



Santé mentale et troubles mentaux

PORTAIL D'INFORMATION PÉRINATALE

AUTEURES 2011

Pascale Tremblay CIUSSSCN
Émilie Côté, CIUSSSCN

COLLABORATRICES 2011

Alessandra Chan, INSPQ
Nicole Desjardins, INSPQ
Sylvie Lévesque, INSPQ

AUTEURES 2019

Andréanne Wassef, CHUM
Julie Cantin, CIUSSSCN
Deborah Da Costa, Université McGill

COLLABORATEURS 2019

Martin St-André, CHU Sainte-Justine
Geneviève Sauvageau, CIUSSSCN

CHARGÉE DE PROJET

Pascale Turcotte, INSPQ

SOUS LA COORDINATION DE

Roseline Olivier-Pilon, INSPQ

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Anouk Sugàr, INSPQ

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Un comité scientifique assure la rigueur et le consensus des pratiques. Il est composé de représentants des organisations suivantes :

Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
Association des obstétriciens et gynécologues du Québec;
Ministère de la Santé et des Services sociaux;
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
Ordre des sages-femmes du Québec;
Ordre professionnel des diététistes du Québec;
Ordre des pharmaciens du Québec;
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
Ordre des psychologues du Québec;
Protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique Info-Santé.

COMITÉ DE VALIDATION

Un comité de validation assure la pertinence du contenu pour les intervenants et les professionnels en périnatalité. Ce comité est composé de personnes occupant les fonctions suivantes :

Infirmière;
Médecin de famille;
Travailleuse sociale ou intervenante;
Sage-femme;
Accompagnante à la naissance.

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues à la page « Reproduction et droits d'auteurs » du Portail d'information prénatale, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/a-propos/reproduction-et-droits-d-auteurs>.

Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec, qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Pour obtenir cette autorisation, on peut formuler une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou écrire un courriel à droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Table des matières

Santé mentale et troubles mentaux	1
Distinguer la santé mentale et le trouble mental	1
Santé mentale pendant la transition à la parentalité	2
Mécanismes physiologiques qui influencent la santé mentale	3
Qui est à risque?.....	5
Facteurs individuels	5
Facteurs environnementaux (45).....	6
Conséquences possibles.....	7
Conséquences possibles lorsque la femme est affectée	7
Conséquences possibles lorsque le père ou le partenaire est affecté.....	8
Problèmes de santé mentale.....	9
<i>Baby blues</i> (cafard du post-partum)	9
Deuil périnatal	10
Troubles mentaux.....	10
Troubles mentaux avant la grossesse	10
Dépression	11
Trouble de l'adaptation	14
Trouble bipolaire	14
Troubles anxieux.....	15
Trouble d'anxiété généralisée	16
Trouble panique	16
Phobies spécifiques	16
Trouble obsessionnel-compulsif.....	17
Trouble de stress post-traumatique	17
Trouble psychotique bref avec début lors du post-partum.....	18
Schizophrénie	19
Troubles des conduites alimentaires	20
Trouble du déficit de l'attention	21
Trouble de personnalité limite.....	21
Dépister et diriger vers des ressources.....	23
Quand diriger?	23
Où diriger?	23
Prise en charge et avenues thérapeutiques	24
Traitements psychologiques et non pharmacologiques.....	25
Traitements pharmacologiques	26
Pour accompagner les parents.....	27
Ressources et liens utiles.....	29
Lexique	32
Références	33

Santé mentale et troubles mentaux

Cette fiche s'adresse aux intervenants et aux professionnels qui transmettent de l'information aux parents pendant la grossesse et jusqu'à la période postnatale. Elle présente de l'information de base sur la santé mentale et les troubles mentaux. Il ne s'agit pas d'un outil clinique pour guider l'intervention, mais plutôt d'une source d'information qui permet de situer les enjeux de santé mentale et de troubles mentaux en périnatalité. On y précise le profil des parents à risque, les conséquences possibles des troubles mentaux, ainsi que les difficultés sur le plan de la santé mentale pour les parents et leurs enfants. En cas de présence de facteurs de risque ou d'un soupçon de troubles mentaux, il est important de référer ces parents à des services préventifs ou de soutien, ou à des ressources spécialisés en santé mentale, complémentaires aux services en périnatalité. Quelques avenues thérapeutiques ayant fait leurs preuves sont également présentées.

Les recherches et les publications scientifiques sur la santé mentale et les troubles mentaux en périnatalité sont utilisées pour appuyer le contenu de cette fiche. Ces publications sont plus nombreuses à s'intéresser aux femmes. Certaines publications permettent d'amener des précisions sur la santé mentale et les troubles mentaux des hommes et des pères mais l'information disponible n'est pas équivalente. La littérature scientifique n'a pas été explorée pour toutes les réalités de couple et de famille. L'appellation partenaire pour sa connotation inclusive est quand même utilisée dans cette fiche afin d'encourager les intervenants et les professionnels à se préoccuper de la personne qui développe un projet de coparentalité avec la femme enceinte, qu'elle soit de même sexe ou de sexe différent, qu'elle soit le père biologique ou la figure masculine.

Distinguer la santé mentale et le trouble mental

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la **santé mentale** est une composante essentielle de la santé. Plus précisément, elle est définie de la façon suivante :

« ... un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (1);

« ... un équilibre entre les divers aspects de sa vie : social, physique, mental, économique et spirituel. Atteindre et maintenir cet équilibre nécessite un effort constant. Les difficultés et les défis de la vie viendront parfois faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre et il faudra travailler à retrouver le point d'équilibre. Cet équilibre est la source d'une bonne santé mentale » (2).

La santé mentale se définit en termes positifs, plutôt qu'en fonction de la présence ou de l'absence de troubles mentaux (1). Elle renvoie au bien-être émotionnel, psychologique et social d'un individu. Elle peut fluctuer au cours de la vie, passant d'optimale à minimale, selon les événements rencontrés et les ressources disponibles pour y faire face. La santé mentale concerne tout le monde, car le niveau de santé mentale (allant d'optimal à minimal) a un effet sur chacun, y compris sur ceux qui vivent avec un trouble mental. Une mauvaise santé mentale est un facteur de risque de troubles mentaux (3,4).

Un trouble mental est une « affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales » (5,6). Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou à une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement (7). Les troubles mentaux varient également sur un continuum, selon le degré d'incapacité et de détresse associé aux symptômes (8).

Santé mentale pendant la transition à la parentalité

Pour un futur parent, la transition à la parentalité implique l'acquisition d'une nouvelle identité, celle de mère ou de père. Elle implique aussi une réorganisation du système conjugal et familial et possiblement l'augmentation des responsabilités, ainsi que la modification des habitudes de vie. Bien que cette transition se fasse sans trop de mal chez la majorité des femmes et des hommes, les changements qui y sont associés peuvent causer un stress et une détresse psychologique importants chez d'autres. Le moment et le contexte dans lesquels se fait la transition à la parentalité peuvent influencer le niveau de santé mentale en le faisant passer d'optimal à minimal (9).

La parentalité peut être idéalisée. Les futurs parents peuvent croire que cette expérience ne devrait être que positive. Ceux dont le vécu diffère de cet idéal n'osent pas toujours parler de ce qu'ils vivent, de peur d'être incompris ou jugés négativement, ou encore de crainte que leur enfant leur soit retiré (10). Ils peuvent se sentir coupables, douter de leurs compétences parentales et parfois même remettre en question leur décision d'avoir un enfant.

Les changements qu'occasionne la transition à la parentalité peuvent également favoriser l'émergence de troubles mentaux, particulièrement chez ceux qui ont des antécédents de trouble mental. Ces changements peuvent aussi aggraver les symptômes chez ceux qui souffrent déjà de trouble mental (11). De fait, la dépression périnatale est l'une des complications de la grossesse ou du post-partum les plus fréquentes (12).

Lors d'une rencontre médicale prénatale, il est courant de vérifier systématiquement la présence de différentes conditions physiques chez les femmes enceintes, comme le diabète gestationnel, la pression artérielle et certaines infections. Cependant, ces femmes ne sont pas systématiquement questionnées sur leur santé mentale ou sur leurs antécédents de troubles mentaux. Leurs partenaires sont possiblement encore moins souvent interrogés à ce sujet. Pourtant, s'informer de la santé mentale et vérifier la présence de symptômes ou de facteurs de risque chez les futurs parents ne devrait jamais être négligé, compte tenu des répercussions potentielles sur leur santé et sur celle de l'enfant à naître. Vérifier l'état de la santé mentale des futurs parents permet de s'attarder à leur fonctionnement psychosocial et de prévenir l'émergence de troubles mentaux ou l'aggravation des symptômes. Cette attention et les références appropriées qui en découlent peuvent contribuer à prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale et les conséquences associées aux troubles mentaux courants.

Il importe également de garder des stratégies en tête pour favoriser une santé mentale optimale, ou pour prévenir sa détérioration, lorsque l'on intervient en périnatalité auprès des parents, y compris ceux qui vivent déjà avec un trouble mental et ceux à risque d'en développer un. Par exemple, l'adoption de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique, sommeil, etc.) de même que la présence de soutien social et la possibilité de créer des liens sociaux sont des déterminants d'une bonne santé mentale (13). Les fiches *Activités physiques et de mieux-être*, *Adaptation à la parentalité*, *Alcool*, *Alimentation et gain de poids*, *Décès et deuil périnatal*, *Substances psychoactives* ainsi que *Violence conjugale* sont donc des compléments pertinents qui peuvent guider votre réponse aux besoins des parents en ce qui a trait à la santé mentale.

Mécanismes physiologiques qui influencent la santé mentale

PARTICULARITÉS LIÉES AUX HORMONES REPRODUCTRICES

Pendant la grossesse, le corps de la femme sécrète des hormones nécessaires à son évolution, notamment des œstrogènes et de la progestérone. Les récepteurs des œstrogènes et de la progestérone se retrouvent entre autres dans des zones du cerveau impliquées dans la régulation émotionnelle et cognitive. Ces hormones exercent des effets modulateurs sur les neurotransmetteurs (comme la sérotonine, la dopamine et la norépinéphrine), qui jouent un rôle dans la régulation de l'humeur (14).

Les actions des hormones varient selon le trimestre de la grossesse. Par exemple, à la fin du troisième trimestre, le taux des hormones reproductrices est mille fois plus élevé qu'en temps normal. Il chute dramatiquement dans les heures qui suivent l'expulsion du placenta, ce qui peut influencer les émotions de la femme (15).

Les troubles mentaux sont complexes et toujours multifactoriels. Ce ne sont pas toutes les femmes qui réagissent de la même façon aux fluctuations des hormones pendant la grossesse, ou pendant d'autres étapes de leur cycle reproductif (cycle menstruel, ménopause). Certaines femmes pourraient présenter une sensibilité accrue aux changements hormonaux, possiblement en raison de variations dans les gènes se trouvant au niveau de leurs récepteurs, dans différentes zones du cerveau. Ces variations pourraient augmenter leur risque de présenter des symptômes anxio-dépressifs, lorsque combinées à des facteurs de stress environnementaux, par exemple le manque de soutien social ou les conflits conjugaux (16).

Malgré les nombreux travaux qui traitent de la cause des troubles mentaux en post-partum, le rôle des fluctuations hormonales entre la période prénatale et postnatale demeurent incertains. Le baby blues qui ne fait pas partie des troubles mentaux (présenté plus bas dans ce texte) est toutefois associé de façon plus convaincante aux changements hormonaux en période postnatale (17,18).

STRESS

Le stress fait partie de la vie de tous les jours (19) et constitue une réaction normale quand l'adaptation à une situation est jugée difficile ou menaçante (20,21).

Lors de la grossesse, les sources de stress peuvent être diverses. Voici des exemples (21,22) :

Sources de stress	Exemples
Événements de vie	Séparation Maladie grave Catastrophe naturelle
Événements quotidiens	Pression au travail Petits conflits conjugaux
Préoccupations propres à la grossesse	Saignements vaginaux Santé du bébé à naître

Les individus ne réagissent pas tous de la même façon au stress : ce qui est stressant pour une personne ne l'est pas nécessairement pour une autre.

Santé mentale et troubles mentaux

Il demeure toutefois important de distinguer les deux types de stress : le stress aigu et le stress chronique. Le stress aigu « découle d'événements ou de situations spécifiques pour lesquels nous sentons que nous avons peu de contrôle et qui impliquent des éléments d'imprévisibilité et de nouveauté ou qui menacent notre égo » (23).

En période de stress aigu, le corps libère dans l'organisme une hormone, le cortisol. Cette hormone déclenche divers processus qui fournissent au cerveau un apport en énergie suffisant pour faire face à l'événement stressant (24). À titre d'exemple, « si vous devez vous enfuir à toutes jambes, vous enverrez toute votre énergie pour alimenter vos muscles afin de courir plus vite et la priorité sera donnée aux récepteurs situés dans les muscles de vos jambes »(23). À un niveau modéré, le stress est donc un état normal et utile qui permet de réagir rapidement à une situation, et qui peut de ce fait avoir des effets positifs et être une source de motivation pour surmonter des difficultés (21).

Le stress chronique découle de l'exposition prolongée et répétée à des situations qui favorisent la sécrétion des hormones du stress. Le stress chronique nuit à la santé. Il semble que le système de réponse au stress n'est pas fait pour être activé en continu. Avec le temps, le stress chronique peut amener l'épuisement de l'organisme (23).

Plusieurs études ont démontré qu'un niveau de stress chronique élevé pendant la grossesse peut avoir des répercussions négatives sur le déroulement de la grossesse et le développement de l'enfant à naître (25,26). Le stress prénatal peut augmenter de façon modeste le risque d'accouchement avant terme (27). Certaines études ont également rapporté une association entre un stress prénatal élevé et le développement ultérieur de troubles émotionnels, de troubles cognitifs et de symptômes de trouble déficitaire de l'attention chez l'enfant (28–31). Les mécanismes biologiques qui sous-tendent ces effets ne sont pas élucidés à ce jour, mais, via des processus complexes, les effets du niveau élevé de cortisol et de l'altération de la barrière placentaire ont été évoqués (le placenta agit entre autres comme barrière de protection entre la circulation sanguine maternelle et celle du fœtus pour limiter la diffusion de substances comme les hormones et les médicaments (32).

Une revue récente de la littérature montre des associations significatives entre la dépression maternelle, l'anxiété ou le stress perçus durant la grossesse et les résultats suivants chez les enfants (33) :

- En bas âge : difficultés de régulation des émotions, tempérament difficile, apprentissage plus lent et affects moins positifs;
- Plus tard dans l'enfance et l'adolescence : plus de dépression et d'anxiété, plus d'agressivité et de problèmes de conduite, de problèmes d'attention et de sommeil, et plus de traits autistiques.

