

Introduction

La dépression maternelle représente un problème majeur de santé publique au Québec, au Canada et partout ailleurs dans le monde (industrialisé ou non). La grossesse n'est pas une période qui protège contre la dépression en raison des nombreux facteurs de stress psychologiques et des changements hormonaux. La dépression périnatale est donc plus fréquente que la dépression chez la femme non enceinte et elle se distingue en partie par ses conséquences sur la mère et sur l'enfant. Elle peut affecter en profondeur le fœtus et l'enfant à différents moments de sa croissance et de son développement. Elle cause aussi des modifications dans l'architecture du cerveau, modifications qui peuvent affecter l'enfant jusqu'à l'âge adulte – en perturbant notamment son système de réponse au stress, son état émotionnel et son développement cognitif, moteur et langagier. Il faut cependant noter que cela n'affectera pas tous les enfants, car chacun a ses caractéristiques propres et peut présenter des facteurs de protection (ex. : 2^e parent sensible et stimulant, tempérament plus résilient).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté¹ ». Selon cette définition, être en bonne santé mentale ne signifie donc pas uniquement ne pas avoir de troubles mentaux. La santé mentale varie sur un continuum allant d'un sentiment de bien-être psychologique (santé mentale optimale) à un sentiment de détresse psychologique (mauvaise santé mentale).

La maladie mentale se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance en interférant avec son fonctionnement.

De nombreuses enquêtes épidémiologiques menées à travers le monde confirment l'accroissement des problèmes de santé mentale. D'après des données canadiennes de 2008, environ 10 % des personnes sont affectées par un épisode dépressif caractérisé à un moment de leur vie². Des données plus récentes sont disponibles pour le Québec, mais elles combinent la dépression à d'autres troubles de l'humeur (ex. : anxiété, trouble bipolaire). En 2011, environ 5 % de la population âgée de 12 ans et plus déclarait avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur. Malgré le fait que la dépression soit fréquente, seulement la moitié des personnes qui en souffrent au Canada reçoivent une aide professionnelle³.

Dans un contexte de parentalité, souvent idéalisé dans notre société, les nouveaux parents peuvent croire que cette expérience ne devrait qu'être positive. Toutefois, ceux dont le vécu diffère de cet idéal n'osent pas parler de ce qu'ils vivent de peur d'être jugés négativement. La période périnatale représente donc une source de vulnérabilité à des problèmes de santé mentale. Qu'elle soit légère, transitoire ou sévère, la détresse psychologique des parents ne devrait jamais être ignorée, compte tenu des répercussions potentielles sur leur santé et celle des enfants.

Définition

La dépression périnatale peut être légère, modérée ou grave et elle inclut :

- › La dépression anténatale : survenant durant la grossesse ;
- › La dépression péripartum : survenant au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant. Le DSM-5 ne reconnaît pas la dépression du postpartum comme un diagnostic à part entière, mais bien comme une spécificité des troubles dépressifs. Elle est définie comme un trouble dépressif caractérisé avec début lors du péripartum.

Les symptômes d'un épisode dépressif majeur s'appliquent donc à la dépression postpartum. Toujours selon le DSM-5, les symptômes s'installent durant les quatre premières semaines qui suivent la naissance, voire avant (50 % des épisodes dépressifs caractérisés du postpartum débutent en fait avant l'accouchement). C'est la raison pour laquelle on parle de dépression périnatale. Toutefois, d'autres auteurs soutiennent que la dépression du postpartum peut survenir dans les 12 mois après l'accouchement.

Caractéristiques de la dépression majeure (ici spécifiée périnatale)

Lorsque le terme dépression est employé dans un contexte médical, il désigne la plupart du temps la dépression majeure (parfois appelée dépression caractérisée).

Celle-ci se caractérise par un ou des épisodes distincts d'au moins deux semaines (bien que la plupart des épisodes durent considérablement plus longtemps) qui se démarquent du fonctionnement habituel de la personne. Le diagnostic de dépression majeure est distinct de celui du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, qui s'applique lorsque l'humeur dépressive et différents symptômes se développent en réaction à une situation stressante (comme la naissance d'un enfant) et que les critères de diagnostic de la dépression majeure ne sont pas observés.

Critères diagnostiques du DSM-5⁴

- › Au moins cinq des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.

- Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex. : se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex. : pleure).
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

- Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (par exemple : changement de poids excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 - Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 - Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- › Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - › L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.
 - › L'apparition de l'épisode dépressif n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
 - › Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.

Spécificateurs

Le diagnostic est généralement accompagné des spécificateurs de sévérité et d'évolution suivants :

- › Épisode unique ou récurrent ;
- › Léger, modéré ou sévère, avec caractéristiques psychotiques ;
- › En rémission partielle ou en rémission complète.

Les spécificateurs suivants qui s'appliquent sont aussi ajoutés :

- › Avec détresse anxieuse ;
- › Avec des caractéristiques mixtes (présence de certains symptômes de manie/hypomanie) ;
- › Avec des caractéristiques mélancoliques ;
- › Avec des caractéristiques atypiques ;
- › Avec des caractéristiques psychotiques (délires, hallucinations) congruentes à l'humeur ;
- › Avec des caractéristiques non congruentes à l'humeur ;
- › Avec catatonie ;
- › Avec l'apparition péripartum (dépression postnatale ou postpartum) ;

- › Avec motif saisonnier (dépression saisonnière, épisode récurrent seulement).

