

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE

SANTÉ MENTALE ET TROUBLES MENTAUX

FICHE SYNTHÈSE



Le présent document s'adresse spécifiquement aux personnes intervenantes, accompagnatrices cliniques et gestionnaires du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique, au www.msss.gouv.qc.ca, section Publications.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN : 978-2-550-91579-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec.

Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

Direction

Julie Poissant, professeure
Département d'éducation et formation spécialisées
Université du Québec à Montréal

Anne-Marie Langlois, directrice par intérim
Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Annie Motard Bélanger, coordonnatrice en périnatalité et petite enfance
Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Recherche

Dorothée Charest-Belzile, chercheuse postdoctorale
Université du Québec à Montréal

Recherche et rédaction

Luce Bordeleau, experte en périnatalité et petite enfance
consultante

Révision par des experts en santé mentale

Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique
et coordonnatrice équipe écrans/santé mentale/suicide
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Lory Zephir, psychologue spécialisée en santé mentale maternelle,
périnatalité et attachement parent-enfant, pratique privée

Révision par les membres du comité de travail SIPPE

Stephani Arulthas, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Julie Beauvais, répondante régionale SIPPE
Direction régionale de santé publique
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Élise Coutu, chef de l'administration du programme SIPPE Centre-Sud
Direction du programme jeunesse
CISSS des Laurentides

Amélie Fortin, intervenante SIPPE
Direction du programme jeunesse
CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Sophie Gaudreau, courtière de connaissances
Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances
CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Mélanie Nadeau, répondante régionale SIPPE
Direction de la santé publique et responsabilité populationnelle
CISSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Johanne Sirois, coordonnatrice professionnelle
Direction du programme jeunesse
CISSS de la Côte-Nord

**Validation
par des intervenants
et professionnels
des milieux**

Sophie Bélanger, conseillère en santé mentale
Direction générale adjointe des services en santé mentale,
en dépendance et en itinérance
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Claude-Cindy Boies, intervenante
Équipe Famille-Enfance-Jeunesse
CISSS de la Côte-Nord

Catherine Denis, conseillère en promotion de la santé mentale
et en prévention du suicide
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pénélope Gaudreau, infirmière clinicienne
Équipe SI - santé mentale adulte
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Chantal Lacroix, médecin-conseil en périnatalité
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Marylie Larose, spécialiste en activités cliniques
Direction du programme jeunesse
CISSS des Laurentides

Geneviève Lessard, conseillère en santé mentale
Direction générale adjointe des services en santé mentale,
en dépendance et en itinérance
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Geneviève Malenfant, spécialiste en activités cliniques
Équipe famille-enfance-jeunesse 0-5 ans
CISSS de la Montérégie-Est

Caroline Pulver, spécialiste en activités cliniques pour le programme SIPPE
Direction de la santé publique
CISSS de la Montérégie-Centre

Julie Tremblay, conseillère en promotion de la santé mentale
et en prévention du suicide
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pascale-Andrée Vallières, directrice par intérim
des services en santé mentale - volet jeunesse
Direction des services en santé mentale - volet jeunes
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Révision linguistique

Yvette Gagnon, correctrice-révisure

SANTÉ MENTALE ET TROUBLES MENTAUX

Fiche synthèse

Mise en contexte	1
Qu'est-ce que la santé mentale ?	2
Qu'est-ce qu'un trouble mental ?	3
Description des principaux troubles mentaux	4
Autres troubles mentaux	13
Stratégies d'intervention	15
Pour en savoir plus	20
Références	20

MISE EN CONTEXTE

Chez la femme, la grossesse entraîne de nombreux changements sur les plans hormonal, physique, psychologique et émotif. Le fait de devenir parent en entraîne d'autres. Ces changements peuvent augmenter le stress et générer de l'anxiété, autant chez les mères que chez les pères. Certains parents peuvent éprouver des difficultés psychologiques, présenter une humeur triste, faire de l'insomnie et même développer des symptômes de troubles mentaux. Par ailleurs, des personnes présentant déjà un trouble mental avant la grossesse risquent d'être fragilisées par cette transition vers la parentalité et avoir besoin d'un suivi médical et/ou psychosocial plus étroit. Les difficultés associées à la présence d'un trouble mental chez un parent peuvent avoir des répercussions directes sur le développement de l'enfant.

La présente fiche vise à informer les personnes intervenantes des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sur la santé mentale, les principaux signes et symptômes des troubles mentaux les plus fréquents ainsi que les répercussions des troubles mentaux d'un parent sur la parentalité et le développement des enfants. Le diagnostic d'un trouble mental n'est naturellement pas du ressort des personnes intervenantes des SIPPE, mais la fiche vise à leur faire quelques suggestions concernant les stratégies d'intervention et leur donner des indications pour l'orientation vers des services en santé mentale. Les informations rassemblées dans cette synthèse sont tirées principalement de la fiche Santé mentale et troubles mentaux se trouvant sur le [Portail d'information périnatale](#) de l'Institut national de santé publique du Québec et des pages sur les troubles mentaux présentées sur le site du [Gouvernement du Québec](#).

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ MENTALE ?