D'autres chercheurs se penchent sur les associations entre les événements externes pendant la grossesse, tels que les catastrophes naturelles ou le deuil, et les manifestations chez l'enfant. Ils trouvent des résultats similaires à ceux observés avec la santé mentale maternelle (33) :

- En bas âge : moins bon développement moteur, tempérament difficile;
- Dans l'enfance : baisse du QI, moins bon développement du langage et plus de problèmes d'attention;
- Plus de problèmes d'intériorisation et d'extériorisation, et plus de traits autistiques;
- Plus de problèmes de santé tels qu'une sécrétion d'insuline plus élevée, un indice de masse corporelle (IMC) plus élevé, un risque d'obésité et des niveaux plus élevés de cytokines pro-inflammatoires.

Il demeure que la majorité des enfants exposés au stress in utero ne présenteront pas de troubles développementaux. La vulnérabilité individuelle au stress dépend de plusieurs facteurs psychologiques, sociaux, comportementaux et génétiques. De plus, il est possible que le cerveau humain en développement soit apte à récupérer après l'exposition au stress (concept de neuroplasticité) (34,35). Cette capacité de récupération pourrait entre autres être favorisée par l'établissement d'un attachement sécurisant.

Certaines recherches appuient plusieurs mesures simples visant à atténuer les effets de la détresse psychologique maternelle ou de l'exposition aux événements de la vie sur la grossesse et le nourrisson, notamment (33) :

- Pendant la grossesse : soutien social lors des situations de stress, en particulier de la part des partenaires;
- En post-partum : caresses de la mère au nouveau-né et comportements maternels ajustés aux besoins de l'enfant.

À la lumière de ces données, il est logique de penser que les interventions mises en place pour favoriser le bien-être émotionnel, psychologique et social des mères pendant la grossesse pourraient diminuer l'incidence des complications. Par exemples, voici des actions qui pourraient être bénéfiques : soutenir une relation positive avec le ou la partenaire, faciliter la capacité de gérer les tâches quotidiennes, s'assurer de la présence d'un réseau de soutien formel ou informel.

De même, les interventions favorisant l'établissement d'un attachement sécurisant chez le jeune enfant sont bénéfiques pour ce dernier (32,34,36).

Qui est à risque?

Un parent fait preuve de courage lorsqu'il accepte d'aller chercher de l'aide, que ce soit de la psychothérapie ou d'autres interventions. Ainsi, un trouble mental ne signifie pas qu'une personne a une faiblesse ou est un mauvais parent. Il pourrait avoir besoin de soutien ou d'encouragement pour le faire. Aucune personne n'est totalement à l'abri du risque de se sentir en moins bonne santé mentale, de vivre des symptômes de trouble mental ou de développer un trouble mental.

Il n'y a pas nécessairement un lien entre les capacités parentales et la santé mentale ou les troubles mentaux. Toutefois, lorsque des défis sont présents, il est important, à titre préventif, d'apporter le soutien nécessaire (37) et de fournir les services appropriés (32).

Les données scientifiques et l'expérience clinique suggèrent que plusieurs facteurs influencent la santé mentale et les troubles mentaux (38). La littérature permet parfois de préciser des facteurs qui sont spécifiques à la mère et d'autres spécifiques aux pères mais ce n'est pas toujours le cas.

Facteurs individuels (39–42)

FACTEURS ASSOCIÉS À UNE MAUVAISE SANTÉ MENTALE ET AU DÉVELOPPEMENT DE TROUBLES MENTAUX

- Un antécédent de trouble mental dans la famille (prédisposition biologique);
- Un antécédent de trouble mental avant la grossesse;
- Des expériences traumatisantes pendant l'enfance;
- Un bas niveau de compétences personnelles et sociales (ex. : connaissance de soi, gestion des émotions, habiletés interpersonnelles);

Santé mentale et troubles mentaux

- Une grossesse en bas âge ou en âge avancé;
- Caractère non planifié de la grossesse.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION CHEZ LA MÈRE

- Risque de rechute pour les femmes ayant cessé une médication antidépressive avant ou pendant la grossesse;
- Caractère non planifié ou non désiré de la grossesse;
- Difficultés liées à la maternité (ex. : fausse couche, interruption volontaire de grossesse);
- Expériences traumatisantes à l'enfance (ex. : maltraitance, abus);
- Faible estime personnelle.

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ANXIÉTÉ

- Présence de dépression pendant la grossesse;
- Expériences traumatisantes pendant l'enfance (ex. : maltraitance, abus);
- Faible estime personnelle.

FACTEUR ASSOCIÉ AU TROUBLE BIPOLAIRE :

- Arrêt de la prise du stabilisateur d'humeur en début de grossesse.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION CHEZ LE PÈRE

- Historique personnel de dépression;
- Caractère non planifié ou non désiré de la grossesse;
- Actualisation du rôle de père dans le modèle « traditionnel » et faible implication dans l'éducation des enfants (43,44);
- Modifications dans les structures familiales;
- Conjointe qui souffre de dépression;
- Faible niveau de satisfaction conjugale;
- Absence de soutien social ou soutien social insuffisant;
- Faible niveau socioéconomique;
- Fait d'être sans emploi.

Facteurs environnementaux (45)

- Des conditions de vie stressantes (ex. : logement inadéquat, conditions de travail difficile);
- Difficultés socioéconomiques (ex. : pauvreté);
- Difficultés conjugales et familiales (ex. : violence);
- Absence de soutien social ou soutien social insuffisant (ex. famille éloignée);
- Événements de vie stressants (ex. : déménagement, séparation, perte d'emploi, catastrophe naturelle);
- Migration (en raison de multiples facteurs : le manque de soutien social, l'iniquité de l'accès aux soins et aux ressources, le stress de l'immigration, etc.) (46).

Conséquences possibles

Les troubles mentaux lors de la période périnatale peuvent avoir des conséquences ou des répercussions sur divers membres de la famille (ex. : la femme, le/la partenaire, le bébé à naître, les autres enfants et les proches), et ce, dans différentes sphères de leurs vies respectives.

Conséquences possibles lorsque la femme est affectée

La section qui suit présente, de façon succincte, les principales conséquences possibles des troubles mentaux chez la femme en période périnatale. Certaines études trouvent des liens entre certains troubles et des conséquences possibles, tandis que d'autres n'en trouvent pas. Les complications de grossesse sont multifactorielles. Il n'est pas démontré que les troubles mentaux sont la cause des complications, mais ils sont probablement un facteur de risque parmi tant d'autres.

CONSÉQUENCES POUR LA FEMME ENCEINTE ELLE-MÊME

- Alimentation déficiente (47);
- Impact sur le suivi obstétrical (suivi inadéquat, voire absent, ou haute utilisation des services) (48);
- Atteintes dans les capacités sociales et personnelles (49);
- Hausse du risque de suicide (50);
- Consommation de substances (51).

CONSÉQUENCES POUR LA GROSSESSE

- Légère augmentation du risque de fausse couche (52);
- Accouchement prématuré (53–56);
- Légère augmentation du risque de saignement et de recours à la chirurgie (ex. : césarienne) (57,58).

CONSÉQUENCES POUR L'ENFANT

- Faible poids à la naissance (55,56);
- Diminution du taux d'allaitement (27);
- Troubles affectifs et comportementaux (mauvaise régulation des émotions, tempérament difficile, affects moins positifs, etc.) (33,59);
- Difficultés sur le plan du développement cognitif et langagier (apprentissage plus lents) (33,60);
- Relation mère-enfant affectée : plus de difficulté de la mère à créer un lien affectif avec l'enfant, soins moins adéquats, moins d'interactions positives entre une mère dépressive et son bébé, moins d'attention et de constance dans les réponses de la mère aux besoins de l'enfant (61,62);
- Difficultés plus tard dans l'enfance et l'adolescence : plus de dépression et d'anxiété, plus d'agressivité et de problèmes de conduite, de problèmes d'attention et de sommeil, et plus de traits autistiques (33).

Il est difficile de saisir le lien, ou la relation, entre les problèmes de santé mentale de la mère et les problèmes de développement de l'enfant, la transmission génétique de ces traits et l'environnement intra-utérin. De plus, il est important de préciser que les conséquences potentielles d'un trouble mental de la mère sur le développement de l'enfant dépendent également des traitements reçus par la mère pour composer avec ce trouble. Il est important d'éviter de culpabiliser les personnes qui vivent avec un

trouble mental; il faut plutôt de les encourager à aller chercher de l'aide au besoin. À titre d'exemple, une dépression post-partum prise en charge à temps n'aura certainement pas le même impact sur le développement du lien d'attachement qu'une dépression post-partum non identifiée et/ou non traitée. Cette nuance est importante et s'applique à tous les troubles mentaux. Il faut aussi préciser que tous les enfants n'ont pas la même vulnérabilité. Le message à retenir est qu'il faut référer la mère ou, selon la situation, les parents, à des ressources, identifier les troubles et s'assurer de les traiter pour prévenir ces conséquences potentielles (63–65).

Conséquences possibles lorsque le père ou le partenaire est affecté

La section qui suit présente, de façon succincte, les principales conséquences possibles des troubles mentaux chez l'homme en période périnatale.

La dépression peut avoir des répercussions sur l'homme, sa conjointe ainsi que l'enfant à naître. Il est à noter que certaines conséquences ne sont pas spécifiques à la période périnatale et que leurs causes sont souvent multifactorielles et non seulement liées au trouble mental.

CONSÉQUENCES POUR L'HOMME (66,67)

- Consommation abusive d'alcool ou de drogues;
- Comportements d'agressivité et de violence;
- Risque de suicide.

CONSÉQUENCES POUR LA CONJOINTE ET LE COUPLE

- Influence négative sur l'humeur de la conjointe durant sa grossesse et la période post-partum (68);
- Problèmes conjugaux et risque de rupture (69).

CONSÉQUENCES POUR L'ENFANT

- Pleurs excessifs chez le bébé (70);
- Difficultés sur le plan du développement du langage (71);
- Problèmes affectifs et de comportement (72), particulièrement si les deux parents souffrent de dépression en même temps (73,74);
- Relation père-enfant affectée : moins d'interactions positives entre le père et l'enfant (75).

Le message à retenir pour le père est le même que pour la mère. Il faut référer le père ou, selon la situation, les parents, à des ressources, identifier les troubles et s'assurer de les traiter pour prévenir ces conséquences potentielles (63).

Problèmes de santé mentale

Une liste des symptômes est présentée à titre informatif pour chaque condition. Cette liste ne remplace pas le jugement et l'expérience clinique d'un professionnel habilité à évaluer les troubles mentaux. Voici d'abord deux conditions qui sont le reflet d'une altération de la santé mentale, sans être un trouble mental.

Baby blues (cafard du post-partum)

QU'EST-CE QUE LE *BABY BLUES*?

Dans la première semaine après l'accouchement, il est fréquent que les femmes vivent un sentiment de cafard passager, caractérisé par une plus grande émotivité, de la fatigue, et un sentiment d'être dépassée par les événements. C'est ce qu'on appelle le baby blues.

Ces femmes rapportent souvent qu'elles ne savent pas pourquoi elles se sentent déprimées, ont l'impression que leurs réactions sont « incompréhensibles dans les circonstances » et peuvent se mettre à rire et à pleurer en même temps (19). De plus en plus de femmes sont toutefois bien informées à ce sujet, et les équipes sont très familières avec ces phénomènes.

QUELQUES STATISTIQUES

Entre 30 % et 85 % des femmes ressentent le baby blues à la suite de la naissance du bébé (76,77). Le baby blues n'est pas considéré comme une condition pathologique. Il a été démontré qu'en général, les symptômes du baby blues s'accroissent dans la première semaine post-partum pour ensuite s'atténuer progressivement, et ce, sans nécessiter de traitement spécifique (11).

Le seul fait d'en avoir été informée peut aider la mère à composer avec cet état passager. Le soutien de l'entourage (ex. : possibilité de se confier à ses proches, de se faire offrir des moments pour se reposer) contribuerait à réduire les symptômes dans les semaines suivant l'accouchement (78).

SYMPTÔMES

Le *baby blues* se manifeste à partir des jours 2, 3 ou 4 après la naissance du bébé et dure habituellement quelques jours. Les symptômes les plus communs sont les suivants (79) :

- Sautes d'humeur;
- Crises de larmes;
- Tristesse, irritabilité;
- Anxiété ou sentiment d'être dépassée (ex. : se sentir incapable de s'occuper du bébé, avoir peur d'être une mauvaise mère);
- Perte d'appétit;
- Difficultés de sommeil;
- Fatigue;
- Difficultés de concentration.

Si les symptômes s'intensifient et persistent au-delà de deux semaines, le baby blues peut évoluer vers une dépression. Il est alors important de consulter un professionnel habilité à évaluer les troubles

mentaux. Le baby blues est une condition distincte de la dépression, mais il constitue un facteur de risque de dépression post-partum (79). Ajoutons que la dépression n'est pas toujours précédée du baby blues.

Deuil périnatal

Le deuil périnatal peut survenir à la suite de la perte d'un fœtus (que ce soit par interruption volontaire de grossesse, avortement spontané, interruption médicale de grossesse ou mort in utero) ou d'un bébé de moins de 28 jours de vie. Malgré certaines croyances populaires résiduelles, le deuil périnatal est souvent accompagné d'une détresse d'intensité similaire au deuil survenant dans tout autre contexte. Selon sa personnalité et son vécu, chaque individu peut vivre le deuil différemment, si bien que les deux parents ne traversent pas forcément les différentes étapes du deuil de façon similaire ou simultanée. Pour la majorité des individus, l'intensité de la détresse diminue avec le temps et peut être soulagée grâce à diverses interventions de soutien. Pour d'autres, le deuil peut se compliquer et même mener, dans certains cas, à une dépression, à un trouble de stress post-traumatique, etc. (80). Pour de plus amples informations sur le deuil périnatal, se référer à la fiche *Décès et deuil périnatal*.

Troubles mentaux

Une liste des symptômes est présentée à titre informatif pour chaque trouble mental. Elle ne remplace pas le jugement et l'expérience clinique d'un professionnel habilité à évaluer les troubles mentaux. Voici les troubles mentaux les plus souvent présents chez les futurs parents lors de la période périnatale.

Au cours de la période périnatale, des symptômes de troubles mentaux peuvent se manifester pour la première fois ou être amplifiés chez une femme enceinte qui est déjà affectée par un trouble mental. Il en est de même pour les partenaires.

Les symptômes peuvent renvoyer à différentes conditions (dépression, trouble anxieux, trouble lié à l'usage d'une substance, trouble de la personnalité, etc.). Cette section vise à présenter les manifestations les plus fréquentes de troubles mentaux chez les parents pendant la période périnatale.

Un trouble lié à l'usage d'une substance est une comorbidité fréquente lorsque la santé mentale est altérée ou en présence de troubles mentaux. Vous pouvez consulter la fiche *Substances psychoactives* pour en savoir plus.