Outre ces critères formels, d'autres symptômes peuvent mettre le clinicien sur la piste du diagnostic tels que : symptômes somatiques multiples, anxiété importante, crainte excessive ou culpabilité reliées au bébé, difficulté d'attachement.

Clinique et diagnostic différentiel

Dans la période postnatale, il est maintenant admis que trois troubles spécifiques doivent être distingués de la dépression périnatale :

Le baby blues

Il s'agit d'une expérience émotionnelle normale et transitoire vécue par 50 à 80 % des nouvelles mamans. Typiquement, les symptômes incluent de l'irritabilité, de l'anxiété, des crises de larmes, une humeur labile et des difficultés de sommeil. Le baby blues survient trois ou quatre jours après la naissance et dure de quelques jours à deux semaines. Ce syndrome est bénin, ne nécessite pas de traitement et l'habileté de la mère à s'occuper de son enfant n'est pas changée.

À noter que 20 % de ces mères évolueront toutefois vers une dépression majeure, surtout si le tableau clinique se poursuit après le 14^e jour. Le soutien de l'entourage est donc très important. De plus, un antécédent de dépression devrait augmenter notre vigilance devant des symptômes précoces.

La psychose du postpartum

La psychose du postpartum apparaît précocement à partir du 3^e jour postpartum jusqu'à la 2^e ou la 3^e semaine après la naissance. L'incidence est estimée à 1 ou 2 nouvelles mamans/1000. Associée parfois à un contexte de maladie bipolaire, 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 éléments suivants :

- › Idée de se faire mal ou de faire mal au bébé allant jusqu'au risque suicidaire et risque d'infanticide ;
- › Perturbations de la perception (hallucinations) ;
- › Croyances et jugements bizarres (idées délirantes, croyance que des personnes veulent nous faire du mal ou en faire au bébé, etc.) ;
- › Pensée désorganisée (p. ex. : problème de jugement, expression orale confuse ou rapide).

Si la mère présente ces symptômes, il est recommandé d'assurer la sécurité de l'enfant et de la mère, car elle n'est pas en mesure de s'occuper du bébé ou d'elle-même. Il s'agit d'une urgence médicale qui requiert une hospitalisation de même qu'un traitement pharmacologique. À noter que le risque de récurrence pour chaque accouchement ultérieur est de 30 à 50 %.

Le trouble de l'adaptation

Ce trouble est caractérisé par la présence de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un stress identifiable survenant dans les trois mois précédents et dont les symptômes ne persistent pas au-delà de six mois. Le diagnostic est posé lorsque les symptômes ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble (dépression, trouble anxieux, état de stress aigu, état de stress post-traumatique...) Dans le DSM-5, ce trouble est classé dans la catégorie des troubles liés aux traumatismes et au stress, et comprend les sous-types suivants : trouble caractérisé par une humeur déprimée, par des symptômes anxieux ou par des perturbations de conduite.

Épidémiologie

Les estimations de prévalence de la dépression périnatale varient considérablement selon l'outil de dépistage utilisé et le seuil établi pour conclure à un résultat positif. Selon une revue systématique de 28 études effectuées aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et dans d'autres pays développés, la prévalence ponctuelle de la dépression majeure est de 7 % dans les trois premiers mois postpartum. Si on inclut la dépression mineure, la prévalence est de 19,2 %⁵.

Peu de données québécoises sont disponibles. Une étude effectuée à partir des données de l'ELDEQ⁶ indique qu'environ 10 % des mères présentent des symptômes dépressifs à différents moments entre la naissance du bébé et son cinquième anniversaire.

Pendant, moins de la moitié des cas de dépression postpartum sont identifiés lors des examens cliniques de routine⁷.

Les conséquences possibles de la dépression périnatale

Les troubles mentaux lors de la période périnatale peuvent avoir des répercussions sur divers membres de la famille (la femme, le conjoint, le bébé à naître, les autres enfants et les proches), et ce, dans différentes sphères de leur vie respective. La section qui suit présente, de façon succincte, les principales répercussions possibles des troubles mentaux en période périnatale⁸.

Conséquences pour la femme enceinte

- › Alimentation déficiente.
- › Faible prise de poids.
- › Faible pratique d'activités physiques.
- › Suivi obstétrical inadéquat.
- › Dépression postpartum.
- › Trouble anxieux ou trouble de l'humeur en postpartum.
- › Altérations dans ses liens interpersonnels, familiaux et sociaux.
- › Hausse du risque de suicide.
- › Augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues.

Conséquences pour la grossesse

- › Fausse couche.
- › Accouchement prématuré.
- › Prééclampsie.
- › Complications obstétricales.

Conséquences pour l'enfant, en fonction de la persistance des symptômes⁹

- › Faible poids à la naissance.
- › Troubles affectifs et comportementaux.
- › Difficultés sur le plan du développement cognitif et langagier.
- › Relation mère-enfant affectée : plus de risque de développer un attachement de type insécuré.
- › Altération fonctionnelle de l'adaptation.
- › Troubles affectifs, troubles anxieux et dépression.
- › Troubles de comportement.
- › Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et troubles d'apprentissage.

Enfin, la dépression qui survient durant la période périnatale présente des risques de récurrence. On estime que 25 % des femmes qui connaissent un épisode de dépression postpartum seront affectées ultérieurement par un autre épisode de dépression (non relié à la naissance d'un enfant), et jusqu'à 40 % d'entre elles vivront un autre épisode de dépression postpartum¹⁰.

