



Grossesse et antidépresseurs ISRS : Considérations et risques

Pour les femmes enceintes ou les femmes qui envisagent une grossesse, la lecture d'articles sur la dépression, la grossesse et les traitements les laissent souvent plus perplexes qu'elles ne l'étaient avant leurs recherches. Cette fiche d'information est donc destinée à souligner, dans un premier temps, l'état actuel des connaissances médicales concernant l'utilisation des antidépresseurs ISRS pendant la grossesse et, dans un deuxième temps, d'offrir des informations utiles sur la façon de mettre fin à un traitement ISRS pour les femmes qui décideraient, finalement, ne plus vouloir commencer ou continuer à utiliser des antidépresseurs. Ce document propose également d'autres options pour faire face à la dépression et certaines ressources pour approfondir le sujet.

INTRODUCTION

Que sont les ISRS

Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) sont une classe de médicaments sur ordonnance fréquemment prescrits pour guérir les symptômes de la dépression.

Les femmes se voient généralement prescrire des antidépresseurs ISRS après avoir communiqué à leur médecin leurs inquiétudes sur leur changement d'humeur, leur incapacité à fonctionner normalement, leur sentiment de tristesse générale ou de vide dans leur vie. La littérature médicale présente des informations contradictoires sur la façon de diagnostiquer la dépression clinique et sur le choix du meilleur traitement pour une personne en souffrant. Pourtant, les médecins tendent à prescrire de plus en plus d'antidépresseurs ISRS, et cela, quel que soit le degré de sévérité de la maladie ou peu importe si cette dernière se soit développée progressivement ou soudainement. Dans certains cas, les femmes peuvent se voir prescrire des antidépresseurs avant ou pendant la grossesse.

Beaucoup de femmes qui sont enceintes ou qui envisagent une grossesse se posent des questions sur les effets des antidépresseurs sur leur santé et celle de leur bébé. Elles veulent aussi savoir si les ISRS sont efficaces pour traiter la dépression et connaître les risques encourus si elles prenaient la décision d'arrêter le traitement. Par ailleurs, les femmes sous ISRS qui voudraient ne plus en prendre veulent savoir comment arrêter leur traitement en toute sécurité.

Les antidépresseurs sont l'une des catégories de médicaments les plus fréquemment prescrits chez les femmes en âge de procréer au Canada. Les données provenant de PharmaNet en Colombie-Britannique, qui recense toutes les ordonnances délivrées dans la province, indiquent que, pour l'année 2003-2004, 11 à 14 % des femmes âgées de 25 à 39 ont reçu au moins une ordonnance pour un antidépresseur.

Le nombre d'ordonnances a augmenté de façon spectaculaire au cours des deux dernières décennies. En 2008, 80 % des femmes au Canada ayant discuté de leur état dépressif avec leur médecin ont reçu une ordonnance, généralement pour un ISRS. Pourtant, la recherche médicale n'a toujours pas déterminé si les ISRS sont plus efficaces que les placébos dans la plupart des traitements. En outre, les ISRS sont souvent prescrits sans que d'autres options, qui pourraient aider une femme à traverser une période difficile, ne soient envisagées.

Bien que le nombre de femmes sous antidépresseurs pendant la grossesse soit moins important, leur taux d'utilisation chez les femmes enceintes est en augmentation. En Colombie-Britannique, pour l'année 1998, un peu plus de 2 % des femmes enceintes ont pris un antidépresseur. En 2001, à peine 3 ans plus tard, le taux d'utilisation était de 5 %.

LES TYPES D'ANTIDÉPRESSEURS QUI PEUVENT ÊTRE PRESCRITS PENDANT LA GROSSESSE

Plusieurs types d'antidépresseurs sont prescrits au Canada, mais les plus communs restent les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et autres médicaments apparentés. Bien que les noms des antidépresseurs ISRS soient différents, tous ces médicaments ont des caractéristiques chimiques semblables et agissent de façon similaire sur le cerveau et le corps :

- Citalopram (Celexa)
- Escitalopram (Cipralex, Lexapro)
- Fluoxétine (Prozac)
- Fluvoxamine (Luvox)
- Paroxétine (Paxil)
- Sertraline (Zoloft)

La venlafaxine (Effexor) et la duloxétine (Cymbalta) sont des antidépresseurs très similaires, dans leur mode d'action aux ISRS énumérés ci-dessus. Par conséquent, leurs effets sur la grossesse sont donc susceptibles d'être similaires.

