



**Le portail  
d'information prénatale**

[infoprenatale.inspq.qc.ca/](http://infoprenatale.inspq.qc.ca/)



Illustration : Sophie Casson

# Santé mentale

## Auteures

**Pascale Tremblay**

Institut universitaire en santé mentale de Québec

**Émilie Côté**

Institut universitaire en santé mentale de Québec

## Collaboratrices

**Alessandra Chan, INSPQ**

**Nicole Desjardins, INSPQ**

**Sylvie Lévesque, INSPQ**

*L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues dans REPRODUCTION ET DROITS D'AUTEURS du Portail d'information prénatale à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/reproduction-et-droits-d-auteurs>.*

*Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

# Table des matières

## Au sujet de la santé mentale pendant la période périnatale

- Définir la santé mentale
- La santé mentale et la transition à la parentalité
- Les mécanismes physiologiques associés à l'humeur et au stress

## Principaux problèmes et troubles de santé mentale en période périnatale

- Le *baby blues*
- La dépression
- Les troubles anxieux
- Les troubles mentaux moins fréquents

## Qui est à risque?

### Conséquences possibles sur la santé

- Conséquences pour la femme enceinte
- Conséquences pour la grossesse
- Conséquences pour l'enfant

### Santé mentale du père

- La dépression paternelle
- Qui est à risque?
- Les conséquences possibles sur la santé

### Traitements possibles : ce qu'il faut savoir

- Les traitements pharmacologiques
- Les traitements psychologiques

### Diriger vers des ressources

- Quand diriger?
- Où diriger?



### Messages clés à transmettre aux futurs parents

### Ressources et liens

### Lexique

### Références



# Au sujet de la santé mentale pendant la période périnatale

## Définir la santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la **santé mentale** est une composante essentielle de la santé<sup>1</sup>. Plus précisément, elle est définie de la façon suivante :

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

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

La santé mentale ne consiste pas seulement à l'absence de troubles mentaux<sup>1</sup>. Elle varie plutôt sur un continuum allant d'un sentiment de **bien-être psychologique** (santé mentale optimale) à un sentiment de **détresse psychologique** (mauvaise santé mentale)<sup>3</sup>.

Un **trouble mental** représente une maladie diagnostiquée dans laquelle la personne présente des symptômes caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement. Les symptômes entraînent un état de détresse ou de souffrance et interfèrent avec le fonctionnement de la personne<sup>2</sup>. Les troubles mentaux varient également sur un continuum, allant d'une absence de symptômes de trouble mental à un trouble mental grave<sup>3</sup>.

Les **problèmes de santé mentale** se situent ainsi entre ces deux extrêmes du continuum. Leurs symptômes sont les mêmes que ceux d'un trouble mental, mais ils sont d'une sévérité et d'une durée de moindre importance<sup>4</sup>.

Cette fiche traite du continuum de la santé mentale lors de la période périnatale chez la future mère et le futur père.

## La santé mentale et la transition à la parentalité

Puisque la parentalité est souvent idéalisée dans notre société, les futurs parents peuvent croire que cette expérience ne devrait être que positive. Ceux dont le vécu diffère de cet idéal n'osent pas toujours parler de ce qu'ils vivent de peur d'être incompris ou jugés négativement. Ils peuvent se sentir coupables, douter de leurs compétences parentales et, parfois même, remettre en question leur décision d'avoir un enfant.

Pour la femme enceinte, la transition à la parentalité implique l'acquisition d'une nouvelle identité, celle de mère. Bien qu'elle se fasse sans trop de mal chez la majorité des femmes, les changements qui y sont associés peuvent causer un stress et une détresse psychologique importants chez d'autres. La période périnatale représente donc une source de vulnérabilité à des problèmes de santé mentale, particulièrement chez celles qui présentent des antécédents de troubles mentaux ou qui souffrent d'un trouble mental.

Lors d'une rencontre médicale prénatale, il est courant de vérifier systématiquement chez les femmes enceintes la présence de différentes conditions physiques, comme le diabète gestationnel, la pression artérielle et certaines infections, mais ces femmes sont rarement questionnées sur leur état de santé mentale ou sur leurs antécédents de troubles mentaux. Or, une des complications obstétricales les plus fréquentes dans les pays industrialisés est d'ordre psychiatrique<sup>5</sup>.

Par conséquent, qu'elle soit légère, transitoire ou sévère, la détresse psychologique des femmes enceintes ne devrait jamais être ignorée, compte tenu des répercussions potentielles sur leur santé et celle de l'enfant à naître.

Pour plus de détails sur la période de transition à la parentalité, consulter la fiche *Adaptation à la parentalité*.

## Les mécanismes physiologiques associés à l'humeur et au stress

### Les hormones reproductrices et l'humeur

Pendant la grossesse, le corps de la femme sécrète des hormones nécessaires à l'évolution de la grossesse, notamment des œstrogènes et de la progestérone. L'augmentation du taux de ces hormones peut influencer le bien-être émotionnel de la femme enceinte à travers leurs actions sur les neurotransmetteurs du cerveau<sup>6</sup> :

- Les **œstrogènes** agissent en augmentant le niveau d'énergie et en suscitant une humeur plus euphorique qu'à l'accoutumée chez la femme enceinte. Ces hormones peuvent donc être considérées comme des antidépresseurs et des stabilisateurs naturels de l'humeur<sup>6</sup>.
- La **progestérone** est associée à une fatigue accrue, un besoin grandissant d'heures de sommeil et une variation de l'appétit chez la femme enceinte. Son effet sédatif et anxiolytique peut donc provoquer des symptômes dépressifs ou aggraver des symptômes dépressifs déjà présents<sup>6</sup>.

Les actions des hormones varient selon le trimestre de la grossesse. Par exemple, à la fin du troisième trimestre, le taux des hormones reproductrices est mille fois plus élevé qu'en temps normal. Il chute dramatiquement dans les heures qui suivent l'expulsion du placenta, ce qui peut influencer les émotions de la femme<sup>7</sup>.

Par ailleurs, ce ne sont pas toutes les femmes qui réagissent aux fluctuations des hormones pendant la grossesse. Certaines femmes sont moins sensibles aux fluctuations hormonales, car les récepteurs des neurotransmetteurs et les neurones de leur cerveau ont la capacité de résister à l'impact des changements hormonaux. Par contre, chez celles qui y sont plus sensibles, le déséquilibre hormonal peut affecter l'humeur et influencer leur état de santé mentale<sup>6</sup>.