Facteurs de risque de la dépression périnatale

De façon générale, les facteurs suivants constituent les principaux facteurs de risque pour la santé mentale de la femme pendant la période périnatale et font consensus dans la littérature.

Facteurs de la mère

- › Histoire de dépression antérieure personnelle ou familiale (prédisposition biologique) : les femmes ayant déjà vécu une dépression périnatale ont un taux de récurrence de 40 % lors des grossesses suivantes. Celles qui sont atteintes de maladie bipolaire sont notamment très à risque en période périnatale et doivent être bien identifiées parce que leur traitement sera différent.
- › Stress cumulatif incluant des événements marquants de la vie.
- › Manque de soutien social, particulièrement celui du père de l'enfant.
- › Violence domestique et conflits relationnels récurrents.

- › Difficultés socio-économiques incluant le faible revenu, la faible éducation.
- › Anxiété durant la grossesse.
- › Femmes immigrantes et faible réseau de soutien.
- › Mère adolescente est plus à risque de dépression maternelle.

Facteurs liés à l'enfant

- › Santé de l'enfant.
- › Pleurs excessifs du bébé, tempérament difficile.
- › Un faible poids à la naissance, prématurité ou naissances multiples.

Dépistage

Le dépistage des femmes à risque de dépression périnatale est donc essentiel afin de prévenir les effets sur l'enfant et la détérioration de la santé maternelle. Il n'y a pas de consensus quant au dépistage de la dépression périnatale, mais le clinicien devrait de façon routinière, profiter de la visite périodique de l'enfant (au moins jusqu'au 6^e mois) pour interroger la mère à propos de son bien-être psychologique, pour dépister le plus précocement possible la dépression périnatale et, ainsi, limiter au maximum les conséquences pour la mère, l'enfant et la famille.

Étant donné la ressemblance des symptômes dépressifs avec les plaintes physiques normales en postpartum, la dépression périnatale est souvent peu reconnue, tant par l'entourage que par les médecins et les autres professionnels.

On remarque toutefois chez les professionnels une tendance à normaliser l'état psychologique instable de la mère ou à attribuer au baby blues les symptômes de la dépression périnatale, ce qui explique la détection de seulement 50 % des dépressions postnatales durant le suivi habituel des enfants.

Le dépistage peut augmenter la détection des situations où une évaluation médicale est nécessaire. Bien que le dépistage puisse se faire de différentes façons, les femmes préfèrent une méthode où elles pourront faire part de leurs sentiments et où le professionnel réagit rapidement à un dépistage positif.

La littérature scientifique décrit plusieurs approches cliniques favorisant le dépistage précoce de la dépression périnatale :

- › Le Groupe d'Étude canadien sur les Soins de Santé Préventifs (GECSSP.2013) ne **recommande pas** le dépistage en première ligne (recommandation de niveau faible, très faible qualité de la preuve), car aucune preuve directe de qualité concernant l'efficacité n'a été recensée à cette période et par souci des effets négatifs potentiels du dépistage de la dépression. Toutefois, le Groupe reconnaît que les cliniciens devraient avoir conscience d'une possibilité de dépression, surtout chez des mères avec facteurs de risque concernant la dépression, qui plus est si des indices cliniques sont présents tels que de l'insomnie, une perturbation de l'humeur, de l'anhédonie (incapacité à prendre plaisir à des activités normalement agréables) et des pensées suicidaires.

- › Les organismes suivants **recommandent** le dépistage universel de toutes les femmes enceintes et en période postnatale joint à un programme adéquat de prise en charge, de diagnostic et de traitement :
 - US Preventive Services Task Force (USPSTF 2016)
 - American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG 2015)
 - American Academy of Pediatrics (AAP 2010)
 - American Family Physician (AAFP 2016)
 - Service de santé provincial de la Colombie-Britannique (mars 2014)
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE UK 2014)
 - › Points à considérer
 - Une revue critique de la littérature médicale concernant le dépistage de la dépression dans un contexte de suivi en cabinet publiée en 2017¹¹ a identifié une influence limitée, mais prometteuse, du dépistage de la dépression en regard du bien-être maternel (augmentation de la détection, référence et traitement, amélioration des scores de dépression) à court terme (< 1 an). Toutefois, aucune donnée ne concerne l'influence du dépistage sur le bien-être des enfants en raison des différences de standardisation de la qualité des soins après le dépistage et des difficultés de mesurer le développement socio-émotionnel des enfants dans la première année de vie, surtout en regard de tous les autres facteurs qui ont une influence sur ce développement.
 - › Trois outils de dépistage validés chez les femmes enceintes et en postpartum sont utilisés :
 - PSQ-2 ou QSP-2 ou Questionnaire de Whooley, version deux questions ;
 - PSQ-9 ou QSP-9 ou Questionnaire sur la santé du patient, version neuf questions ;
 - Échelle de dépression postnatale d'Edinburgh (EDPE).
- Les deux derniers sont les plus utilisés à cause de leur sensibilité et spécificité. Vous trouverez en annexe les critères d'utilisation de ces différents questionnaires.
- › Le dépistage est important pour la détection de la dépression, mais insuffisant pour améliorer la condition de la mère et de son enfant. Un programme établi doit accompagner les parents tant pour le diagnostic que pour la prise en charge subséquente. Nous suggérons aux professionnels de s'informer des ressources de prise en charge et de soutien en santé mentale sur leur territoire.

Modèle de soins par étapes

L'ensemble des organismes publics proposent un modèle de soins par étapes qui permet un cadre pour organiser la prestation de soins et de services destinés à la personne souffrant de dépression.