Troubles mentaux avant la grossesse

Une rencontre pré-grossesse est conseillée chez les femmes qui envisagent une grossesse, afin d'évaluer les risques et bénéfices de la médication, les alternatives thérapeutiques et les possibilités de changements de dosage. Il est important d'éliminer certaines pathologies médicales, comme par exemple l'anémie, l'hypo/hyperthyroïdie et le diabète (7). L'acide folique à plus fort dosage peut également être conseillé, selon la molécule utilisée. Une prise de contact entre le psychiatre et le médecin qui suivra la potentielle grossesse est parfois nécessaire afin d'évaluer la stabilité du trouble et les effets d'une grossesse sur celui-ci. Un suivi particulier pendant la grossesse peut parfois être recommandé quand une médication est prise, tout dépendant du trimestre d'exposition à cette médication (ex. : échographie cardiaque fœtale, suivi échographique particulier, suivi de paramètres sanguins chez la mère). Un suivi du nouveau-né peut également être mis en place lorsque la mère est sous certaines médications pendant son troisième trimestre, pour surveiller par exemple le risque de syndrome d'adaptation néonatale chez le nourrisson exposé aux antidépresseurs (81,82).

Dépression

La dépression, ou trouble dépressif caractérisé, est un trouble de l'humeur qui se caractérise par une humeur triste, ou par une perte d'intérêt ou de plaisir généralisée, survenant presque tous les jours pendant au moins deux semaines, et qui empêche la personne d'accomplir certaines de ses activités quotidiennes ou entraîne une souffrance significative (7,83,84).

QUELQUES STATISTIQUES

Une étude canadienne rapporte une prévalence de la dépression de 14 % au début de la grossesse, de 10 % dans le troisième trimestre et de 8 % dans la période du post-partum (85). **La dépression post-partum apparaît généralement de deux semaines à six mois après la naissance**, et sa prévalence varie selon les études, pouvant aller jusqu'à 20 % (79,86,87).

Il est important d'être vigilant, de surveiller les signes de dépression et de proposer des ressources adéquates aux parents concernés, car même des symptômes mineurs peuvent avoir un effet négatif pour les parents, et pour l'enfant aussi. Les effets chez les enfants qui ont un parent en dépression peuvent s'observer dans son développement cognitif, comportemental et psychomoteur (88). La prévalence des troubles dépressifs sévères en période périnatale demeure heureusement rare.

Les pères ou les partenaires peuvent aussi éprouver de la détresse psychologique lors de la grossesse ou après l'arrivée du bébé. Des études récentes indiquent la prévalence des symptômes de dépression chez environ de 8 % à 13 % des pères pendant la période prénatale et postnatale (89,90).

Par contre, il est plutôt rare (environ 3 %) que les pères vivant de la détresse psychologique cherchent de l'aide et expriment leur besoin de soutien (91,92). Cela montre l'importance de les inclure précocement, de préférence au même moment que la mère, dans le processus d'évaluation ou d'accompagnement, pour une meilleure prévention ou intervention plus efficace (72,90,93). Poser des questions sur la qualité du sommeil peut être une première porte d'entrée pour détecter les problèmes des futurs pères (90). Les faits suivants peuvent être associés au développement d'une dépression chez les pères : le manque de sommeil, la fatigue, une histoire personnelle de dépression, et la dépression de la partenaire pendant et après la grossesse (94).

Il est en effet documenté que les hommes sont aussi à risque de souffrir de dépression. Les données sur la dépression paternelle varient grandement d'une étude à l'autre, selon la méthodologie retenue. Une méta-analyse américaine estime qu'environ 10 % des hommes vivent des symptômes de dépression lors de la période périnatale, et on observe que les symptômes atteignent leur maximum de 3 à 6 mois après la naissance du bébé (95).

SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION

Certains symptômes de la dépression sont les mêmes pour les femmes et les hommes (96). La dépression (selon le DSM-5) inclut la présence d'au moins cinq des symptômes suivants pendant une durée de deux semaines, dont au moins un des symptômes doit être une humeur dépressive, ou une perte d'intérêt ou de plaisir, quasiment toute la journée et presque tous les jours (7) :

- Humeur triste ou irritable;
- Perte d'intérêt pour les activités ou de plaisir pendant celles-ci;

Santé mentale et troubles mentaux

- Diminution ou augmentation de l'appétit, ou augmentation ou diminution significative du poids en l'absence de régime;
- Insomnie ou hypersomnie;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur;
- Fatigue ou perte d'énergie;
- Sentiment de dévalorisation, ou culpabilité excessive ou inappropriée (ex. : sentiment d'être une mauvaise mère, difficulté à développer un lien affectif avec le bébé);
- Difficultés de concentration ou indécision;
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes.

DÉPRESSION CHEZ LA FEMME PENDANT LA PÉRIODE PÉRINATALE

Étant donné les similarités entre certaines expériences normales de la grossesse et certains symptômes dépressifs (ex. : fatigue, variations de l'appétit, sautes d'humeur, perturbation du sommeil, diminution de la libido), il est plus ardu de détecter une dépression chez une femme enceinte ou en post-partum (97). D'où l'importance, en présence de symptômes préoccupants, de référer à un professionnel habilité qui procédera à une évaluation rigoureuse.

Il est utile de mesurer l'ampleur et l'impact des symptômes et d'identifier les situations préoccupantes, comme dans les cas suivants (98,99) :

- Une variation de l'appétit avec un impact négatif sur la prise pondérale attendue pendant la grossesse. Que le poids gagné soit trop élevé ou pas assez, les deux situations peuvent avoir un effet négatif sur les issues de la grossesse, la santé de la mère et celle du bébé;
- Une perte de poids post-partum qui excède ce qui est attendu;
- Des troubles du sommeil liés à des facteurs externes (tels les éveils du nourrisson) ou à des ruminations négatives excessives.

Dans la littérature, il n'est pas clairement établi que la dépression post-partum a une présentation symptomatologique distincte des autres dépressions (100,101). Cependant, en clinique, ces femmes peuvent rapporter des symptômes plus particuliers à la période périnatale, dont ceux-ci (102,103) :

- La culpabilité excessive envers le bébé;
- L'impression d'avoir de la difficulté à développer un lien affectif avec le bébé;
- Le sentiment d'incompétence maternelle et de honte;
- L'anxiété excessive, l'irritabilité;
- Des perturbations lorsqu'elles portent l'enfant dans leurs bras (elles sont préoccupées par la façon de le tenir);
- Le sentiment d'ambivalence, de désintérêt envers l'enfant;
- L'absence de réflexes maternels appropriés, une sensibilité maternelle affectée;
- La perturbation du lien affectif avec l'enfant;
- Le retrait social, l'isolement;

- Des pensées intrusives et des phobies d'impulsion (crainte de perdre le contrôle et de poser un geste qui serait dangereux pour soi ou les autres, comme échapper son bébé de façon volontaire ou involontaire). Ces phénomènes surviennent chez certaines femmes en post-partum, mais ne sont pas associés à un risque augmenté de violence (104).

Dans des cas plus sévères, les symptômes suivants peuvent également être retrouvés :

- Idées suicidaires fréquentes, avec risque d'infanticide;
- Potentiel de symptômes psychotiques.

DÉPRESSION CHEZ L'HOMME PENDANT LA PÉRIODE PÉRINATALE

Les hommes peuvent manifester leur détresse psychologique de manière différente des femmes. La dépression chez la femme est souvent exprimée par des sentiments de tristesse et une grande émotivité, tandis qu'**elle peut se manifester plutôt par de l'irritabilité et de l'agressivité chez l'homme** (96).

Dans notre société, l'image de « l'homme fort » est communément valorisée, et les problèmes d'ordre émotif sont parfois synonymes de faiblesse ou considérés comme une caractéristique féminine. Les hommes sont ainsi peu encouragés à exprimer leurs émotions et ont tendance à parler davantage de leurs symptômes physiques. Il arrive aussi qu'ils ne réalisent pas qu'ils souffrent d'une dépression (105,106).

Les hommes sont généralement plus réticents à chercher de l'aide pour des problèmes de santé mentale; ces problèmes sont donc plus difficiles à repérer pour les professionnels de la santé et des services sociaux (107).

Les professionnels sont encouragés à se montrer particulièrement sensibles aux manifestations de détresse spécifiques aux hommes; des comportements agressifs ou colériques peuvent être attribuables à une dépression nécessitant l'aide d'un professionnel habilité à évaluer les troubles mentaux (96).

Chez les hommes, des symptômes de nature extériorisée sont le plus souvent observés. Les plus fréquents sont les suivants (43,96,106,108–112) :

- Sautes d'humeur;
- Crises de colère ou de rage;
- Irritabilité ou agressivité;
- Faible capacité de contrôle des pulsions;
- Symptômes physiques (ex. : fatigue, maux de ventre, indigestion, maux de tête, difficulté à respirer, insomnie);
- Consommation excessive d'alcool ou de drogues;
- Comportements hyperactifs et agir varié (ex. : refuge dans le travail, le sport, les jeux de hasard ou d'autres activités pratiquées de manière intensive);
- Idées ou intentions suicidaires. Bien que les hommes qui souffrent de dépression fassent moins de tentatives de suicide que les femmes, les méthodes qu'ils utilisent sont plus agressives et conséquemment plus létales.

Trouble de l'adaptation

Le trouble de l'adaptation est un trouble mental caractérisé par des symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables. L'apparition des symptômes se produit dans les trois mois suivant la survenue du stressor, et les symptômes ne perdurent pas plus de six mois après la disparition du facteur de stress, ou de ses conséquences. Le trouble de l'adaptation peut se chroniciser si le stressor ou ses conséquences persistent (7).

Le facteur de stress peut être unique (ex. : avoir un enfant malade, vivre un deuil périnatal), ou il peut s'agir de facteurs multiples (ex. : avoir un enfant, des problèmes financiers, des problèmes conjugaux). Les transitions de vie peuvent également constituer des facteurs de stress (ex. : quitter le domicile familial ou devenir parent) (7).

Les symptômes sont considérés comme cliniquement significatifs lorsque la détresse éprouvée est hors de proportion par rapport au stressor ou s'ils occasionnent une incapacité à maintenir un fonctionnement social, personnel ou professionnel. Toutefois, la perturbation ne doit pas répondre aux critères du trouble dépressif caractérisé ou d'un autre trouble mental (7).

Les symptômes suivants peuvent être observés en présence d'un trouble de l'adaptation (7) :

- Humeur dépressive (baisse de l'humeur, larmoiements ou sentiment de désespoir);
- Anxiété (nervosité, inquiétude au premier plan);
- Perturbation des conduites;
- Combinaison de ces symptômes.

Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur caractérisé par des changements d'humeur incontrôlables. L'humeur de la personne qui en est atteinte oscille entre des épisodes de manie (dont les symptômes tels que l'élévation de l'humeur, l'agitation et l'insomnie doivent être présents pendant au moins une semaine) ou d'hypomanie (dont les symptômes durent moins d'une semaine et sont moins sévères que dans l'épisode de manie) et des épisodes de dépression (dont les symptômes doivent être présents pendant au moins deux semaines). La personne peut passer d'un état d'euphorie à une tristesse profonde au cours de quelques semaines ou quelques mois, sans qu'un événement particulier ait déclenché ce changement (113,114). La prévalence des troubles bipolaires au sein de la population générale est d'environ 1 à 2 % (7).

Le trouble bipolaire peut se déclarer par un premier épisode en période périnatale ou être préalablement diagnostiqué (115). L'évolution du trouble bipolaire pendant la grossesse n'est pas clairement établie, mais il a été démontré que les femmes déjà diagnostiquées qui cessent leur médication durant la grossesse montrent un risque élevé de rechute. En post-partum, le risque de récurrence de la maladie est significativement plus élevé que lors de la grossesse ou en dehors de la période périnatale. Environ 50-70 % des femmes atteintes de trouble bipolaire présenteront une perturbation de leur humeur en post-partum, et les symptômes se déclarent habituellement dans les 4 semaines suivant la naissance. En plus des changements hormonaux importants, la privation de sommeil, la perturbation du rythme circadien et les stressors liés à l'adaptation au rôle de parent pourraient contribuer à cette fragilité accrue (116).

Troubles anxieux

DISTINGUER ANXIÉTÉ ET TROUBLE ANXIEUX

L'anxiété est une réaction normale, que tout le monde peut ressentir face à diverses situations de la vie (ex. : une entrevue pour un nouvel emploi). Il est fréquent que les femmes ressentent de l'anxiété pendant la grossesse, par exemple après l'annonce de la grossesse ou à l'approche de l'accouchement. La présence de signes d'anxiété n'indique pas nécessairement la présence d'un trouble anxieux. Il est important de préciser que même si la symptomatologie n'est pas suffisante pour nécessiter un traitement médical, elle doit faire l'objet d'une discussion entre l'intervenant et le ou les parents afin de trouver des avenues possibles pour apaiser l'anxiété et sécuriser les parents (117). Ces interventions font partie de la prévention des troubles mentaux (76). Pour de plus amples informations, se référer à la fiche Adaptation à la parentalité.

L'anxiété devient toutefois plus problématique lorsque la personne est envahie par les préoccupations ou par le stress. Lorsque l'anxiété génère des difficultés dans diverses sphères de fonctionnement et qu'elle entraîne une détresse, il est important de diriger la personne vers un professionnel habilité à évaluer les troubles mentaux, qui validera la présence d'un trouble anxieux afin d'offrir les traitements appropriés (84,113).

QUELQUES STATISTIQUES

Pendant la grossesse, la prévalence des troubles anxieux serait d'environ 15 %, et elle serait semblable en période post-partum (118). Cette prévalence varie considérablement selon les études et les méthodologies (119). Il est fréquent que les personnes aux prises avec des troubles anxieux souffrent également de dépression. La présence de troubles anxieux pendant la grossesse augmente les risques de troubles anxieux ou de dépression en période post-partum (11).

Certains chercheurs ont étudié les niveaux d'anxiété qui sont spécifiques à la grossesse et à la peur d'accoucher, et ont découvert que ce type d'anxiété prédisait (33) :

- chez les nourrissons : plus d'affects négatifs;
- dans l'enfance : plus d'actes d'extériorisation (problèmes d'extériorisation), d'anxiété et de problèmes de déficit d'attention et d'hyperactivité.

De façon générale, tout trouble mental chez un parent peut avoir une influence sur le développement des enfants si le trouble modifie la disponibilité émotionnelle. Le développement des enfants peut donc être affecté par les troubles anxieux des parents (120–123).

Peu d'études ont évalué la prévalence de l'anxiété chez les pères en période périnatale. Une étude récente démontre toutefois que l'anxiété serait plus fréquente que la dépression chez les hommes en période post-partum (124). Dans cette étude, environ 4 % des pères présentaient un trouble anxieux spécifique, et 12 % présentaient un trouble d'adaptation avec humeur anxieuse. Des données suggèrent que les partenaires d'hommes présentant un trouble anxieux en période périnatale sont environ deux fois plus à risque de présenter eux-mêmes un trouble anxieux ou une dépression.

Trouble d'anxiété généralisée

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se caractérise par des soucis excessifs concernant le quotidien et par une difficulté à contrôler les préoccupations, accompagné de symptômes physiques tels que de la fatigabilité, de l'agitation et une tension musculaire. Les inquiétudes excessives concernant plusieurs sphères de la vie doivent être présentes depuis au moins six mois, et occasionner un dysfonctionnement important ou une détresse importante (7).