## Le cortisol et le stress

Le stress fait partie de la vie de tous les jours<sup>8</sup> et constitue une réaction normale quand l'adaptation à une situation est jugée difficile ou menaçante<sup>9</sup>.

Lors de la grossesse, les sources de stress peuvent être diverses : un événement de vie (p. ex. : séparation, maladie grave), un événement quotidien (p. ex. : pression au travail, conflits conjugaux), des préoccupations propres à la grossesse (p. ex. : saignements vaginaux, santé du bébé à naître)<sup>9, 10</sup>. Les individus ne réagissent toutefois pas de la même façon au stress, et ce qui est stressant pour une personne ne l'est pas nécessairement pour une autre.

À un niveau modéré, le stress est donc un état normal et utile qui permet de réagir rapidement face à une situation. En effet, le cortisol déclenche divers processus qui fournissent au cerveau un apport en énergie suffisant pour faire face à l'événement stressant<sup>11</sup>. Le stress peut donc avoir des effets positifs et être une source de motivation pour surmonter des difficultés<sup>8</sup>.

Cependant, un stress intense chez la femme enceinte peut s'avérer toxique en raison de la libération d'un haut taux de cortisol. Cela peut entraîner des répercussions négatives sur la santé de la mère, sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant<sup>12, 13, 9, 14</sup>.

Des études ont montré qu'un taux de cortisol élevé chez une femme enceinte peut occasionner des altérations dans les neurones du fœtus et engendrer des problèmes de retard de développement, des troubles de l'attention et de l'hyperactivité ou des déséquilibres psychologiques et comportementaux chez l'enfant<sup>15</sup>. Ce stress intense peut être associé chez la mère à une dépression, de l'anxiété, de la colère ou une propension à être stressée par des éléments du quotidien<sup>16</sup>.





# Principaux problèmes et troubles de santé mentale en période périnatale

Au cours de la période périnatale, il importe de se préoccuper de différents problèmes et troubles de santé mentale, car ils peuvent se manifester pour la première fois ou être amplifiés chez une femme qui en est déjà affectée.

Les troubles mentaux peuvent prendre différentes formes (p. ex. : dépression, troubles anxieux, troubles liés à une substance, troubles de la personnalité). Cette section vise à présenter les manifestations des problèmes et des troubles de santé mentale les plus fréquents pendant la grossesse et la période post-partum, notamment le *baby blues*, la dépression et les troubles anxieux.

**Une liste des symptômes est présentée à titre informatif pour chaque problème ou trouble. Elle ne remplace pas le jugement et l'expérience clinique d'un professionnel dans l'établissement d'un diagnostic.**

## Le *baby blues*

### Qu'est-ce que le *baby blues*?

Après la naissance du bébé, il est fréquent que les femmes ressentent une déprime passagère caractérisée par une plus grande émotivité, de la fatigue et un sentiment d'être dépassé par les événements; c'est ce qu'on appelle le *baby blues*.

Ces femmes rapportent souvent qu'elles ne savent pas pourquoi elles se sentent déprimées, ont l'impression que leurs réactions sont « stupides » et peuvent se mettre à rire et à pleurer en même temps<sup>17, 8</sup>.

### Le *baby blues* en chiffres

Entre 50 % et 80 % des femmes ressentent le *baby blues* à la suite de la naissance du bébé<sup>18</sup>. Le *baby blues* n'est pas considéré comme une condition pathologique. Il ne nécessite pas de traitement puisqu'il se résorbe de lui-même après une courte période.

Le soutien de l'entourage (p. ex. : se confier à ses proches, se faire offrir des moments pour se reposer) contribuerait à réduire les symptômes dans les semaines suivant l'accouchement<sup>19, 20</sup>.

## Les symptômes du *baby blues*

Le *baby blues* survient 3 ou 4 jours après la naissance du bébé et dure de quelques jours à deux semaines. Les symptômes les plus communs sont les suivants<sup>7, 8</sup> :

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

Si les symptômes s'intensifient et persistent au-delà de deux semaines, le *baby blues* peut évoluer vers une dépression.

## La dépression

### Qu'est-ce que la dépression?

La dépression est un trouble de l'humeur qui se caractérise par une humeur triste ou une perte de plaisir généralisée, survenant presque tous les jours pendant au moins deux semaines, et qui empêche la personne d'accomplir certaines de ses activités quotidiennes<sup>21, 22, 23</sup>.

### La dépression en chiffres

Environ 10 % des femmes souffrent d'une **dépression prénatale**, c'est-à-dire pendant leur grossesse<sup>24</sup>; les taux de prévalence les plus élevés s'observent lors du deuxième et troisième trimestre<sup>25</sup>.

De plus, la période suivant la naissance représente un moment de vulnérabilité accrue pour les femmes, car environ 10 % à 20 % d'entre elles vivront une **dépression post-partum**, qui apparaît généralement de deux semaines à six mois après la naissance de l'enfant<sup>26, 27, 28, 8</sup>.

### Les symptômes de la dépression

La dépression inclut la présence d'au moins cinq des symptômes suivants, et au moins un des symptômes doit être une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir<sup>29</sup> :

- Humeur triste ou irritable;
- Perte d'intérêt pour les activités ou de plaisir pendant celles-ci (p. ex. : il est courant d'observer la diminution de la libido);

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

Étant donné les similarités entre certaines expériences normales de la grossesse et certains symptômes dépressifs (p. ex. : fatigue, variations de l'appétit, sautes d'humeur), il est plus ardu de détecter une dépression chez une femme enceinte ou en post-partum<sup>30</sup>.

## Les troubles anxieux

### Qu'est-ce qu'un trouble anxieux?

L'anxiété est une réaction que tout le monde ressent face à diverses situations de la vie (p. ex. : une entrevue pour un nouvel emploi). L'anxiété devient toutefois un problème lorsque la personne ne parvient plus à la contrôler et que cet état génère des difficultés dans des aspects de la vie quotidienne; il s'agit alors d'un trouble anxieux<sup>31, 32</sup>.

### Les troubles anxieux en chiffres

La prévalence des troubles anxieux lors de la période périnatale varie considérablement selon les études et les méthodologies retenues<sup>33</sup>. Les symptômes d'anxiété seraient relativement fréquents durant la grossesse et en post-partum : entre 15 et 54 % des femmes présenteraient ces symptômes durant cette période<sup>34</sup>.

