrisson
- Surtout s'il y a une **intention d'agir**
- Éventuellement **impulsive.**

PSYCHOSE ▶ Risque élevé

Idéation de nuire intentionnellement à son nourrisson, à caractère :

- **En rapport avec les symptômes de la psychose** - par exemple, lié à la croyance délirante que l'enfant est maléfique ou possédé et qu'il sera nécessaire de l'agresser
- Parfois, **la personne ne semble pas perturbée ni affligée** par cette idéation, car elle peut lui paraître logique dans le contexte des symptômes psychotiques.

10

Quelles sont les recommandations concernant le dépistage, la prévention et le traitement des THAP chez le père ou la partenaire?

La prévalence des **symptômes dépressifs** périnataux cliniquement significatifs est de **8 à 10 %** et celui des **symptômes d'anxiété** cliniquement significatifs d'**environ 11 %** chez les pères/co-parents. Les facteurs de risque sont similaires à ceux de la dépression maternelle, y compris des antécédents de maladie mentale et de facteurs de stress psychosociaux tels que la détresse relationnelle et les difficultés financières ; le chômage est aussi un facteur de risque important.

Il existe une **forte corrélation entre les taux de dépression maternelle** et paternelle, et la dépression maternelle est un facteur de risque important pour la dépression paternelle.

Hélas, il **n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander des traitements** ; par conséquent seront privilégiés les traitements à intérêt démontré hors de la période périnatale. Il est recommandé aux cliniciens, y compris ceux qui traitent la parturiente ou l'enfant, d'être attentifs à la santé mentale du co-parent. Les échelles standardisées comme l'EPDS peuvent faciliter le repérage des cas.



Ressources utiles

Des ressources générales et périnatales sur la santé mentale à l'intention des cliniciens et des patients.



Ligne d'écoute téléphonique sur le suicide

Appelez ou envoyez un SMS au 9-8-8, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour obtenir un soutien en français ou en anglais (d'autres langues sont disponibles par l'intermédiaire d'un interprète) et des informations sur les ressources locales dans l'ensemble du Canada.

www.988.ca



Association canadienne pour la santé mentale

La plus grande organisation communautaire de santé mentale au Canada, avec des bureaux dans 330 communautés à travers le pays, offrant une gamme de programmes, de services et de moyens de soutien. www.cmha.ca



Postpartum Support International (PSI) - Canada

Branche canadienne d'une organisation internationale qui offre du soutien et des ressources en matière de santé mentale périnatale, y compris une ligne d'assistance téléphonique, des groupes de soutien sur Internet et des bénévoles dans chaque région qui fournissent des ressources à jour et aident à naviguer dans les ressources. www.postpartum.net/canada



Life With A Baby

Une organisation nationale canadienne de soutien par les pairs qui se concentre sur la réduction de l'isolement social, propose des groupes de soutien et un répertoire de prestataires de services. www.lifewithababy.com



Marcé of North America (MONA)

Groupe régional nord-américain d'une organisation internationale de santé mentale périnatale dont l'objectif est de faire progresser les soins cliniques par le biais de la défense des droits, de la recherche et de l'éducation; offre, entre autres, des possibilités de formation professionnelle continue. www.marcenortham.com



CANMAT

Accédez à l'intégralité du guide clinique CANMAT 2024 pour la prise en charge des troubles périnataux de l'humeur, de l'anxiété et des troubles apparentés, publié dans la Revue canadienne de psychiatrie, ainsi qu'au guide destiné aux patients et aux familles - *Semer l'espoir : favoriser la santé mentale et la prise en charge des troubles périnataux de l'humeur, de l'anxiété et des troubles apparentés*. www.canmat.org



Ressources pour prescrire pendant la grossesse et l'allaitement :

De la mère à l'enfant www.mothersbaby.org

Meilleur usage des médicaments pendant la grossesse (Best use of medicines in pregnancy: Bumps)

www.medicinesinpregnancy.org

Première exposition www.firstexposure.ca

Notez que les ressources locales en matière de santé mentale périnatale peuvent changer fréquemment (y compris les prestataires spécialisés). PSI tient à jour les ressources et peut vous aider à vous familiariser avec les services et les aides dans votre zone.

Annexe

Informations supplémentaires sur les symptômes de THAP*

Dépression périnatale

Symptômes de dépression qui peuvent être ressentis en période périnatale ou en dehors de la période périnatale :

5 (ou plus) des symptômes suivants (dont au moins 1 d'humeur dépressive ou de perte d'intérêt/plaisir) présents depuis au moins 2 semaines, causant une détresse ou un dysfonctionnement significatif :

- Tristesse ou désespoir
- Perte d'intérêt pour les activités précédemment appréciées
- Modification de l'appétit avec/sans modification involontaire du poids
- Dormir trop ou pas assez
- Sensation d'agitation physique ou de ralentissement important
- Asthénie
- Sentiment de dévalorisation ou de forte culpabilité
- Troubles de la concentration
- Pensées de mort ou de suicide, avec ou sans plan ou tentative de suicide.