La prévalence du TAG chez les femmes en période périnatale serait de 4 à 5 % (118), alors que chez les pères, une revue de la littérature rapporte des prévalences qui varient entre 4,1 % et 16,0 % pendant la période prénatale et entre 2,4 % et 18,0 % pendant la période postnatale (93). L'augmentation de la vigilance du parent en période postnatale peut être adaptative : ainsi, la mère et le père demeurent à l'affût des besoins de l'enfant et s'assurent de sécuriser son environnement. Toutefois, pour certains, l'anxiété atteint une intensité qui nuit au bien-être et au fonctionnement, évoquant la possibilité d'un TAG. Il y a peu de données quant à la présentation clinique du TAG en période périnatale. En clinique, il est fréquent d'observer une tendance à s'inquiéter de façon excessive pour la santé et la sécurité du bébé et à avoir des préoccupations excessives quant à la planification des journées et des activités quotidiennes. Ces éléments peuvent nuire à la qualité du sommeil.

Trouble panique

Le trouble panique est caractérisé par des attaques de panique récurrentes et inattendues. Ces accès d'anxiété sont marqués par un sentiment de peur et des symptômes physiques tels que des tremblements, des palpitations, une sensation de souffle coupé, des étourdissements, un inconfort abdominal et des nausées (49).

L'apparition ou l'aggravation d'un trouble panique en période périnatale doit faire l'objet d'une investigation physique pour éliminer la contribution d'une condition médicale à l'anxiété. En effet, les attaques de panique peuvent être la conséquence physiologique de conditions telles qu'une anémie, un trouble thyroïdien, une intoxication à une substance ou encore une consommation importante de caféine (7). On estime la prévalence pendant la grossesse entre 1 et 9 % (118).

Phobies spécifiques

Une phobie consiste en une peur persistante, anormale et irrationnelle d'une chose ou d'une situation spécifique qui amène la personne à l'éviter malgré la conscience et l'assurance que cela n'est pas dangereux. Cette peur est telle qu'elle occasionne une souffrance significative ou affecte le fonctionnement de la personne atteinte. Elle peut émerger pour la première fois ou s'intensifier en période périnatale (125). Il est estimé que de 2 à 6 % des femmes présentent des phobies pendant la grossesse (118). Les phobies peuvent avoir un impact sur le vécu de la période périnatale. Par exemple, certaines femmes qui présentent une phobie des vomissements (émétophobie) peuvent vivre difficilement les nausées plus présentes lors du premier trimestre. Les femmes ou les hommes présentant une phobie des aiguilles, des injections et du sang peuvent présenter une anxiété importante vis-à-vis des prélèvements et des interventions obstétricales (126).

Enfin, la tocophobie, ou la peur intense et excessive de l'accouchement, peut apparaître chez une femme n'ayant jamais eu de grossesse ou chez une femme ayant eu dans le passé un accouchement compliqué et traumatisant. Les antécédents de vécu corporel insécurisant (comme une histoire d'abus physique ou sexuel ou encore une histoire de procédures médicales invasives durant l'enfance) peuvent

favoriser l'expression de cette peur. Il est important d'identifier cette phobie afin de coordonner les interventions de l'équipe obstétricale et de l'équipe de santé mentale. Peu d'études ont été menées sur les traitements appropriés, mais l'intégration du suivi obstétrical et des soins en psychiatrie pourrait être aidant (127).

Trouble obsessionnel-compulsif

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se caractérise par la présence d'obsessions ou de compulsions. Les obsessions sont des pensées (ex. : peur de la contamination), des images (ex. : des scènes violentes) ou des pulsions (ex. : envie de blesser quelqu'un) répétitives et récurrentes qui occasionnent une détresse importante. Les compulsions sont des comportements répétitifs (ex. : se laver les mains à répétition, ou vérifier à plusieurs reprises si les ronds du poêle sont éteints) que la personne se sent poussée à accomplir pour soulager l'anxiété associée aux obsessions ou dans l'idée d'éviter un malheur. Les obsessions et les compulsions occasionnent une détresse importante et une perte de temps significative (7).

Pendant la période périnatale on observe une vulnérabilité accrue qui peut engendrer l'apparition ou l'exacerbation de symptômes obsessionnels-compulsifs. Les obsessions les plus fréquentes porteraient sur le thème du bien-être de l'enfant, en particulier la peur de lui faire du mal ou de le blesser de façon accidentelle ou intentionnelle. Ces craintes peuvent interférer avec la relation mère-enfant, en affectant le fonctionnement de la mère ou en altérant son comportement (ex. : une mère ayant des obsessions d'agressivité peut éviter son enfant par peur de le blesser) (7).

La prévalence du TOC chez la femme en post-partum serait entre 4 et 11 % (128,129). Une étude qui a questionné plus de 700 pères sur le TOC a trouvé une prévalence de 3,4 % pendant le 3^e trimestre et de 1,8 % en période post-partum. Cette étude recommande une évaluation du père si la mère a un diagnostic de TOC, car il peut y avoir concordance dans un couple (130).

Trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut émerger après l'exposition à un ou plusieurs événements traumatiques. Il se caractérise par l'apparition de symptômes de quatre ordres, qui occasionnent une souffrance ou un dysfonctionnement significatif (7) :

1. Fait de revivre le traumatisme par des cauchemars, des pensées intrusives ou des flash-backs;
2. Évitement persistant des indices rappelant le traumatisme;
3. Présence de pensées et d'émotions négatives;
4. Altération de l'éveil et de la réactivité se manifestant par exemple par de l'irritabilité, des sursauts et de l'hypervigilance.

Le TSPT peut être présent avant la grossesse ou émerger en période périnatale à la suite d'une expérience traumatique en lien ou non avec la grossesse et l'accouchement. Pendant la grossesse, les symptômes peuvent s'installer, par exemple après un accident, un abus sexuel ou physique ou un désastre naturel, qui peuvent avoir eu lieu bien avant la conception. Des événements liés à la grossesse tels qu'un diagnostic d'anomalie fœtale ou une complication de la grossesse peuvent également, dans certains cas, favoriser l'émergence d'un TSPT (131–134).

Un accouchement traumatique ou difficile, où la femme a craint pour sa vie ou celle de son enfant, peut mener à l'émergence d'un TSPT en période post-partum chez la femme et le ou la partenaire (134).

Santé mentale et troubles mentaux

Les femmes sont plus sensibles au trouble de stress post-traumatique (TSPT) que les hommes. Le TSPT pendant la grossesse est associé chez l'enfant à :

- un tempérament infantile plus difficile et un moins bon développement moteur;
- un moins bon développement cognitif et plus de problèmes de comportement.

Il est difficile de savoir si les associations entre les problèmes de santé mentale de la mère et les problèmes de développement de l'enfant sont dues à la transmission génétique de ces traits, ou spécifiquement à l'environnement intra-utérin.

On estime la prévalence du TSPT pendant la grossesse à 3 %. La prévalence du TSPT en période postnatale et liée à l'accouchement est estimée à 4 %. Le risque de développer un TSPT en période périnatale serait environ quatre fois plus élevé chez les femmes qui ont vécu une grossesse ou un accouchement compliqué ou qui ont des antécédents d'abus (134). Un TSPT en période périnatale peut avoir des conséquences sur le fonctionnement de la mère et sa disponibilité pour l'enfant. Il peut par exemple mener à l'évitement de l'enfant, à des difficultés sexuelles et à l'évitement d'une future grossesse (135). Une étude a trouvé que la probabilité que les pères développent un TSPT était 3,5 fois plus élevée par rapport aux mères. La même étude s'est aussi intéressée à la prévalence du TSPT entre les groupes de bébés prématurés et de bébés à terme. Pour les mères, il y avait significativement plus de TSPT dans le groupe des prématurés, mais ce n'était pas le cas pour les pères (136). Il est important de référer les parents affectés vers les ressources appropriées.

Trouble psychotique bref avec début lors du post-partum

Le trouble psychotique bref avec début lors du post-partum est un trouble rare mais sévère, qui surviendrait environ de 0,25 à 0,6 fois par 1000 naissances. Les symptômes peuvent survenir durant les 4 dernières semaines de la grossesse ou rapidement après la naissance, soit en général entre la 3^e et la 10^e journée post-partum. **Les premiers symptômes peuvent être de l'insomnie, des fluctuations d'humeur et de l'irritabilité. Par la suite, il est fréquent d'observer des symptômes dépressifs ou de manie, des idées délirantes sur le thème de la naissance, un comportement désorganisé, une certaine confusion et une certaine désorientation** (137).

Il s'agit du trouble mental le moins courant durant la période postnatale, mais le plus dangereux, tant pour la mère que pour le bébé, en raison des symptômes suivants :

- Idées de suicide et d'infanticide ou idées de se faire mal ou de faire mal au bébé;
- Perturbations de la perception (ex. : pertes de contact avec la réalité, hallucinations);
- Croyances inusitées ou inhabituelles et altération du jugement (ex. : idées délirantes ou paranoïaques, croyance que des personnes veulent faire du mal au bébé ou à soi, croyance que le bébé est persécuté ou mourant, qu'il présente des malformations ou qu'il a des pouvoirs spéciaux);
- Pensée désorganisée (ex. : problèmes de jugement, expression orale confuse ou rapide).

Si la mère présente ces symptômes, il est NÉCESSAIRE d'assurer la sécurité de l'enfant et de la mère, car la mère n'est pas en mesure de s'occuper du bébé ou d'elle-même. Ce trouble constitue une urgence médicale et requiert une hospitalisation de même qu'un traitement pharmacologique. Il peut être nécessaire de demander l'assistance des services ambulanciers.

Il est présumé que le trouble psychotique bref avec début lors du post-partum résulte de changements physiologiques chez la mère après l'accouchement (changements hormonaux, immunologiques et circadiens), qui pourraient provoquer la maladie chez les femmes génétiquement vulnérables. On estime que de 20 à 50 % des femmes présentant ce trouble auront un épisode isolé, alors que de 50 à 80 % risquent de présenter ultérieurement d'autres épisodes avec présence d'un trouble mental, souvent dans le spectre des troubles bipolaires (137).

Schizophrénie

La schizophrénie est caractérisée par la présence, pendant au moins un mois, de deux symptômes parmi les suivants : idées délirantes, hallucinations, désorganisation du discours, désorganisation du comportement et symptômes négatifs (ex. : manque de motivation, discours pauvre). Elle se manifeste également par une altération du fonctionnement de la personne dans au moins une sphère de la vie (ex. : le fonctionnement professionnel ou interpersonnel, ou encore l'hygiène personnelle). Les changements et les manifestations du trouble doivent être observés sur une période d'au moins six mois pour que l'on puisse conclure au diagnostic, et la majorité des patients demeurent chroniquement atteints. On estime qu'environ 1 % de la population est touchée par cette maladie (7).

Chez les femmes atteintes de schizophrénie, environ 50 % des grossesses sont non planifiées ou non souhaitées (138). Cela s'expliquerait entre autres par le fait que ces femmes adoptent plus de comportements sexuels à risque, sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles et utilisent moins la contraception. Les femmes atteintes de schizophrénie présenteraient plus de risques de complications obstétricales (139,140).

Les hallucinations, les délires, la désorganisation, mais également les symptômes négatifs tels que le manque de motivation, peuvent interférer avec la reconnaissance de la grossesse et des signes de travail, et avec l'observance au suivi obstétrical. Le manque d'autocritique fréquent face à leur condition peut également compliquer le suivi. Une condition particulièrement à risque est le déni psychotique de grossesse, qui peut amener les femmes à refuser le suivi obstétrical, à ne pas reconnaître le travail et à accoucher sans assistance (140).

En post-partum, les femmes atteintes de schizophrénie sont à risque de voir leurs symptômes s'exacerber. Les symptômes de la maladie peuvent les amener à interpréter les comportements du bébé de façon délirante, et les symptômes négatifs peuvent altérer leur capacité à interpréter les besoins de l'enfant et à le stimuler suffisamment. L'impact de la maladie sur les capacités parentales peut dans certains cas mener à la perte de la garde de l'enfant (139,140).

Les actions de prévention suivantes devraient être envisagées(139) :

- Les risques et bénéfices du traitement pharmacologique doivent être considérés avec la femme enceinte et le réseau de soutien à chaque stade de la grossesse et en période postnatale;
- Une préoccupation doit aussi être accordée aux partenaires afin de bien évaluer la présence ou pas d'un trouble mental chez les partenaires ou les besoins de soutien;
- Les interventions de l'équipe de suivi en santé mentale devraient être coordonnées à celles de l'équipe obstétricale;
- Le réseau de soutien et les équipes de soutien psychosocial doivent être mobilisés pendant la grossesse et en post-partum pour soutenir la mère dans ses responsabilités parentales;
- L'évaluation des capacités parentales est souvent nécessaire pour assurer la sécurité de l'enfant.

Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) les plus fréquents sont l'**anorexie mentale** et la **boulimie**.

L'anorexie mentale se caractérise par une peur intense de prendre du poids et par une altération de la perception du poids et de la forme de son propre corps, qui amènent les personnes atteintes à restreindre leurs apports énergétiques. Ces personnes peuvent jeûner ou suivre des régimes, et parfois présenter des accès hyperphagiques auxquels elles peuvent réagir par l'utilisation de purgatifs ou d'autres méthodes compensatoires (ex. : exercice physique excessif). Les femmes présentant une anorexie mentale maintiennent un poids corporel inférieur à celui attendu pour leur âge, leur sexe et leur santé physique (7).

La boulimie est caractérisée par la survenue récurrente d'accès hyperphagiques et de comportements compensatoires inappropriés pour prévenir la prise de poids, comme des vomissements provoqués ou l'utilisation de purgatifs. Ces comportements sont répétés et se présentent chez des femmes dont l'estime de soi est excessivement influencée par le poids (7).

Les symptômes des TCA apparaissent en général à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, période où les femmes sont en âge de procréer.

Malgré les problèmes de fertilité plus fréquents chez les femmes présentant un TCA, certaines deviendront tout de même enceintes. On estime que 1 % des femmes enceintes ont un diagnostic préalable de trouble alimentaire. Il est plus rare qu'un trouble alimentaire se déclare pendant la grossesse (141).

Les femmes atteintes de TCA peuvent parfois mieux accepter leur poids pendant la grossesse, en considérant la prise pondérale comme saine dans ce contexte. La préoccupation de la femme pour la santé de son enfant peut également lui fournir une motivation nouvelle pour modifier ses propres comportements alimentaires. Des études ont d'ailleurs montré des taux de rémission substantiels des TCA pendant la grossesse. Cependant, pour d'autres, les symptômes de TCA peuvent persister pendant la grossesse. Chez certaines de ces femmes, ce sont surtout les éléments anxieux qui persistent et qui dominent le tableau. Dans des cas moins fréquents, le TCA est associé à d'autres conditions comme des difficultés de régulation affective, ce qui peut compliquer la transition à la parentalité (142,143).