### Les symptômes d'un trouble anxieux

Les symptômes d'un trouble anxieux sont les suivants<sup>29, 31</sup> :

- Peur persistante, difficile à maîtriser et reconnue comme étant irrationnelle par la personne;
- Présence d'inquiétudes, d'images ou de pensées qui préoccupent la personne de façon excessive ou récurrente;
- Manifestations physiologiques ou plaintes somatiques non expliquées par une maladie organique : palpitations cardiaques, tremblements, transpiration, raideurs musculaires, sensations d'étouffement, engourdissements, difficultés de sommeil, etc.;
- Comportements d'évitement ou comportements répétitifs pour gérer l'anxiété;
- Altération du fonctionnement habituel (p. ex. : la personne s'isole, fait de l'insomnie, etc.).

Il est fréquent que les femmes aux prises avec des troubles anxieux pendant leur grossesse souffrent également de dépression<sup>35, 36, 34, 37, 38, 39</sup>. La présence de troubles anxieux pendant la grossesse augmente les risques de troubles anxieux ou de dépression en période post-partum<sup>34, 40</sup>.

## Les troubles mentaux moins fréquents

D'autres troubles mentaux, moins fréquents, peuvent être observés lors de la période périnatale, tels que :

### Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire (communément appelé maniaco-dépression) est un trouble de l'humeur caractérisé par des changements d'humeur incontrôlables.

L'humeur de la personne qui en est atteinte oscille entre des épisodes de manie (dont les symptômes doivent être présents pendant au moins une semaine) et de dépression (dont les symptômes doivent être présents pendant au moins deux semaines). La personne peut donc passer d'un état d'euphorie à celui de tristesse profonde au cours de quelques semaines ou quelques mois, sans nécessairement qu'un événement particulier ait déclenché ce changement<sup>41, 42</sup>.

Environ 15 % des femmes présenteraient des symptômes de cette maladie durant la période post-partum<sup>43</sup>, sans toutefois être atteintes réellement de la maladie. Au sein de la population générale, il est estimé que la prévalence à vie varie de 1 à 2 %<sup>27</sup>.

### Psychose du post-partum

La psychose du post-partum apparaît généralement à partir de la deuxième ou troisième semaine après la naissance. Ce trouble est parfois la première manifestation d'un trouble bipolaire<sup>27</sup>.

L'incidence est estimée à 1 ou 2 femmes sur 1000 qui ont donné naissance<sup>8</sup>. Il s'agit du trouble mental le moins courant durant la période postnatale, mais le plus dangereux, tant pour la mère que pour le bébé, en raison des symptômes suivants :

- Idées de suicide et d'infanticide ou idées de se faire mal ou de faire mal au bébé;
- Perturbations de la perception (p. ex. : pertes de contact avec la réalité, hallucinations);
- Croyances et jugements bizarres (p. ex. : idées délirantes ou paranoïaques, croyance que des personnes veulent faire du mal au bébé ou à soi, croyance que le bébé est 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).

Si la mère présente ces symptômes, il est fortement recommandé d'assurer la sécurité de l'enfant et de la mère, car la mère n'est pas en mesure de s'occuper du bébé ou d'elle-même. Ce trouble constitue une urgence médicale et requiert une hospitalisation de même qu'un traitement pharmacologique<sup>8</sup>.

## Qui est à risque?

Un trouble mental ne signifie pas qu'une personne a une faiblesse ou est un mauvais parent. De même, aucune femme n'est totalement à l'abri de vivre des troubles mentaux durant la période périnatale.

Les causes exactes des troubles mentaux en période périnatale ne sont pas connues. Les données scientifiques et l'expérience clinique suggèrent qu'il n'y a pas de cause unique, mais qu'une combinaison de facteurs de risque serait plutôt en jeu<sup>44, 45</sup>.

De façon générale, les facteurs suivants constituent les principaux éléments de risque pour la santé mentale de la femme pendant la période périnatale :

- Les facteurs individuels :
  - Un antécédent de troubles mentaux dans la famille (prédisposition biologique)<sup>46, 47, 48</sup>;
  - Un antécédent de troubles mentaux avant la grossesse<sup>46, 47, 34</sup>;
  - Des expériences traumatisantes à l'enfance<sup>49</sup>.
- Les facteurs environnementaux :
  - Des conditions de vie stressantes (ex. : pauvreté, déménagement, séparation, perte d'emploi)<sup>37, 46, 50, 51</sup>;
  - Un manque de soutien social (de la part d'un conjoint ou de l'entourage)<sup>19, 52</sup>.

Le tableau 1 présente, de façon plus détaillée, les facteurs de risque liés à l'apparition de certains troubles mentaux en période périnatale.

**Tableau 1**  
**Facteurs de risque liés aux troubles mentaux en période périnatale**

	Dépression	Troubles anxieux	Trouble bipolaire	Psychose du post-partum
<b>Facteurs individuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historique de dépression dans la famille<sup>46, 47</sup></li> <li>• Historique de dépression ou de troubles anxieux avant la grossesse<sup>46, 47, 34</sup></li> <li>• Risque de rechute pour les femmes ayant cessé une médication antidépressive avant ou pendant la grossesse<sup>53, 54</sup></li> <li>• Caractère non planifié ou non désiré de la grossesse<sup>55, 56</sup></li> <li>• Difficultés liées à la maternité (p. ex. : fausse couche, interruption volontaire de grossesse)<sup>57</sup></li> <li>• Expériences traumatisantes à l'enfance (p. ex. : maltraitance, abus)<sup>49</sup></li> <li>• Faible estime personnelle<sup>56</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historique de troubles anxieux dans la famille<sup>31</sup></li> <li>• Historique de troubles anxieux avant la grossesse<sup>34</sup></li> <li>• Présence de dépression pendant la grossesse<sup>35, 36, 34, 37, 58, 59, 39</sup></li> <li>• Expériences traumatisantes à l'enfance (p. ex. : maltraitance, abus)<sup>31</sup></li> <li>• Faible estime personnelle<sup>37</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historique de trouble bipolaire dans la famille (premier degré)<sup>48</sup></li> <li>• Historique de 4 épisodes ou plus de la maladie<sup>60</sup></li> <li>• Arrêt de la prise du stabilisateur d'humeur en début de grossesse<sup>60</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historique de psychose dans la famille<sup>8</sup></li> <li>• Historique de psychose ou de trouble bipolaire<sup>8</sup></li> </ul>
<b>Facteurs environnementaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Événements de vie stressants<sup>37, 46, 50, 51</sup></li> <li>• Défavorisation économique<sup>61</sup></li> <li>• Difficultés conjugales et familiales<sup>46, 47, 35</sup></li> <li>• Absence de soutien social ou soutien social insuffisant<sup>46, 47</sup></li> </ul>			

## Conséquences possibles sur la santé

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

### Conséquences pour la femme enceinte

- Alimentation déficiente<sup>62</sup>;
- Faible prise de poids<sup>63, 64</sup>;
- Faible pratique d'activités physiques<sup>63, 64</sup>;
- Suivi obstétrical inadéquat<sup>63, 64</sup>
- Dépression post-partum<sup>35, 61, 65, 34, 66, 67, 68</sup>;
- Trouble anxieux ou trouble de l'humeur en post-partum<sup>69, 34, 40</sup>;
- Atteintes dans ses capacités sociales et personnelles<sup>28</sup>;
- Hausse du risque de suicide<sup>28</sup>.