Étape 1

Dépistage universel ou ciblé (facteurs de risque identifiés) pour l'ensemble des parents, facteurs de risque identifiés ou pas. Poser les deux questions rapides du PSQ-2 (voir annexe A).

Plusieurs experts recommandent de compléter ce questionnaire avec soit le PSQ-9 (annexe B) ou le EDPE (annexe C) pour favoriser un meilleur dépistage (sensibilité/spécificité). À

noter que le PSQ-2 ne permet pas de dépister le risque suicidaire chez la mère et le risque pour la sécurité de son nouveau-né. De plus, le PSQ-9 précise non seulement la présence de symptômes dépressifs, mais aussi leur intensité.

Il importe toutefois que les cliniciens qui auront à travailler ensemble utilisent des outils communs. Rappelons qu'un outil de dépistage n'est jamais diagnostique. Il sert à augmenter la suspicion et doit être suivi des étapes suivantes.

Étape 2

Établir le diagnostic de dépression majeure (en se référant aux critères du DSM-5) ou de tout autre diagnostic en santé mentale (voir clinique et diagnostic différentiel).

Étape 3

Prise en charge immédiate et chaleureuse en cas de diagnostic positif de la dépression

Opinion de l'INSPQ quant au dépistage de la dépression auprès des femmes durant la période périnatale émis en février 2014^a

Au-delà du dépistage : mieux prévenir et soigner la dépression :

« Des experts suggèrent que **des efforts supplémentaires pour fournir un traitement adéquat et améliorer l'adhésion au traitement seraient susceptibles de produire des effets plus importants que la mise en place d'une mesure de dépistage**. En effet, dans les milieux de première ligne, 40 à 67 % des patients cessent précocement la prise de leur médication (dans les trois mois) et très peu d'entre eux reçoivent un suivi adéquat. Les **programmes intégrés** seraient associés à des bénéfices plus grands, car ils permettraient notamment d'offrir un suivi serré aux patients pour évaluer leur réponse au traitement et de leur fournir un soutien psychosocial. Certains experts sont d'avis que de faire intervenir le personnel infirmier en santé mentale, les psychologues, les travailleurs sociaux, les gestionnaires de cas, ainsi que les médecins de famille et les psychiatres dans un effort concerté a plus de chance d'améliorer l'efficacité du traitement de la dépression. De plus, étant donné que la dépression est un trouble à caractère souvent récurrent, des stratégies à plus long terme sont nécessaires pour bien prendre en charge les patientes et prévenir les récurrences.

Ainsi, d'un point de vue populationnel, au-delà des questions quant à la pertinence et à l'efficacité des activités de dépistage, **il demeure pertinent que les soins de première ligne se préoccupent de la dépression**. Par exemple, identifier des moyens pour faciliter l'identification des personnes susceptibles de souffrir de dépression et les orienter vers les traitements appropriés et outiller les médecins afin qu'ils aient un jugement clinique aiguisé, de manière à effectuer, au besoin, un dépistage de la dépression chez un patient donné. Ces considérations s'appliquent à la population adulte générale tout comme aux femmes durant la période périnatale, chez qui la dépression peut entraîner de lourdes conséquences pour elles-mêmes et leur famille. »

a. www.inspq.qc.ca

Programmes préventifs

Deux programmes peuvent favoriser la prévention de la dépression périnatale.

Programmes de formation aux habiletés parentales

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a émis un avis scientifique concernant l'ensemble des programmes de formation, mais non de chacun pris individuellement (INSPQ, 2013). Les résultats confirment la pertinence des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe pour la promotion de la santé mentale positive, l'amélioration des pratiques parentales ainsi que pour la prévention et la réduction des problèmes de comportements chez les jeunes enfants.

Programmes de visites à domicile

Deux chercheurs de l'Université de Toronto¹² ont publié une revue systématique portant sur les interventions psychosociales et psychologiques en vue de prévenir la dépression postnatale. Elles concluent que sur 28 essais randomisés impliquant près de 17 000 femmes, celles ayant reçu ce type d'intervention étaient moins sujettes à développer une dépression maternelle que les femmes qui recevaient des soins standards. Elles précisent que les interventions les plus prometteuses incluent la prestation intensive de visites à domicile par un professionnel de la santé en postpartum, le soutien téléphonique par les pairs et la psychothérapie interpersonnelle sont les plus efficaces. D'autres auteurs¹³ concluent également que les visites à domicile précoces améliorent de façon significative les scores de dépression postpartum. Les auteurs suggèrent par ailleurs que les recherches devraient se concentrer sur des interventions s'adressant aux groupes les plus à risque, particulièrement les classes les plus défavorisées socio-économiquement, les minorités ethniques.

Au Québec, les programmes plus globaux comme le programme SIPPE^b en CLSC peuvent aussi contribuer à prévenir la dépression périnatale.

Traitements possibles

Tous les professionnels devraient orienter leur traitement selon le type et la gravité des symptômes ainsi que le degré de dysfonctionnement. Aucune donnée dans la littérature médicale ne suggère de traiter la dépression périnatale différemment de la dépression majeure non puerpérale. Il est parfois difficile de faire accepter à la mère la nécessité d'un traitement à cause du sentiment de culpabilité chez cette dernière. Si les bonnes paroles et une écoute active peuvent être adéquates face au blues d'intensité modérée, il en va autrement dans le cas d'une dépression périnatale lorsqu'elle est d'intensité modérée à sévère.

b. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont un programme développé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui réunit des professionnels de la santé et des intervenants de groupes communautaires pour offrir aux futurs parents ainsi qu'aux familles de jeunes enfants, dont les parents sont âgés de moins de 20 ans ou vivant en contexte de pauvreté, un soutien durant la grossesse et lors de l'arrivée du bébé jusqu'à son entrée à l'école.

Traitement non pharmacologique : la psychothérapie

Bien que peu de données scientifiques existent sur les traitements psychologiques des troubles mentaux spécifiques à la période périnatale, certaines études soutiennent que la thérapie cognitivo-comportementale est efficace chez cette clientèle. En combinaison avec une médication ou employée seule, la psychothérapie peut être une solution utile pour les patientes qui refusent de prendre des médicaments ou pour les cas de dépression légère. De plus, la participation à un groupe d'entraide et de soutien peut être favorisée, de même que d'autres approches telles l'exercice, l'hygiène de vie ou la luminothérapie par exemple.

Traitement pharmacologique : antidépresseur

Le traitement pharmacologique en postnatal est souvent combiné à un traitement psychologique. Il est recommandé de commencer par un traitement pharmacologique, particulièrement chez les femmes qui ont peu de ressources non pharmacologiques dans leur milieu ou qui ont un tableau clinique sévère.

Rappelons que le diagnostic de maladie bipolaire doit être exclu parce que la monothérapie avec un antidépresseur est une contreindication dans ce cas.

Informations supplémentaires importantes

Certaines femmes auront amorcé leur traitement avant ou pendant la grossesse et, en règle générale, il convient de conserver le même traitement en postpartum, à moins d'une intolérance ou d'une non-réponse.

Lors de l'instauration d'un traitement pendant le postpartum, le choix du médicament doit donc tenir compte de ces données et du recul clinique, mais aussi (et peut-être surtout) de la réponse antérieure au traitement ainsi que des autres éléments généralement considérés pour orienter le choix du traitement (profil d'effets indésirables, comorbidités maternelles, etc.). Le souhait d'une future grossesse doit également être pris en compte, certains antidépresseurs n'étant pas de première ligne pour une éventuelle grossesse.

La plupart des antidépresseurs de type ISRS ou ISRN peuvent être prescrits à une femme qui allaite. En effet, le recul clinique et les données sur le passage de ces médicaments dans le lait maternel laissent présager de faibles risques pour le nourrisson. La majorité des enfants allaités ne présentent pas d'effets indésirables liés à cette faible exposition.

L'innocuité, durant l'allaitement, de certains antidépresseurs plus récents est moins connue et justifie un suivi, notamment dans les premières semaines de vie de l'enfant, alors que la vulnérabilité aux effets potentiellement sédatifs de ces médicaments est plus marquée.

Les ISRS/IRNS se retrouvent en petites quantités dans le lait maternel : de 1 à 10 % de la dose maternelle ajustée au poids¹⁴. Leur demi-vie est longue (de 20 heures à 36 heures), mais reste compatible avec l'allaitement sans porter préjudice à l'enfant. Seule la fluoxétine^c a une demi-vie plus longue (de 3-7 jours).

c. À cause de sa demi-vie très longue et de son passage un peu plus marqué dans le lait maternel, il est rarement conseillé d'amorcer la prise de fluoxétine (Prozacmd) au cours des premiers mois postnataux. La fluoxétine n'est cependant pas contre-indiquée pendant l'allaitement, en particulier pour les femmes traitées durant leur grossesse.

Voici les ISRS/IRNS les plus souvent prescrits avec leur dosage quotidien,.

TYPE DE MÉDICAMENTS	DOSAGE (MG) DIE USUEL
ISRS :	
Paroxétine (Paxilmd)	20-50
Sertraline (Zoloftmd)	50-200
Citalopram (Celexamd)	20-40
Escitalopram(Cipralexmd)	10-20
Fluvoxamine (Luvoxmd)	100-300
Fluoxétine (Prozacmd)*	20-60
IRSN :	
Venlafaxine (Effexormd)	75-225

Finalement, en plus de l'utilisation de nouveaux médicaments moins connus, certains contextes cliniques justifient une évaluation minutieuse de la situation par le clinicien et un suivi plus étroit du nourrisson : l'utilisation d'une polythérapie avec des médicaments dont la toxicité sédatrice peut être additive (ex. : antipsychotiques ou anxiolytiques), l'utilisation de doses élevées et l'allaitement de très jeunes enfants (période néonatale).

Il importe d'individualiser les approches de traitement. Plusieurs références peuvent guider le clinicien à évaluer les choix de traitement et la compatibilité des médicaments en allaitement^d.

Ressources

Pour les parents

Société canadienne de Pédiatrie. *La dépression chez la femme enceinte et chez les mères : Comment elle vous touche vous et votre enfant*. Mise à jour en mars 2017, que vous trouverez dans la section Documents utiles pour les parents de l'ABCdaire.
www.cps.ca/-info@cps.ca

INSPQ. Portail d'informations périnatales.
www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/sante-mentale

Association québécoise de prévention du suicide :
 Partout au Québec : 1-866-APPELLE (277-3553)

Pour les professionnels

Centre IMAGE (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) : centre d'information opéré par des pharmaciens œuvrant en périnatalité au CHU Sainte-Justine ; cette ressource gratuite est réservée aux professionnels de la santé. Les consultations se font uniquement par téléphone.

Téléphone : 514-345-2333 (lundi au vendredi, 9 h à 12 h et 13 h à 16 h)
www.chusj.org/image

d. Par exemple : centre IMAGE, Lactmed (<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>), etc.

Annexe A

Outil de dépistage de la dépression périnatale

Questionnaire de Whooley (QSP-2)

« Au cours des derniers mois, vous êtes-vous sentie :

- 1) Triste, déprimée ou désespérée ?
- 2) Sans intérêt ou plaisir à réaliser des tâches de la vie quotidienne ?
- 3) Si vous avez répondu oui à une des deux questions, désirez-vous recevoir de l'aide ?

(Traduction française non validée)

Commentaires

Ces deux questions ne permettent que d'écarter la possibilité d'une dépression majeure. Cet outil de dépistage fut validé dans des populations périnatales avec une sensibilité de près de 100 %, mais une spécificité de 44 à 66 %¹. Plusieurs organismes professionnels recommandent ces deux questions comme première étape de dépistage de la dépression périnatale. Il est suggéré de compléter ce questionnaire en y associant, lorsque le résultat est positif, l'Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg (EDPE) ou le questionnaire QSP-9 qui offre l'avantage d'évaluer aussi l'intensité des symptômes.

Une évaluation récente (janvier 2018) parue dans le *British Journal of Psychiatry* (2018, 212, 50-56) conclut que le questionnaire de Whooley est un outil intéressant de détection lors des visites de routine et que la réponse positive au questionnaire suggère un trouble de santé mentale, mais pas nécessairement une dépression et demande donc d'autres évaluations.


Cette démarche clinique face à face exige une approche sensible et expérimentée pour le professionnel.

1. Myers, E.R. et al. (2013) : Efficacy and safety of screening for postpartum depression. Comparative effectiveness review 106. *AHRQ Publication*, no 13.

Annexe B

Outils de dépistage de la dépression périnatale

Questionnaire sur la santé du patient QSP-9 ou PSQ-9



FICHE OUTIL

**QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ
DU PATIENT, QSP-9
VERSION À NEUF QUESTIONS**

**OUTILS DE REPÉRAGE ET D'APPRÉCIATION DE
LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS**

**LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES
AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)**

Les renseignements contenus dans cette fiche sont à titre informatif. Ils ne remplacent pas une formation appropriée à l'administration du test et doivent être utilisés comme aide-mémoire uniquement.

Information pratique

Durée	environ 5 minutes
Administré au	patient ou professionnel
Administré par	professionnel de la santé et des services sociaux habilité
Interprété par	professionnel de la santé et des services sociaux habilité
Langues	disponible en plusieurs langues, dont le français, l'anglais et l'espagnol
Domaines ciblés	<ul style="list-style-type: none"> - appréciation des symptômes dépressifs (DSM-V) au cours des deux dernières semaines - une question complémentaire porte sur le niveau de fonctionnement psychosocial
Normes et validation	<ul style="list-style-type: none"> - validation de la version en anglais du QSP-9^{1,3} et du QSP-2⁴

Population visée et objectifs

Le but du QSP-9 est de recueillir de l'information sur la présence et l'intensité des symptômes dépressifs chez des personnes plus à risque, notamment chez des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer (MA) ou d'un autre trouble neurocognitif (TNC)*.

Avantages

- ▶ questionnaire bref qui peut être rempli par le patient ou le professionnel si le patient a besoin d'aide
- ▶ peut être utilisé comme outil de repérage ou pour mesurer l'évolution clinique du patient (suivi et évaluation de la réponse au traitement)
- ▶ plusieurs versions disponibles

Limites

- ▶ **ne permet pas d'établir un diagnostic précis**
- ▶ **nécessite toujours une évaluation plus approfondie des symptômes dépressifs**
- ▶ manque de validation en français

Différentes versions et traductions disponibles

- ▶ Le QSP-9 est une sous-échelle de la version complète du *Patient Health Questionnaire* (PHQ), un questionnaire sur la santé mentale en général¹.
- ▶ L'outil d'origine a été conçu en anglais; il a été traduit en plus de trente langues, dont le français.
- ▶ Il existe également une version plus courte **QSP-2** qui consiste à poser uniquement les deux premières questions du QSP-9. Si le patient répond positivement à l'une ou l'autre des deux questions, une évaluation plus approfondie pourrait être faite à l'aide du **QSP-9** afin de mieux examiner l'état mental de la personne ainsi que ses difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales.

Interprétation des résultats et seuils diagnostiques

- ▶ Le score maximal est 27.
- ▶ Les items 1 à 9 sont cotés sur une échelle de 0 à 3.
- ▶ L'item 10 (niveau de fonctionnement) est coté sur une échelle entre 0 et 4, allant de « pas du tout difficile » à « extrêmement difficile ».

Seuils diagnostiques concernant la sévérité de la dépression¹

- Absence de dépression : 0-4 points
- Dépression légère : 5-9 points
- Dépression modérée : 10-14 points
- Dépression modérément sévère : 15-19 points
- Dépression sévère : 20-27 points

Qualités métrologiques du QSP-9 pour le repérage des symptômes dépressifs en première ligne

Sensibilité (%)	Spécificité (%)
77	85

Les résultats représentant une valeur moyenne pour un seuil diagnostique de 10 sur 27¹.

Disponibilité du questionnaire, des consignes d'administration et de cotation

Version française

- ▶ Le questionnaire en français est disponible à la page 4 de cette fiche ou à l'adresse suivante : <http://www.phqscreeners.com/>

Version anglaise

- ▶ Le questionnaire en anglais et le manuel d'instruction (en anglais uniquement) sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.phqscreeners.com/>

Remarque : Plusieurs traductions du questionnaire sont également disponibles à la même adresse.

Notoriété de l'outil de repérage

Le QSP-2 et le QSP-9 font partie des outils recommandés par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de repérer en première ligne la présence des symptômes dépressifs chez des personnes à risque et d'en apprécier l'intensité². Cet outil est également utile pour la formation des proches aidants, puisqu'il en résulte souvent des discussions permettant d'améliorer la compréhension de certains symptômes dépressifs, favorisant ainsi leur prise en charge.

Recommandations de l'INESSS pour la pratique

- ▶ Il est conseillé de respecter les consignes d'administration et de cotation de l'outil.
- ▶ Il est conseillé d'utiliser le QSP-9 dans un environnement calme, sans bruit et sans distraction, et de s'assurer que l'audition, la vision et la motricité du patient sont optimales.
- ▶ Si une déficience auditive ou visuelle est détectée chez le patient lors de l'administration de l'outil, elle devrait, si possible, être compensée par l'utilisation de la prothèse auditive appropriée, d'un amplificateur personnel ou de verres correcteurs.
- ▶ Le QSP-9 ne devrait pas être utilisé de façon isolée pour établir un diagnostic précis de troubles dépressifs.
- ▶ Avant d'utiliser le QSP-9, il importe de s'assurer que le patient a une stabilité suffisante sur les plans médical et pharmacologique. Il est conseillé de discuter avec le pharmacien qui détient généralement le dossier pharmacologique complet du patient contenant tous les renseignements liés à ses médicaments.
- ▶ La personnalité, les habiletés, les compétences et les aptitudes antérieures du patient devraient toujours être considérées lors de l'interprétation des résultats obtenus à l'aide de cet outil de repérage.
- ▶ Le professionnel qui veut rendre compte des résultats de cet outil ne devrait pas se limiter à rapporter des cotes brutes sans autres mises en contexte cliniques.
- ▶ Si aucun changement d'humeur n'est remarqué, il est conseillé de refaire une appréciation des symptômes dépressifs lors du suivi annuel ou plus tôt s'il y a un besoin particulier afin d'objectiver l'évolution et la progression de la maladie et d'ajuster les interventions et le niveau d'encadrement nécessaires selon les besoins du patient.
- ▶ Si un changement d'humeur est remarqué par le patient ou le proche aidant, une intervention médicale appropriée devrait être assurée.
- ▶ En cas de complexité diagnostique ou thérapeutique, il est conseillé d'orienter le patient et ses proches vers les équipes locales spécialisées en SCPD ou en santé mentale.

QSP-9

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____

Date : _____ Évaluateur : _____

Veillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ¹ .	0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile

Plutôt
difficile

Très
difficile

Extrêmement
difficile

1. Si le patient répond **oui** à la **question 9**, une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée.

Copyrights © K. Kroenke, 2002, tous droits réservés. Le QSP est une marque déposée de Pfizer inc. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

* Questions comprises dans le QSP-2

Acronymes, sigles et définitions

Acronymes et sigles

DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition;

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec;

MA : maladie d'Alzheimer;

PHQ : *Patient Health Questionnaire*;

QSP : questionnaire sur la santé du patient;

SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;

TNC : trouble neurocognitif.

*Définitions

Données normatives : données obtenues pour un individu et interprétées par comparaison avec les données observées sur un ensemble d'autres individus constituant un groupe de référence (étalonnage normatif).

Trouble neurocognitif : voir la nouvelle nomenclature proposée par la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*, 2013⁸. Les sous-types de TNC légers ou majeurs inclus dans le cadre de ce projet sont le TNC dû à la MA, le TNC mixte, le TNC vasculaire, le TNC dû à la maladie de Parkinson, le TNC avec corps de Lewy et le TNC frontotemporal.

Validation : évaluation servant à déterminer si un outil permet d'atteindre le but (p. ex. repérer un TNC) pour lequel il a été conçu, élaboré ou créé.

Références

1. Kroenke K et Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals* 2002;32(9):1-7.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13.
3. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004;78(2):131-40.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.
5. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(3):759-69.
6. Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37(1):67-75.
7. Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal, Qc : Centre de recherche du CHUM; 2012.
8. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Arlington, VA : APA; 2013.

Annexe C

Outil de dépistage de la dépression périnatale

Échelle d'Édimbourg

(Échelle de dépression postnatale d'Edinburgh (EDPE))

C'est l'outil de dépistage le plus utilisé à travers le monde pour identifier la dépression périnatale. Il fut spécifiquement validé par la population périnatale et est bien accepté par les sujets. Sensibilité : 59 à 100 %. Spécificité : 49 à 100 %².

À utiliser idéalement entre 4 et 26 semaines après la naissance

Votre nom : _____

Âge de votre bébé : _____

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie **durant la semaine (durant les sept derniers jours)**, et non seulement comment vous vous sentez aujourd'hui.

Voici un exemple d'énoncé, complété par une réponse.

Je me suis sentie heureuse

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

Cette réponse signifierait : « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps » durant la semaine qui vient de s'écouler. Veuillez compléter les autres énoncés de la même façon.

Durant les sept derniers jours	Pointage
J'ai pu rire et voir les choses du bon côté	
<input type="checkbox"/> Aussi souvent que d'habitude	0
<input type="checkbox"/> Pas tout à fait aussi souvent que d'habitude	1
<input type="checkbox"/> Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci	2
<input type="checkbox"/> Absolument pas	3
Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir	
<input type="checkbox"/> Autant que d'habitude	0

2. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No.630. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2015 : 1268-71.

Durant les sept derniers jours	Pointage
<input type="checkbox"/> Plutôt moins que d'habitude	1
<input type="checkbox"/> Vraiment moins que d'habitude	2
<input type="checkbox"/> Pratiquement pas	3
Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal	
<input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps	0
<input type="checkbox"/> Oui, parfois	1
<input type="checkbox"/> Pas très souvent	2
<input type="checkbox"/> Non, jamais	3
Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans raison valable	
<input type="checkbox"/> Non, pas du tout	0
<input type="checkbox"/> Presque jamais	1
<input type="checkbox"/> Oui, parfois	2
<input type="checkbox"/> Oui, très souvent	3
Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raison valable :	
<input type="checkbox"/> Non, jamais	0
<input type="checkbox"/> Non, pas très souvent	1
<input type="checkbox"/> Oui, parfois	2
<input type="checkbox"/> Oui, vraiment souvent	3
J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements	
<input type="checkbox"/> Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude	0
<input type="checkbox"/> Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations	1
<input type="checkbox"/> Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude	2
<input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations	3
Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu de la difficulté à dormir	
<input type="checkbox"/> Non, jamais	0
<input type="checkbox"/> Pas très souvent	1
<input type="checkbox"/> Oui, parfois	2
<input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps	3

Durant les sept derniers jours	Pointage
Je me suis sentie triste ou peu heureuse	
<input type="checkbox"/> Non, jamais	0
<input type="checkbox"/> Pas très souvent	1
<input type="checkbox"/> Oui, assez souvent	2
<input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps	3
Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré	
<input type="checkbox"/> Non, jamais	0
<input type="checkbox"/> Seulement de temps en temps	1
<input type="checkbox"/> Oui, assez souvent	2
<input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps	3
Il m'est arrivé de penser à me faire du mal	
<input type="checkbox"/> Jamais	0
<input type="checkbox"/> Presque jamais	1
<input type="checkbox"/> Parfois	2
<input type="checkbox"/> Oui, assez souvent	3

Commentaires concernant son utilisation

- › C'est un questionnaire autorapporté, développé en 1987, qui vise spécifiquement à dépister la dépression en période périnatale pour guider le clinicien à identifier les sujets exigeant une évaluation plus complète pour conclure à un diagnostic de dépression selon les critères du DSM-5. Contrairement aux autres outils de dépistage de la dépression, il est adapté à la période périnatale puisqu'il tient compte du contexte particulier de cette période (ex. : manque de sommeil).
- › Toutes les formes d'administration (exemple : téléphone, face à face, courriel, etc.) ont été validées
- › Le test est validé en tout temps (entre 3 jours et 2 ans) bien que la majorité des organisations considère la période postpartum jusqu'à un an.
- › Lorsque le test est utilisé de façon universelle à une seule occasion, la période est comprise entre 6 et 16 semaines postpartum. En alternative, certains utilisent le test avant 8 semaines et répètent le test entre 4 et 6 mois pour les femmes ayant un score près du seuil établi (10 et 12) de détection au premier test.
- › Seuil de dépistage de la dépression :
 - objectifs : maximiser la sensibilité (dépister le plus de sujets dépressifs dans le groupe positif) tout en maintenant un haut niveau de spécificité (éviter l'inclusion de faux positif).

- Le score proposé le plus fréquemment dans la littérature est de 13 ou plus : dépression probable.
- › Utilisation du test chez les pères : test validé pour la dépression chez les pères biologiques (rien dans la littérature concernant la validité chez les partenaires de mêmes sexes), surtout si mère est déprimée, car corrélation dans cette situation.
La littérature suggère un seuil de dépistage plus faible chez le père : 10 vs 13 chez les mères, car les hommes répondent à un score plus faible aux deux dernières questions.
- › Utilisation chez les parents de bébé adopté peu validé.

Notes

1. OMS/10 faits sur la santé mentale : [www.who.int >factfiles>mental-health](http://www.who.int/factfiles/mental-health)
2. Patten, S et Juby, H (2008). Profil de la dépression clinique au Canada (rap. No 1) Réseau des centres de données de recherche.
3. Patten, S et Juby, H. Op cit.
4. American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction libre
5. Gavin, N.I et al (2005). Perinatal depression : a systemic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106, 1071-1083.
6. www.jesuisjeserai.stat.gouv.ca/
7. Hill, C (2010). An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria.
8. www.inspq.qc.ca/information-perinatale (2014).
9. *Paediatr Child Health* 2004; 9(8):589-98.
10. Ibid.
11. Angarath I.van der Zee-van den Berg et al (2017). Screening for Postpartum Depression in Well-Baby Care Settings : A Systematic Review. *Matern Child Health J* 21: 9-20.
12. Dennis, C.-L, Dowswell, T (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews(Online)*, 2,CD001134.doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
13. Leis, J.A. et al. (2009). A systematic review of homebased interventions to prevent and threat postpartum depression. *Archives of women's mental health*, 12(1),3-13. doi:10.1007/s00737-008-0039-0
14. Patten, S et Juby, H. Op. cit.
15. Patten, S et Juby, H. Op. cit.
16. Sidney H. Kennedy et al, Canadian Network for Mood and anxiety Treatments (CANMAT) 2016 «Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder» : Section 3. Pharmacological Treatments.