Les femmes qui restreignent leurs apports nutritionnels pendant la grossesse peuvent présenter un état nutritionnel sous-optimal, mettant à risque leur santé et celle de leur enfant. Par ailleurs, les femmes ayant recours aux purgatifs, aux diurétiques ou aux vomissements provoqués peuvent présenter des déséquilibres métaboliques et des états de déshydratation qui nécessitent une prise en charge, particulièrement pendant la grossesse. Notons que ces femmes sont davantage à risque d'avortement spontané, d'accouchement avant terme ou de recours à la césarienne, et que leurs enfants sont plus à risque de présenter un retard de croissance intra-utérin et des retards développementaux, possiblement liés aux déficits nutritionnels in utero. Ces femmes présenteraient également un plus grand risque de dépression postnatale (144).

La période post-partum constitue par ailleurs une fenêtre de vulnérabilité accrue à la récurrence des symptômes chez les femmes connues pour un TCA présent avant la grossesse (145). L'adaptation à la nouvelle réalité de mère, le niveau de stress accru, la perturbation du rythme du sommeil et de l'alimentation, ainsi que l'adaptation aux besoins de l'enfant, peuvent rendre le maintien d'une routine alimentaire stable chez la mère plus difficile et peuvent favoriser la récurrence des symptômes (146).

Ces femmes bénéficient des interventions cohérentes d'une équipe multidisciplinaire incluant l'équipe obstétricale et la nutritionniste, et d'un soutien psychologique ou psychiatrique (141).

Trouble du déficit de l'attention

Le trouble du déficit de l'attention peut se présenter avec ou sans hyperactivité (TDAH). **Ce trouble est caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement.** L'inattention peut se manifester par de la distractibilité, des oublis, une difficulté à soutenir son attention et à persister dans les tâches. L'hyperactivité peut se manifester par de l'agitation et une certaine volubilité. L'impulsivité correspond à des actions précipitées sans réflexion préalable. Les manifestations du trouble doivent s'observer dans au moins deux milieux différents (7). Le TDAH débute dans l'enfance, mais persiste chez l'adulte dans environ 60 % des cas. Il affecte 4,4 % des adultes (147).

Il n'y a pas d'études systématiques ayant évalué l'évolution du TDAH pendant la grossesse et en post-partum. Il est possible que la période périnatale ait un impact sur l'évolution du trouble, considérant entre autres les changements hormonaux. Il est plausible que les femmes soient davantage distraites dans certains aspects de leur vie, alors qu'elles se concentrent davantage sur leur transition vers le rôle de mère. Par ailleurs, la décision de traiter le trouble est influencée par la grossesse et le souhait d'allaiter, qui amènent plusieurs femmes à vouloir éviter la médication (148,149).

Les symptômes d'inattention peuvent altérer le fonctionnement au travail et la sécurité lors de la conduite automobile ou mener à des oublis (ex. : oubli des rendez-vous de suivi de grossesse). En post-partum, l'intégration des nouvelles responsabilités et l'altération de l'hygiène de vie peuvent accentuer les difficultés de fonctionnement associées au TDAH. Les mères ou les pères qui en sont atteints peuvent par exemple avoir de la difficulté à instaurer une routine de vie à la maison, oublier des rendez-vous ou avoir des difficultés conjugales à la suite de remarques impulsives (147). De plus, lorsque la mère est atteinte d'un TDAH non traité et symptomatique, il peut incomber au père de surcompenser pour les déficits maternels, ce qui peut entraîner une source supplémentaire de stress pour le père.

La prise en charge des parents et plus particulièrement des femmes enceintes présentant un TDAH dépendra de la sévérité des symptômes, de la présence de comorbidités et de l'importance du dysfonctionnement associé. Des mesures non pharmacologiques, incluant différentes approches d'aide pour optimiser la concentration et l'organisation peuvent être suffisantes lorsque les symptômes sont légers. Des accommodements en milieu de travail peuvent être utiles pour les adultes. Toutefois, lorsque les symptômes sont plus marqués, il arrive qu'une médication soit nécessaire. Selon de récentes études, les médicaments pour traiter le TDAH ne sont pas des tératogènes majeurs pour les humains. L'innocuité pendant la grossesse n'est pas parfaitement établie, car il y a très peu d'études sur les effets neurodéveloppementaux à long terme. Il est donc préférable de cesser la médication pendant la grossesse. Toutefois, cette avenue thérapeutique peut être envisagée, mais elle nécessite une évaluation médicale. Si un traitement est nécessaire, le méthylphénidate, les amphétamines et le bupropion semblent être les meilleurs choix, car il y a plus de données sur l'absence d'effets indésirables pour ces médicaments (149,150).

Trouble de personnalité limite

Un trouble de personnalité se définit par la présence de comportements et de sentiments rigides et durables entraînant un dysfonctionnement et/ou une souffrance (7). Plus spécifiquement, **le trouble de personnalité limite se caractérise par un mode de fonctionnement instable affectant l'image de soi, les émotions et les relations interpersonnelles.** Les personnes atteintes d'un trouble de personnalité limite sont sensibles au rejet interpersonnel, craignent l'abandon des êtres aimés et présentent une instabilité de leurs humeurs et de leur estime de soi. Le trouble de personnalité limite

peut mener à des comportements impulsifs ayant des conséquences autodestructrices (comportements sexuels à risque, abus de substances, etc.), dont des comportements automutilatoires ou suicidaires.

Le trouble de personnalité limite, généralement diagnostiqué au début de l'âge adulte, se retrouve chez environ 1,6 % de la population, affectant plus fréquemment les femmes que les hommes (7). L'évolution du trouble sur 10 ans se caractérise par des taux de rémission élevés et des taux de rechute faibles, bien que des symptômes ou comportements affectant significativement le bien-être et le fonctionnement puissent persister (151).

Le trouble de personnalité limite est fréquemment présent avec d'autres troubles mentaux (comorbidité), comme le trouble anxieux, la dépression et les troubles d'abus de substances (152).

IMPACTS SUR LA GROSSESSE ET LA PARENTALITÉ

Les données concernant les conséquences obstétricales et parentales du trouble de personnalité limite sont moindres que pour la dépression. Néanmoins, une étude populationnelle a démontré que les mères ayant un trouble de personnalité limite sont plus à risque de conséquences obstétricales néfastes comme le diabète gestationnel, la rupture prématurée des membranes, l'accouchement par césarienne, la naissance avant terme, la thromboembolie veineuse et les infections (153). Parmi les facteurs de risque contribuant à cette augmentation, notons la consommation de substances (alcool, drogues, tabac) durant la grossesse, les comorbidités avec d'autres troubles mentaux et leurs traitements, l'association avec le stress et le manque de soutien social.

Concernant la parentalité, la dysrégulation émotionnelle et les difficultés interpersonnelles peuvent être des embûches à l'établissement d'une relation parent-enfant sécurisante. Les interactions parentales de ces mères sont plus souvent instables (variations rapides) et caractérisées par une plus grande intrusivité ainsi que par des difficultés dans le décodage des émotions de l'enfant (154). Le risque de signalement aux instances de protection de la jeunesse est plus élevé pour les enfants de mères ayant un trouble de personnalité limite (155), enfants qui sont eux-mêmes à risque de développer des difficultés sur le plan de l'attachement (ex. : attachement désorganisé) ou des troubles mentaux (154). La parentalité chez les pères souffrant d'un trouble de personnalité limite est beaucoup moins étudiée, mais semble également être affectée par la présence du trouble (156).

Enfin, le trouble de personnalité limite peut entraîner des problèmes conjugaux plus fréquents. Les personnes atteintes de ce trouble présentent moins de compétences pour la résolution de problèmes. Une détresse associée aux symptômes liés à ce trouble est aussi rapportée, ainsi qu'un soutien social moins présent (157). Néanmoins, un diagnostic de trouble de personnalité n'entraîne pas automatiquement des difficultés parentales. La sensibilisation au comportement parental, l'amélioration des comportements d'attachement et les stratégies de régulation émotionnelle peuvent être des cibles d'intervention importantes (154). Les lignes directrices australiennes sur la périnatalité recommandent que les femmes enceintes et les mères ayant un trouble de personnalité limite reçoivent, selon leurs besoins, des services pour promouvoir la relation parent-enfant ainsi que de la psychothérapie, et qu'elles se fassent enseigner des techniques de relaxation (158). Quant à la pharmacothérapie, soulignons qu'elle n'est pas la première ligne de traitement pour le trouble de personnalité limite.

Dépister et diriger vers des ressources

Des publications récentes recommandent le dépistage de la dépression en période périnatale chez toutes les femmes (64,65,158–161). Un des outils recommandés est l'échelle de dépression d'Édimbourg (158–160,162–164).

Quand diriger?

Il est fortement recommandé que les professionnels dirigent les futurs parents vers des ressources spécialisées pour une évaluation plus approfondie, en vue d'un traitement, dès le début du suivi ou de la grossesse, dans les cas suivants:

- Si une femme obtient un score de 13 et plus à l'échelle d'Édimbourg (158,159,164);
- Si une personne présente un ensemble de facteurs de risque (pour les facteurs de risque chez la mère et chez le père, consulter la section « Qui est à risque? »);
- Si les symptômes surviennent presque tous les jours et persistent dans le temps (ex. : des symptômes dépressifs qui persistent plus de deux semaines ou des symptômes de manie qui persistent plus d'une semaine);
- Si les symptômes occasionnent une détresse psychologique ou nuisent aux activités quotidiennes.

Il est recommandé d'informer les parents de l'importance de ne pas attendre d'être devenus incapables d'accomplir leurs activités habituelles avant de consulter, car plus ils attendent, plus les symptômes risquent de s'aggraver, et plus il peut être difficile de les traiter.

Où diriger?

Les parents peuvent toujours discuter de leur situation avec l'infirmière, la sage-femme ou le médecin impliqués dans leur suivi de grossesse. La LigneParents peut aussi être moins stigmatisante pour certains parents.

Conformément au *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, la principale porte d'entrée pour les services de santé mentale dans le secteur public est le guichet d'accès en santé mentale des CISSS et CIUSSS.

Dans le cadre de ces services, une équipe de professionnels de la santé mentale reçoit les demandes, évalue les besoins de la personne et le niveau de services requis (ex. : services spécifiques ou spécialisés), et redirige si nécessaire vers les établissements publics ou communautaires pertinents (165).

Pour savoir comment diriger les futurs parents vers les services en santé mentale, le professionnel peut contacter le CISSS ou le CIUSSS de la région où demeure la personne.

Prise en charge et avenues thérapeutiques

L'accompagnement des familles dont l'un des membres a un faible niveau de santé mentale ou souffre d'un trouble mental en période périnatale nécessite une approche interdisciplinaire cohérente.

Cet accompagnement devrait se faire par une équipe multidisciplinaire et rassembler, dépendamment des besoins individuels (166):

- Les services spécialisés en obstétrique;
- Les services spécialisés en psychiatrie;
- Les intervenants de première ligne (tels que les médecins de famille, le personnel infirmier, les psychologues, les psychoéducateurs, les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et les pharmaciens);
- Les acteurs du réseau communautaire des familles ou du réseau en santé mentale.

L'infirmière, le médecin et la sage-femme peuvent jouer un rôle important dans l'accompagnement de ces personnes, ils sont souvent en première ligne. Des mesures simples peuvent atténuer les effets de la détresse psychologique maternelle ou de l'exposition aux événements de la vie sur le nourrisson. Parmi ces mesures (33) :

- Assurer le soutien social en situation de stress pendant la grossesse, particulièrement chez le partenaire;
- Encourager les parents à caresser leur nourrisson et les aider à être plus conscients de ses besoins et émotions.

Les intervenants de première ligne et les acteurs du réseau communautaire peuvent jouer un rôle de premier plan dans le dépistage et le suivi des femmes et des familles à risque, avant que la santé mentale de celles-ci ne se détériore ou qu'elles ne développent un trouble mental.

Afin de permettre un accompagnement sécurisant pour les familles, les différents intervenants doivent partager une vision et des objectifs communs. La communication entre les différents intervenants prend alors toute son importance. Elle peut permettre une meilleure répartition des responsabilités de chacun ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources, et surtout fournir aux familles des repères et références stables et cohérents en cas de besoin. Comme la période périnatale se décline en plusieurs étapes d'adaptation pour la famille, les différents intervenants auront souvent tour à tour une fenêtre d'intervention plus intensive. Par exemple, l'accompagnement d'une femme enceinte présentant un trouble psychotique pourra nécessiter, outre le suivi obstétrical et psychiatrique, un suivi nutritionnel pendant la grossesse, pour s'assurer des apports nutritionnels adéquats.

Le pharmacien a un rôle important à jouer dans la confiance du patient en son médicament et dans la communication des données exactes concernant l'innocuité d'un médicament pendant la grossesse. Les couples qui planifient une grossesse doivent aussi être bien guidés.

Une intervention du service social plus intensive en post-partum peut aussi être envisagée, pour s'assurer que le milieu de vie est adéquat, que les revenus sont suffisants, et que le bien-être des membres de la famille est pris en considération (167).

Les interventions des équipes doivent être non seulement cohérentes, mais aussi ajustées aux besoins, valeurs et priorités de la famille. Les intervenants devraient notamment considérer et respecter les

variantes culturelles dans les rôles parentaux, l'intégration ou la non-intégration de la famille élargie, ainsi que les rituels de réconfort (168).

Le soutien offert par les équipes multidisciplinaires et les professionnels en période périnatale peut être sécurisant et thérapeutique pour les familles (169). Il demeure que pour certaines problématiques, selon la sévérité des symptômes, des traitements psychiatriques plus spécifiques doivent être proposés (170).

Traitements psychologiques et non pharmacologiques

L'accompagnement offert par les différents intervenants du réseau en période périnatale peut contribuer à la sécurisation des parents et des familles, et de ce fait à l'instauration d'un environnement propice au développement sain de l'enfant. Le suivi par les équipes périnatales peut en effet offrir aux familles un soutien émotionnel, un cadre sécurisant, une possibilité d'apprendre et d'acquérir de nouvelles capacités sur le plan cognitif et relationnel, qui sont des éléments communs à tous les services de soutien (171). Ces services offerts aux futurs parents et aux familles s'inscrivent généralement dans une approche intégrée qui a été validée auprès des populations périnatales ou encore des populations psychiatriques générales.

Des données probantes confirment que la psychothérapie est un traitement efficace (63). Certaines thérapies ont toutefois été davantage validées en période périnatale, dont les psychothérapies à court terme (de 10 à 20 séances) d'approche interpersonnelle ou cognitivo-comportementale, qui sont efficaces pour diminuer les symptômes dépressifs en dépression péri-partum (170,172). De nouvelles données montrent que les approches de pleine conscience (dont l'objectif est de ramener l'attention dans le moment présent, de favoriser une attitude d'acceptation et d'accueil des sensations et émotions) peuvent aussi être bénéfiques pour réduire les symptômes anxieux et dépressifs pendant la grossesse (173-175).