### Conséquences pour la grossesse

- Fausse couche<sup>9</sup>;
- Accouchement prématuré<sup>28, 70, 36</sup>;
- Prééclampsie<sup>71</sup>;
- Complications obstétricales<sup>72</sup>.

### Conséquences pour l'enfant

- Faible poids à la naissance<sup>28</sup>;
- Troubles affectifs et comportementaux<sup>73</sup>;
- Difficultés sur le plan du développement cognitif et langagier<sup>74</sup>;
- Relation mère-enfant affectée : plus de difficulté à créer un lien affectif avec l'enfant, soins moins adéquats, moins d'interactions positives entre une mère dépressive et son bébé, moins d'attention et de constance dans les réponses de la mère aux besoins de l'enfant<sup>75, 76, 77</sup>.





## Santé mentale du père

Il a été documenté que les hommes courant le plus de risques de souffrir de dépression sont ceux âgés de 25 à 44 ans, parmi lesquels on retrouve une importante proportion d'hommes susceptibles de devenir pères<sup>78, 79</sup>.

Les pères peuvent aussi éprouver de la détresse psychologique lors de la grossesse de leur conjointe ou après l'arrivée du bébé. Et si les problèmes de santé mentale chez les hommes sont moins bien connus que ceux qui touchent les femmes, les chercheurs et les professionnels de la santé et des services sociaux s'y intéressent de plus en plus.

### La dépression paternelle

#### Qu'est-ce que la dépression paternelle?

Les hommes manifestent généralement leur détresse psychologique de manière différente des femmes. La dépression chez la femme est souvent exprimée par des sentiments de tristesse et une grande émotivité, tandis qu'elle se manifeste souvent par de l'irritabilité et de l'agressivité chez l'homme.

Dans notre société, l'image de « l'homme fort » est communément valorisée, et les problèmes d'ordre émotif sont parfois synonymes de faiblesse ou considérés comme une caractéristique féminine. Les hommes sont ainsi peu encouragés à exprimer leurs émotions et ont tendance à parler davantage de leurs symptômes physiques. Il arrive aussi qu'ils ne réalisent pas qu'ils souffrent d'une dépression<sup>80, 81</sup>.

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



Illustration : Sophie Casson

**Les professionnels sont encouragés à se montrer particulièrement sensibles aux manifestations de détresse spécifiques des hommes; des comportements agressifs ou colériques peuvent être attribuables à une dépression nécessitant une aide professionnelle<sup>81</sup>.**

## La dépression paternelle en chiffres

Les chiffres sur la dépression paternelle varient grandement d'une étude à l'autre, selon la méthodologie retenue. Une méta-analyse américaine récente estime qu'environ 10 % des hommes vivent des symptômes de dépression lors de la période périnatale, et qu'un pic des symptômes est observé 3 à 6 mois après la naissance du bébé<sup>82</sup>.

## Les symptômes de la dépression paternelle

Les symptômes de la dépression chez les hommes sont les mêmes que ceux de la dépression chez les femmes (voir la section *Symptômes de la dépression*).

Cependant, des symptômes de nature extériorisée sont le plus souvent observés chez les hommes. Les plus fréquents sont les suivants<sup>83, 84, 85, 86, 87, 88, 81</sup> :

- Sautes d'humeur;
- Crises de colère ou de rage;
- Irritabilité ou agressivité;
- Faible capacité de contrôle des pulsions;
- Symptômes physiques (p. ex. : fatigue, maux de ventre, indigestion, maux de tête, difficulté à respirer);
- Consommation excessive d'alcool ou de drogues;
- Comportements hyperactifs (p. ex. : refuge dans le travail, le sport, les jeux de hasard ou d'autres activités pratiquées de manière intensive);
- Idées ou intentions suicidaires.

**Bien que les femmes qui souffrent de dépression fassent plus de tentatives de suicide que les hommes, ceux-ci présentent un risque quatre fois plus grand que leur tentative de suicide soit fatale. Ceci s'explique notamment par les méthodes plus agressives qu'ils utilisent (p. ex. : armes à feu), tandis que les femmes ont tendance à employer des méthodes moins létales (p. ex. : empoisonnement par médication)<sup>88</sup>.**

## Qui est à risque?

Les facteurs suivants sont associés à un risque accru de dépression paternelle :

- Historique personnel de dépression<sup>89</sup>;
- Caractère non planifié ou non désiré de la grossesse<sup>90</sup>;
- Rôle paternel « traditionnel » et faible implication dans l'éducation des enfants<sup>90, 86</sup>;
- Modifications dans les structures familiales<sup>91, 92, 86</sup>;
- Avoir une conjointe qui souffre de dépression<sup>93, 89, 94, 95</sup>;
- Faible niveau de satisfaction conjugale<sup>93, 89, 94, 95</sup>;
- Absence de soutien social ou peu de soutien social<sup>96, 95</sup>;

- Faible niveau socioéconomique<sup>79</sup>;
- Sans emploi<sup>94</sup>.

## Les conséquences possibles sur la santé

La dépression paternelle peut avoir les répercussions suivantes sur l'homme, sa conjointe ainsi que l'enfant à naître (il est à noter que certaines conséquences ne sont pas spécifiques à la période périnatale) :

### Conséquences pour l'homme

- Consommation abusive d'alcool ou de drogues<sup>81</sup>;
- Comportements violents<sup>81</sup>;
- Risque de suicide<sup>81</sup>.

### Conséquences pour la conjointe

- Influence négative sur l'humeur de la conjointe durant sa grossesse<sup>89</sup>;
- Problèmes conjugaux et risque de rupture<sup>94</sup>.

### Conséquences pour l'enfant

- Pleurs excessifs (coliques) chez le bébé<sup>97</sup>;
- Difficultés sur le plan du développement du langage<sup>98</sup>;
- Problèmes de comportement et affectifs<sup>99, 100, 79</sup>, particulièrement si les deux parents souffrent de dépression en même temps<sup>101, 102</sup>;
- Relation père-enfant affectée : moins d'interactions positives entre le père et l'enfant<sup>103</sup>, conflits<sup>79</sup>.



## Traitements possibles : ce qu'il faut savoir

Différents types de traitements existent et le choix du traitement dépend de la problématique, de la sévérité des symptômes et de la préférence de la personne.

### Les traitements pharmacologiques

La prise de médication constitue une façon de traiter les troubles mentaux. Ce type de traitement peut prendre différentes significations pour les femmes enceintes. Certaines cessent leur médication lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes, car elles perçoivent la prise de médication comme un échec ou une incapacité à être un bon parent. Elles peuvent se sentir coupables des effets possibles de la médication sur le bébé ou craindre d'être jugées ou stigmatisées<sup>104</sup>.

Ces raisons peuvent expliquer pourquoi peu de femmes cherchent à traiter leurs symptômes; il est estimé que seulement 20 % des femmes souffrant de dépression reçoivent des traitements<sup>105</sup>. Le traitement pharmacologique est souvent combiné à un traitement psychologique.

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

### Les traitements psychologiques

Bien que peu de données scientifiques existent sur les traitements psychologiques des troubles mentaux spécifiquement pour la période périnatale, il est recommandé que les interventions qui ont démontré leur efficacité auprès des adultes en général soient proposées aux femmes enceintes<sup>28</sup>.

Les thérapies à court terme (environ 10 à 20 semaines), d'approche interpersonnelle ou cognitive-comportementale, sont souvent utilisées. Elles ont démontré leur efficacité dans le traitement de divers troubles mentaux, tels que la dépression et les troubles anxieux<sup>106</sup>.



## Diriger vers des ressources

### Quand diriger?

Il est fortement recommandé que les professionnels dirigent les futurs parents vers des ressources spécialisées pour une évaluation plus approfondie en vue d'un traitement dans les cas suivants :

- Si une personne présente un ensemble de facteurs de risque;  
Pour les facteurs de risque chez la mère et chez le père, consulter respectivement les sections *Qui est à risque?* (femmes) et *Qui est à risque?* (hommes).
- Si les symptômes surviennent presque tous les jours et persistent dans le temps (p. ex. : des symptômes dépressifs qui persistent plus de deux semaines ou des symptômes de manie qui persistent plus d'une semaine);
- Si les symptômes occasionnent une détresse psychologique ou nuisent aux activités quotidiennes.

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

### Où diriger?

Dans le cadre du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, la principale porte d'entrée pour les services de santé mentale dans le secteur public se fait par le biais du guichet d'accès en santé mentale des Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Dans le cadre de ces services, une équipe de professionnels de la santé mentale reçoivent les demandes, évaluent les besoins de la personne et le niveau de services requis (p. ex. : première ou deuxième ligne), et redirigent si nécessaire vers les établissements publics ou communautaires pertinents<sup>107</sup>.

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





## Messages clés à transmettre aux futurs parents

Voici les principaux messages de santé à transmettre à tous les futurs parents, selon un consensus basé sur la recherche scientifique et la pratique professionnelle. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Les messages sont formulés de façon à s'adresser directement aux futurs parents, que ce soit lors d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Ils sont précédés d'un porte-voix et suivis d'une explication plus détaillée. En cliquant sur les mots soulignés dans le texte, vous serez dirigé vers la section de la fiche complète qui traite de ce thème.



**Certaines personnes peuvent ressentir des difficultés psychologiques durant la grossesse ou après la naissance du bébé.**

La grossesse et le fait de devenir parent amènent beaucoup de changements, sur le plan physique, hormonal et émotif. Ces changements peuvent augmenter le stress autant chez les femmes que chez les hommes, et ceux-ci peuvent ressentir des difficultés psychologiques ou des problèmes de santé mentale durant cette période.

Ces problèmes sont souvent amenés par plusieurs facteurs : par exemple, si d'autres personnes de votre famille ont déjà eu des difficultés psychologiques ou si vous vivez beaucoup de stress dans votre vie (un changement d'emploi ou ne pas avoir d'aide dans votre entourage), vous avez plus de risques d'avoir des problèmes de santé mentale.

Les problèmes de santé mentale ne sont pas un signe de faiblesse. Vous pouvez être un bon parent même si vous avez ces difficultés.



**Si vous ressentez des difficultés psychologiques et que cela dure depuis plusieurs semaines, il est fortement recommandé de demander de l'aide.**

Pour la majorité des gens qui ont des problèmes de santé mentale, ces problèmes ne disparaissent pas tout seuls. Différents traitements (médicaments ou psychothérapie) sont efficaces et sécuritaires.

Si depuis plusieurs semaines, vous vous sentez triste ou stressée presque tous les jours, vous observez des changements à votre appétit ou à vos habitudes de sommeil, ou vous avez beaucoup de difficulté à faire vos activités, il est temps d'aller chercher de l'aide. En effet, ces problèmes peuvent avoir des conséquences négatives sur votre grossesse, sur votre santé et celle de votre enfant.

Le fait de recevoir une aide professionnelle peut vous aider à vous sentir mieux. Nous pouvons vous aider dans cette démarche.



## La majorité des femmes ressentent le *baby blues* dans les jours qui suivent la naissance de leur bébé.

Quelques jours après l'accouchement, vous pouvez ressentir une déprime, de la fatigue, des sautes d'humeur ou avoir l'impression d'être dépassée par les événements. Cet état est normal; la majorité des femmes (50 à 80 %) connaissent cet état appelé *baby blues*.

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

Vos proches peuvent vous aider à surmonter cet état; par exemple, en écoutant vos confidences ou en vous offrant des moments pour vous reposer.

## Ressources et liens intéressants

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

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

#### **Massachusetts General Hospital Center for Women's Mental Health**

Centre d'information sur la santé mentale/grossesse/périnatalité :

<http://womensmentalhealth.org/>

#### **Postpartum depression**

Information sur la dépression du post-partum :

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/postpartumdepression.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/postpartumdepression.html)

#### **The Postpartum Stress Center, LLC**

Diagnostic et traitement de la dépression prénatale et du post-partum, et les troubles psychiques durant la grossesse : <http://postpartumstress.com/>

#### **Postpartum Support International**

Aide des femmes qui souffrent de troubles anxieux et psychiques durant la grossesse et la période du post-partum : [www.postpartum.net/](http://www.postpartum.net/)

### Information sur la santé mentale des pères

#### **National Institute of Mental Health**

Information sur la dépression chez les hommes :

[www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/men-and-depression/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/men-and-depression/index.shtml) (en anglais).

### Information sur les troubles mentaux

#### **Santé mentale – Combattre les préjugés**

Information sur la santé mentale et sur la maladie mentale :

[www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/index.php?accueil](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?accueil)

#### **Institut universitaire en santé mentale de Québec**

Aide les adultes atteints de maladie mentale à se rétablir et à s'intégrer en société :

[www.institutsmq.qc.ca](http://www.institutsmq.qc.ca)

#### **Santé Canada – La santé mentale**

Matériel sur la promotion de la santé mentale, les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux identifiés chez les Canadiens, ainsi que sur l'évaluation des programmes et services offerts au Canada : [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/mental/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/mental/index_f.html)

### **PasseportSanté.net**

Le site PasseportSanté.net offre au grand public de l'information pratique, fiable, objective et indépendante sur la prévention de la maladie et l'acquisition de saines habitudes de vie : [www.passeportsante.net](http://www.passeportsante.net)

### **Institut universitaire en santé mentale Douglas**

Institut universitaire en santé mentale, le Douglas est affilié à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la Santé. Il est un chef de file international en soins, recherche et enseignement en santé mentale : [www.douglas.qc.ca](http://www.douglas.qc.ca)

### **Association canadienne pour la santé mentale**

Organisme bénévole œuvrant à l'échelle nationale dans le but de promouvoir la santé mentale de tous et de favoriser le rétablissement de personnes atteintes de maladies mentales : <http://www.cmha.ca/fr/>

## **Information sur la gestion du stress**

### **Santé Canada : Santé mentale – Gestion du stress :**

[www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.pdf)

## **Information sur les stratégies pour surmonter le *baby blues***

*Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (p. 215 de l'édition 2014) :

## **Information pour obtenir des services en santé mentale**

### **Répertoire des centres de santé et de services sociaux (CSSS)**

Ce répertoire permet de trouver les coordonnées et le site web des CSSS par région sociosanitaire : [www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/csss/](http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/csss/)

### **Ordre des psychologues du Québec**

L'ordre s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques : [www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)

### **Association des médecins psychiatres du Québec**

Organisation qui regroupe les 1050 psychiatres qui œuvrent dans la province : [www.ampq.org](http://www.ampq.org)

## **Information sur la prévention du suicide**

### **Association québécoise de prévention du suicide**

Organisme à but non lucratif qui a pour mission d'œuvrer au développement de la prévention du suicide au Québec : [www.aqps.info](http://www.aqps.info)

### **Ligne de prévention du suicide**

1 866 277-3553

## Lexique

**Anxiolytique :**

Ayant comme propriété de diminuer l'anxiété.

**Cortisol :**

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

**Détresse psychologique :**

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

**Facteur de risque :**

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

**Fausse couche :**

Décès d'un embryon ou d'un fœtus qui survient au cours du premier trimestre de grossesse.

**Neurotransmetteur :**

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

**Prééclampsie :**

Complication survenant durant la grossesse caractérisée par une hypertension artérielle, un taux élevé de protéines dans les urines et une prise de poids avec œdèmes.

**Problème de santé mentale :**

État de détresse psychologique qui amène des difficultés sur le plan de la pensée, de l'humeur ou du comportement.

**Santé mentale :**

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

**Trouble mental :**

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



## Références

1. Organisation mondiale de la Santé. (2010). *La santé mentale : renforcer notre action*. Genève (Suisse) : OMS.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Comprendre et prévenir la santé mentale*. Consulté le 7 avril 2011 de [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/index.php?Comprendre\\_et\\_pr\\_evenir#cestquoi](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Comprendre_et_pr_evenir#cestquoi)
3. Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*. Ottawa : ICIS.
4. WHO. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève : WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne.
5. Stuart, S., O'Hara, M. W. et Blehar, M. C. (1998). Mental disorders associated with childbearing : report of the biennial meeting of the Marce Society. *Psychopharmacology bulletin*, 34(3), 333-338. Department of Psychiatry, University of Iowa, Iowa City 52242, É.-U.
6. Sichel, D. et Driscoll, J. W. (2000). *Women's moods, women's minds : what every woman must know about hormones, the brain, and emotional health*, Harper Collins Publishers. New York.
7. Office on Women's Health. (2006). *Depression during and after pregnancy*. US Department of Health and Human Services : <http://mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/depression/perinataldepression.pdf>
8. Santé Canada (2000). Soins postnatals mère-enfant et transition vers la collectivité. Dans Santé Canada, *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, (4<sup>e</sup> éd.). Ottawa, Canada : ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
9. Mulder, E. J. H. et collab. (2002). Prenatal maternal stress : effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development*, 70(1-2), 3-14. Elsevier.
10. Obel, C. et collab. (2005). Stress and salivary cortisol during pregnancy. *Psychoneuroendocrinology*, 30(7), 647-656. Elsevier.
11. Centre McLaughlin et Institut de recherche sur la santé de la population. (2010). *Cortisol. Notions élémentaires*. Ottawa : Université d'Ottawa : <http://archive-ca.com/page/912988/2012-12-10/http://www.emcom.ca/primer/cortisolfr.shtml>

12. Davis, E. P. et collab. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 737-746. Elsevier.
13. Gaignic-Philippe, R. et Tordjman, S. (2009). Effects of stress during pregnancy on infant and child development. *Archives de pédiatrie*, 16(10), 1355-1363. Elsevier.
14. Wust, S. et collab. (2005). Birth weight is associated with salivary cortisol responses to psychosocial stress in adult life. *Psychoneuroendocrinology*, 30(6), 591-598. Elsevier.
15. Weinstock, M (2008). The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1073-1086. Elsevier.
16. Field, T et Diego, M. (2008). Cortisol : the culprit prenatal stress variable. *International Journal of Neuroscience*, 118, 1181-1205. Informa UK Ltd UK.
17. Doré, N. et Le Hénaff, D. (2010). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, guide pratique pour les mères et les pères*. Institut national de santé publique du Québec. Québec.
18. National Institute of Mental Health. (2005). Understanding postpartum depression : common but treatable. *News in Health*. Document consulté de [newsinhealth.nih.gov/2005/december2005/docs/01features\\_02.htm](http://newsinhealth.nih.gov/2005/december2005/docs/01features_02.htm)
19. Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(4), 378-390. Elsevier.
20. Robertson, E. et collab. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295. Elsevier.
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Dépression*. MSSS [en ligne]. Document consulté de [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/index.php?id=62,73,0,0,1,0](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=62,73,0,0,1,0)
22. American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson. Paris.
23. Institut universitaire en santé mentale Douglas (2011). *Dépression : causes, symptômes et traitements*. Institut universitaire en santé mentale Douglas [en ligne]. Document consulté de [www.douglas.qc.ca/info/depression](http://www.douglas.qc.ca/info/depression)
24. Evans, J. et collab. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323(73-07), 257-260. British Medical Journal Publishing Group.
25. Bennett, H. A. et collab. (2004). Prevalence of depression during pregnancy : systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709. The American College of Obstetricians and Gynecologists.



26. Gavin, N. I. et collab. (2005). Perinatal depression : a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5, Part 1), 1071-1083. The American College of Obstetricians and Gynecologists.
27. Martin, B. et Saint-André, M. (2007). Maladie bipolaire et troubles psychotiques. Dans Ema Ferreira, *Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique*, (p. 561-577) Éditions du CHU Sainte-Justine.
28. National Collaborating Centre for Mental Health et Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit. (2007). *Antenatal and postnatal mental health. The NICE guideline on clinical management and service guidance*. Londres : National Institute for Health and Clinical Excellence.
29. American Psychiatric Association et Task Force on DSM-IV (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*, (4<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Association. Washington, DC.
30. Misri, S. et Joe, K. (2008). Perinatal mood disorders : an introduction. Dans Stone, Susan D. et Menken, Alexis E., *Perinatal and Postpartum Mood Disorders – Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner*. New York : Springer Pub Co.
31. Institut universitaire en santé mentale Douglas (2010). *Troubles anxieux : causes, symptômes et traitements*. Consulté le 14 juin 2010 [en ligne]. Document consulté de [www.douglas.qc.ca/info/troubles-anxieux](http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-anxieux)
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Troubles anxieux*. Consulté le 2 mars 2011 [en ligne]. Document consulté de [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/index.php?id=63.75.0.0.1.0](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=63.75.0.0.1.0)
33. Ross, L. E. et McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period : a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1285-1298. Physicians Postgraduate Press.
34. Heron, J. et collab. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65-73. Elsevier.
35. Austin, M. P., Tully, L. et Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 169-174. Elsevier.
36. Field, T. et collab. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development*, 27(2), 216-229. Elsevier.
37. Littleton, H. L., Breitkopf, C. R. et Berenson, A. B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes : a meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 196(5), 424-432. Elsevier.

38. Matthey, S. et collab. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers : whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139-147. Elsevier.
39. Wenzel, A. et collab. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 295-311. Elsevier.
40. Sutter-Dallay, A. L. et collab. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms : a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19(8), 459-463. Elsevier.
41. Institut universitaire en santé mentale Douglas (2011). *Troubles bipolaires : causes, symptômes et traitements*. Institut universitaire en santé mentale Douglas [en ligne]. Document consulté de [www.douglas.qc.ca/info/troubles-bipolaires](http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-bipolaires)
42. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Maladie affective bipolaire*. MSSS [en ligne]. Document consulté de [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/index.php?id=62,74,0,0,1,0](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=62,74,0,0,1,0)
43. Sharma, V. (2009). Management of bipolar II disorder during pregnancy and the postpartum period. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16(1), 33-41. American Psychiatric Association.
44. Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
45. Morin, A. J. S. et Chalfoun, C. (2003). La prévention de la dépression : l'état actuel des connaissances. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 44(1), 39-60. Canadian Psychological Association.
46. BC Reproductive Mental Health Program: BC Women's Hospital & Health Centre. (2006). *Addressing perinatal depression : a framework for BC's health authorities*. Agency of the Provincial Health Services Authority.
47. Martin, B. et Saint-André, M. (2007). *Dépression et troubles anxieux. Grossesse et allaitement. Guide thérapeutique*, (p. 539-559). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
48. Mortensen, P. B. et collab. (2003). Individual and familial risk factors for bipolar affective disorders in Denmark. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 1209-1215. American Medical Association.
49. Farber, E. W., Herbert, S. E. et Reviere, S. L. (1996). *Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital-based urban prenatal clinic*. *General Hospital Psychiatry*, 18(1), 56-60. Elsevier.

50. Da Costa, D. et collab. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59(1), 31-40. Elsevier.
51. Ritter, C. et collab. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology*, 19(6), 576-585. American Psychological Association.
52. Kawachi, I. et Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467. Springer.
53. Cohen, L. S. et collab. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Journal of American Medical Association*, 295(5), 499-507. American Medical Association.
54. Kupfer, D. J. et collab. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 769-773. American Medical Association.
55. Bowen, A. et Muhajarine, N. (2006). *Antenatal depression. Canadian Nurse*, 102(9), 26-30. Canadian Nurses Association.
56. Lee, A. M. et collab. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112. The American College of Obstetricians and Gynecologists.
57. Kowalenko, N., Barnett, B., Fowler, C., et Matthey, S. (2000). The perinatal period : early intervention for mental health. Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health, (Vol. 4), Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People. Bedford Park, South Australia 5042.
58. Matthey, S. (2004). Detection and treatment of postnatal depression (perinatal depression or anxiety). *Current Opinion in Psychiatry*, 17(1), 21-29. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
59. Matthey, S. (2007). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 26, 1-6. Wiley Online Library.
60. Viguera, A. C. et collab. (2000). Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 179. American Psychiatric Association.
61. Gotlib, I. H. et collab. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 269-274. American Psychological Association.
62. Hallbreich, U. et Kornstein, S. G. (2004). Mental symptoms and disorders during pregnancy. *CNS Spectrum*, 9(3), 1-176.

63. Kelly, R. H. et collab. (1999). Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995. *Psychiatric Services*, 50(12), 1584-1590. American Psychiatric Association.
64. Zuckerman, B. et collab. (1989). Depressive symptoms during pregnancy : relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(5 Pt 1), 1107-1111
65. Chaudron, L. H. et collab. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 103-112. Informa UK Ltd UK.
66. Rubertsson, C., Waldenstrom, U. et Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy : prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123. Routledge, part of the Taylor & Francis Group.
67. Van Bussel, J. C., Spitz, B. et Demyttenaere, K. (2006). Women's mental health before, during, and after pregnancy : a population-based controlled cohort study. *Birth.*, 33(4), 297-302. Wiley Online Library.
68. Yonkers, K. A. et collab. (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1856-1863. American Journal of Psychiatry.
69. Austin, M. P. et collab. (2005). Antenatal screening for the prediction of postnatal depression : validation of a psychosocial pregnancy risk questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(4), 310-317. Wiley Online Library.
70. Andersson, L. et collab. (2004). Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety : a population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 159(9), 872-881. Oxford University Press.
71. Kurki, T. et collab. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 487-490. University Central Hospital of Helsinki, Finlande.
72. Kelly, R. H. et collab. (2002). Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 100(2), 297-304. Elsevier Science Inc.
73. O'Connor, T. G. et collab. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal of Psychiatry*, 180, 502-508. RCP.
74. Sohr-Preston, S. L. et Scaramella, L. V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(1), 65-83. Springer.

75. Field, T. (2009). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev*, 33(1), 1-6. Elsevier.
76. Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, 203-217. Wiley Online Library.
77. Cummings, E. M. et Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-112. Wiley Online Library.
78. Blazer, D. G. et collab. (2010). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample : The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 979-986. American Psychiatric Association.
79. Kane, P. et Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology and father-child conflict : a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339-360. Elsevier.
80. Association canadienne pour la santé mentale (2010). *L'Association canadienne pour la santé mentale – Division du Québec* [en ligne]. Document consulté de [www.acsm.qc.ca](http://www.acsm.qc.ca)
81. Bonhomme, J. J. (2007). Men's health : impact on women, children and society. *Journal of Men's Health and Gender*, 4(2), 124-130. Elsevier.
82. Paulson, J. F. et Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression : a meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 303(19), 1961-1969. American Medical Association.
83. Brennan, A. et collab. (2007). A qualitative exploration of the Couvade syndrome in expectant fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(1), 18-39. Routledge, part of the Taylor & Francis Group.
84. Brennan, A. et collab. (2007). A critical review of the Couvade syndrome : the pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 173-189. Routledge, part of the Taylor & Francis Group.
85. Möller-Leimkühler, A. M. et collab. (2004). Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *Journal of Affective Disorders*, 80, 87-93. Elsevier.
86. Schumacher, M., Zubarán, C. et White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth*, 21, 65-70. Elsevier.
87. Winkler, D., Pjrek, E. et Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression - Evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 303-307. Karger Publishers.

88. Winkler, D., Pjrek, E. et Kasper, S. (2006). Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *Journal of Men's Health and Gender*, 3(1), 19-24. Elsevier.
89. Field, T. et collab. (2006). Prenatal paternal depression. *Infant Behavior and Development*, 29, 579-583. Elsevier.
90. Boyce, P. et collab. (2007). First-time fathers' study : psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(9), 718-725. Informa UK Ltd UK.
91. Deater-Deckard, K. et collab. (1998). Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 818-823. American Psychiatric Association.
92. Dubeau, D., Clément, M.-È. et Chamberland, C. (2005). Le père, une roue du carrosse familial à ne pas oublier! État des recherches québécoises et canadiennes sur la paternité. *Enfances, Familles, Générations*, 3, 17-39
93. Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35. Wiley Online Library.
94. Ballard, C. et Davies, R. (1996). Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 65-72. Informa UK Ltd UK.
95. Wee, K. Y. et collab. (2010). Correlates of ante-and postnatal depression in fathers : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier.
96. De Montigny, F. et Lacharité, C. (2005). Devenir père : un portrait des premiers moments. *Enfances, Familles, Générations*, 3
97. Van den Berg, M. P. et collab. (2009). Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics*, 124(1), e96-e103. American Academy of Pediatrics.
98. Paulson, J. F., Keefe, H. A. et Leiferman, J. A. (2009). Early parental depression and child language development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 254-262. Wiley Online Library.
99. Ramchandani, P. et collab. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development : a prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201-2205. Elsevier.
100. Connell, A. M. et Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 746-773. Elsevier.

101. Brennan, P. A. et collab. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1075-1085. American Psychological Association.
102. Landman-Peeters, K. M. C. et collab. (2008). Risks of emotional disorder in offspring of depressed parents : gender differences in the effect of a second emotionally affected parent. *Depression and Anxiety*, 25, 653-660. Wiley Online Library.
103. Paulson, J. F., Dauber, S. et Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659-668. American Heart Association.
104. Saint-André, M. et Martin, B. (2009). *Anxiété, dépression et grossesse : téléconférence de l'AMPQ*.
105. Kessler, R. C. et collab. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515. Massachusetts Medical Society.
106. Birndorf, C. A. et Sachs, A. C. (2008). To medicate or not : the dilemma of pregnancy and psychiatric illness. Dans Stone, Susan D. et Menken, Alexis E., *Perinatal and Postpartum Mood Disorders – Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner*. New York : Springer Pub Co.
107. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS : la force des liens.





## Les personnes suivantes ont participé à la rédaction des fiches

Fiche	Auteurs	Collaboratrices	Réviseurs externes
Santé mentale	<p><b>Pascale Tremblay</b>, psychologue, Programme-clientèle de psychiatrie périnatale, Institut universitaire en santé mentale de Québec</p> <p><b>Émilie Côté</b>, infirmière clinicienne, Programme-clientèle de psychiatrie périnatale, Institut universitaire en santé mentale de Québec</p>	<p><b>Alessandra Chan</b>, conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ</p> <p><b>Nicole Desjardins</b>, conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ</p> <p><b>Sylvie Lévesque</b>, conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ</p>	<p><b>Olivia Hernandez-Sanchez</b>, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue</p> <p><b>Martin Saint-André</b>, pédopsychiatre et professeur agrégé de clinique, CHU Sainte-Justine et Université de Montréal</p>

## Le comité d'accompagnement scientifique

Un comité d'accompagnement scientifique a été mis en place afin de suivre l'ensemble des travaux. Il est présidé par l'INSPQ et composé de représentantes des organisations suivantes :

- Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Ordre des sages-femmes du Québec;
- Ordre professionnel des diététistes du Québec;
- Info-Santé;
- Association pour la santé publique du Québec;
- Ordre des pharmaciens du Québec;
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
- Ordre des psychologues du Québec;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## Le comité de validation

Le contenu des fiches, une fois approuvé par le comité scientifique, est ensuite commenté par les membres du comité de validation, qui l'expérimentent aussi auprès de la clientèle. Ce comité est composé de professionnelles de la santé et des services sociaux de différentes régions, occupant les fonctions suivantes :

- Infirmière;
- Travailleuse sociale;
- Diététiste;
- Sage-femme;
- Accompagnante à la naissance.



Illustration : Sophie Casson