Plusieurs autres nouveaux antidépresseurs ont des caractéristiques quelque peu différentes que les antidépresseurs énumérés ci-dessus et, en conséquence, peuvent avoir des effets particuliers lors de la grossesse. Il s'agit notamment : du bupropion (Wellbutrin) et de la mirtazapine (Remeron).

COMMENT LES ISRS AGISSENT-ILS SUR LE CERVEAU ET LE CORPS?

Les ISRS et les antidépresseurs apparentés agissent sur les neurotransmetteurs, qui sont des messagers chimiques spécialisés, libérés par les cellules nerveuses (neurones) du cerveau et qui aident à transmettre des informations à partir de ces cellules vers d'autres dans le corps. La plupart des ISRS sont conçus pour agir sur la sérotonine, un neurotransmetteur, mais d'autres médicaments, comme Effexor, agissent sur la sérotonine et la noradrénaline. Wellbutrin agit également sur la dopamine.

La sérotonine est présente dans tout l'organisme. Elle joue un rôle dans le système nerveux, digestif, cardio-respiratoires et hormonal, mais également dans les fonctions motrices et sexuelles, et affecte le sommeil et l'appétit. Sa fonction générale dans l'organisme aide à expliquer pourquoi les ISRS peuvent avoir de nombreux effets différents sur le corps et sur le fonctionnement psychologique.

Beaucoup de personnes sous ISRS depuis deux à quatre semaines connaissent un effet de manque si elles essaient d'augmenter, d'arrêter ou de réduire leur dose. En effet, avec les ISRS, les cellules du cerveau s'adaptent ou s'accoutument à la présence du médicament. Lorsque la dose du médicament est réduite ou modifiée, le cerveau doit alors se réadapter pour fonctionner sans le médicament.

La dépendance aux médicaments thérapeutiques est un processus *physiologique* indépendant de la *volonté* de la personne sous traitement. Ce n'est en aucun cas un indicateur d'une personnalité prône à la dépendance, ni d'une personne dotée d'un cerveau qui aurait « besoin » des médicaments pour fonctionner. Malheureusement, de nombreuses femmes et leurs médecins pensent souvent que les symptômes qui sont *provoqués* par les antidépresseurs (effets indésirables) sont les signes qu'une femme souffre de problèmes de santé mentale plus sévère. Au lieu de prendre en considération les effets secondaires des médicaments, les médecins recommandent parfois d'augmenter la dose ou de compléter le traitement par d'autres médicaments. L'administration de médicaments supplémentaires pour traiter les effets indésirables causés par d'autres médicaments s'appelle « l'ordonnance en cascade ». « *Toutes les femmes qui prennent des antidépresseurs et trouvent que leurs symptômes s'aggravent ou qu'elles se sentent moins bien devraient d'abord se demander si le médicament qu'elles prennent pourrait en être la cause.* »

Toutes les personnes qui reçoivent une ordonnance pour un ISRS doivent être informées que les antidépresseurs déclenchent un état suicidaire et devraient se renseigner sur la tolérance, la dépendance et les effets indésirables avant de commencer le traitement ou si elles prévoient de diminuer leur dose progressivement. Des mises en garde au sujet de ces types de risques ont été publiées par Santé Canada et la FDA (The United States Food and Drug Administration).

LES ISRS SONT-ILS CAPABLES DE RÉDUIRE LES DÉSÉQUILIBRES BIOCHIMIQUES DU CERVEAU À L'ORIGINE DE LA DÉPRESSION?

Beaucoup de femmes dépressives reçoivent comme explication de leur médecin que la dépression a été causée par un déséquilibre biochimique dans le cerveau et que les ISRS peuvent corriger ce déséquilibre. L'idée selon laquelle un déséquilibre biochimique serait la cause d'une dépression et que, par conséquent, la dépression serait donc une maladie biologique, est une idée largement diffusée par les sociétés pharmaceutiques, de nombreux prestataires de soins de santé et par les médias. Pourtant, *il n'existe aucune preuve scientifique venant étayer la théorie selon laquelle la dépression est causée par un déséquilibre biochimique dans le cerveau*. La neurochimie fait partie d'un système complexe d'interactions impliquant de nombreuses différentes parties du corps, et qui inclut les émotions et les humeurs d'une personne. Il existe au moins 100 neurotransmetteurs chimiques différents dans le corps, et nous ne connaissons pas vraiment leurs modes d'interaction.

Par contre, nous *savons* que les ISRS stimulent généralement le système sérotoninergique. Cette stimulation peut permettre chez certaines personnes une atténuation ou une amélioration de l'humeur. Pour d'autres, par contre, la stimulation additionnelle de ce système peut amener une agitation, des pensées suicidaires, de l'anxiété et même des symptômes identiques à ceux de la dépression.

EXISTE-T-IL DES MOYENS NON MÉDICAMENTEUX QUE LES FEMMES PEUVENT UTILISER POUR GÉRER LEUR DÉPRESSION?

La thérapie cognitive, psychodynamique, de soutien, de groupe, ou les groupes de soutien, l'exercice régulier et une aide nutritionnelle sont des outils éprouvés pour réduire la détresse émotionnelle et améliorer l'humeur chez les femmes qui souffrent de dépression. De même, mettre des mots sur les changements, les doutes et les préoccupations que de nombreuses femmes enceintes ont avant et après la naissance peut aider à diminuer la peur, le stress et l'inquiétude. Les groupes communautaires mère-enfant, les groupes de soutien mère-enfant, pour les immigrants/d'établissement, pour les soins prénataux et pour l'allaitement peuvent également aider les femmes à réaliser que ce qu'elles vivent a été vécu par d'autres femmes et qu'elles ne sont pas seules. Des séances d'information directe à destination des maris et des partenaires sur ce que les femmes peuvent éprouver pendant et après la grossesse peuvent aussi être une aide précieuse.

Bien que les problèmes socio-économiques que certaines femmes enceintes peuvent éprouver soient difficiles à résoudre sur le plan personnel, l'aide sociale, l'aide au logement ou l'orientation pour trouver d'autres formes d'aide peuvent s'avérer utiles pour surmonter le sentiment de désespoir, d'isolement et d'impuissance.

LES ISRS SONT-ILS EFFICACES POUR TRAITER LA DÉPRESSION?

Des études récentes sur la *totalité* des études portant sur l'efficacité des ISRS montrent que l'efficacité des ISRS dans le traitement de la dépression semble avoir été exagérée.

Environ la moitié des études qui ont été soumises à la FDA *n'ont pas trouvé* de bénéfices significatifs à utiliser des antidépresseurs ISRS, comparativement à un placebo. Beaucoup de ces études n'ont pas été publiées ou ont été publiées de façon mensongère, indiquant que les ISRS ont une efficacité prouvée. Cependant, les résultats des essais cliniques démontrent que 4 personnes sur 10 sur placebo ont vu leur condition s'améliorer, comparativement à 5 personnes sur 10 prenant un antidépresseur.

Aucun des essais cliniques n'a établi l'efficacité des antidépresseurs ISRS pendant la grossesse, tout simplement parce que les sociétés pharmaceutiques hésitent à effectuer des essais cliniques engageant la participation de femmes enceintes. Certaines études ont suivi des femmes ayant choisi d'utiliser des antidépresseurs pendant la grossesse, mais aucune n'a utilisé de méthodes normalisées pour en tester l'efficacité. Ces méthodes devraient inclure deux éléments clés : la répartition aléatoire des participantes à l'étude dans un groupe qui reçoit le médicament ou dans un autre groupe qui reçoit un placebo ou un autre traitement; et l'étude « à double insu » dans laquelle ni la femme enceinte, ni les cliniciens chargés d'évaluer les symptômes ne savent qui prend le médicament ou un placebo. Ces méthodes permettent aux chercheurs de séparer les effets d'un médicament des autres facteurs qui pourraient influencer sur les indicateurs d'efficacité.

QUELS FACTEURS PEUVENT CONTRIBUER À LA DÉPRESSION PENDANT LA GROSSESSE?

Il existe des preuves irréfutables que des facteurs sociaux, historiques, économiques ou autres peuvent entraîner ou contribuer à la dépression chez les femmes. Les femmes pauvres ou économiquement fragiles, isolées, sans aide, avec des problèmes chroniques de santé, ou victimes de violences, connaissent un niveau d'inquiétude, de stress, de tristesse et de dépression plus aigu.

Pour beaucoup de femmes, la grossesse induit un nouveau rôle à jouer, des responsabilités accrues, une diminution potentielle de leur autonomie, une sécurité économique moindre, et une perte de soutien social. Autant de facteurs qui peuvent tous contribuer à accroître le niveau de contrariétés, de stress et de dépression. Ces facteurs de stress peuvent être exacerbés par la transformation physique normale et les changements hormonaux qui prennent place durant la grossesse, ainsi que par des problèmes de santé supplémentaires qui peuvent affecter les femmes pendant cette période.

Ces facteurs socio-économiques peuvent perdurer *même* si une femme prend des antidépresseurs pendant la grossesse. Par conséquent, une femme sous antidépresseur ISRS devrait également chercher des services de counseling ou suivre une thérapie.

Certaines femmes peuvent ne pas être touchées par l'isolement social, les facteurs économiques, l'inquiétude, ou ne pas avoir d'antécédents de violence ou de problèmes de santé chroniques et se sentir *quand même* déprimées pour des raisons qui semblent inexplicables. Cela met en évidence la complexité de l'esprit humain en relation avec nos humeurs, nos émotions et notre fonctionnement quotidien, et que notre espoir dans une pilule, que l'on voudrait être la seule ou la meilleure réponse, doit être réexaminé.

LES PRÉOCCUPATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS AUX FEMMES ENCEINTES

Des précautions supplémentaires sont généralement prises avant de prescrire un médicament aux femmes enceintes en raison des risques potentiels pour leur bébé. Ces risques sont apparus clairement lorsque les conséquences de la prescription du DES et de la thalidomide pour les femmes enceintes ont été mises en évidence. Ces événements ont démontré que les effets des médicaments sur les bébés *in utero* peuvent se manifester jusqu'à l'âge adulte.

Le DES (diéthylstilbestrol) était prescrit entre 1941 et 1971 pour prévenir une fausse couche. Les filles exposées au DES avant leur naissance connaissent un risque accru de développer des formes rares de cancers du col de l'utérus et du vagin entre 20 et 40 ans, en plus des risques d'irrégularités du tractus génital, de complications de la grossesse et d'infertilité. Les garçons exposés au DES avant la naissance sont également plus à risque de développer des kystes non-cancéreux sur les testicules.

Un autre médicament, la thalidomide, a été prescrit pour prévenir les nausées matinales chez les femmes enceintes entre 1957 et 1961. Ce médicament engendrait des malformations congénitales graves dont entre autres des anomalies des membres et des organes. La tragédie de la thalidomide, qui a donné naissance à des milliers de bébés difformes, a cependant permis de catalyser bon nombre de changements quant aux essais et au processus d'homologation des médicaments aux États-Unis ainsi qu'au Canada. Elle a permis aussi de prendre conscience que *tout médicament* peut potentiellement causer des préjudices graves et imprévus.

À l'époque du DES et de la thalidomide, personne n'avait vraiment réalisé que les médicaments traversent le placenta et affectent le fœtus. C'est pour cette raison, qu'aujourd'hui, peu d'essais cliniques incluent les femmes enceintes parce que nous comprenons maintenant que les médicaments pris par les femmes enceintes *affectent* également leur bébé.

Pour la majorité des médicaments, les risques sont particulièrement préoccupants dans le premier trimestre de la grossesse, lorsque le développement des organes du bébé se produit. Cela peut s'avérer un problème, car beaucoup de femmes ne savent pas qu'elles sont enceintes dans les

premiers mois de leur grossesse. L'utilisation des antidépresseurs ISRS au cours du dernier trimestre de la grossesse pose également des problèmes particuliers comme nous le verrons ci-dessous.

LES RISQUES DES ISRS SUR LES BÉBÉS *IN UTERO*

Malgré l'absence d'essais cliniques aléatoires des ISRS chez les femmes enceintes, les recherches ont établi des liens entre l'utilisation des ISRS et le développement de certains types de problèmes de santé chez certains bébés nés de mère suivant un traitement aux ISRS.

- Pour les femmes prenant des ISRS pendant le dernier trimestre de la grossesse, la probabilité que leur bébé puisse souffrir de complications à la naissance est accrue. Ces complications peuvent aller de symptômes bénins à des problèmes plus graves nécessitant une hospitalisation prolongée, une assistance respiratoire ou des problèmes d'alimentation (demandant parfois une alimentation par sonde). Les symptômes signalés incluent : des difficultés d'alimentation ou respiratoires, des crises épileptiques, une rigidité musculaire, une nervosité et des pleurs constants. Ces symptômes peuvent être le résultat de l'antidépresseur ou de l'effet de sevrage que le corps du bébé ressent après la naissance (Syndrome de sevrage du nouveau-né). (Voir l'Avis de Santé Canada, 9 août 2004.)
- Une moins bonne évaluation sur l'indice Apgar (ensemble de mesures standards pour évaluer la santé du nouveau-né), et une fréquence d'admission plus élevée dans les services de soins intensifs néonataux.
- Un risque accru de malformations cardiaques (trous et malformations dans les cavités du cœur ainsi que des anomalies cardio-vasculaires) suite à une exposition durant le premier trimestre. Les estimations actuelles sont d'environ 1 sur 200 bébés exposés.
- Un risque accru d'hypertension artérielle pulmonaire persistante du nouveau-né (HTAP). Il s'agit d'une très grave maladie pulmonaire, heureusement très rare, qui peut être mortelle ou conduire à des problèmes neurologiques permanents. Une élévation du facteur risque a été constatée après une exposition aux ISRS en fin de grossesse.

Il est important de noter que le niveau de risque de ces problèmes varie, et que certains bébés nés de femmes prenant des ISRS ne semblent pas avoir des problèmes immédiats. Il est également important de noter que certains ISRS semblent être plus souvent associés à certains risques plutôt qu'à d'autres, bien que cette relation n'ait pas fait l'objet d'études poussées. Par ailleurs, il a été démontré que certains effets dépendent de la dose du médicament et qu'ils sont plus fréquents chez les femmes prenant plus d'un antidépresseur ou associant un antidépresseur à un anxiolytique ou à un somnifère. Des recherches sur les effets possibles des ISRS sur les bébés *in utero* sont en cours.

QUELS SONT LES RISQUES ASSOCIÉS À L'INTERRUPTION D'UN TRAITEMENT ISRS DURANT LA GROSSESSE?

Certains chercheurs ont déclaré que la dépression non traitée chez la femme enceinte peut être préjudiciable et à la mère et à son futur bébé. Dans ces cas de figure, il est suggéré que les risques potentiels des ISRS sont compensés par les dangers que pourrait encourir la mère et son bébé si cette dernière venait à cesser son traitement.

Bien qu'il existe certaines preuves que les bébés de mères sérieusement dépressives sont moins performants que les autres bébés, cette argumentation n'est pas concluante. Dans de nombreux cas, des études sur les risques de la dépression pendant la grossesse ne donnent pas une définition claire de ce que constitue une dépression ou ne tiennent pas compte des autres facteurs pouvant contribuer à des résultats plus faibles chez les mères et leurs bébés. Par exemple, les femmes avec des antécédents de grossesses difficiles ou ayant eu un bébé avec un grave problème de santé peuvent être plus susceptibles de souffrir de dépression au cours de leur prochaine grossesse. De plus, la pauvreté, la malnutrition et la précarité entraînent à la fois des taux plus élevés de dépression et des résultats à la naissance moins élevés. Bon nombre d'études qui se penchent sur les effets de la dépression non traitée n'ont pas pleinement pris en compte les effets de causes situationnelles de la dépression.

Un autre facteur qui n'est souvent pas considéré c'est que les symptômes d'agitation, d'anxiété, de panique ou même ceux associés à la dépression peuvent survenir chez les femmes sous ISRS ou à chaque augmentation, réduction ou oubli d'une dose. Les effets de manque peuvent survenir dans les heures suivant l'absence d'une prise du médicament. Cela est particulièrement vrai avec des médicaments qui sont métabolisés (éliminés de l'organisme) rapidement.

Les femmes qui se voient prescrire un ISRS doivent être informées des effets potentiels des ISRS avant qu'ils ne soient prescrits ou pendant leur traitement. Elles doivent être informées que les symptômes psychiatriques associés à un changement de dose NE SONT PAS une réapparition ou une aggravation de leur condition.

Mettre un terme à son traitement ISRS peut présenter un dilemme pour les femmes enceintes inquiètes par le sevrage ou par leur capacité à surmonter ces symptômes. Celles qui envisagent de réduire ou d'arrêter leur traitement ISRS doivent être informées sur le mode de fonctionnement des médicaments, sur la manière de gérer la période de sevrage en toute sécurité et sur la durée que ce processus pourrait prendre.

Certaines femmes apprenant qu'elles sont enceintes souhaitent arrêter immédiatement leur traitement. Ce n'est jamais une bonne idée d'arrêter brutalement son traitement ISRS, même quelques jours après le début du traitement et même en début de grossesse. Un retrait graduel est beaucoup plus sûr, tant pour les femmes que pour leur bébé. Bien que le bébé risque d'être exposé pendant le premier trimestre, la diminution graduelle des doses pourrait réduire le risque d'effets nocifs.

GÉRER LE SEVRAGE DES ISRS EN TOUTE SÉCURITÉ

Les symptômes du sevrage *peuvent* être atténués par une diminution prudente, graduelle et informée. Les éléments suivants sont des facteurs à considérer par les femmes et leur médecin pour sortir du traitement :

- Qu'une femme soit enceinte ou non, elle ne devrait JAMAIS arrêter brusquement son traitement ISRS, peu importe la dose, à moins de n'être que dans la première ou deuxième semaine du traitement. L'arrêt brutal peut entraîner des symptômes graves et, dans le cas de doses plus élevées, pourrait mettre la vie de la patiente en danger.
- La décision de mettre fin à son traitement doit être prise avec prudence et avec l'aide d'un prestataire de santé informé sur les effets du sevrage, expérimenté dans la conception des plans lents et graduels (ou qui sont ouvert à cette option), et en mesure d'assurer le suivi et le soutien tout au long de la période de sevrage.
- Toute personne qui a été sur un antidépresseur pendant plus de quelques semaines peut avoir des réactions dues au sevrage. Cette règle s'applique même dans les cas où les médicaments ISRS n'ont pas fonctionné, ou si la dose était très faible.
- L'arrêt graduel d'un traitement ISRS exige une réduction de la dose de manière systémique en coupant ou en divisant la pilule ou la capsule et en réduisant lentement les doses sur une base hebdomadaire ou bihebdomadaire. À titre indicatif, on recommande une réduction de 5 % de la dose à intervalle recommandé dans le cas où *les symptômes ne sont pas trop sévères*. La réduction devrait être effectuée à intervalles réguliers à la même heure chaque jour. Il est dangereux de sauter des doses ou de sauter des jours. Bien qu'il puisse être tentant d'essayer de sauter des doses pendant l'arrêt progressif, une telle pratique peut accroître les symptômes du sevrage.
- Tous les types d'antidépresseurs nécessitent un arrêt progressif, même ceux à libération prolongée ou contrôlée.
- L'arrêt progressif peut, dans certains cas, prendre plusieurs semaines, et dans le cas de symptômes graves, quatre mois ou plus. L'arrêt ne devrait *jamais* être *précipité* et doit prendre en compte la gravité des symptômes. Dans certains cas, la fréquence de réduction doit être ralentie au fur et à mesure que la dose devient de moins en moins importante.
- Le rythme de la réduction dépend de chaque personne, et personne ne peut prédire avec précision combien de temps durera la période de sevrage ou quelle sera la sévérité des symptômes. L'importance de la dose ne détermine pas la sévérité de l'état de manque.
- Les symptômes du sevrage peuvent inclure à la fois des symptômes psychiatriques (anxiété, agitation, crises de larmes, difficultés de concentration, sentiments de dépression ou « dépression agitée », irritation) ou des symptômes physiques tels que des étourdissements, l'insomnie, ou des maux de tête. Les symptômes du sevrage peuvent aussi ressembler à ceux de la grippe ou causer des nausées, des vomissements et des diarrhées.
- Les symptômes de sevrage peuvent être légers, modérés ou sévères. Bien que des symptômes bénins soient visibles, ils sont peu susceptibles d'être gênants. Les symptômes sévères peuvent être inquiétants et graves, et inclure des pensées et des comportements

suicidaires, des épisodes maniacodépressifs, psychotiques ou paranoïaques et un comportement agressif.