Façons dont les symptômes de la dépression peuvent se manifester **spécialement** pendant la grossesse et la postpartum :

- Changement d'humeur, souvent manifesté par une irritabilité ou une colère intense, en plus ou à la place de la tristesse.
- Ne pas se sentir connecté à son bébé, aux autres enfants ou à son partenaire
- Ne pas pouvoir manger suffisamment pour prendre du poids pendant la grossesse ou pour maintenir la production de lait pendant la période d'allaitement.
- Impossibilité de dormir même lorsque le bébé dort (parfois à cause de l'inquiétude)
- Sentiment d'agitation, de ralentissement et/ou de fatigue par rapport à la grossesse ou aux problèmes physiques liés à l'accouchement et aux soins au bébé.
- Pensées très négatives sur sa capacité en tant que parent (par exemple, être très critique ou douter de soi, ou avoir le sentiment d'avoir échoué)
- Culpabilité excessive quant aux choix/actions parentales ayant un impact négatif sur le bébé
- Sentiment d'être débordée et difficulté à prendre de simples décisions concernant la grossesse ou les soins à donner au bébé (par exemple, planifier son alimentation, son sommeil et équilibrer d'autres tâches).
- Pensées concernant le mal qui pourrait être fait au bébé, par accident ou volontairement.

*Les symptômes présentés dans chaque section de cette annexe sont adaptés du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR).

Anxiété périnatale

Symptômes d'anxiété qui peuvent être ressentis en période périnatale ou en dehors de la période périnatale :

- S'inquiéter excessivement pour de nombreux sujets
- Inquiétude difficile à contrôler
- Agitation ou difficulté à se détendre
- Fatigue
- Troubles de la concentration
- Se sentir facilement agacée ou irritable
- Tension musculaire
- Difficulté à s'endormir ou à rester endormie
- Crises de panique
- Peur de certains situations spécifiques, par exemple être dans un groupe
- Évitement des situations qui provoquent de l'anxiété.

Les symptômes ci-dessus montrent que les troubles anxieux périnataux peuvent se présenter sous la forme d'un trouble anxieux généralisé, d'un trouble panique ou d'autres types de troubles anxieux.

Les façons dont les symptômes de l'anxiété peuvent se manifester **spécialement** pendant la grossesse et la période postpartum :

- S'inquiéter trop de la santé pendant la grossesse ou de la santé, du développement ou de la sécurité du bébé.
- Pensées intrusives ou inquiétudes obsessionnelles concernant le mal fait au bébé
- S'inquiéter trop de sa capacité à être parent.
- Sentiment d'être dépassé et difficulté excessive à faire face à la parentalité
- Éviter de laisser les autres s'occuper du bébé.
- Éviter d'être séparée du bébé
- Chercher de façon répétée à être rassurée sur la sécurité du bébé.
- La peur de l'accouchement (également appelée tocophobie), qui peut inclure : la peur des changements corporels, la peur de la douleur, la peur de la mort ou la peur de la perte de contrôle.

Troubles obsessionnels compulsifs périnataux (TOC)

Symptômes de TOC qui peuvent être ressentis en période périnatale ou en dehors de la période périnatale :

- Présence d'obsessions, de compulsions ou des deux, qui prennent beaucoup de temps (plus d'une heure par jour) ou provoquent une détresse ou un dysfonctionnement important :
- Pensées, images ou envies répétées, non désirées et intrusives, qui causent de la détresse (obsessions)
 - Souvent des thèmes dérangeants (par exemple, des pensées violentes, des pensées sexuelles inappropriées, des germes et de la contamination)
 - Tentatives d'ignorer ou d'annuler les pensées intrusives.
 - Doute, peur et/ou culpabilité liés aux pensées intrusives.
 - Des comportements répétitifs auxquels on se sent poussé en réponse à ces pensées intrusives et indésirables, ou à des règles rigides (compulsions).
 - Les compulsions sont des efforts pour réduire la détresse et il peut être difficile d'y résister.

Façons dont les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif peuvent se manifester **spécialement** pendant la grossesse et la postpartum :

- Pensées ou images dérangeantes non désirées et intrusives de faire du mal au bébé, ou même pensées ou images non désirées, intrusives et dérangeantes de faire du mal au bébé volontairement.
- Des comportements de vérification répétés, rigides et rituels autour de la sécurité du bébé.
- Chercher de façon répétée à être rassuré sur la sécurité du bébé.
- Éviter de laisser d'autres personnes s'occuper du bébé
- Éviter d'être séparée du bébé

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) périnatal

Symptômes du troubles du stress post-traumatique qui peuvent être ressentis en période périnatale ou en dehors de la période périnatale :

- Évènement difficile ou traumatisant causant depuis plus d'un mois des symptômes perturbateurs entraînant une détresse ou un dysfonctionnement importants
- 1 ou plusieurs symptômes d'intrusion :
 - Pensées, souvenirs ou cauchemars indésirables récurrents concernant l'évènement traumatique, ou revivant l'évènement (flashbacks).
- 1 ou plusieurs symptômes d'évitement :
 - évitement des souvenirs, des pensées, des sentiments, des personnes, des lieux et des choses liés à l'évènement traumatique.
- 2 changements plus négatifs dans les cognitions et l'humeur :
 - Perte de mémoire autour de l'évènement traumatique ou troubles de la concentration
 - Croyances extrêmement négatives à propos de soi, des autres et du monde, y compris le fait de s'accuser d'être à l'origine du traumatisme
 - Sentiment de détachement des autres
- 2 changements ou plus dans l'excitation et la réactivité :
 - Détresse extrême ou émotions négatives intenses, comme des accès de colère, en particulier lorsque l'évènement traumatique est rappelé.
 - Imprudence ou prise de risques accrue
 - Toujours sur le qui-vive, très vigilante ou très sensible à la surprise
 - Troubles du sommeil
- avec ou sans symptômes dissociatifs :
 - Sentiment de détachement de soi (dépersonnalisation) ou de son environnement (déréalisation)

Façons dont les symptômes du trouble de stress post-traumatique peuvent se manifester **spécialement** pendant la grossesse et la postpartum :

- L'expérience traumatique est liée à la grossesse et à la période postpartum (par exemple, accouchement ou perte de grossesse).
- Les symptômes du TSPT tournent autour de l'expérience traumatisante de l'accouchement et les rappels de l'accouchement.
- Sentiment de détachement par rapport au bébé
- Déclencheurs d'expériences traumatiques antérieures au cours d'interactions avec les soins de santé, y compris les examens physiques qui font partie des soins de grossesse, ou pendant les accouchements.

Trouble bipolaire périnatal et psychose postpartum

Symptômes du trouble bipolaire qui peuvent être ressentis pendant la période périnatale ou en dehors de cette période :

Episodes répétés de troubles de l'humeur, avec à la fois dépression et hypomanie et/ou manie

Dépression

- Tristesse ou désespoir depuis au moins 2 semaines
- Perte d'intérêt pour les choses auxquelles on s'intéresse habituellement et que l'on aime.
- Modification de l'appétit avec/sans modification involontaire du poids
- Dormir trop ou pas assez (généralement trop)
- Sensation d'agitation physique ou de ralentissement important - généralement très important
- Faible énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de grande culpabilité
- Troubles de la concentration
- Pensées de mort ou de suicide, avec ou sans plan ou tentative de suicide.

Manie

- Humeur et énergie extrêmement élevées ou irritables pendant au moins 1 semaine.
- Idéation plus rapide que d'habitude
- Besoin de moins de sommeil
- Être plus actif, en particulier si les actions sont plus risquées ou impulsives.
- Se sentir plus distraite
- Avoir une très grande confiance en soi ou une très grande estime de soi

Hypomanie

- Symptômes similaires à ceux de la manie, mais moins graves et durant au moins de 4 jours.

Symptômes **spécifiques** à la psychose postpartum :

Combinaison de symptômes d'humeur (dépression, manie ou un mélange) et de symptômes psychotiques

Symptômes d'humeur possibles

- Irritabilité extrême
- Sautes d'humeur rapides
- Agitation ou tension sévère
- Penser, parler et/ou se déplacer plus rapidement que d'habitude
- Surcroit d'énergie
- Besoin de moins de sommeil

Symptômes psychotiques possibles

- Paranoïa
- Croyances délirantes, telles que pensées bizarres à propos du bébé et de l'accouchement
- Hallucinations
- Comportements désorganisés, inappropriés, perturbateurs ou agressifs
- Confusion
- Sentiment de détachement de soi ou de son environnement



**Nous espérons que
ce guide de poche du
clinicien vous a été utile !**

Merci à l'équipe qui a élaboré ce guide.



Canadian Network for Mood
and Anxiety Treatments

www.canmat.org

Basé sur le Guide de pratique clinique pour la prise en charge des troubles périnataux de l'humeur, de l'anxiété et apparentés du Réseau canadien pour le traitement de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2024