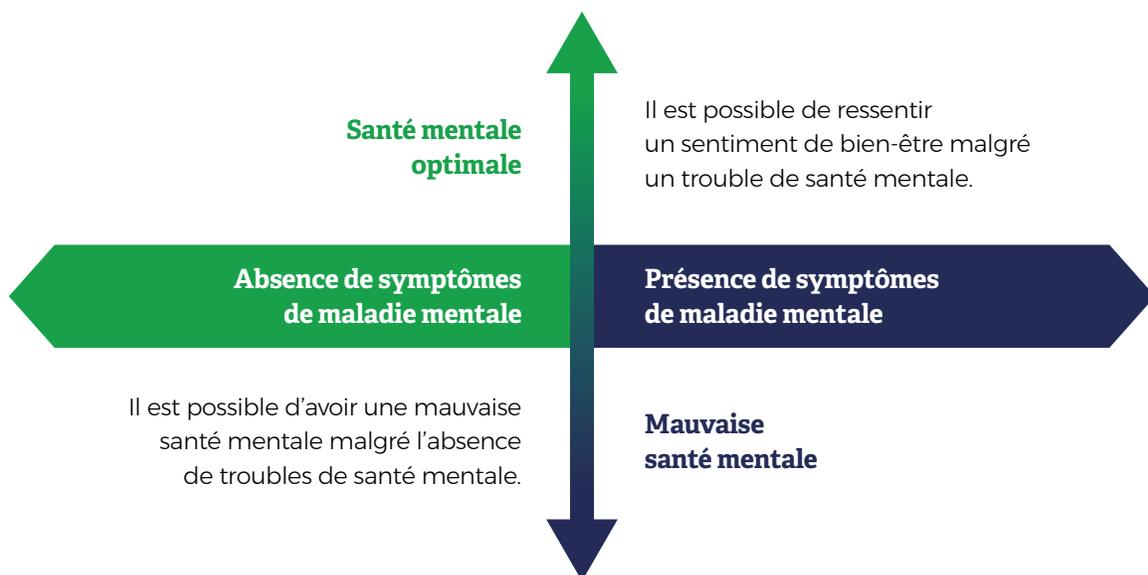
L'Organisation mondiale de la santé définit la santé mentale comme :

« un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté (OMS, 2018). »

Selon cette définition, la bonne santé mentale va au-delà de l'absence de troubles mentaux ou de maladie. Elle renvoie à la présence d'émotions positives (ex. : intérêt et satisfaction par rapport à la vie) et à un bon niveau de fonctionnement psychologique (ex. : capacité d'exprimer ses idées ou de gérer les responsabilités du quotidien), social (ex. : sentiment d'appartenance, contribution sociale, sentiment de pouvoir s'actualiser), et ce, que l'on ait ou non un trouble mental avéré ou des symptômes associés (Keyes et Annas, 2009 ; Keyes et Simoes, 2012).

Comme l'indique la figure 1, l'état de santé mentale d'une personne s'inscrit sur un continuum constitué de deux axes (Keyes, 2002), le premier allant d'une santé mentale optimale à minimale et le deuxième, de l'absence de symptômes à un trouble mental avéré. Selon les périodes de sa vie, les défis qu'une personne aura à surmonter peuvent l'amener à se situer à divers endroits sur ces deux continuums. Selon ce modèle, il est donc possible de ressentir un sentiment de bien-être malgré la présence d'un trouble mental. À l'inverse, il est possible d'avoir une santé mentale faible malgré l'absence d'un trouble mental avéré. On parle d'*état de santé mentale complet* lorsque la personne ne présente aucun trouble mental et a une santé mentale optimale (Doré et Caron, 2017).

Figure 1 – Continuum de la santé mentale selon deux axes



Source :

Visuel adapté de Centre d'innovation en santé mentale sur les campus (Keyes, 2002).

QU'EST-CE QU'UN TROUBLE MENTAL ?

Comme on peut le lire dans le [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026](#),



le terme *trouble mental* désigne, quant à lui, un état de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse [APA, 2015]. Une personne peut présenter un ou plusieurs troubles mentaux, conditions ou maladies à la fois. Certaines concomitances sont particulièrement fréquentes, comme la présence d'une dépendance et d'un trouble mental (MSSS, 2022, p. 3).



Distinction à faire entre la présence de certains symptômes et un trouble mental avéré

Certains parents peuvent présenter des symptômes associés à l'un ou à l'autre des troubles mentaux mentionnés dans le présent document sans toutefois, après évaluation par des personnes habilitées, remplir tous les critères diagnostiques nécessaires à la confirmation de la présence d'un trouble mental. Chaque personne peut traverser dans sa vie des périodes de vulnérabilité transitoires où certains symptômes surgissent.

Important

Lorsqu'une personne intervenante observe des signes lui faisant suspecter la présence d'un trouble mental chez un parent, elle doit en parler rapidement avec la personne accompagnatrice clinique ou faire une demande de discussion de cas afin de s'assurer au besoin, de référer ce parent vers des services en santé mentale. Il est recommandé que la personne intervenante SIPPE ne soit pas seule en charge du dossier dans ces situations. En effet, un suivi SIPPE en co-intervention peut être offert à un parent atteint d'un trouble mental. Cependant, il faut envisager de transmettre le dossier à d'autres services en remplacement du SIPPE lorsque le trouble mental nuit sérieusement à l'exercice de la parentalité ou que l'intervention dans une perspective de promotion - prévention n'est plus possible avec les SIPPE.

D'ailleurs, l'action 4.7 du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 recommande de « ...prioriser l'accès aux services en santé mentale et en dépendance pour les parents d'enfants suivis par le réseau de la santé et des services sociaux lorsque l'absence de ces services pourrait limiter la portée des interventions offertes à ces enfants et à leur famille » (MSSS, 2022, p. 46).

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX TROUBLES MENTAUX

La présente section décrit les principaux signes et symptômes, la prévalence ainsi que les répercussions possibles, sur la parentalité et le développement de l'enfant, des troubles mentaux les plus fréquents (dépression, troubles anxieux, trouble de la personnalité limite et troubles bipolaires). Les répercussions sur le développement de l'enfant sont variables d'un enfant à l'autre en fonction de la présence ou non de facteurs de protection qui peuvent venir amoindrir et contrer les risques.

La dépression

Selon le DSM-5, la dépression a comme caractéristique :

« la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu (APA, 2015, p. 193). »

Les signes et les symptômes de la dépression peuvent varier d'une personne à l'autre et revêtir plusieurs formes. Pour qu'un diagnostic de dépression soit posé chez une personne, il faut :

- qu'au moins cinq symptômes surviennent tous les jours ou presque, pendant une période d'au moins deux semaines, et qu'ils constituent un changement comparativement au fonctionnement antérieur de la personne ;
- qu'au moins un des symptômes concerne la tristesse, une baisse de motivation, l'irritabilité ou une perte d'intérêt ou de plaisir (APA, 2015, p. 200).



Les principaux signes et symptômes

Toujours selon le DSM-5, les principales manifestations de la dépression sont les suivantes :

- tristesse, baisse de motivation, irritabilité ;
- fatigue, manque d'énergie ;
- problèmes de sommeil, la personne dort trop ou pas assez ;
- diminution ou augmentation de l'appétit, pouvant causer une perte ou un gain de poids ;
- perte d'intérêt pour les activités ou de plaisir pendant celles-ci ;
- agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- 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.

Bien que les principaux signes et symptômes de la dépression s'appliquent tant aux hommes qu'aux femmes, les hommes peuvent avoir tendance à démontrer différemment leur détresse par, entre autres, de l'irritabilité, de l'agressivité, des sautes d'humeur, une consommation excessive d'alcool ou de drogues, de l'hyperactivité, etc. (Portail d'information périnatale, 2019).

La prévalence

En début de grossesse, la prévalence de la dépression serait de 14 % chez les mères ; elle s'établirait à 10 % au troisième trimestre et à 8 % en période postnatale. De 8 à 13 % des pères éprouveraient eux aussi des symptômes de dépression au cours de la période périnatale (Portail d'information périnatale, 2019).

Ne pas confondre la dépression post-partum avec le *baby blues*

Le *baby blues*, ou syndrome du troisième jour, survient chez la mère dans les jours qui suivent la naissance de l'enfant. Les mères peuvent alors montrer de l'irritabilité, de l'anxiété, de la vulnérabilité et des sautes d'humeur. Certaines mères rapportent ne pas être certaines d'aimer leur bébé ou être en mesure de s'en occuper adéquatement. Il s'agit ici d'une réaction qui peut s'expliquer par les changements physiologiques (chute importante des hormones), l'ampleur des ressources à mobiliser pour s'adapter au nouveau rôle de parent et un manque de sommeil. Le *baby blues* affecte entre 30 % et 85 % des femmes. Généralement transitoire, il peut durer de quelques heures à 14 jours. Dans la grande majorité des cas, les symptômes disparaissent sans qu'il n'y ait eu d'intervention. Si les symptômes persistent au-delà de deux semaines, il s'avère nécessaire d'accompagner la mère vers des services en santé mentale.

Les répercussions sur la parentalité et le développement de l'enfant

La dépression d'un parent peut avoir non seulement des conséquences sur la relation de celui-ci avec son enfant, mais aussi des répercussions sur le développement social, affectif et cognitif du tout-petit. En effet, un parent dépressif peut éprouver davantage de difficulté à prodiguer des soins à son enfant et à interagir avec lui. Il peut également être plus intrusif, démontrer moins d'engagement, moins répondre aux signaux de son enfant, moins le stimuler ou, encore, avoir des réactions d'hostilité – comme de la colère ou de l'irritabilité – envers lui (Campbell, 2010 ; Cummings et Kouros, 2009 ; Kowalenko et autres, 2012).

Par conséquent, la dépression d'un parent constitue, pour les enfants, un facteur de risque important qu'il faut prendre en considération puisqu'elle entraîne un risque de deux à trois fois plus grand pour eux d'éprouver des problèmes d'adaptation ultérieurement (Cummings et Kouros, 2009). D'ailleurs, pour les enfants de mères présentant une dépression sévère, le risque est plus élevé de développer un lien d'attachement non sécurisant, d'avoir de moins bonnes habiletés interpersonnelles, de ressentir un niveau élevé de stress, d'être en retard sur les plans cognitifs et langagier, et d'avoir plus de difficulté à contrôler leur agressivité, de se montrer moins coopératifs ou encore de développer des comportements d'intériorisation ou d'externalisation. Cela dit, plusieurs enfants de mères présentant une dépression ont un parcours développemental normal (Cummings et Kouros, 2009 ; Kowalenko et autres, 2012).

Les troubles anxieux

Selon le DSM-5,

« [L]es troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées [...] Les troubles anxieux diffèrent de la peur ou de l'anxiété présente dans le développement normal ; la peur ou l'anxiété est excessive et persistante au-delà des périodes développementales appropriées (APA, 2015, p. 237). »

Au cours de sa vie, il est tout à fait normal de vivre de l'anxiété dans certaines situations. Par exemple, il est fréquent qu'un parent éprouve du stress concernant la grossesse et l'enfant à venir. Cependant, lorsque le parent est envahi par les préoccupations, que plusieurs sphères de sa vie en sont affectées et qu'il éprouve un niveau important de détresse, l'anxiété peut alors être considérée comme problématique. Les troubles anxieux sont souvent associés à la dépression (Portail d'information périnatale, 2019).

L'anxiété est considérée comme problématique si :

- elle ne disparaît pas quand la situation préoccupante revient à la normale ;
- elle occasionne un niveau de détresse important ;
- elle n'est liée à aucun événement de la vie, c'est-à-dire qu'elle apparaît sans raison ;
- elle préoccupe continuellement la personne ;
- elle empêche la personne de fonctionner et d'agir normalement au travail, en société ou dans d'autres sphères de la vie quotidienne ([Gouvernement du Québec](#)).



Les principaux signes et symptômes

La personne présentant un trouble anxieux peut ressentir divers malaises physiques et psychologiques qui peuvent se manifester de manière plus ou moins intense et de façon concomitante à son sentiment d'anxiété.

Voici les symptômes les plus fréquents :

- fatigue ;
- troubles du sommeil ;
- maux de tête ;
- étourdissements, vertiges ou impression d'évanouissement ;
- nausées ;
- diarrhée ou inconfort abdominal ;
- palpitations cardiaques ou accélération du rythme cardiaque ;
- sensation d'étouffement ou d'étranglement ;
- transpiration excessive ;
- bouffées de chaleur ou, au contraire, frissons ;
- pression sanguine élevée ;
- tremblements ou secousses musculaires parfois généralisées ;
- serrements et douleurs à la poitrine ;
- sentiment d'irréalité et de perte de contrôle ;
- engourdissements ou picotements ;
- difficulté à se concentrer ;
- sentiment d'inquiétude ;
- peur de mourir.

(Gouvernement du Québec).

La prévalence

Environ 15 % des femmes vivaient avec un trouble anxieux pendant la grossesse et la période postnatale. Pour les femmes présentant un trouble anxieux pendant la grossesse, le risque de dépression est plus élevé en période postnatale (Portail d'information périnatale, 2019). Une étude rapporte qu'environ 4 % des pères présentent un trouble anxieux spécifique et 12 %, un trouble d'adaptation avec humeur anxieuse. De plus, pour les partenaires des hommes manifestant un trouble anxieux pendant la période périnatale, le risque de présenter un trouble anxieux à leur tour ou une dépression est environ deux fois plus grand (Wynter, Rowe et Fischer, 2013).

Les répercussions sur la parentalité et le développement de l'enfant

L'anxiété d'un parent peut affecter sa relation avec l'autre parent et l'amener à exercer un contrôle excessif sur son enfant ou à le surprotéger. Le parent anxieux tend à éviter les situations qui sont anxiogènes pour lui et sa capacité à bien détecter les signaux de son enfant peut s'en trouver altérée.

Le risque de démontrer des affects négatifs est plus élevé pour les nourrissons de parents présentant un trouble anxieux. Au cours de l'enfance, ce sont les risques de problèmes d'extériorisation, d'anxiété et de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité qui augmentent. Naturellement, la présence de facteurs de protection peut venir amoindrir ou contrer les répercussions négatives sur le développement de l'enfant (Portail d'information périnatale, 2019).

Le trouble de la personnalité limite

Les personnes ayant un trouble de la personnalité limite éprouvent une peur extrême de perdre les liens avec les personnes qui les entourent. Elles peuvent très facilement se sentir rejetés, ce qui entraîne des conflits dans ses relations avec les autres. Ce trouble affecte plusieurs dimensions de la personne, soit les émotions, les comportements, l'image de soi et les relations sociales (Gouvernement du Québec, 2021).

Selon le DSM-5, une personne ayant un trouble de la personnalité limite présente :

« un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers. »



Les principaux signes et symptômes

Selon le DSM-5, au moins cinq des manifestations suivantes doivent être présentes :

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) ;
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
- instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie¹ épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
- sentiments chroniques de vide ;
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
- survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (APA, 2015, p. 862).

¹ Dysphorie : trouble psychique caractérisé par une humeur oscillante entre tristesse et excitation. (<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dysphorie/27167>).

Chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, il est fréquent d'observer la présence d'autres altérations de la santé mentale telles que la dépression, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives ou le trouble anxieux. Ces personnes vivent une grande souffrance, qu'elles peuvent avoir tendance à étouffer par la consommation abusive de substances.

La prévalence

Le trouble de la personnalité limite affecte approximativement de 1 à 6 % de la population (Eyden et autres, 2016). Selon une étude de Laporte et autres (2014), 22,5 % des enfants pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse, au Québec, avaient une mère présentant un trouble de la personnalité limite.

Les répercussions sur la parentalité et le développement de l'enfant

Une grande proportion des mères ayant un trouble de la personnalité limite ont vécu des situations d'abus et de négligence durant leur enfance, ce qui peut engendrer le risque pour elles de reproduire ces situations avec leur enfant (maltraitance). Chez ces mères, plusieurs difficultés parentales peuvent être observées : perturbation de la réponse empathique envers leur enfant (moins sensible, plus intrusif) ; difficulté à maintenir un environnement stable et sécuritaire pour leur enfant ; difficulté à gérer les frontières interpersonnelles ; capacités parentales limitées, incohérentes et inconsistantes ; faible sentiment d'auto-efficacité parentale ; inversion des rôles avec leur enfant ; difficulté dans la régulation des émotions ; enfin, capacité plus limitée d'adaptation au rôle parental (Bartsch et autres, 2015 ; Eyden et autres, 2016 ; Laporte et autres, 2014 ; Macfie et autres, 2017).

Les enfants de parents ayant un trouble de la personnalité limite sont particulièrement susceptibles d'expérimenter des difficultés psychologiques et psychosociales (transmission intergénérationnelle), et ils courent un plus grand risque de développer un trouble de la personnalité limite à l'adolescence ou à l'âge adulte. On observe également qu'une proportion plus grande de ces enfants développent un attachement désorganisé, considéré comme un bon prédicteur du développement d'un trouble de la personnalité limite à l'âge adulte. Enfin, ces enfants peuvent être plus anxieux et présenter davantage de problèmes de comportement ou éprouver de l'anxiété sociale, c'est-à-dire une peur liée soit à certaines activités sociales, soit à des situations où ils peuvent se sentir observés par les autres ou préoccupés par le jugement de ces derniers (Bartsch et autres, 2015 ; Eyden et autres, 2016 ; Laporte et autres, 2014 ; Macfie et autres, 2017).

Le trouble bipolaire

Une personne ayant un trouble bipolaire :

« vit ses émotions avec une intensité démesurée et elle a parfois du mal à les maîtriser. Par exemple, la personne peut vivre les événements de sa vie quotidienne avec une profonde tristesse ou un sentiment de bonheur extrême. La fréquence, la durée et l'intensité de ces émotions peuvent varier d'une personne à l'autre et affecter la manière de penser et d'agir de chacune. La personne peut ainsi avoir de la difficulté à remplir ses obligations professionnelles, familiales et sociales. La personne [...] passe par des périodes durant lesquelles son humeur est très différente (Gouvernement du Québec). »

Deux types d'épisodes caractérisent le trouble bipolaire : l'épisode de manie et celui de dépression.



Les principaux signes et symptômes

Selon le [Gouvernement du Québec](#) :

Un **épisode de manie** se reconnaît à la présence [...], pendant au moins 1 semaine, de plusieurs des signes et symptômes suivants chez la personne :

- sentiment de bonheur et de plaisir très intense ou, au contraire, d'irritabilité excessive ;
- hyperactivité, agitation et énergie débordantes ;
- idées de grandeur. Par exemple, une estime de soi démesurée ;
- débit de parole accéléré. Par exemple, la personne parle sans arrêt, coupe la parole aux autres ;
- augmentation importante du nombre d'activités professionnelles, scolaires, sociales ou familiales ;
- diminution du besoin de dormir. Par exemple, la personne peut se sentir reposée après seulement 3 heures de sommeil ;
- accélération de la pensée. Par exemple, la personne ressent un trop-plein d'idées ou se perd parfois dans ses idées ;
- manque de jugement ;
- grande distraction. Par exemple, la personne est incapable de fixer son attention sur un sujet ;
- comportements à risque qui procurent du plaisir. Par exemple, des achats impulsifs, des investissements financiers risqués ou hâtifs, des comportements sexuels à risque.



Les principaux signes et symptômes

Un **épisode de dépression** se caractérise par la présence [...], pendant au moins 2 semaines, de plusieurs des signes et symptômes suivants chez la personne :

- fatigue ;
- manque d'énergie ou grande agitation ;
- problèmes de sommeil : la personne dort trop ou pas assez ;
- diminution ou augmentation de l'appétit, pouvant causer une perte ou un gain de poids ;
- diminution ou perte d'intérêt sexuel ;
- apparition de malaises tels que des maux de tête, des douleurs au dos ou à l'estomac ;
- grande tristesse. Par exemple, la personne pleure souvent ;
- très importante perte d'intérêt pour les activités professionnelles, sociales ou familiales ;
- sentiment de culpabilité ou d'échec ;
- diminution de l'estime de soi ;
- difficulté à se concentrer sur une tâche ;
- difficulté à prendre des décisions ;
- pensées suicidaires.

(Gouvernement du Québec)

La prévalence

Dans la population, la prévalence du trouble bipolaire se situe autour de 1 à 2 %. Les premiers symptômes apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Portail d'information périnatale, 2019).

Les répercussions sur la parentalité et le développement de l'enfant

Pour une mère présentant un trouble bipolaire, le risque de vivre un épisode psychotique est plus élevé durant la grossesse ou le post-partum ; on peut penser ici à des manifestations aiguës de psychose puerpérale (voir la section suivante), s'observant donc après la naissance de l'enfant (Maron, 2013). Ce trouble peut affecter la qualité des interactions précoces entre la mère et son nouveau-né.

Des études de cohortes de grande ampleur ont montré qu'avoir un parent présentant un trouble bipolaire multiplie le risque de psychopathologie par 2,7 pour l'enfant, notamment en ce qui a trait au trouble bipolaire, aux troubles du comportement, au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et aux troubles de l'humeur (Pupier et Scappaticci, 2015).

AUTRES TROUBLES MENTAUX

La présente section décrit plus succinctement deux autres troubles mentaux pouvant survenir au cours de la période périnatale, soit le trouble obsessionnel-compulsif et la psychose post-partum.

Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) en période périnatale

Au cours de la période périnatale, des pensées intrusives de type obsessionnel ou compulsif peuvent survenir, altérant le fonctionnement du parent. Elles s'inscriront dans un épisode de dépression postnatale ou se présenteront de manière isolée. On évoque notamment des pensées obsessionnelles liées à la sécurité de son enfant (p. ex. : crainte de lui faire mal ou impression de danger pour sa sécurité). Certaines personnes rapportent en effet avoir des craintes envahissantes de blesser leur enfant ou que ce dernier soit blessé. Les obsessions prennent souvent la forme de « flashes », à des moments parfois aléatoires. Cela peut mener à des comportements de vérification à caractère compulsif, qui se produisent de manière si fréquente qu'ils nuisent au fonctionnement quotidien (vérifier si l'enfant respire toujours, stériliser les items du bébé, assurer la sécurité des lieux, etc.). Outre que ces pensées vont généralement à l'encontre de ce que la personne est réellement et de ses valeurs, elles ont un caractère épuisant.

La prévalence du TOC en post-partum se situe entre 4 et 11 % chez les mères et autour de 1,8 % chez les pères (Portail d'information périnatale, 2019).

La psychose post-partum, ou psychose puerpérale

La psychose post-partum, aussi appelée psychose puerpérale, reste un trouble rare (moins de 1 cas par 1 000 naissances), mais sévère, qui apparaît au cours des dernières semaines de la grossesse ou dans les dix jours suivant la naissance de l'enfant (Portail d'information périnatale, 2019).

Ce trouble peut entraîner des symptômes importants pour la mère et des conséquences graves pour son enfant. Selon le [Portail d'information périnatale](#) (2019, p. 19), les principaux symptômes sont :

- [p]erturbations de la perception (p. ex. : perte de contact avec la réalité, hallucinations) ;
- [c]royances inusitées ou inhabituelles et altération du jugement (p. 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 (p. ex. : problèmes de jugement, expression orale confuse ou rapide) ;
- idées de se faire mal ou de faire mal à son bébé pouvant aller jusqu'à l'infanticide et/ou le suicide.

Important

Lorsqu'une mère présente ces symptômes, il est essentiel d'assurer tant la sécurité du bébé que celle de la mère. Ce trouble constitue une urgence médicale, qui nécessitera la prise en charge immédiate de la mère par une urgence psychiatrique. Le recours aux services policiers ou ambulanciers peut s'avérer nécessaire.

STRATÉGIES D'INTERVENTION

1. Promotion d'une santé mentale optimale

Dans la perspective de la promotion d'une santé mentale optimale des familles, l'accompagnement offert dans le cadre des SIPPE vise, entre autres, à soutenir les parents dans les défis se posant à eux dans leur vie quotidienne et à améliorer leur sentiment de bien-être (ex. : pratique d'activités physiques, participation à un café-rencontre pour parents) et de contrôle sur leur vie. Selon leurs besoins, la personne intervenante accompagne les parents vers les ressources du milieu afin de leur permettre de briser leur isolement, d'obtenir du soutien social, de mettre en commun leurs expériences avec d'autres parents, d'obtenir de l'aide pour accomplir leurs tâches quotidiennes, etc.

De manière générale, certaines attitudes favorisent l'accompagnement des familles :

- écoute, ouverture, non-jugement ;
- normalisation de l'expérience parentale (la période périnatale impliquant de nombreux changements et bouleversements sur les plans physique, psychologique et social) ;
- reconnaissance des forces du parent et de ses bons coups ;
- valorisation du parent ;
- observation de l'état de santé mentale du parent, collecte d'informations à ce sujet et surveillance des signes associés aux problèmes de santé mentale, et ce, dans le respect des valeurs socioculturelles et spirituelles de la famille ;
- renforcement, chez le parent, de l'aptitude à parler de situations problématiques liées à sa santé mentale, à exprimer ses émotions et à aller chercher de l'aide ;
- soutien du parent dans sa démarche concernant les traitements possibles ;
- surveillance en continu de la santé, de la sécurité et du bien-être de l'enfant au sein de sa famille.

2. Détection des signes et des symptômes, co-intervention et « transfert » du dossier aux ressources en santé mentale

Les personnes intervenantes doivent déceler rapidement les signes d'une santé mentale moins optimale chez les parents. En effet, lorsqu'elles soupçonnent la présence d'un trouble mental ou lorsqu'il y a présence avérée d'un trouble mental chez un ou les deux parents, elles doivent vérifier, avec le soutien de la personne accompagnatrice clinique ou dans le cadre d'une discussion de cas, la nécessité d'une référence et d'un accompagnement vers des services en santé mentale pour un suivi en co-intervention lorsque les SIPPE constituent toujours une réponse appropriée aux besoins de la famille.

Il est recommandé que les personnes intervenantes SIPPE accompagnent les parents ou futurs parents vers des ressources en santé mentale pour une évaluation et un suivi dans les situations suivantes, car celles-ci peuvent révéler la présence d'un trouble mental chez le parent :

- si les symptômes surviennent presque tous les jours et persistent dans le temps (ex. : des symptômes dépressifs qui durent plus de deux semaines ou des symptômes de manie qui durent plus d'une semaine) ;
- si les symptômes occasionnent une détresse psychologique ou nuisent aux activités quotidiennes ;
- si les symptômes du parent interfèrent avec sa capacité à prendre soin de son enfant ;
- si les représentations mentales du parent nuisent à l'exercice de son rôle parental et représentent un danger pour la santé physique ou mentale de l'enfant ;
- s'il y a agitation, hyperactivité, méfiance, confusion, idées délirantes ou paranoïaques, intoxication sévère ou risque suicidaire. Dans ces cas, orienter immédiatement le parent vers l'urgence psychiatrique.

Important

Il est cependant recommandé que la personne intervenante SIPPE ne soit pas seule en charge du dossier lorsqu'un parent présente un trouble mental ou que des symptômes nuisent à l'exercice de la parentalité. Une collaboration avec le médecin, le psychiatre ou un autre professionnel en santé mentale est alors nécessaire.



Il s'avérera utile de répondre aux questions qui suivent afin de déterminer si l'intervention SIPPE en co-intervention avec des services en santé mentale est adéquate :

- Le parent est-il en mesure de bien assurer la santé, la sécurité et le développement de son enfant ?
- Le parent a-t-il les capacités et la volonté de mettre en pratique les suggestions de la personne intervenante SIPPE ?
- Le parent continue-t-il à faire des apprentissages, et ce, même à un rythme lent ?
- La posture de promotion et de prévention s'applique-t-elle toujours à la famille ?

oui

Si la réponse à une ou à plusieurs de ces questions est oui et lorsque la personne intervenante juge qu'il se présente une fenêtre d'opportunité pour traiter de la relation parent-enfant ou de la parentalité et que le développement de l'enfant n'est pas compromis, il peut être justifié de poursuivre le suivi des SIPPE en co-intervention avec des services en santé mentale. Dans ces situations, la personne intervenante peut convenir avec la famille de diminuer l'intensité du suivi des SIPPE pendant la période où le parent reçoit des services relatifs à la santé mentale afin de ne pas surcharger cette famille. Lorsqu'il y a co-intervention avec des services en santé mentale, il faut établir des pratiques de collaboration avec ces services afin de favoriser la continuité (informationnelle, relationnelle et en matière d'approche) de l'intervention.

non

Si la réponse à une ou à plusieurs de ces questions est non, après discussion en équipe interdisciplinaire ou avec le soutien de la personne accompagnatrice clinique, la personne intervenante accompagnera la famille vers les ressources pertinentes et transmettra le dossier aux services appropriés en prenant soin de faire le nécessaire pour faciliter la transition.