Bien que peu de données scientifiques existent sur les traitements psychologiques des troubles mentaux spécifiquement pour la période périnatale, il est recommandé que les interventions psychothérapeutiques qui ont démontré leur efficacité auprès des adultes en général soient proposées aux femmes enceintes (170).

La psychothérapie, telle que définie au Québec, peut être offerte si une évaluation rigoureuse confirme la pertinence d'entreprendre une telle démarche. Cette évaluation devrait tenir compte à la fois de la demande formulée par la personne, des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels, des ressources et forces de la personne ainsi que des tests et traitements antérieurs (176).

Étant donné les risques liés à l'utilisation de certains médicaments pendant la grossesse, des traitements complémentaires pour les symptômes anxieux et dépressifs pendant la grossesse ont été étudiés. Parmi les traitements les plus prometteurs, notons la luminothérapie, qui a montré des effets bénéfiques sur les symptômes dépressifs pendant la grossesse dans quelques études. Les études portant sur l'utilisation des oméga-3 pendant la grossesse montrent toutefois des résultats inconsistants. Une revue de la littérature sur l'ensemble des traitements complémentaires de la dépression en grossesse a démontré des résultats non concluants. Il n'est donc pas possible de faire des recommandations claires quant à leur utilisation (177).

Néanmoins, les lignes directrices canadiennes sur le traitement de la dépression pendant la grossesse reconnaissent l'acupuncture, l'exercice et la luminothérapie comme des traitements de troisième ligne. La preuve de leur efficacité est moins grande que pour les psychothérapies ou les médicaments (170). Ces traitements complémentaires ne devraient pas être utilisés seuls, dans les cas de dépression périnatale sévère (170). Les études préliminaires ne soulèvent pas de risques liés à l'utilisation de ces méthodes pour le fœtus, mais les risques demeurent toutefois moins bien précisés que ceux liés aux antidépresseurs (178).

Santé mentale et troubles mentaux

Le yoga prénatal est considéré comme une intervention acceptable et sécuritaire qui pourrait réduire les symptômes dépressifs chez les femmes enceintes, selon des études préliminaires (179,180). Le yoga prénatal inclut des exercices de respiration, des postures et de la méditation adaptées spécialement aux changements physiques liés à la grossesse (181).

Les effets positifs de l'exercice physique sur les symptômes anxieux et dépressifs sont bien établis dans la population générale. Quelques études ont été menées chez les femmes enceintes et soulèvent une possible efficacité de la pratique du sport pour traiter la dépression anténatale (182).

Traitements pharmacologiques

Plusieurs femmes sont portées à cesser leur médication à l'annonce de leur grossesse. Il est important qu'elles soient informées que certains médicaments ont des données d'innocuité rassurantes pendant la grossesse et l'allaitement (37,183,184). La prise de médication constitue une avenue possible de traitement des troubles mentaux en période périnatale (185). Ce type de traitement peut prendre différentes significations pour les parents; certaines femmes cessent leur médication lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes, car elles perçoivent la prise de médication comme un échec ou une incapacité à être un bon parent. Elles peuvent se sentir coupables des effets possibles des médicaments sur le bébé ou craindre d'être jugées ou stigmatisées. Ces raisons peuvent expliquer pourquoi peu de femmes enceintes cherchent à traiter leurs symptômes (186). L'arrêt d'un traitement médicamenteux pour certains troubles mentaux peut comporter des risques et conséquences graves pour la mère, le bébé et l'entourage familial (dépression, psychose, idées suicidaires, incapacité à s'occuper de l'enfant, etc.) (62,183,187).

Une proportion importante de personnes qui souffrent de troubles mentaux ne reçoivent pas de traitements, et ce, pour différentes raisons, dont le manque de reconnaissance des symptômes et le manque d'accès aux ressources (188).

Le traitement pharmacologique des troubles mentaux pendant la grossesse doit être considéré, lorsque les approches non pharmacologiques ont été insuffisantes ou lorsque la sévérité de la condition le justifie. La décision de recourir à un traitement médicamenteux pendant la grossesse repose sur plusieurs facteurs qui doivent être considérés de façon très personnalisée pour chaque femme. Les bénéfices potentiels du traitement et les risques liés à une pathologie non traitée qui évolue pendant la grossesse doivent être soupesés par rapport aux risques liés à l'utilisation du médicament pendant la grossesse.

Certains médicaments doivent être ajustés, arrêtés ou remplacés parce qu'ils peuvent entraîner des effets à surveiller chez la mère ou le fœtus (82,184). Le choix du traitement pharmacologique dépendra de plusieurs facteurs, dont les traitements tentés antérieurement, les données d'innocuité des médicaments pendant la grossesse, les effets secondaires des médicaments, le souhait d'allaiter ainsi que les préférences individuelles. Ces décisions nécessitent une évaluation médicale et le soutien d'un pharmacien (189).

Le traitement pharmacologique des troubles mentaux chez les partenaires doit aussi être considéré, lorsque les approches non pharmacologiques ont été insuffisantes ou lorsque la sévérité de la condition le justifie.

Il est conseillé à la femme enceinte qui souffre d'un trouble mental de consulter son médecin traitant pour savoir si elle doit poursuivre ou arrêter sa prise de médication durant sa grossesse. Une discussion entre l'équipe médicale, la patiente et son conjoint est essentielle. Cette décision sera basée sur une évaluation des risques et des bénéfices du traitement.

Pour accompagner les parents

Dans une approche inspirée de l'andragogie et de l'empowerment, des questions vous sont proposées afin que vous puissiez explorer les connaissances et les intérêts des futurs parents. Ainsi, leurs réponses vous guideront pour identifier et transmettre le contenu approprié à leurs besoins.

Cette approche a comme objectif de favoriser la confiance et l'autonomie des parents, ce qui leur permet de faire des choix éclairés. Les questions proposées peuvent être ajustées aux parents et au contexte d'un suivi individuel ou d'une rencontre prénatale de groupe.

Il est aussi intéressant de guider les futurs parents dans l'utilisation du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* et d'y référer le plus souvent possible lorsque vous leur offrez des réponses à leurs questions.

Les recommandations et les questions en lien avec le dépistage ne sont pas présentées ici. Vous pouvez consulter la fiche complètes à ce sujet.

Selon vous, comment la grossesse ou l'arrivée d'un bébé peuvent affecter la santé mentale des parents?

La grossesse et le fait de devenir parent amènent beaucoup de changements sur les plans hormonal, physique, psychologique et émotif. Ces changements peuvent augmenter le stress, autant chez les mères que chez les pères. Certains parents peuvent ressentir des difficultés psychologiques, une humeur triste ou de l'insomnie. Certaines personnes peuvent aussi développer des symptômes de troubles mentaux, tels que de l'anxiété très sévère.

Plusieurs facteurs peuvent affecter le bien-être psychologique : un stress important, un changement d'emploi, des difficultés financières, l'absence d'aide dans l'entourage, les conflits dans le couple, les problèmes de santé, etc.

Ces changements sur le plan de la santé mentale ou l'apparition de troubles mentaux ne sont pas un signe de faiblesse. Il est possible d'être un bon parent tout en ayant besoin d'être bien soutenu dans cette réalité.

Que savez-vous sur le *baby blues* chez les femmes après la naissance de leur bébé?

Quelques jours après l'accouchement, la mère peut ressentir une déprime, avoir des sautes d'humeur ou avoir l'impression d'être dépassée par les événements. Cet état est normal; la majorité des femmes (de 30 à 85 %) connaissent cet état, appelé *baby blues* ou cafard du post-partum.

Ces symptômes sont causés par les changements hormonaux, la fatigue, le manque de sommeil et l'adaptation à la vie de parent. Ils disparaissent généralement en moins de deux semaines.

Les proches peuvent aider à surmonter cet état, par exemple en écoutant les confidences de la mère ou en lui offrant des moments de repos.

De quelle façon pourraient se manifester les difficultés des pères pendant la grossesse ou les premières semaines avec bébé?

Jusqu'à 8 % des hommes peuvent vivre une dépression durant la grossesse de leur conjointe ou durant la période post-partum. La dépression maternelle est un facteur de risque important pour le développement de dépression paternelle et vice-versa.

S'il se présente des symptômes dépressifs comme de la tristesse continue, de l'irritabilité, des changements d'appétit ou de sommeil, des problèmes de consommation ou des idées suicidaires, les pères ne devraient pas hésiter à consulter pour obtenir du soutien et, au besoin, des traitements. Des interventions individuelles, de couple et familiales peuvent être utiles pour diminuer la détresse paternelle.

Les pères et les partenaires ont un rôle de soutien, mais il est important de préciser qu'ils ont eux aussi besoin d'être accompagnés dans cette période d'adaptation.

Si vous ressentez des difficultés psychologiques, après combien de temps pensez-vous qu'il est suggéré de demander de l'aide?

Si, depuis plusieurs semaines, un parent se sent triste ou stressé presque tous les jours, s'il y a des changements dans son appétit ou ses habitudes de sommeil, ou si cette personne a beaucoup de difficulté à effectuer ses activités quotidiennes, il est temps d'aller chercher de l'aide. Il faut également consulter lorsque des idées suicidaires sont présentes. En effet, tous ces symptômes peuvent avoir des conséquences négatives sur la grossesse, la famille, la santé des parents et celle des enfants.

Pour la majorité des gens qui ont un trouble mental, les symptômes ne disparaissent pas d'eux-mêmes. Différents traitements (thérapeutiques ou médicamenteux) sont efficaces et sécuritaires.

Le fait de recevoir une aide professionnelle (soutien d'un travailleur social, d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un psychoéducateur, d'une infirmière, d'une sage-femme, etc.) peut aider à se sentir mieux. Comme intervenants, nous pouvons faciliter cette démarche.

Ressources et liens utiles

En raison de leur pertinence, les adresses, noms d'organismes ou documents mentionnés dans cette section ont retenu l'attention des différents partenaires ayant collaboré à la rédaction de cette fiche. Toutefois, il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive, et les contenus qui y sont développés n'engagent ni la responsabilité des différents partenaires, ni celle de l'Institut national de santé publique du Québec.

Information pour obtenir des services en santé mentale

Liste des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)

Ce répertoire permet de trouver les coordonnées et le site Web des centres de santé par région sociosanitaire.

www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/ci-ss-et-ci-uss

Ordre des psychologues du Québec

L'ordre s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques.

www.ordrepsy.qc.ca.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

L'OTSTCFQ soutient et encadre l'exercice professionnel de ses membres. Il se prononce sur les enjeux touchant le travail social et la thérapie conjugale et familiale, l'accès aux services à la population, ainsi que les lois, règlements et programmes qui ont un impact sur la prévention des problèmes sociaux et le bien-être des personnes, des familles et de la société.

www.otstcfq.org

Association des médecins psychiatres du Québec

Organisation regroupant les 1050 psychiatres qui œuvrent dans la province.

www.ampq.org

Information sur les troubles mentaux et la santé mentale

Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Santé mentale – Combattre les préjugés

Information sur la santé mentale et sur la maladie mentale.

www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?accueil

Santé Canada – Santé mentale et bien-être

Matériel relatif à la promotion de la santé mentale, aux problèmes de santé mentale et troubles mentaux identifiés chez les Canadiens, ainsi qu'à l'évaluation des programmes et services offerts au Canada.

www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/sante-mentale-et-bien-etre.html

PasseportSanté.net

Le site PasseportSanté.net offre au grand public de l'information pratique sur la prévention de la maladie et l'acquisition de saines habitudes de vie.

www.passeportsante.net

Institut universitaire en santé mentale Douglas

Affilié à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la santé, cet institut est un chef de file international en soins, en recherche et en enseignement en santé mentale.

www.douglas.qc.ca

Association canadienne pour la santé mentale

Organisme bénévole œuvrant à l'échelle nationale dans le but de promouvoir la santé mentale de tous et de favoriser le rétablissement de personnes atteintes de maladie mentale.

www.cmha.ca/fr/

Mouvement santé mentale Québec

Organisme bénévole œuvrant à promouvoir la santé mentale et fournissant des outils pour maintenir et améliorer la santé mentale.

www.mouvementsmq.ca/

Information sur la gestion du stress

Santé Canada : Santé mentale – Gestion du stress

www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.pdf

Information sur les stratégies pour surmonter le *baby blues*

Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans (p. 215)

www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/accouchement/les-premiers-jours/baby-blues

Association canadienne pour la santé mentale

La dépression postnatale : Information complète sur le sujet.

www.cmha.ca/fr/documents/la-depression-postnatale

Surmonter la dépression : un guide de stratégies pour l'animateur et un autre guide d'auto-assistance destiné aux femmes souffrant de dépression durant la grossesse, après l'accouchement et au-delà.

www.ressources.beststart.org/fr/?s=surmonter+la+depression

Information sur la prévention du suicide

Association québécoise de prévention du suicide

Organisme à but non lucratif qui a pour mission d'œuvrer au développement de la prévention du suicide au Québec.

www.aqps.info

Ligne de prévention du suicide

1 866 APPELLE (277-3553)

Information sur les troubles alimentaires

Anorexie et boulimie Québec

ANEB peut offrir des services professionnels répondant aux différents besoins des personnes souffrant de près ou de loin d'un trouble alimentaire.

www.anebquebec.com

Ligne d'écoute : 1 800 630-0907 (sans frais) ou 514 630-0907

Information sur la santé mentale des femmes lors de la période périnatale : recherche et pratique clinique (en anglais)

Massachusetts General Hospital Center for Women's Mental Health

Centre d'information sur la santé mentale dans les différents cycles de vie. Information en anglais.

www.womensmentalhealth.org

Postpartum Depression (site de Medline Plus)

Information sur la dépression post-partum. Information en anglais.

www.medlineplus.gov/postpartumdepression.html

The Postpartum Stress Center

Traitement de la dépression prénatale et post-partum et des troubles anxieux durant la grossesse.

Information en anglais.

www.postpartumstress.com/

Postpartum Support International

Aide pour les professionnels et les parents (mères et pères) en lien avec la dépression post-partum et la santé mentale périnatale. Information en anglais et en espagnol.

www.postpartum.net/

Information sur la santé mentale des pères

Aider les hommes en détresse (DVD)

Cette vidéo illustre par des témoignages de sept intervenants, des manières de créer un lien de confiance avec un homme en crise, et de l'aider dans sa détresse.

Dad Central / Réseau Papa

Sur ce site, une section spécifiquement destinée aux pères permet de trouver des ressources, des activités et des programmes qui peuvent favoriser l'adaptation à la paternité. Une autre section s'adresse aux organisations qui travaillent avec les pères. Information en français et en anglais.

www.dadcentral.ca/

National Institute of Mental Health

Information sur la dépression chez les hommes. Information en anglais.

www.nimh.nih.gov/health/publications/men-and-depression/index.shtml

Information sur les médicaments pendant la grossesse et l'allaitement

Centre IMAGE

Ce centre d'information québécois est destiné aux professionnels de la santé et offre des renseignements sur les effets des médicaments durant la grossesse ou l'allaitement.