- La présence de symptômes graves indique que le processus de réduction doit être ralenti de façon spectaculaire.
- Les femmes doivent comprendre que les symptômes qu'elles éprouvent au cours de la phase de sevrage la plus aiguë sont probablement le résultat du médicament plutôt que de problèmes préexistants.
- Les femmes qui ont souffert d'une grave dépression par le passé devraient être suivies et recevoir un soutien additionnel et du counseling tout au long de la période de sevrage.
- Si la réduction graduelle de l'ISRS devient problématique, la substitution pour un ISRS à durée de vie plus longue peut permettre de réussir le sevrage. Substituer le Prozac pour un autre ISRS de la même classe peut être utile, car que le Prozac a une plus longue demi-vie. (Voir ce site concernant le protocole de sevrage (en anglais seulement) : <http://www.benzo.org.uk/healy.htm>).
- Certaines femmes qui se sont vu prescrire un ISRS sont également sur d'autres médicaments psychiatriques tels que le belaodiazépine ou d'autres antipsychotiques atypiques. Les femmes qui suivent plusieurs traitements doivent développer un plan sur le long terme qui implique la réduction graduelle de chaque classe de médicaments individuellement. Par exemple, la réduction graduelle des benzodiazépines comme l'Ativan ne devrait pas être faite en même temps que la réduction graduelle d'un antidépresseur.
- Les femmes entreprenant une réduction graduelle devraient éviter de consommer de l'alcool ou des drogues récréatives comme le cannabis. Parfois, les médecins peuvent prescrire des médicaments psychiatriques supplémentaires pour essayer de pallier aux symptômes de sevrage. Il est important de se rappeler que le sevrage est un processus d'adaptation du cerveau et du corps et qu'aucun médicament ne peut éliminer les symptômes de sevrage. En outre, presque tous les médicaments psychiatriques, tels que les antipsychotiques ou les tranquillisants, peuvent également entraîner la tolérance et la dépendance et que leur arrêt doit également se faire graduellement.

Plusieurs ressources utiles fournissent des conseils sur les méthodes de sevrage aux ISRS. L'ouvrage du Dr Joseph Glemullen, *The Antidepressant Solution : A Step-by-Step Guide to Safely Overcoming Antidepressant Withdrawal, Dependence and 'Addiction,'* est un ouvrage reconnu qui a été utilisé par de nombreuses personnes pour surmonter la période de sevrage aux ISRS.

Cependant, après avoir pris connaissances des risques relatifs aux ISRS, certaines femmes peuvent décider de commencer un traitement ou de poursuivre leur traitement en cours. Dans ce cas, il est essentiel que les patientes communiquent à leur médecin toutes conditions inhabituelles, et que le bébé subisse un examen complet à la naissance.

QUELQUES RESSOURCES POUR APPROFONDIR LE SUJET

La prise d'antidépresseurs pendant la grossesse – Existe-t-il des preuves démontrant des effets positifs? (présenté en anglais) Séminaire en ligne avec Barbara Mintzes, Ph. D. Enregistré le 29 octobre 2009. Disponible en anglais sur : www.cwhn.ca/en/frontpage_en?page=1 (60 min.)

Currie, Janet. (2005). *La marchandisation de la dépression : la prescription des ISRS aux femmes*. Toronto: Action pour la protection de la santé des femmes À télécharger sur : <http://www.whp-apsf.ca/pdf/SSRIsFR.pdf> (PDF 305KB / 27 p.)

Glemullen, Joseph. (2005). *The Antidepressant Solution: A Step-by Step Guide to Safely Overcoming Antidepressant Withdrawal, Dependence and 'Addiction.'* New York: Free Press.

Saibil, Diane, pour Action pour la protection de la santé des femmes (2005). *Les antidépresseurs ISRS et leur rôle chez les femmes*. Toronto: Action pour la protection de la santé des femmes À télécharger sur : <http://www.whp-apsf.ca/fr/documents/ssriFR.html>

Shulman, Jane. (2009/10, automne/hiver). *Y a-t-il des avantages pour les femmes enceintes à prendre des antidépresseurs? Le Réseau*, volume 12, numéro 1 11-13. À télécharger au <http://www.cwhn.ca/fr/node/42076>

Therapeutics Initiative. (2010, jan.-fév.). *Are antidepressants safe in pregnancy? A focus on SSRI. Therapeutics Letter*, 76. Vancouver : Therapeutics Initiative. À télécharger au <http://ti.ubc.ca/letter76>

Cette fiche d'information a été préparée par Janet Currie pour Le Réseau canadien pour la santé des femmes. Avril 2010. À télécharger au www.rcsf.ca. Also available in English.