En présence d'un trouble mental, ou de symptômes pouvant laisser croire à un trouble mental, certaines pistes d'intervention peuvent faciliter l'accompagnement SIPPE en co-intervention avec des services en santé mentale :

- fixer, avec les parents, des objectifs réalistes, concrets et atteignables à court terme ;
- encourager les parents à verbaliser leurs émotions, s'autoriser des moments de silence et accueillir sans jugement les émotions de chaque parent – ce qui implique de ne pas les nier et de les prendre au sérieux ;
- favoriser la responsabilisation des parents et renforcer leur pouvoir d'agir en les faisant participer à la recherche de solutions ;
- souligner les forces actuelles et antérieures des parents.

Pour les parents ayant un trouble de la personnalité limite

Pour ces parents, certaines pistes d'intervention s'ajoutent (Laporte, 2007) :

- instaurer un cadre d'intervention bien délimité en clarifiant les tâches et les responsabilités de chaque personne liée au dossier (ex. : établir la durée des visites, fixer le nombre d'appels téléphoniques nécessaires entre les visites, renforcer les comportements adéquats des parents et réagir à leurs comportements problématiques pour les amener à les modifier) et respecter ce cadre. Établir, d'entrée de jeu, la distinction entre comportements acceptables et comportements inacceptables, puis mentionner les conséquences de ces derniers (ex. : les appels ou la rencontre prendront fin si le comportement inadéquat – violent, par exemple – ne cesse pas après un avertissement) ;
- encourager les parents à reconnaître leurs émotions plutôt que de passer à l'acte. Si un parent est sujet à des crises de colère, par exemple, lui suggérer des stratégies pour qu'il arrive à contrôler sa colère (ex. : sortir pour prendre l'air et revenir) ;
- dédramatiser la perception des parents de ce qu'ils considèrent comme des « catastrophes » en les faisant parler de leur peur et du scénario catastrophe qu'ils redoutent ;
- parler aux parents de ce que les comportements problématiques induisent chez l'enfant, le conjoint ou les autres ;
- reconnaître le bien-fondé de l'expérience et des émotions des parents, car celles-ci sont vraies pour la personne, tout en remettant en question certaines de leurs façons de voir les choses ;
- ne pas céder devant des demandes désorganisées et contradictoires.

Même s'il existe des traitements dont l'efficacité est reconnue pour traiter les troubles mentaux, ils peuvent ne pas être suffisants pour soutenir la parentalité et le développement de l'enfant. Il s'avère nécessaire de travailler aussi à améliorer la relation parent-enfant et de soutenir les pratiques parentales qui favorisent le développement optimal de l'enfant (ex. : visites à domicile avec rétroaction vidéo, soutien pratique, enseignement des étapes du développement de l'enfant, massage pour bébé, modélisation des comportements). Par ailleurs, la participation du partenaire ou d'un autre adulte avec qui l'enfant a un lien significatif peut contribuer à la réduction des conséquences négatives des troubles mentaux du parent affecté sur le développement de cet enfant. L'intégration à un service de garde éducatif de qualité peut également constituer un facteur de protection pour l'enfant.

Important

Si la personne intervenante a la moindre crainte quant à la santé, à la sécurité ou au développement de l'enfant, elle doit en discuter avec l'équipe interdisciplinaire ou avec la personne accompagnatrice clinique. Si cela est jugé nécessaire, il faut ensuite signaler la situation à la Direction de la protection de la jeunesse. Parmi les éléments à surveiller, figurent la sécurité de l'enfant, la réponse à ses besoins de base (négligence) ainsi que les comportements parentaux inadéquats (violence physique et psychologique).

POUR EN SAVOIR PLUS

Fiche d'information de ABCdaire, suivi collaboratif des 0 à 5 ans qui traite de la dépression périnatale maternelle
<https://enseignement.chusj.org/ENSEIGNEMENT/files/71/71548aed-7939-4989-9027-d7076cf8a7f0.pdf>

Trousse de soutien *Le bien-être en période périnatale* du CHU Sainte-Justine (2022)
via le projet Grande Ourse en santé mentale périnatale
<https://www.chusj.org/fr/soins-services/G/obstetrique-grossesse-accouchement-nouveau-ne/projet-grande-ourse-sante-mentale-perinatale>

Article scientifique de Marc Boily et autres (2016) intitulé *Déterminants sociaux de la santé et exercice de la parentalité : regard sur le vécu des parents ayant un trouble mental*
https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2016/02/intervention_143_determinant_sociaux_0.pdf

Fiche *À propos des troubles mentaux* du gouvernement du Québec (2022)
<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>

Vidéo, *Aider les hommes en détresse* de l'Initiative Amis des pères au sein des familles (2017)
https://www.youtube.com/watch?v=XFme7qaot_1&t=7s
<https://cerif.uqo.ca/fr/outils-pour-intervenants>

Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : *S'unir pour un mieux-être collectif* du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2022),
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

Portail d'information périnatale de l'Institut national de santé publique du Québec (2019),
Santé mentale et troubles mentaux en contexte périnatale
<https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale>

Site Soins de nos enfants de la Société canadienne de pédiatrie (2020),
La dépression chez les femmes enceintes et chez les mères : Ses effets sur vous et votre enfant
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale.pdf>

RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition, Traduction française sous la coordination de Marc-Antoine CROCQ et Julien Daniel GUELF, Issy-les-Moulineaux (France), Elsevier Masson, LVII, 1216 p.
Également disponible en ligne : <https://psyclinifcs.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>.

ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC (2022). *Qu'est-ce qu'une maladie mentale?*
Site de l'Association des médecins psychiatres du Québec, onglet Info-maladies, [En ligne].
[<https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/>].