514 345-2333 ou www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGE

Lexique

Accès hyperphagique :

Crises de glotonnerie en une période de temps limité. Une quantité importante de nourriture est avalée avec un sentiment de perte de contrôle.

Cortisol :

Hormone libérée dans l'organisme en réponse à un stress.

Détresse psychologique :

État psychologique perturbé qui se manifeste à travers des problèmes de santé mentale (opposé de bien-être psychologique).

Facteur de risque :

Caractéristique liée à une personne ou à son environnement qui augmente la probabilité de développer une condition ou une maladie.

Neurotransmetteur :

Molécule chimique qui assure la transmission de l'influx nerveux d'un neurone à l'autre.

Purgatifs :

Se dit des substances ou des comportements qui vident le tractus gastro-intestinal (ex. : les laxatifs, les diurétiques, les lavements et les vomissements provoqués).

Santé mentale :

Degré d'équilibre psychologique entre divers aspects de la vie (social, physique, mental, économique, spirituel).

Trouble mental :

Maladie diagnostiquée, caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui entraînent un état de **détresse et interfère avec le fonctionnement** usuel de la personne.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. La santé mentale : renforcer notre action [En ligne]. Genève (Suisse) : OMS; 2016. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/index.html>
2. Portail santé et mieux-être [En ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comprendre et prévenir la santé mentale; 2011 [cité le 7 avr 2001]. Disponible: www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Comprendre_et_prevenir#ces_tquoi
3. Huppert FA. A New Approach to Reducing Disorder and Improving Well-Being. *Perspect Psychol Sci.* 2009;4(1):108-11.
4. Keyes CLM, Simoes EJ. To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *Am J Public Health.* 2012;102(11):2164-72.
5. Office des professions du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif [En ligne]. Gouvernement du Québec; 2013. Disponible: https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_dece_membre_2013.pdf
6. [En ligne]. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs; 2001 [cité le 7 déc 2018]. Disponible: <https://www.who.int/whr/2001/fr/>
7. American Psychiatric Publishing, Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. ELSEVIER-MASSON. Masson; 2015. 1200 p.
8. Commission de la santé mentale du Canada. CHANGER LES ORIENTATIONS, CHANGER DES VIES : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada [En ligne]. 2012 [cité le 20 déc 2017]. Disponible: <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3095>
9. Umberson D, Pudrovska T, Reczek C. Parenthood, Childlessness, and Well-Being: A Life Course Perspective. *J Marriage Fam.* 2010;72(3):612-29.
10. Jones I, Shakespeare J. Postnatal depression. *BMJ.* 2014;349(aug14 2):g4500-g4500.
11. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord.* 2015;175:34-52.
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for Perinatal Depression-Committee Opinion no 630. *Obstet Gynecol.* 2015;125(5):1268-71.
13. Allen J, Marmot M, World Health Organization, Fundação Calouste Gulbenkian. Social determinants of mental health [En ligne]. 2014 [cité le 20 déc 2017]. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1
14. Toffoletto S, Lanzenberger R, Gingnell M, Sundström-Poromaa I, Comasco E. Emotional and cognitive functional imaging of estrogen and progesterone effects in the female human brain: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology.* 2014;50:28-52.
15. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectr.* 2015;20(01):48-59.
16. Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL, Kaminsky ZA. Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Mol Psychiatry.* 2014;19(5):560-7.

17. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(2):273-93.
18. Lalonde P, Pinard G-F. *Psychiatrie clinique, tomes 1, 4e édition. Approche bio-psycho-sociale* [En ligne]. Chenelière Éducation; 2016 [cité le 24 juill 2017]. 2040 p. Disponible: <https://www.cheneliere.ca/10071-livre-combo-psychiatrie-clinique-tomes-1-et-2-4e-edition.html>
19. Santé Canada. Soins postnatals mère-enfant et transition vers la collectivité. Dans: Santé Canada, rédacteur. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* [En ligne]. Ottawa, Canada : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2000. Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-06-fra.php>
20. [En ligne]. American Psychological Association. *Stress: The different kinds of stress.*; 2018. Disponible: <http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds.aspx>
21. Mulder EJH, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BRH, Buitelaar JK, Visser GHA. Prenatal maternal stress : effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Dev.* 2002;70(1-2):3-14.
22. Obel C, Hedegaard M, Henriksen TB, Secher NJ, Olsen J, Levine S. Stress and salivary cortisol during pregnancy. *Psychoneuroendocrinology.* 2005;30(7):647-56.
23. Centre d'études sur le stress humain (CESH), Institut universitaire en santé mentale de Montréal. *Le stress* [En ligne]. [cité le 13 nov 2018]. Disponible: <https://www.stresshumain.ca/le-stress/>
24. Centre McLaughlin, Institut de recherche sur la santé de la population. *Cortisol. Notions élémentaires.* [En ligne]. Université d'Ottawa; 2010 [cité le 10 mars 100apr. J.-C.]. Disponible: <http://www.emcom.ca/primer/cortisolfr.shtml>
25. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(2):141-8.
26. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):25-35.
27. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis C-L, Koren G, et al. The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 15 avr 2013;74(04):e321-41.
28. Graignic-Philippe R, Tordjman S. Effects of stress during pregnancy on infant and child development. *Arch Pédiatrie.* 2009;16(10):1355-63.
29. Kingston D, McDonald S, Austin M-P, Tough S. Association between Prenatal and Postnatal Psychological Distress and Toddler Cognitive Development: A Systematic Review. Pawluski J, rédacteur. *PLOS ONE.* 21 mai 2015;10(5):e0126929.
30. MacKinnon N, Kingsbury M, Mahedy L, Evans J, Colman I. The Association Between Prenatal Stress and Externalizing Symptoms in Childhood: Evidence From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Biol Psychiatry.* janv 2018;83(2):100-8.
31. Tarabulsky GM, Pearson J, Vaillancourt-Morel M-P, Bussièrès E-L, Madigan S, Lemelin J-P, et al. Meta-analytic findings of the relation between maternal prenatal stress and anxiety and child cognitive outcome. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* 2014;35(1):38-43.
32. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):25-35.

33. Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev* [En ligne]. 2017 [cité le 9 avr 2018]; Disponible: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763416307345>
34. Belsky J, Pluess M. The Nature (and Nurture?) of Plasticity in Early Human Development. *Perspect Psychol Sci*. 2009;4(4):345-51.
35. Musazzi L, Marrocco J. Stress Response and Perinatal Reprogramming: Unraveling (Mal)adaptive Strategies. *Neural Plast*. 2016;2016:1-14.
36. Molénat F. Grossesse et souffrance psychique : un suivi médical élargi et coordonné. *Rev Médecine Périnatale*. 2015;7(4):206-7.
37. Gustafsson HC, Goodman SH, Feng T, Choi J, Lee S, Newport DJ, et al. Major depressive disorder during pregnancy: Psychiatric medications have minimal effects on the fetus and infant yet development is compromised. *Dev Psychopathol*. 2018;30(03):773-85.
38. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. OMS; 2013.
39. Carod-Artal FJ. Social Determinants of Mental Health. Dans: Bährer-Kohler S, Carod-Artal FJ, rédacteurs. *Global Mental Health* [En ligne]. Cham : Springer International Publishing; 2017 [cité le 24 avr 2018]. p. 33-46. Disponible: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-59123-0_4
40. Fisher M, Baum F. The Social Determinants of Mental Health: Implications for Research and Health Promotion. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(12):1057-63.
41. Herrman H, Jané-Llopis E. The Status of Mental Health Promotion. *Public Health Rev*. 2012;34(2):6.
42. World Health Organization. Social determinants of mental health [En ligne]. 2014 [cité le 24 avr 2018]. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf;jsessionid=3010C0BFE1A71A8065AD31590135780E?sequence=1
43. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*. 2008;21:65-70.
44. Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-time fathers' study : psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:718-25.
45. Santé Canada. Facteurs de protections et de risque en santé mentale [En ligne]. 2015. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/facteurs-protection-et-risque-sante-mentale.html>
46. Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, Dennis C-L. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2015;70:67-82.
47. Fowles ER, Stang J, Bryant M, Kim S. Stress, Depression, Social Support, and Eating Habits Reduce Diet Quality in the First Trimester in Low-Income Women: A Pilot Study. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112(10):1619-25.
48. Ben-Sheetrit J, Huller-Harari L, Rasner M, Magen N, Nacasch N, Toren P. Psychiatric disorders and compliance with prenatal care: A 10-year retrospective cohort compared to controls. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2018;49:23-9.

49. American Psychiatric Publishing, Crocq M-A, Guelfi JD. DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder [En ligne]. Masson; 2013 [cité le 31 juill 2017]. 1200 p. Disponible: <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://ebookcentral.proquest.com/lib/ottawa/detail.action?docID=4337396>
50. Grigoriadis S, Wilton AS, Kurdyak PA, Rhodes AE, VonderPorten EH, Levitt A, et al. Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. *Can Med Assoc J*. 2017;189(34):E1085-92.
51. Chapman SLC, Wu L-T. Postpartum Substance Use and Depressive Symptoms: A Review. *Women Health*. 2013;53(5):479-503.
52. Almeida ND, Basso O, Abrahamowicz M, Gagnon R, Tamblyn R. Risk of Miscarriage in Women Receiving Antidepressants in Early Pregnancy, Correcting for Induced Abortions: *Epidemiology*. 2016;27(4):538-46.
53. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety : a population-based study. *Am J Epidemiol*. 1 mai 2004;159(0002-9262 (Print)):872-81.
54. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behav Dev*. 2004;27(2):216-29.
55. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012.
56. National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit. Antenatal and postnatal mental health. The NICE guideline on clinical management and service guidance. [En ligne]. Londres : National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 p. 1-369. Disponible: <http://guidance.nice.org.uk/CG45>
57. Hu R, Li Y, Zhang Z, Yan W. Antenatal Depressive Symptoms and the Risk of Preeclampsia or Operative Deliveries: A Meta-Analysis. Coyne J, rédacteur. *PLOS ONE*. 2015;10(3):e0119018.
58. Lupattelli A, Spigset O, Koren G, Nordeng H. Risk of Vaginal Bleeding and Postpartum Hemorrhage After Use of Antidepressants in Pregnancy: A Study From the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34(1):143-8.
59. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry*. juin 2002;180(0007-1250 (Print)):502-8.
60. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2006;9(1):65-83.
61. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev*. 2010;33(1):1-6.
62. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014;384(9956):1800-19.
63. Ordres des psychologues du Québec. Les données probantes : Pour une pratique éclairée, responsable et rigoureuse de la psychothérapie. 2018.
64. Avalos LA, Flanagan T, Li D-K. Preventing Perinatal Depression to Improve Maternal and Child Health—a Health Care Imperative. *JAMA Pediatr* [En ligne]. 2019 [cité le 4 mars 2019]; Disponible: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2018.5491>

65. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(6):580.
66. Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature. *Presse Médicale*. 2015;44(4):418-24.
67. Sipsma HL, Callands T, Desrosiers A, Magriples U, Jones K, Albritton T, et al. Exploring Trajectories and Predictors of Depressive Symptoms Among Young Couples During Their Transition to Parenthood. *Matern Child Health J*. 2016;20(11):2372-81.
68. Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH, Leiferman JA. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(4):655-63.
69. Parfitt Y, Ayers S. Transition to parenthood and mental health in first-time parents : Maternal Health and Transition to Parenthood. *Infant Ment Health J*. 2014;35(3):263-73.
70. Van den Berg MP, Van der Ende J, Crijnen AAM, Jaddoe VVW, Moll HA, Mackenbach JP, et al. Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics*. 2009;124(1):e96-103.
71. Paulson JF, Keefe HA, Leiferman JA. Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(3):254-62.
72. Sweeney S, MacBeth A. The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;205:44-59.
73. Brennan PA, Hammen C, Katz AR, Le Brocque RM. Maternal depression, paternal psychopathology and adolescent diagnostic outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(5):1075-85.
74. Landman-Peeters KMC, Ormel J, Van Sonderen ELP, Den Boer JA, Minderaa RB, Hartman CA. Risks of emotional disorder in offspring of depressed parents : gender differences in the effect of a second emotionally affected parent. *Depress Anxiety*. 2008;25:653-60.
75. Wilson S, Durbin CE. Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):167-80.
76. [En ligne]. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health | Guidance and guidelines | NICE; 2018. Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>
77. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord*. avr 2015;175:34-52.
78. Razurel C, Kaiser B, Sellenet C, Epiney M. Relation Between Perceived Stress, Social Support, and Coping Strategies and Maternal Well-Being: A Review of the Literature. *Women Health*. janv 2013;53(1):74-99.
79. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3-12.
80. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):187-94.
81. Cohen LS, Nonacs RM. Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum [En ligne]. John M. Oldham, M.D., M.S., and Michelle B. Riba, M.D., M.S.; 2005 [cité le 7 déc 2018]. 164 p. Disponible: https://www.appi.org/Mood_and_Anxiety_Disorders_During_Pregnancy_and_Postpartum

82. Ferreira E, Martin B, Morin C, Hôpital Sainte-Justine. Grossesse et allaitement: guide thérapeutique [En ligne]. 2013 [cité le 2 août 2017]. Disponible: <http://banq.prenumerique.ca/accueil/isbn/9782896196074>
83. Institut universitaire en santé mentale Douglas [En ligne]. Institut universitaire en santé mentale Douglas. Dépression : causes, symptômes et traitements; 2013. Disponible: www.douglas.qc.ca/info/depression
84. [En ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Troubles anxieux - Problèmes de santé et problèmes psychosociaux - Portail santé mieux-être; 2016 [cité le 31 juill 2017]. Disponible: <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/troubles-anxieux/>
85. Bowen A, Bowen R, Butt P, Rahman K, Muhajarine N. Patterns of Depression and Treatment in Pregnant and Postpartum Women. *Can J Psychiatry*. 2012;57(3):161-7.
86. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression : a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5, Part 1):1071-83.
87. National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit. Antenatal and postnatal mental health. The NICE guideline on clinical management and service guidance. [En ligne]. Londres : National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 p. 1-369. Disponible: <http://guidance.nice.org.uk/CG45>
88. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012;43(5):683-714.
89. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:189-203.
90. Da Costa D, Zekowitz P, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, Cruz R, et al. Dads Get Sad Too: Depressive Symptoms and Associated Factors in Expectant First-Time Fathers. *Am J Mens Health* [En ligne]. 2015 [cité le 31 juill 2017]; Disponible: <http://jmh.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1557988315606963>
91. Isacco A, Hofscher R, Molloy S. An Examination of Fathers' Mental Health Help Seeking: A Brief Report. *Am J Mens Health*. 2016;10(6):NP33-NP38.
92. Darwin Z, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, McGowan L, Gilbody S. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth* [En ligne]. 2017 [cité le 27 mars 2017];17(1). Disponible: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1229-4>
93. Leach LS, Poyser C, Cooklin AR, Giallo R. Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;190:675-86.
94. Edward K, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. An integrative review of paternal depression. *Am J Mens Health*. 2015;9(1):26-34.
95. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression : a meta-analysis. *J Am Med Assoc*. 2010;303(19):1961-9.
96. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(10):1100.