BARTSCH, Dianna R., et autres (2015). « Borderline personality disorder and parenting: clinician perspectives », *Advances in Mental Health*, vol. 13, no 2, p. 113-126. doi : 10.1080/18387357.2015.1065554.

BOILY, Marc, et autres (2016). « Déterminants sociaux de la santé et exercice de la parentalité : regard sur le vécu des parents ayant un trouble mental », *Intervention*, no 143, p. 85-101.
Également disponible en ligne :
https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2016/02/intervention_143_determinant_sociaux_0.pdf.

CENTRE D'INNOVATION EN SANTÉ MENTALE SUR LES CAMPUS. *Introduction à la santé mentale*, [En ligne].
[<https://morefeetontheground.ca/fr/mental-health/introduction-a-la-sante-mentale/>]. (Consulté le 15 novembre).

CAMPBELL, Suzan B. (2010). « La dépression de la mère et l'adaptation de l'enfant durant la petite enfance », dans TREMBLAY, Richard E., Michel BOIVIN et Ray DeV. PETERS, sous la dir. de. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, [En ligne]. [<https://www.enfant-encyclopedie.com/depression-maternelle/selon-experts/la-depression-de-la-mere-et-ladaptation-de-lenfant-durant-la>].

CUMMINGS, E. Mark, et Chrystyna D. KOUROS (2009). « La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants », dans TREMBLAY, Richard E., Michel BOIVIN et Ray DeV. PETERS, sous la dir. de. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, [En ligne]. [<https://www.enfant-encyclopedie.com/depression-maternelle/selon-experts/la-depression-de-la-mere-et-sa-relation-avec-le-developpement-et/>].

DORÉ, Isabelle, et Jean CARON (2017). « Santé mentale : concepts, mesures et déterminants = Mental Health: Concepts, Measures, Determinants », *Santé mentale au Québec*, vol. 42, no 1, printemps, p. 125-145.
[Résumé en anglais]. doi : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040247ar/>.

EYDEN, Julie, et autres (2016). « A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: potential mechanisms and clinical implications », *Clinical Psychology Review*, vol. 47, juillet, p. 85-105. doi : 10.1016/j.cpr.2016.04.002.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2021). *À propos des troubles mentaux*, [En ligne]. [<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>]. (Consulté le 7 septembre 2021).

GUNLICKS, Meredith L., et Myrna M. WEISSMAN (2008). « Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review », *Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 47, no 4, avril, p. 379-389. doi : 10.1097/CHI.0b013e3181640805.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC – INSPQ (2019). *Santé mentale et troubles mentaux en contexte périnatale : pour accompagner les parents*, Fiche du Portail d'information périnatale, mise à jour de juin 2021, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale.pdf>].

KEYES, Corey L.M. (2002). « The mental health continuum: from languishing to flourishing in life », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, no 2, juin, p. 207-222. doi : 3090197.

KEYES, Corey L.M., et Julia ANNAS (2009). « Feeling good and functioning well: distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science », *The Journal of Positive Psychology*, vol. 4, no 3, p. 197-201. doi : 10.1080/17439760902844228.

KEYES, Corey L.M., et Eduardo J. SIMOES (2012). « To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 102, no 11, novembre, p. 2164-2172. doi : 10.2105/AJPH.2012.300918.

KOWALENKO, Nicholas M., et autres (2012). « Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness », *The Medical Journal of Australia Open*, vol. 1, no suppl. 1, 16 avril, p. 14-17. Également disponible en ligne : https://www.researchgate.net/publication/267874858_Family_matters_infants_toddlers_and_preschoolers_of_parents_affected_by_mental_illness.

LAPORTE, Lise (2007). « Un défi de taille pour les centres jeunesse : intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite », *Santé mentale au Québec*, vol. 32, no 2, p. 97-114. [Résumés en anglais, en espagnol et en portugais]. doi : 10.7202/017799ar.

LAPORTE, Lise, et autres (2014). « Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre = Working with parents with borderline personality disorder in youth protection services : when suffering is combined with dismay », *Revue de psychoéducation*, vol. 43, no 2, p. 323-347. [Résumé en anglais]. Également disponible en ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/psyedu/2014-v43-n2-psyedu04693/1061187ar/>.

MACFIE, Jenny, et autres (2017). « A mother's borderline personality disorder and her sensitivity, autonomy support, hostility, fearful/disoriented behavior, and role reversal with her young child », *Journal of Personality Disorders*, vol. 31, no 6, December, p. 721-737. doi : 10.1521/pedi_2017_31_275.

MARON, M. (2013). « Les parents bipolaires », *La Lettre du Psychiatre*, vol. IX, no 1, janvier-février, p. 16-19. Également disponible en ligne : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19365.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC – MSSS (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif*, [Fichier PDF], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, XX, 116 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2018). *Santé mentale : renforcer notre action*, [En ligne]. [<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>] (Consulté le 19 janvier 2022).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, XVIII, 182 p. Également disponible en ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391>.

PORTAIL D'INFORMATION PÉRINATALE (WASSEF, A., CANTIN, J. et DA COSTA, D. 2019). *Santé mentale et troubles mentaux* [Fichier PDF], [Montréal], Institut national de santé publique du Québec, I, 49 p. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale.pdf>].

PUPIER, F., et R. SCAPPATICCI (2015). « Trouble bipolaire et parentalité : exploration des caractéristiques cliniques des enfants de parents bipolaires », *European Psychiatry*, vol. 30, no S2 : Hors-série 1 : 7^e Congrès français de psychiatrie, 25-28 novembre 2015, Lille, Résumés des communications, Présentation orale 71, p. S133. doi : 10.1016/j.eurpsy.2015.09.261.

WYNTER, Karen, Heather ROWE et Jane FISCHER (2013). « 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 », *Journal of Affective Disorders*, vol. 151, no 3, décembre, p. 980-985. doi : 10.1016/j.jad.2013.08.021.