97. Navaratne P, Foo XY, Kumar S. Impact of a high Edinburgh Postnatal Depression Scale score on obstetric and perinatal outcomes. *Sci Rep* [En ligne]. 2016 [cité le 24 avr 2018];6(1). Disponible: <http://www.nature.com/articles/srep33544>
98. Hartley E, McPhie S, Skouteris H, Fuller-Tyszkiewicz M, Hill B. Psychosocial risk factors for excessive gestational weight gain: A systematic review. *Women Birth*. 2015;28(4):e99-109.
99. Mackay E, Dalman C, Karlsson H, Gardner RM. Association of Gestational Weight Gain and Maternal Body Mass Index in Early Pregnancy With Risk for Nonaffective Psychosis in Offspring. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):339.
100. Cooper C, Jones L, Dunn E, Forty L, Haque S, Oyebode F, et al. Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. *Psychol Med*. 2007;37(09):1273.
101. Hoertel N, López S, Peyre H, Wall MM, González-Pinto A, Limosin F, et al. Are symptom features of depression during pregnancy, the postpartum period and POSTPARTUM PERIOD AND OUTSIDE THE PERIPARTUM PERIOD DISTINCT? RESULTS FROM A NATIONALLY REPRESENTATIVE SAMPLE USING ITEM RESPONSE THEORY (IRT): Peripartum depression symptoms. *Depress Anxiety*. 2015;32(2):129-40.
102. BC Reproductive Mental Health Program & Perinatal Services. Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period [En ligne]. 2014. Disponible: <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MentalHealthDisordersGuideline.pdf>
103. Hight N, Stevenson AL, Purtell C, Coo S. Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women Birth*. 2014;27(3):179-84.
104. Brok EC, Lok P, Oosterbaan DB, Schene AH, Tendolkar I, van Eijndhoven PF. Infant-Related Intrusive Thoughts of Harm in the Postpartum Period: A Critical Review. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(8):e913-23.
105. L'Association canadienne pour la sante mentale - Division du Québec [En ligne]. Association canadienne pour la sante mentale; 2010. Disponible: www.acsm.qc.ca
106. Bonhomme JJ. Men's health : impact on women, children and society. *J Mens Health Gen*. juin 2007;4(2):124-30.
107. Tremblay G. Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé. Rapport de recherche Programme actions concertées [En ligne]. 2016. Disponible: http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_TremblayG_rapport_besoins-hommes.pdf/cca08f98-2eb1-4cb1-bc79-06d62581cdd4
108. Brennan A, Ayers S, Ahmed H, Marshall-Lucette S. A critical review of the Couvade syndrome : the pregnant male. *J Reprod Infant Psychol*. 2007;25(3):173-89.
109. Brennan A, Marshall-Lucette S, Ayers S, Ahmed H. A qualitative exploration of the Couvade syndrome in expectant fathers. *J Reprod Infant Psychol*. 2007;25(1):18-39.
110. Möller-Leimkühler AM, Bottlender R, Strauss A, Wolfgang R. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *J Affect Disord*. 2004;80:87-93.
111. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression - Evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom*. 2005;74:303-7.
112. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *J Mens Health Gen*. 2006;3(1):19-24.

113. Institut universitaire en santé mentale Douglas [En ligne]. Institut universitaire en santé mentale Douglas. Troubles bipolaires : causes, symptômes et traitements; 2014 [cité le 31 juill 2017]. Disponible: www.douglas.qc.ca/info/troubles-bipolaires
114. Troubles de l'humeur [En ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Maladie affective bipolaire; 2011. Disponible: www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=62
115. Sharma V, Doobay M, Baczynski C. Bipolar postpartum depression: An update and recommendations. *J Affect Disord.* 2017;219:105-11.
116. Miller LJ, Ghadiali NY, Larusso EM, Wahlen KJ, Avni-Barron O, Mittal L, et al. Bipolar Disorder in Women. *Health Care Women Int.* 2015;36(4):475-98.
117. Molénat F. Prévention précocose : Petit traité pour construire des liens humains. Éditions érès. [En ligne]. 2009. Disponible: <http://excerpts.numilog.com/books/9782749210896.pdf>
118. Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210(5):315-23.
119. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the post-partum period : a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(8):1285-98.
120. Cimino S, Cerniglia L, Paciello M. Mothers with Depression, Anxiety or Eating Disorders: Outcomes on Their Children and the Role of Paternal Psychological Profiles. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2015;46(2):228-36.
121. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord.* 2003;74(2):139-47.
122. Potapova NV, Gartstein MA, Bridgett DJ. Paternal influences on infant temperament: Effects of father internalizing problems, parenting-related stress, and temperament. *Infant Behav Dev.* 2014;37(1):105-10.
123. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet.* 2009;374(9690):646-53.
124. Wynter K, Rowe H, Fisher J. Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: A community study in Victoria, Australia. *J Affect Disord.* 2013;151(3):980-5.
125. American psychiatric association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5 [En ligne]. 2015 [cité le 9 mai 2018]. Disponible: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
126. Lilliecreutz C, Sydsjö G, Josefsson A. Obstetric and perinatal outcomes among women with blood- and injection phobia during pregnancy. *J Affect Disord.* 2011;129(1-3):289-95.
127. Patel RR, Hollins K. Clinical report: the joint obstetric and psychiatric management of phobic anxiety disorders in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2015;36(1):10-4.
128. Miller ES, Chu C, Gollan J, Gossett DR. Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period. A prospective cohort. *J Reprod Med.* 2013;58(3-4):115-22.
129. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(1):132-8.

130. Coelho FM, Silva RA da, Quevedo L de Á, Souza LD, Pinheiro KA, Pinheiro RT. Obsessive-compulsive disorder in fathers during pregnancy and postpartum. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(3):272-272.
131. Annagür BB, Tazegül A, Gündüz S. Do psychiatric disorders continue during pregnancy in women with hyperemesis gravidarum: a prospective study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(5):492-6.
132. Forray A, Mayes LC, Magriples U, Epperson CN. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 2009;22(6):522-7.
133. Seng J, Miller J, Sperlich M, van de Ven CJM, Brown S, Carter CS, et al. Exploring dissociation and oxytocin as pathways between trauma exposure and trauma-related hyperemesis gravidarum: a test-of-concept pilot. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD.* 2013;14(1):40-55.
134. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;208:634-45.
135. Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184(3):195-6.
136. Ghorbani M, Dolatian M, Shams J, Alavi-Majd H. Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder and Social Supports Among Parents of Premature and Full-Term Infants. *Iran Red Crescent Med J [En ligne].* 2014 [cité le 15 févr 2018];16(3). Disponible: <http://ircmj.com/en/articles/16092.html>
137. Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry.* 2016;173(12):1179-88.
138. Robinson GE. Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol J Ther Popul Pharmacologie Clin.* 2012;19(3):e380-386.
139. Seeman MV. Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy: **Pregnancy in women with schizophrenia.** *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127(1):12-22.
140. Solari H, Dickson KE, Miller L. Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum--Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol J Can Pharmacol Clin.* 2009;16(1):e23-32.
141. Cardwell MS. Eating Disorders During Pregnancy: *Obstet Gynecol Surv.* 2013;68(4):312-23.
142. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet.* 2014;384(9956):1775-88.
143. Micali N, Treasure J. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur Eat Disord Rev.* 2009;17(6):448-54.
144. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and postpartum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord.* 2011;131(1-3):150-7.
145. Knoph C, Von Holle A, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord.* 2013;46(4):355-68.
146. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The Reciprocal Effects of Eating Disorders and the Postpartum Period: A Review of the Literature and Recommendations for Clinical Care. *J Womens Health.* 2008;17(2):227-39.

147. Canadian ADHA Ressource Alliance. Lignes directrices canadiennes sur le TDAH 4e édition. Toronto (Ontario); 2018. 124 p.
148. Freeman MP. ADHD and Pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2014;171(7):723-8.
149. Ornoy A. Pharmacological Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder During Pregnancy and Lactation. *Pharm Res [En ligne]*. 2018 [cité le 12 nov 2018];35(3). Disponible: <http://link.springer.com/10.1007/s11095-017-2323-z>
150. Bolea-Alamañac B, Nutt DJ, Adamou M, Asherson P, Bazire S, Coghill D, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 2014;28(3):179-203.
151. Gunderson JG. Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):827.
152. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *J Personal Disord*. 2014;28(5):734-50.
153. Pare-Miron V, Czuzoj-Shulman N, Oddy L, Spence AR, Abenhaim HA. Effect of Borderline Personality Disorder on Obstetrical and Neonatal Outcomes. *Womens Health Issues*. 2016;26(2):190-5.
154. Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2016;47:85-105.
155. Blankley G, Galbally M, Snellen M, Power J, Lewis AJ. Borderline Personality Disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australas Psychiatry*. 2015;23(6):688-92.
156. Lumsden V, Kerr S, Feigenbaum J. 'It makes me not worthy to be a father from time to time': the experiences of fathers with a diagnosis of borderline personality disorder. *J Fam Stud*. 2018;24(2):109-25.
157. Lavner JA, Lamkin J, Miller JD. Borderline personality disorder symptoms and newlyweds' observed communication, partner characteristics, and longitudinal marital outcomes. *J Abnorm Psychol*. 2015;124(4):975-81.
158. Centre of Perinatal Excellence (COPE). National Perinatal Mental Health Guideline 2017 [En ligne]. 2017 [cité le 8 janv 2019]. Disponible: <http://cope.org.au/about/review-of-new-perinatal-mental-health-guidelines/>
159. Registered Nurses' Association of ONtario. Assessment and Interventions for Perinatal Depression [En ligne]. 2018 [cité le 21 mars 2019]. Disponible: https://rno.ca/sites/rno-ca/files/bpg/Perinatal_Depression_FINAL_web_0.pdf
160. National Health and Medical Research Council. Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline | Australian Clinical Practice Guidelines [En ligne]. 2017 [cité le 21 mars 2019]. Disponible: <https://www.cope.org.au/health-professionals/health-professionals-3/review-of-new-perinatal-mental-health-guidelines/>
161. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for Perinatal Depression - ACOG Committee Opinion No 757. *Obstetrics Gynecol*. 2018;132(5):208-12.

162. Shibata Y, Suzuki S. Comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Whooley questions in screening for postpartum depression in Japan. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019;1-4.
163. Cox J. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *Br J Psychiatry.* mars 2019;214(03):127-9.
164. Rivières-Pigeon CD, Séguin L, Brodeur J-M, Perreault M, Boyer G, Colin C, et al. L'Échelle De Dépression Postnatale D'Edimbourg: Validité Au Québec Auprès De Femmes De Statut Socio-économique Faible. *Can J Commun Ment Health.* avr 2000;19(1):201-14.
165. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS : la force des liens. 2008.
166. Gurvich C, Gilbert H. Special Issues for Pregnant Women with Mental Illness. *J Nurs Care* [En ligne]. 2015 [cité le 17 oct 2018];04(04). Disponible: <http://www.omicsgroup.org/journals/special-issues-for-pregnant-women-with-mental-illness-2167-1168-1000280.php?aid=56387>
167. Pozzi R. Pregnancy in the severely mentally ill patient as an opportunity for global coordination of care [En ligne]. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 2014. Disponible: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(13\)00761-8/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(13)00761-8/pdf)
168. Molénat F. Prévention précoce : petit traité pour construire des lignes humaines. ERES. [En ligne]. 2009. 278 p. Disponible: <https://www.cairn.info/prevention-precoce-petit-traite-pour-construire--9782749210896.htm>
169. Crowe A, Mullen PR, Littlewood K. Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Health Outcomes in Integrated Care. *J Couns Dev.* 2018;96(3):267-77.
170. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *Can J Psychiatry.* 2016;61(9):588-603.
171. Lalonde P, Pinard G-F. *Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale.* Tome 2. 2016. p. 1570 p.
172. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med.* 2016;14(5):463-72.
173. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth* [En ligne]. 2017 [cité le 29 mai 2017];17(1). Disponible: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1319-3>
174. Roy Malis F, Meyer T, Gross MM. Effects of an antenatal mindfulness-based childbirth and parenting programme on the postpartum experiences of mothers: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth* [En ligne]. 2017 [cité le 27 mars 2017];17(1). Disponible: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1240-9>
175. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health.* 2008;11(1):67-74.
176. Ordre des psychologues du Québec. L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie [En ligne]. 2018. 33 p. Disponible: <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/135241/L%E2%80%99exercice+de+la+psychoth%C3%A9rapie+et+des+interventions+qui+s%E2%80%99y+apparentent/fa9c0531-3d77-43f6-822e-630176a8dd99>

177. Dennis C-L, Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, rédacteur. *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. 2013 [cité le 15 mars 2018]; Disponible: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006795.pub3>
178. Deligiannidis KM, Freeman MP. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):85-95.
179. Battle CL, Uebelacker LA, Magee SR, Sutton KA, Miller IW. Potential for Prenatal Yoga to Serve as an Intervention to Treat Depression During Pregnancy. *Womens Health Issues*. 2015;25(2):134-41.
180. Rakhshani A, Nagarathna R, Mhaskar R, Mhaskar A, Thomas A, Gunasheela S. The effects of yoga in prevention of pregnancy complications in high-risk pregnancies: A randomized controlled trial. *Prev Med*. 2012;55(4):333-40.
181. Uebelacker LA, Battle CL, Sutton KA, Magee SR, Miller IW. A pilot randomized controlled trial comparing prenatal yoga to perinatal health education for antenatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(3):543-7.
182. Broberg L, Backhausen M, Damm P, Bech P, Tabor A, Hegaard HK. Effect of supervised exercise in groups on psychological well-being among pregnant women at risk of depression (the EWE Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [En ligne]. 2017 [cité le 2 août 2017];18(1). Disponible: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-017-1938-z>
183. Chisolm MS, Payne JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ*. 2016;h5918.
184. Ornoy A, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Antidepressants, Antipsychotics, and Mood Stabilizers in Pregnancy: What Do We Know and How Should We Treat Pregnant Women with Depression: Antidepressants, Antipsychotics, and Mood Stabilizers in Pregnancy. *Birth Defects Res*. 2017;109(12):933-56.
185. Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique. 2e édition [En ligne]. Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013 [cité le 26 mai 2016]. Disponible: <http://www.editions-chu-sainte-justine.org/livres/grossesse-allaitement-235.html>
186. Button S, Thornton A, Lee S, Shakespeare J, Ayers S. Seeking help for perinatal psychological distress: a meta-synthesis of women's experiences. *Br J Gen Pract*. 2017;67(663):e692-9.
187. Flynn HA, Blow FC, Marcus SM. Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(4):289-95.
188. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*. 2014;44(06):1303-17.
189. Byatt N, Simas TAM, Lundquist RS, Johnson JV, Ziedonis DM. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2012;33(4):143-61.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca