

OCTOBRE 2018

Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale

Deuxième édition



Avis de non-responsabilité

Les présentes lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier ni les établissements qui les emploient. Elles doivent être adaptées aux besoins de chaque patient et à l'environnement local. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de sa publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le document.

Droits d'auteur

À l'exception des parties du document pour lesquelles une limite ou une interdiction de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris au format électronique, à des fins pédagogiques et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel est nécessaire, quelle qu'en soit la raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale. Deuxième édition. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2018.

Financement

Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web www.rnao.ca/bpg



Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale

Deuxième édition

Mot d'introduction de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la deuxième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires cliniques intitulée *Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale*. Exercer en se basant sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les infirmiers et infirmières s'engagent à offrir chaque jour. L'AIIAO est ravie de pouvoir présenter cette ressource fondamentale.

Nous remercions infiniment les nombreux intervenants qui nous permettent de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant par le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a octroyé un financement pluriannuel. Je souhaite également remercier pour leurs compétences et leur leadership inestimables les codirectrices du comité d'experts : D^{re} Angela Bowen (professeure, Collège de sciences infirmières

et département de psychiatrie, Université de la Saskatchewan) et D^{re} Phyllis Montgomery (professeure, École de sciences infirmières, Université Laurentienne). Merci aux membres du personnel de l'AIIAO : Katherine Wallace (responsable de l'élaboration de la ligne directrice), Glynis Gittens (coordonnatrice du projet), Laura Ferreira-Legere (responsable associée de recherche en soins infirmiers), Greeshma Jacob (associée de recherche en soins infirmiers), D^{re} Lucia Costantini, (ancienne directrice associée à l'élaboration, à la recherche et à l'évaluation de la ligne directrice), D^{re} Valerie Grdisa (ancienne directrice, Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires) et au reste de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO pour le travail considérable qu'ils ont fourni pour produire ce document. Un remerciement très spécial aux membres du comité d'experts pour avoir consacré leur temps et leur expertise afin de produire une ressource clinique riche et de qualité. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

L'application réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des chercheurs. Grâce à son dévouement continu et à sa passion pour l'excellence en matière de soins aux patients, la communauté infirmière et le corps médical ont mis à disposition leurs compétences et consacré bénévolement d'innombrables heures pour élaborer et réviser chacune des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre certaines lignes directrices et en évaluant leur incidence sur les patients et les milieux de soins. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Puisque nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres, nous vous invitons à partager cette ligne directrice avec vos collègues d'autres professions. Ensemble, nous devons nous assurer que les patients reçoivent les meilleurs soins possible chaque fois qu'ils viennent à nous, afin que nos efforts leur soient profitables.

Doris Grinspun, Inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), D^{re} (hc), FAAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objectif et champ d'application	6	
Interprétation des données probantes	9	
Qualité des données probantes	10	
Résumé des recommandations	11	
Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	14	
Comité d'experts des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	15	
Liste des intervenants	17	
Contexte	21	
Cadres directeurs	28	
Algorithme de traitement de la dépression périnatale	30	
Recommandations relatives à la pratique	32	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation	85	
Recommandations relatives aux établissements et au système de santé.	95	
Lacunes de la recherche et conséquences futures	99	
Stratégies de mise en œuvre	101	
Évaluation de la ligne directrice	103	
Processus de révision et d'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	106	
Références	107	RÉFÉRENCES

Table des matières

ANNEXES	Annexe A : Glossaire	121
	Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires	127
	Annexe C : Processus de revue systématique et stratégie de recherche	128
	Annexe D : Diversité des personnes atteintes de dépression périnatale.	134
	Annexe E : Exemples d'outils de dépistage de la dépression périnatale.	143
	Annexe F : Exemples d'outils d'évaluation de la dépression périnatale	147
	Annexe G : Autres considérations dans le cadre du dépistage de la dépression périnatale	149
	Annexe H : Intervention face à un risque avéré de suicide maternel	152
	Annexe I : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (en anglais)	154
	Annexe J : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (en français)	155
	Annexe K : Administration et interprétation de l'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg	156
	Annexe L : Autres ressources	158
	Annexe M : Description de la Trousse	161
APPUI	Appuis	162
NOTES	Notes	164

Comment utiliser ce document

La présente **ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)^{G*}** en soins infirmiers est un document complet qui offre des ressources pour la pratique de soins infirmiers fondée sur des données probantes. Il ne s'agit ni d'un manuel ni d'un guide pratique, mais plutôt d'un document sur les pratiques exemplaires visant à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier^G**, de l'**équipe interprofessionnelle^G**, des enseignants, des responsables de l'élaboration des politiques, des **personnes^G** et des **familles^G** lors de l'évaluation et des **interventions^G** visant à traiter la **dépression périnatale^G**. La LDPE doit être consultée et utilisée selon les besoins propres des établissements ou des milieux de pratique, et les nécessités et préférences des personnes et de leur famille qui font appel au système de santé. Elle offre en outre un aperçu des structures et des aides qui permettent de fournir les meilleurs soins possible, selon les données probantes.

Le personnel infirmier, l'équipe interprofessionnelle et les acteurs qui jouent un rôle dans l'évolution de la pratique pourront se servir de ce document pour concevoir des politiques, des procédures, des protocoles, des programmes de formation, des évaluations, des interventions et de la documentation. Les recommandations et les données probantes qui les soutiennent s'adressent avant tout aux prestataires qui fournissent des soins de santé directement aux patients. Nous encourageons les milieux de pratique à adapter la LDPE selon le format le plus pratique pour une utilisation quotidienne.

Si votre établissement adopte cette LDPE, nous vous conseillons de suivre les étapes ci-dessous :

1. Comparez vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation existants aux recommandations de la présente ligne directrice.
2. Déterminez les besoins ou les lacunes de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation.
3. Notez les recommandations applicables à votre milieu qui peuvent être utilisées pour répondre aux besoins et combler les lacunes dans votre établissement.
4. Élaborez un plan pour mettre en œuvre les recommandations qui soutiennent les pratiques exemplaires et pour évaluer les résultats.

Les ressources scientifiques de mise en œuvre, y compris la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (1) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), sont disponibles sur le site RNAO.ca. Toutes les LDPE de l'AIIAO sont également téléchargeables sur le site Web de l'AIIAO à l'adresse RNAO.ca/bpg. Pour trouver une ligne directrice en particulier, faites une recherche par mot-clé ou parcourez les thématiques.

Nous aimerions savoir comment vous avez concrètement mis en œuvre les recommandations de la présente ligne directrice. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour partager votre témoignage.

* Les termes **en gras** suivis de la lettre « G » en exposant (^G) sont définis dans le Glossaire (**Annexe A**).

Objectif et champ d'application

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents élaborés de façon systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle (p. ex., médecins, sages-femmes, travailleurs sociaux, consultants en lactation et psychologues), aux enseignants, aux responsables de l'élaboration des politiques et aux personnes et à leur famille pour améliorer certains sujets cliniques et favoriser des milieux de travail sains (2). La présente ligne directrice remplace la LDPE de l'AIIAO intitulée *Interventions en cas de dépression post-partum* (3). L'objectif de cette LDPE est de présenter des recommandations fondées sur des données probantes au personnel infirmier et aux membres de l'équipe interprofessionnelle, dans tous les milieux de soins, afin d'améliorer la qualité de leur pratique et réduire les taux de dépression périnatale grâce cinq éléments : le **dépistage**^G systématique, l'évaluation, la prévention, les **interventions**^G coordonnées et la réévaluation. Dans la présente LDPE, la dépression périnatale fait référence à un trouble de l'humeur survenant pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement. Le cas échéant, la dépression survenant uniquement pendant la grossesse (c.-à-d. la **dépression prénatale**^G) ou après la grossesse (c.-à-d. la **dépression post-partum**^G) est déterminée.

L'AIIAO a réuni en 2015 un comité d'experts composé de personnes de divers milieux de soins de santé possédant une expertise en dépression périnatale. Ce comité interprofessionnel regroupait du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle occupant des postes cliniques, administratifs et universitaires. Ces professionnels ont travaillé auprès de personnes souffrant de dépression périnatale et de leur famille dans différents milieux de soins de santé (p. ex., établissements de soins actifs, communautaires, publics et primaires) et d'autres établissements (p. ex., associations, institutions d'enseignement).

La présente LDPE reconnaît que la dépression périnatale est le trouble de l'humeur le plus courant pendant et après la grossesse, comme en témoignent les recherches menées dans ce domaine et les conclusions du comité d'experts de l'AIIAO. À ce titre, tous les autres troubles de l'humeur périnatale (p. ex., psychose post-partum ou anxiété), considérés comme des facteurs de comorbidité ou de morbidité seule, ont été exclus. En outre, bien que la dépression périnatale puisse affecter les partenaires, les nourrissons, les autres enfants du foyer et la famille (selon la personne concernée), la présente LDPE se limite uniquement à la personne souffrant ou susceptible de souffrir de dépression périnatale.

Le comité d'experts affirme qu'il est fondamental que toutes les personnes qui souffrent ou présentent un risque de dépression périnatale aient accès au dépistage systématique, à l'évaluation, à la prévention, aux interventions et à la réévaluation, grâce à l'utilisation d'approches fondées sur des données probantes. Ces approches permettent de répondre aux besoins et aux objectifs de la personne en matière de dépression périnatale, d'améliorer son état de santé et d'atténuer les risques associés à l'absence de traitement.

Types de recommandations

Les recommandations de la présente LDPE s'appliquent aux soins cliniques dans divers contextes communautaires et milieux de soins. Toutes les recommandations se fondent sur les résultats des **revues systématiques**^G des évaluations et des interventions cliniques les plus efficaces, des approches pédagogiques et des stratégies relatives aux établissements et au système de santé.

La plupart des recommandations présentées ici concernent la dépression pendant et après la grossesse. Lorsqu'une recommandation concerne soit une personne enceinte soit une personne ayant accouché, une précision sera ajoutée pour spécifier s'il s'agit de dépression prénatale ou de dépression post-partum. Les recommandations sont présentées à trois niveaux :

- Les **recommandations relatives à la pratique**^G s'adressent principalement au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle qui offrent des soins pendant et après la grossesse aux personnes souffrant ou risquant de souffrir de dépression périnatale dans l'ensemble des milieux de santé (p. ex. soins actifs, soins de santé à domicile) et dans la communauté (p. ex., soins primaires et santé publique). Toutes les recommandations s'appliquent au champ d'activité des infirmiers et infirmières autorisés, des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés et des infirmiers et infirmières praticiens.
- Les **recommandations relatives à la formation**^G s'adressent aux personnes responsables de la formation du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle, comme les enseignants, les équipes d'amélioration de la qualité, les directeurs, les administrateurs et les établissements d'enseignement universitaire et professionnel. Ces recommandations présentent les stratégies de formation fondamentales requises pour les programmes d'études postsecondaires, la formation continue et le perfectionnement professionnel.
- Les **recommandations relatives aux établissements et au système de santé**^G s'adressent aux directeurs, aux administrateurs et aux responsables des politiques, dans le but d'élaborer des règlements ou d'obtenir le soutien dont tout organisme de santé a besoin pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires.

Dans ces trois domaines (pratique, formation, établissements et système de santé), les recommandations s'appuient sur des stratégies fondées sur des données probantes dont le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ont besoin pour mener à bien le dépistage, l'évaluation, la prévention, les interventions et la réévaluation de la dépression périnatale. Les recommandations décrivent également les ressources nécessaires pour coordonner les aides et les services en santé mentale, et traiter la dépression périnatale dans les régions et les collectivités. Par conséquent, il est préférable que les trois types de recommandations soient appliqués ensemble, pour en renforcer l'efficacité.

Les recommandations relatives aux outils de dépistage et d'évaluation intègrent la revue de la littérature scientifique, mais ne préconisent pas un outil en particulier. Les établissements sont invités à choisir un outil de dépistage et d'évaluation étayé par des preuves. Vous trouverez des exemples d'outils de dépistage ou d'évaluation de la dépression périnatale dans l'[Annexe E](#) et l'[Annexe F](#).

Divers facteurs influenceront la mise en œuvre des recommandations de la présente LDPE. Parmi eux, les politiques et procédures des établissements, la loi et le profil démographique et socio-économique de la personne faisant appel aux aides et aux services en santé mentale pour traiter sa dépression périnatale.

Discussion sur les données probantes

La discussion sur les données probantes qui suit chaque recommandation se compose de cinq sections :

1. La section « Résumé des données probantes » fait état de la recherche par rapport à la recommandation.
2. La section « Avantages et inconvénients » donne des renseignements sur les aspects des soins susceptibles de favoriser ou de nuire au bien-être et à la santé de la personne souffrant de dépression périnatale. Le contenu de cette section comprend les données tirées de revues systématiques de la littérature.
3. La section « Valeurs et préférences » porte sur la priorité accordée aux approches qui facilitent l'égalité en matière de santé et l'importance de la prise en compte des préférences en matière de soins. Le contenu de cette section peut comprendre, ou non, des recherches provenant des revues systématiques de la littérature. Le comité d'experts de l'AIIAO et les **intervenants**^G ont contribué à l'élaboration de certains contenus de ces sections.
4. La section « Notes de pratique » donne des renseignements pratiques au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle. Elle peut comprendre des données probantes provenant d'autres sources (p. ex. autres LDPE ou comité d'experts de l'AIIAO).
5. La section « Ressources justificatives » comprend une liste d'études, de ressources et de sites Web pertinents qui justifient et soutiennent les recommandations relatives à la pratique clinique, à la formation et aux établissements et système de santé. Le contenu de cette section ne fait pas partie de la revue systématique de la littérature et n'a pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité. Les listes présentées ne sont pas exhaustives et la mention d'une ressource ne signifie pas qu'elle est appuyée par l'AIIAO.

Utilisation du terme « Personne » dans ces LDPE

Il est reconnu que la dépression périnatale n'est pas uniquement ressentie par les femmes enceintes ou ayant accouché. En effet, elle peut également être ressentie par d'autres personnes qui ne se retrouvent pas dans les termes « femme », « elle » ou « mère » (4). À cet égard, les termes « personne » et « parent » ont été privilégiés. Vous trouverez des explications plus approfondies sur la diversité des populations et la dépression périnatale dans l'[Annexe D](#).

Lignes directrices et ressources de l'AIIAO qui appuient la présente ligne directrice :

Les LDPE et les ressources suivantes de l'AIIAO peuvent être utiles au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle lors de la mise en application de la présente ligne directrice :

- *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2012)*
- *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels (2013)*
- *Déterminants sociaux de la santé^G (2013)*
- *Travailler avec les familles pour promouvoir la sécurité du sommeil des nourrissons de 0 à 12 mois (2014)*
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui font l'usage de drogues (2015)*
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille (2015)*
- *Pratiques collaboratives du personnel infirmier au sein de l'équipe interprofessionnelle (2016)*
- *Intervention de crise chez les adultes au moyen d'une approche basée sur les traumatismes (2017)*
- *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne (2017)*
- *Mise en œuvre de services d'injection supervisés (2018)*
- *Allaitement maternel – Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants (2018)*

Une liste de références et une série d'annexes se trouvent à la suite des recommandations de la ligne directrice et des discussions sur les données probantes. L'[Annexe B](#) explique le processus d'élaboration de la LDPE et l'[Annexe C](#) décrit le processus utilisé pour les revues systématiques et les stratégies de recherche. Les autres annexes comprennent des ressources liées au dépistage, à l'évaluation, à la prévention, aux interventions et à la réévaluation visant à soigner la dépression périnatale.

Interprétation des données probantes

Un *niveau de pertinence* est attribué à chaque étude afin de donner une appréciation de la conception de la recherche. Un niveau de pertinence élevé indique que les conclusions de la recherche ont été influencées par un faible nombre de biais potentiels, ce qui réduit le nombre d'explications alternatives du phénomène étudié. Cependant, les niveaux de pertinence ne reflètent pas la qualité des études ou des examens individuels.

Dans certains cas, les recommandations de la ligne directrice se voient attribuer plusieurs niveaux de pertinence en raison de la multiplicité des études qui ont servi à appuyer les recommandations. Pour des raisons de transparence, les niveaux de pertinence propres à chaque composante de la recommandation sont indiqués dans la section « Discussion sur les données probantes ».

Tableau 1 : Niveaux de pertinence des données probantes

NIVEAU	SOURCES DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses^G ou de revues systématiques d' essais cliniques randomisés^G , ou de synthèses de plusieurs études, généralement quantitatives.
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée^G bien conçue, sans répartition aléatoire.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d' étude quasi expérimentale^G bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études, principalement de recherche qualitative^G .
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observations non expérimentales, bien conçues, telles que des études analytiques^G , des études descriptives^G ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Sources : Adapté par l'équipe de recherche et d'élaboration de la LDPE de l'AIIAO, à partir du document suivant : Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50 : a guideline developer's handbook. Édimbourg (R.-U.) : Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011; et Pati D. A framework for evaluating evidence in evidence-based design. HERD. 2011, 21(3) : pp. 105 à 112.

Qualité des données probantes

La qualité de chaque étude de recherche a été déterminée à l'aide d'outils d'évaluation critique. Les niveaux de qualité Élevé, Moyen ou Faible apparaissent dans la section « Discussion sur les données probantes ». Parmi les outils d'évaluation de la qualité **validés**⁶ et publiés utilisés pour juger de la rigueur méthodologique des études, citons le Programme de développement des compétences en évaluation critique (CASP, Critical Appraisal Skills Program) pour les études primaires et l'Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques (AMSTAR) pour les revues systématiques de la littérature. Le niveau de la qualité est calculé en convertissant en pourcentage le score obtenu avec l'outil d'évaluation.

Lorsque d'autres lignes directrices ont servi de référence à la recommandation et à la discussion sur les données probantes, le niveau de qualité est déterminé selon la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille AGREE II). Les **tableaux 2 et 3** indiquent les pointages de qualité requis pour obtenir une évaluation de la qualité élevée, moyenne ou faible.

Tableau 2 : Évaluation de la qualité des revues à l'aide d'outils d'évaluation critique

COTE DE QUALITÉ OBTENUE À PARTIR DES OUTILS D'ÉVALUATION	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ GLOBALE
Résultat supérieur ou égal à un score converti de 82,4 %	Élevée
Score converti de 62,5 à 82,3 %	Moyenne
Résultat égal ou inférieur à un score converti de 62,4 %	Faible

Tableau 3 : Niveau de qualité des lignes directrices selon l'outil AGREE II

COTE DE QUALITÉ DE L'AGREE II	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ GLOBALE
Score de 6 ou 7 pour la qualité générale de la ligne directrice	Élevée
Score de 4 ou 5 pour la qualité générale de la ligne directrice	Moyenne
Score inférieur à 4 pour la qualité générale de la ligne directrice	Faible (non utilisé dans le cadre des recommandations)

Résumé des recommandations

La présente ligne directrice remplace la LDPE de l'AIIAO intitulée *Interventions en cas de dépression post-partum* (3).

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PERTINENCE
Question de recherche n° 1 : Dans le domaine de la santé mentale périnatale, quelles sont les stratégies de dépistage et d'évaluation efficaces pour déterminer les symptômes de la dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement?		
1.0 Évaluation	Recommandation 1.1 : Dépister systématiquement le risque de dépression périnatale, à l'aide d'un outil valide, lors de consultations de soins avant et après l'accouchement.	Ia, IV, V
	Recommandation 1.2 : Effectuer ou recommander une évaluation complète de la dépression périnatale aux personnes dont le résultat du dépistage de la dépression périnatale est positif.	IIb, IV, V
Question de recherche n° 2 : Dans le domaine de la santé mentale périnatale, quelles sont les interventions efficaces à mettre en place pour les personnes souffrant de dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement?		
2.0 Interventions	Recommandation 2.1 : Discuter avec la personne pour mettre au point un programme de soins complet qui lui convient, avec des objectifs, lorsque le résultat du dépistage ou de l'évaluation de la dépression périnatale est positif.	Ia, IV, V
	Recommandation 2.2 : Mettre en œuvre des stratégies de prévention à l'égard de la dépression périnatale afin d'éviter que la maladie ne progresse.	Ia, Ib, IIb
	Recommandation 2.3 : Proposer des stratégies d'autothérapie aux personnes atteintes ou à risque de dépression périnatale, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ Temps pour soi (niveaux de pertinence = IV) ■ Activité physique (niveau de pertinence = Ia) ■ Relaxation (niveau de pertinence = Ib) ■ Sommeil (niveau de pertinence = Ia) 	Ia, Ib, IV
	Recommandation 2.4 : Encourager les personnes présentant des symptômes de dépression périnatale à rechercher du soutien auprès de leur partenaire, des membres de leur famille, de leur entourage et des pairs, le cas échéant.	Ia, Ib, IV

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PERTINENCE
2.0 Interventions	Recommandation 2.5 : Recommander un suivi psychopédagogique aux personnes à risque ou en situation de dépression périnatale.	Ib
	Recommandation 2.6 : Recommander un suivi psychosocial par un professionnel, comme du counseling non directif, aux personnes atteintes de dépression périnatale.	Ia, Ib
	Recommandation 2.7 : Recommander une psychothérapie (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale ou thérapie interpersonnelle) pour soigner la dépression périnatale.	Ia, Ib
	Recommandation 2.8 : Favoriser la prise de décision éclairée et proposer des interventions pharmacologiques pour soigner la dépression périnatale, le cas échéant.	Ia, Ib
	Recommandation 2.9 : Favoriser la prise de décision éclairée sur les thérapies de médecine complémentaire et alternative pour traiter la dépression périnatale.	Ia
	Recommandation 2.10 : Évaluer et ajuster le programme de soins en cours, en collaboration avec la personne, jusqu'à ce que les objectifs soient atteints. Inclure le partenaire, la famille et l'entourage de la personne, le cas échéant.	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DE PERTINENCE
<p>Question de recherche n° 3 : Quelle formation sur la dépression périnatale le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent-ils suivre pour évaluer efficacement la dépression périnatale et intervenir en conséquence?</p>		
<p>3.0 Formation</p>	<p>Recommandation 3.1 Mettre au point des programmes pédagogiques sur les soins relatifs à la dépression périnatale en intégrant des exemples théoriques et pratiques dans les programmes d'études en soins infirmiers de premier cycle et les programmes d'études des professions paramédicales, avant la délivrance de l'autorisation d'exercer.</p>	IV
	<p>Recommandation 3.2 : Se former en continu pour améliorer ses connaissances et ses compétences sur les aides et les services en santé mentale visant à soigner la dépression périnatale.</p>	Ia, IIb, IV
	<p>Recommandation 3.3 : Mener une réflexion personnelle sur son attitude et ses croyances envers la dépression périnatale.</p>	Ia, IV
RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ		NIVEAU DE PERTINENCE
<p>Question de recherche n° 4 : Comment les établissements de soins de santé et le système de santé en général assurent-ils de manière optimale la prévention, l'évaluation et les interventions en matière de dépression périnatale?</p>		
<p>4.0 Établissements et système de santé</p>	<p>Recommandation 4.1 Mettre en œuvre des aides et des services en santé mentale complets et coordonnés pour soigner la dépression périnatale dans les collectivités et soutenir les stratégies de soins fournies par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle.</p>	Ib, IV

Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Katherine Wallace, Inf. aut., B.Sc.Inf., B.Sc.S.(sage-femme), M.S.S.

Responsable de l'élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

Greeshma Jacob, Inf. aut., M.Sc.Inf.

Méthodologue de l'élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

Glynis Gittens, B.A. (hon.)

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

Megan Bamford, Inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Directrice principale
Recherche et élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

D^{re} Lynn Anne Mulrooney, Inf. aut., M.Sc., Ph. D.

Analyste principale des politiques
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

D^{re} Shanoja Naik, Ph. D., M.Phil, M.Sc., B.Ed., B.Sc.

Spécialiste des données et statisticienne – Recherche des résultats sur la santé, NQuIRE
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

D^{re} Lucia Costantini, Inf. aut., Ph. D.

Ancienne directrice associée
Élaboration, recherche et évaluation de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

Laura Legere, Inf. aut., M.Sc.Inf.

Ancienne associée principale de recherche en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

Ifrah Ali, B.A. (hon.)

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

D^{re} Valerie Grdisa, Inf. aut., M.Sc., Ph. D.

Ancienne directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

Rita Wilson, Inf. aut., MSI, M. Ed.

Directrice de programme de cybersanté
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ont.)

Comité d'experts des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Angela Bowen, Inf. aut., Ph. D.

Coprésidente du comité

Professeure

Collège de sciences infirmières et département de psychiatrie

Collège de médecine

Université de la Saskatchewan

Saskatoon (Sask.)

Phyllis Montgomery, Inf. aut., Ph. D.

Coprésidente du comité

Professeure, École de soins infirmiers

Université Laurentienne

Sudbury (Ont.)

Teresa Bandrowska, Sage-femme aut.

Cheffe sage-femme, Centre de naissance et de bien-être d'Ottawa

Partenaire, Midwifery Group of Ottawa

Ottawa (Ont.)

Jessica Bawden, Inf. aut. (cat. spéc.), M.Sc.Inf.

Infirmière praticienne en soins primaires

Centre de santé familiale du Women's College Hospital

Toronto (Ont.)

Heidi Birks, Inf. aux. aut.

Associée à la pratique professionnelle

Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario

Mississauga (Ont.)

Sue Bookey-Bassett, Inf. aut., B.Sc.Inf., M.Ed., Ph. D.

Responsable de la recherche et du développement

Pratique de formation collaborative

Affaires académiques en recherche et innovation

Réseau universitaire de santé

Toronto (Ont.)

Barbara Bowles, Inf. aut., B.Sc.Inf., Cons. soins périnataux (C)

Infirmière soignante

Niagara Health

St. Catharines (Ont.)

Shannon Dowdall-Smith, Inf. aut., Ph. D.

Spécialiste des normes fondamentales

Service de santé du district de Sudbury

Sudbury (Ont.)

Marilyn Evans, Inf. aut., Ph. D.

Professeure agrégée

École de soins infirmiers Arthur Labatt Family

Université Western Ontario

London (Ont.)

Denise Hébert, Inf. aut., M.Sc.

Directrice de programme

Programme Healthy Babies, Healthy Children

Santé publique Ottawa

Ottawa (Ont.)

Bernadette Kint, Inf. aut., B.Ur, CSI

Directrice, Healthy Families

Santé publique de Toronto

Toronto (Ont.)

Karen McQueen, Inf. aut., Ph. D.

Professeure agrégée

École de sciences infirmières

Université Lakehead

Thunder Bay (Ont.)

Lynn Moulton, Inf. aut., BSI, M. Hyg. pub., IBCLC

Infirmière en santé publique

Reproductive Child Health Program

Service de santé de la région de Durham

Whitby (Ont.)

Linda Rankin, Ed.D.(C), M.A., B.S.Soc.,

Trav. soc. aut., EPE

Directrice

Stratégie sur les troubles de l'humeur post-partum dans le nord de l'Ontario Thunder Bay (Ont.)

Simone Vigod, D.M., M.Sc., FRCPC

Psychiatre, Women's College Hospital

Professeure adjointe, Université de Toronto
Toronto (Ont.)

Des déclarations d'intérêts qui pourraient être interprétées comme constituant un conflit réel, potentiel ou apparent ont été faites par tous les membres du comité d'experts de l'AIIAO. Ces dernières ont été invitées à mettre à jour leurs divulgations régulièrement pendant toute la durée du processus d'élaboration de la ligne directrice. Des renseignements leur ont été demandés sur leurs intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure. Aucun conflit contraignant n'a été relevé. Les déclarations d'intérêts concurrents sont publiées dans un document séparé sur le site Web de l'AIIAO.



Liste des intervenants

Dans le cadre de l'élaboration de la présente ligne directrice, l'AIIAO s'est engagée à obtenir la rétroaction (a) du personnel infirmier provenant d'un large éventail de milieux de pratique et de rôles, (b) des administrateurs et des bailleurs de fonds experts des services de soins de santé et (c) des associations d'intervenants. Pour mener à bien la présente ligne directrice, la rétroaction d'intervenants représentant divers points de vue a été sollicitée*. L'AIIAO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution.

Sarah Anderson, Inf. aut., B.Sc.Inf., MSI(C)

Professeure en soins infirmiers, Collège Algonquin
Ottawa (Ont.)

Philippa Bodolai, M.Sc., Éd. petite enfance

Analyste, Recherche et politique
Santé publique de Peel
Mississauga (Ont.)

Ruth Burtnik, Inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique
Santé publique de la région de Niagara
Thorold (Ont.)

Jaime Charlebois, Inf. aut., B.Sc.Inf., Cons. soins périnataux (C), M.Sc.Inf.

Coordonnatrice du programme de développement
communautaire des troubles de l'humeur périnatale
Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Orillia (Ont.)

Barbara Chyzy, Ph. D.(C)

Doctorante, Recherche
Université de Toronto
Toronto (Ont.)

Stefanie Culp, Inf. aut., B.Sc.Inf.

UNSI/pédiatrie
William Osler Health System
Brampton (Ont.)

Ariel Dalfen, D.M., FRCP(C)

Psychiatre, Santé mentale périnatale
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ont.)

Lisa De Panfilis Inf. aut., B.Sc.Inf.

Assistante de recherche
Université McMaster
Hamilton (Ont.)

Cindy-Lee Dennis, Inf. aut., Ph. D.

Professeure et titulaire d'une chaire de recherche du Canada
en santé communautaire périnatale
Université de Toronto et St. Michael's Hospital
Toronto (Ont.)

Jocelyne Doucet, Inf. aut.

Infirmière en santé publique
Santé publique d'Algoma
Sault-Sainte-Marie (Ont.)

Jasmine Gandhi, D.M., FRCPC

Directrice de programme
Programme régional de santé mentale périnatale d'Ottawa
The Ottawa Hospital
Ottawa (Ont.)

Valerie Giroux, MDCM, FRCPC

Psychiatre
Montfort Hospital
Ottawa (Ont.)

Bettyann Goertz, Inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière soignante
London Health Sciences Centre
London (Ont.)

Meghan Gyorffy, Inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique, Programme de santé infantile
Service de santé du district de Simcoe Muskoka
Gravenhurst (Ont.)

Kimberley Harkness, Inf. aut. (cat. spéc.), MSI, Cons. soins périnataux (C)

Infirmière praticienne
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ont.)

Table sur le développement de la santé humaine

Santé publique de l'Ontario
Toronto (Ont.)

Carol Johnson, Inf. aut., B.Sc. inf, ICPSM(C), ISP

Clinicienne post-partum
Service de santé de Timiskaming
New Liskeard (Ont.)

Michelle Jones, Inf. aut., B.Sc. inf

Infirmière en santé publique
Santé publique d'Algoma
Sault-Sainte-Marie (Ont.)

Lisa Keenan-Lindsay Inf. aut., MSI, Cons. soins périnataux (C)

Professeure en soins infirmiers
Seneca College
Toronto (Ont.)

Margaret Lebold, Inf. aut., B.Sc., B.A., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique
Région de Peel
Mississauga (Ont.)

Nicole Letourneau, Inf. aut., BSI, MSI, Ph. D., Membre de l'ACSS

Professeure et présidente de l'ACHF
Santé mentale parent-enfant
Université de Calgary
Calgary (Alb.)

Madeline Logan-John-Baptiste, Inf. aut., B.Sc.Inf., CSU(C), M.B.A.

Directrice des soins aux patients
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ont.)

Cailin MacMillan, Inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique
Service de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark
Gananoque (Ont.)

Grazyna Mancewicz, Trav. soc. aut., M.Ed.

Travailleuse sociale et thérapeute
Centre de santé communautaire de Parkdale
Toronto (Ont.)

Kimberley Marshall, Inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique
Service de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark
Gananoque (Ont.)

Christine McIntee, Inf. aut.

Expérience vécue
Oshawa (Ont.)

Efisia Orsini, Inf. aut., B.Sc.Inf., M.G.S.S.

Infirmière en santé publique
Santé publique de la région de Niagara
St. Catharines (Ont.)

Sarah Parkinson, Inf. aut., M.Sc.Inf., Cons. soins périnataux (C)

Infirmière clinicienne spécialisée
London Health Sciences Centre
London (Ont.)

Tanya Patry, Inf. aut., B.Sc.Inf., IBCLC

Infirmière en santé publique
Service de santé du comté de Huron
Walkerton (Ont.)

Laurie Peachey, Inf. aut., MSI, Cons. soins périnataux (C)

Professeure adjointe
Université de Nipissing
North Bay (Ont.)

Cindy Pritchard, Inf. prat., Inf. aut. (cat. spéc.)

Infirmière praticienne
Santé mentale ambulatoire
Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores
Whitby (Ont.)

Fiona Proctor, Inf. aut.

Expérience vécue
Singhampton (Ont.)

Lorrie Reynolds, Inf. aut., B.Sc.Inf., M.G.S.S., CHE

Directrice de la protection maternelle et infantile
Pratique professionnelle / Cheffe adjointe des soins infirmiers
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ont.)

Lori Ross, Ph. D.

Professeure agrégée
École de santé publique Dalla Lana
Université de Toronto
Toronto (Ont.)

Rosemary Scofich, Inf. aut., B.Sc.Inf., B.A.

Infirmière en santé publique
Service de santé du district de Thunder Bay
Thunder Bay (Ont.)

Joanne Seitz, M.Sc.Inf., Inf. prat. en santé des femmes, PQSS

Infirmière praticienne en santé des femmes
Kaiser Permanente Napa Solano
Napa, (CA, É.-U.)

Poonam Sharma, Inf. aut., MSI

Infirmière en santé publique
Région de Peel, Division de la santé publique
Mississauga (Ont.)

Janet Siverns, Inf. aut, M.Sc.

Équipe de santé génésique
Service de santé publique
Oakville (Ont.)

Mary Srebot, Inf. aut., Cons. soins périnatales (C)

Infirmière responsable
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ont.)

Donna Stewart, GC, D.M., FRCPC

Professeure
Réseau universitaire de santé
Centre de santé mentale
Université de Toronto
Toronto (Ont.)

Hilda Swirsky, Inf. aut., B.Sc.Inf., M.Ed.

Infirmière soignante
Sinai Health System
Toronto (Ont.)

Tanya Tulipan, D.M.

Psychiatre et médecin
Coresponsable des services de santé mentale en périnatalité
Centre de santé IWK
Halifax (N.-É.)

Kari Van Camp, Inf. aut. (cat. spéc.), M.Sc.Inf., ICPSM(C), Inf. aut. toxicomanie PA, SSMSP, IPPC-SP, IPF

Infirmière praticienne
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
Toronto (Ont.)

Jeanie Wyre-Clarke, Inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique
Santé publique de Toronto
Toronto (Ont.)

* Les intervenants qui ont révisé les LDPE de l'AIIAO sont déterminés de deux façons. Le recrutement des intervenants s'effectue d'abord au moyen d'un appel public affiché sur le site Web de l'AIIAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). L'équipe de recherche et d'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et les membres du comité d'experts sélectionnent ensuite des personnes et des organismes ayant une expertise dans un ou plusieurs domaines abordés dans la ligne directrice, puis les invitent à participer à l'examen de la LDPE.

Les intervenants chargés de la révision possèdent des compétences sur les sujets traités par la ligne directrice ou sont susceptibles d'être concernés par sa mise en œuvre. Il peut s'agir de personnel infirmier, de membres de l'équipe interprofessionnelle, d'infirmières gestionnaires, d'administrateurs, d'experts en recherche, d'enseignants, d'étudiants en soins infirmiers ou de personnes ayant une expérience de terrain et des membres de la famille. L'AIIAO cherche à obtenir le point de vue de toute une variété de spécialistes, de rôles dans la profession infirmière et d'autres milieux professionnels (p. ex., pratique clinique, recherche, formation et politiques), et de régions géographiques.

Les réviseurs sont tenus de lire l'intégralité de l'ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant sa publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Ils sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- La discussion sur les données probantes est-elle exhaustive et ces données soutiennent-elles la recommandation?

Les intervenants participent également à la validation des indicateurs de qualité, élaborés pour évaluer la mise en œuvre de la présente LDPE, en répondant à un questionnaire. Ils évaluent certains critères de validation au moyen d'une échelle de Likert à sept points pour chaque indicateur de qualité.

Le sondage permet également d'inclure des commentaires pour chaque section de la LDPE. Les membres de l'équipe de recherche et d'élaboration des LDPE de l'AIIAO compilent les réponses au questionnaire et font une synthèse des commentaires. L'équipe et les membres du comité d'experts de l'AIIAO examinent et prennent en compte tous les commentaires et modifient au besoin les recommandations et le contenu de la LDPE avant sa publication.

Les réviseurs ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements professionnels dans la présente LDPE. **Les renseignements des réviseurs sont exacts au moment de la révision de la LDPE.**



Contexte

La dépression périnatale est un trouble de l'humeur qui survient pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement (5-7). La dépression périnatale est reconnue comme l'une des maladies mentales les plus fréquentes et, dans les pays développés, comme la complication de grossesse la moins bien diagnostiquée (5-7). Elle représente une cause importante du fardeau des maladies dans le monde, mesuré selon le coût des soins de santé, la morbidité, la mortalité et le nombre d'années perdues en raison de la maladie. En Ontario, on estime que 20 000 000 \$ sont dépensés chaque année pour les complications liées à l'absence ou l'interruption de traitements contre la dépression prénatale, notamment lorsqu'un enfant naît prématurément ou avec un poids faible (8-9). Dans les pays industrialisés, environ 10 % des personnes pendant la grossesse et 13 % peu après l'accouchement souffrent d'une maladie mentale, généralement la dépression (10). La dépression peut survenir à différents moments de la grossesse ou du post-partum et peut prendre la forme d'une maladie mentale chronique qui persiste pendant la grossesse et le post-partum, d'un premier épisode pendant la grossesse ou le post-partum, ou d'une rechute (11). La dépression périnatale entraîne des conséquences néfastes à court et à long terme pour la personne, pouvant également toucher le partenaire, les membres de la famille et l'entourage (6, 12). Il est donc essentiel que le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle aient les connaissances et les compétences nécessaires pour dépister, évaluer, prévenir, intervenir et réévaluer la dépression périnatale (6-7).

Les troubles psychiatriques peuvent survenir pendant la grossesse ou le post-partum. La section « Contexte » décrit les symptômes de la dépression périnatale et les facteurs de risque. Le trouble de l'adaptation, l'anxiété périnatale et la psychose post-partum sont brièvement présentés, bien que leurs implications spécifiques concernant les pratiques périnatales dépassent le cadre de cette LDPE. La section commence par une description du *baby blues*, qui se définit comme un changement d'humeur léger très courant. Il est évoqué dans la présente LDPE pour le différencier des troubles de l'humeur périnataux.

Changements d'humeur légers

Baby blues

Il est important de faire la différence entre la dépression post-partum et le *baby blues*, qui touche environ 30 à 75 % des personnes selon la **culture**^G. Le *baby blues* survient généralement dans les trois à cinq premiers jours qui suivent l'accouchement et disparaît spontanément sous deux semaines (6). Les symptômes du *baby blues* sont les suivants : pleurs, agitation, sautes d'humeur, anxiété générale, troubles aigus de l'appétit et du sommeil, impression d'être submergé et de mal faire les choses, et irritabilité (6). Le *baby blues* n'est toutefois pas une forme légère de dépression et ne fait pas partie des troubles de l'humeur périnataux. Il n'est pas lié au stress ou aux antécédents psychiatriques, n'affecte pas la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même ou de son bébé et n'entraîne pas d'idées suicidaires (6). Il serait attribuable à la chute brutale des taux d'œstrogène et de progestérone après l'accouchement. En effet, les symptômes apparaissent au cours de la première semaine, puis se dissipent une fois les niveaux d'hormones stabilisés (6, 13). Pour surmonter le *baby blues*, la personne a besoin d'écoute, de réconfort et d'explications sur son état de santé. Les symptômes peuvent être annonciateurs de la dépression post-partum et doivent donc être surveillés (6, 13).

Troubles de l'humeur

Dépression périnatale – Période prénatale

La prévalence de la dépression prénatale au Canada peut varier selon la population étudiée et l'**outil de dépistage**^G utilisé (14). Par exemple, en 2014, l'Agence de la santé publique du Canada montrait une prévalence de 10 %, tandis qu'un échantillon communautaire longitudinal indiquait un taux de 14,1 % en début de grossesse et de 10,4 % en fin de grossesse (15). Malgré cette prévalence élevée, les personnes à risque ne sont pas détectées, la plupart du temps, ou ne se voient proposer aucun traitement (14).

La dépression prénatale peut se soigner par la psychothérapie et un traitement pharmacologique, en fonction de la gravité des symptômes et de l'efficacité du traitement. Les soins peuvent être complexes et limités en raison de la grossesse ou de la disponibilité des aides et des services existants (16). C'est pourquoi le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent favoriser la **prise de décision éclairée**^G de la personne au sujet de son traitement (16-17). Un examen attentif des risques et des bienfaits pour la personne et le fœtus est essentiel (18).

Une dépression non diagnostiquée ou non traitée pendant la grossesse peut entraîner des absences répétées aux rendez-vous prénatals, une augmentation de la consommation de tabac ou d'alcool, un risque élevé d'accouchement prématuré ou un faible poids à la naissance (6, 14, 16-17, 19). La détermination de ces complications établit des liens clairs entre les déterminants sociaux et l'état mental de la personne (20). Les personnes subissant des inégalités sociales (p. ex., pauvreté, **discrimination**^G et traumatismes) présentent un risque plus élevé de développer une maladie mentale, en particulier lorsqu'elles cumulent les inégalités. Pour que les interventions soient efficaces et pour éviter de nouvelles discriminations involontaires, elles doivent mettre le doigt sur les raisons complexes et les causes sous-jacentes de leur dépression. Par exemple, un manque d'assiduité aux rendez-vous prénatals peut être attribuable à un emploi précaire et à la peur de perdre son emploi ou de vivre dans la pauvreté et de ne pas avoir les moyens de se déplacer. La consommation de tabac pendant la grossesse peut également être une stratégie d'adaptation pour réduire la sensation de faim ou gérer le stress (20-21).

Dépression périnatale – Période post-partum

La dépression post-partum est la complication la plus fréquente de l'accouchement. Dans près de la moitié des cas de dépression post-partum, les premiers symptômes sont apparus pendant la grossesse (5-6). Les taux de prévalence varient. Au Canada, les données de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité indiquent un taux de 8,46 % de dépression possible, mesuré selon l'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EPDS) (avec un score total de 10 à 12) et de 8,69 % de dépression probable (avec un score total de 13 ou plus) (22). Aux États-Unis, le taux de prévalence de la dépression post-partum s'élève à 21 % au cours de la première année qui suit l'accouchement (23). Les résultats indiquent que 40,1 % des personnes ont souffert de dépression après l'accouchement, contre 33,4 % pendant la grossesse et 26,5 % avant la conception.

Les recherches qualitatives sur la dépression post-partum donnent un aperçu des expériences vécues par la personne et donnent un aperçu du continuum de la maladie et du rétablissement (24). Quatre phases bien distinctes ont été mises au jour pour décrire le parcours de la maladie, depuis les premiers symptômes jusqu'au rétablissement :

1. **Spirale infernale** : émotions vives comme l'anxiété, le sentiment de dépassement, l'isolement et la culpabilité.
2. **Décalage entre les attentes et la réalité de la maternité** : attentes contradictoires et peur d'être stigmatisé.
3. **Perte envahissante** : sentiment de perte (y compris la perte de soi, de contrôle, des relations avec les autres et de la voix).
4. **Volonté de se battre** : lutter pour survivre, demander de l'aide, se réintégrer et changer.

La reconnaissance des symptômes, le soutien et le traitement sont essentiels, puisque l'absence de soins peut entraîner une aggravation de l'état de santé et conduire à l'enfermement, à la prostration et au désespoir (25). La dépression post-partum non traitée peut amener une personne à ressentir un manque de lien, de gratification ou d'épanouissement dans son rôle de parent ou à ne pas remarquer les besoins du bébé, notamment lorsqu'il a faim (26-27). Pour les enfants de parents souffrant de dépression non traitée, il existe un risque accru de problèmes comportementaux et de retards de développement sur les plans langagier, moteur, social et cognitif (26, 28). À long terme, les enfants sont plus susceptibles de présenter des problèmes affectifs persistants ou des comportements agressifs à l'âge adulte (26).

Symptômes de la dépression périnatale

Bien que les symptômes de la dépression post-partum varient pour chaque personne, ils commencent généralement dans les quatre à six semaines suivant la naissance. Ils peuvent toutefois survenir à tout moment au cours de la première année qui suit l'accouchement (23, 29). Les critères des symptômes de la dépression périnatale varient d'une source à l'autre. Par exemple, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) définit la dépression périnatale comme un trouble dépressif majeur qui commence avant l'accouchement, avec des symptômes quotidiens ou quasi quotidiens pendant au moins deux semaines (29). Selon le DSM-5, on parle de dépression périnatale lorsque la personne est déprimée et n'a plus d'intérêt ou ne prend plus de plaisir à faire des activités qu'elle aimait autrefois, en plus d'autres symptômes tels que :

- Les troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), presque tous les jours;
- Une perte ou une prise de poids d'au moins 5 % en un mois non attribuable à un régime ou à une consommation alimentaire excessive;
- L'agitation;
- La perte d'énergie ou la fatigue au quotidien;
- La difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions;
- Le sentiment d'être inutile ou de culpabiliser sans raison;
- Les pensées fréquentes de la mort ou les idées suicidaires, avec ou sans plan spécifique (29).

Le **tableau 4** répertorie d'autres signes et symptômes de la dépression périnatale, classés ici en fonction de l'humeur, des pensées et de la santé physique ou des comportements.

Tableau 4 : Humeurs, pensées et santé physique/comportements associés à la dépression périnatale

HUMEURS	PENSÉES	SANTÉ PHYSIQUE/ COMPOTEMENTS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tristesse ■ Perte d'intérêt ou de plaisir (anhédonie) ■ Sentiment de culpabilité ■ Sautes d'humeur ■ Anxiété ■ Désespoir ■ Peur d'être seul avec le bébé en raison de difficultés d'adaptation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés de concentration ■ Faible estime de soi ■ Déphasage ■ Difficulté à prendre des décisions et à réfléchir ■ Pensées suicidaires ■ Inquiétude excessive ■ Irritabilité ■ Doute de sa capacité à élever un bébé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Perte d'appétit ■ Changements physiques ■ Troubles du sommeil ■ Pleurs ■ Manque d'énergie

Sources : Banti S, Borri C, Camilleri V et coll. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature. *Ital J Psychopath.* 2009, 15(4) : pp. 351 à 366; O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013, 9 : pp. 379 à 407; et Zauderer C, Davis W. Treating postpartum depression and anxiety naturally. *Holist Nurs Pract.* 2012, 26(4) : pp. 203 à 209.

Certains symptômes de la dépression périnatale, comme les troubles du sommeil et l'irritabilité, sont également courants pendant la grossesse. Par conséquent, la gravité et les répercussions sur l'état fonctionnel nécessitent une évaluation plus approfondie pour déterminer s'il s'agit de symptômes de dépression ou d'une transition normale. Puisque certains sentiments, comme le doute ou l'inquiétude, peuvent s'apparenter à la dépression périnatale, il est important que le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle connaissent bien les différences pour être en mesure de déterminer si une dépression est en train de s'installer ou non (6-7, 30).

Bien que les symptômes de la dépression périnatale puissent varier, il existe des points communs dans la façon dont les personnes expriment ou décrivent leurs symptômes, comme l'indique le **tableau 5**.

Tableau 5 : Exemples d'énoncés suggérant des symptômes de dépression

SYMPTÔME DE LA DÉPRESSION	EXEMPLE D'ÉNONCÉS DÉCRIVANT CES SYMPTÔMES
Manque d'énergie, léthargie	« <i>La moindre chose devient un effort.</i> »
Faible estime de soi	« <i>Je suis nul en tant que parent, personne et partenaire.</i> »
Tristesse	« <i>J'ai envie de pleurer tout le temps.</i> »
Pensées suicidaires	« <i>Je pense que tout irait mieux si je n'étais plus là.</i> »
Anxiété, regrets, remords	« <i>J'ai fait une grosse erreur.</i> »
Déphasage, désorientation, confusion	« <i>J'ai l'impression de vivre dans le brouillard.</i> »

Source : Accortt E, Wong M. It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. *Obstet Gynecol Surv.* 2017, 72(9) : pp. 553 à 568.

Facteurs de risque de la dépression périnatale

L'étiologie de la dépression périnatale varie d'une personne à l'autre et dépend souvent de plusieurs facteurs (6, 31). À ce titre, les circonstances et les situations propres à chacun qui affectent la santé mentale et le risque de dépression doivent être pris en compte. Une bonne connaissance des facteurs de risque permettra de déterminer plus facilement les facteurs propres à chaque personne et les interventions nécessaires, au moment de la narration des antécédents, du dépistage et de l'évaluation de la dépression périnatale (20).

Dans la présente LDPE, plusieurs recommandations concernent les personnes à risque de dépression périnatale et reconnaissent que les facteurs de risque multiples ou connexes, comme les déterminants sociaux de la santé mentale, augmentent le risque de dépression périnatale. Les personnes qui connaissent des inégalités sociales seraient les plus à risque (6, 20, 32). Par exemple, les nouvelles immigrantes qui ont de la difficulté à accéder aux aides et aux services en santé mentale pour diverses raisons (services non disponibles dans leur langue maternelle, faible pouvoir décisionnel dans le foyer, etc.) sont les plus exposées à la dépression périnatale (33).

Le **tableau 6** répertorie les facteurs de risque de dépression périnatale selon trois niveaux : fort, modéré et faible. Les facteurs de risque dits forts ont la probabilité la plus élevée de mener à une dépression périnatale, les facteurs de risque modérés présentent un niveau de risque moyen et les facteurs de risque faibles sont ceux qui ont le moins de chances d'entraîner une dépression périnatale. La liste des exemples de facteurs de risque ci-dessous n'est pas exhaustive.

Tableau 6 : Facteurs de risque de la dépression périnatale

FACTEURS DE RISQUE FORTS	FACTEURS DE RISQUE MODÉRÉS	FACTEURS DE RISQUE FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Antécédents de maladie psychiatrique, comme la dépression ou l'anxiété, pendant la période périnatale ou en dehors ■ Symptômes prénatals d'anxiété ■ Apparition de la dépression pendant la grossesse ou le post-partum 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Événements stressants (p. ex., rupture sentimentale ou divorce, perte d'emploi, incarcération, insécurité relative au logement) ■ Statut de réfugiée ou d'immigrante ■ Soutien social insuffisant ou perception d'un soutien insuffisant ■ Résultats obstétricaux inquiétants ■ Faible estime de soi ■ Antécédents de violences physiques ou d'abus sexuels pendant l'enfance ou à l'âge adulte ■ Violences conjugales ■ Antécédents de traumatismes liés à la reproduction (p. ex., infertilité) ■ Deuil lié à une fausse couche, à l'accouchement d'un mort-né ou à la perte d'un nourrisson ■ Consommation de substances, notamment de tabac 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Statut socio-économique modeste ■ Absence de partenaire de vie, parent célibataire ■ Grossesse définie comme non planifiée ou non désirée ■ Problèmes liés à l'allaitement maternel, y compris un manque de soutien de l'entourage ou d'un fournisseur de soins de santé⁶

Sources : Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. *Curr Psychiatry Rep.* 2016, 18(3) : pp. 1 à 11; Ferszt G, Hickey J, Seleyman K. Advocating for pregnant women in prison: the role of the correctional nurse. *J Forensic Nurs.* 2013, 9(2) : pp. 105 à 110; Hamdan A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Int J Psychiatry Med.* 2012, 43(3) : pp. 243 à 259; Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I et coll. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depression symptomatology? *Psychother Psychosom.* 2012, 81(2) : pp. 98 à 107; Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA et coll. Risk factors for depression symptoms during pregnancy: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010, 202(1) : pp. 5 à 14; et O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013, 9 : pp. 379 à 407.

Troubles de l'adaptation

Les troubles de l'adaptation sont courants et peuvent se manifester par une humeur dépressive (y compris une dépression périnatale), de l'anxiété, ou les deux (29). Les troubles de l'adaptation, selon la définition de l'Association américaine de psychiatrie donnée dans le DSM-5, sont des symptômes affectifs ou comportementaux en réponse à un facteur de stress spécifique, comme un changement important (p. ex., devenir parent) ou un événement important (p. ex., naissance « difficile » ou fausse couche). La personne réagit alors de façon anormale en intensité, en qualité ou en durée, et voit son état mental affecté (29). Ces troubles surviennent dans les trois mois suivant le facteur de stress et disparaissent dans un délai de six mois.

Anxiété périnatale

En comparaison avec la dépression périnatale, l'anxiété périnatale est plus difficile à comprendre (34). S'agissant d'un facteur déclencheur de la dépression post-partum, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent considérer les symptômes d'anxiété comme une comorbidité accompagnant la dépression post-partum ou comme un problème distinct pendant la période périnatale (34).

La prévalence et le type d'anxiété pendant et après la grossesse varient selon les populations étudiées (34). Jusqu'à 10 % des femmes enceintes souffriraient d'anxiété générale (c.-à-d. d'inquiétudes peu fondées ayant des origines diverses) et jusqu'à 5 % souffriraient d'une anxiété panique, caractérisée par une peur excessive et soudaine (34).

L'agitation, les distorsions cognitives, l'inquiétude constante, la tachypsychie, l'essoufflement, les palpitations cardiaques et l'agitation font partie des symptômes des troubles de l'anxiété (34). Les personnes enceintes souffrant d'anxiété peuvent présenter des comportements caractéristiques, tels que :

- Pensées récurrentes sur le fœtus pouvant interférer dans le rôle et le fonctionnement social de la personne et contribuer à générer une grande sensibilité (34);
- Antécédents d'attaques de panique ou crainte d'en subir et de perturber la grossesse (34);
- Nausées et vomissements plus fréquents (34);
- Demande de rendez-vous prénatals supplémentaires (34);
- Arrêts de travail fréquents en raison de difficultés à faire face aux changements physiologiques associés à la grossesse (34);
- Hausse des préoccupations concernant les mouvements du fœtus (augmentation ou diminution) (35-36).

Pendant le travail, l'anxiété peut entraîner une rupture des membranes et le déclenchement prématuré du travail, la naissance d'un bébé de faible poids ou un risque plus élevé de naissance par césarienne (35-37). Après l'accouchement, les symptômes d'anxiété peuvent être aggravés par le manque de sommeil, les soins à apporter au nouveau-né ou les transitions physiques, psychologiques et sociales associées à la parentalité (34).

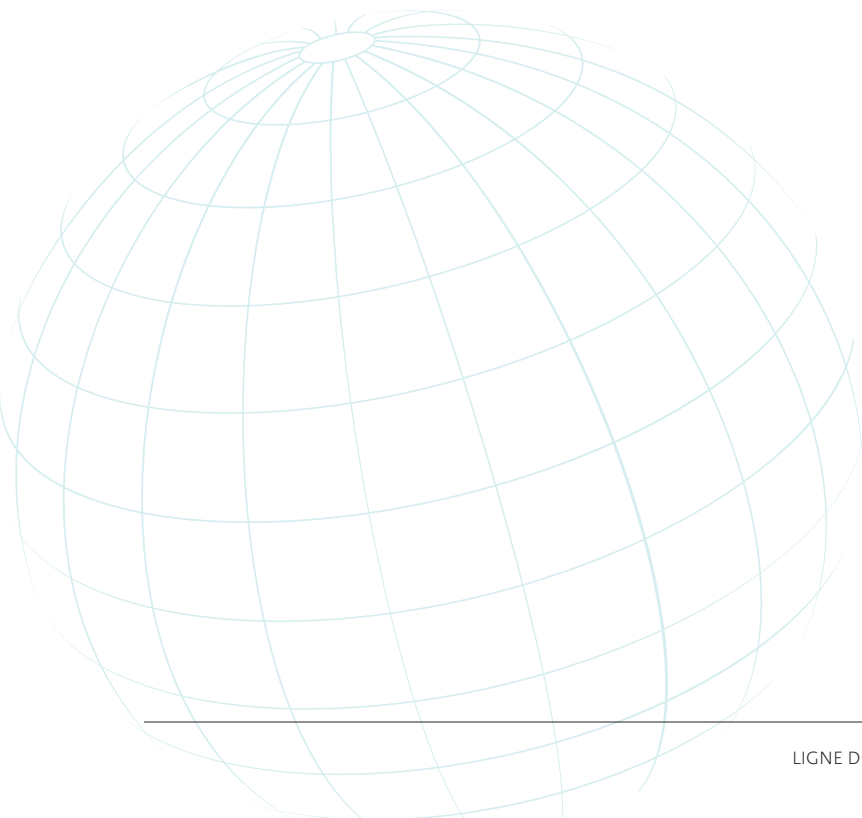
L'anxiété périnatale peut être corrélée à la dépression pendant et après la grossesse (38). Il existe une corrélation positive entre l'apparition de troubles anxieux en fin de grossesse chez les personnes qui souffrent simultanément de dépression (39). Les symptômes d'anxiété prénatale tardifs sont également prédictifs de l'aggravation des symptômes de la dépression post-partum au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement (30, 39).

Pour mesurer l'anxiété périnatale, un outil de dépistage (p. ex., l'EPDS) peut être utilisé pour mesurer à la fois les symptômes de la dépression et de l'anxiété (37). Aucun outil valide propre à l'anxiété périnatale n'a fait ses preuves, étant donné que la faisabilité et l'utilité du dépistage de l'anxiété sont encore à l'étude (37).

Psychose post-partum

La psychose post-partum est la maladie psychiatrique la plus rare et la plus grave du post-partum, touchant environ 0,1 à 0,5 % des personnes (6, 30). Il s'agit d'un événement psychotique aigu considéré comme une urgence psychiatrique. Les symptômes apparaissent de façon brutale, dans les deux à quatre semaines suivant la naissance (6, 40). La personne a alors des bouffées délirantes ou des hallucinations (p. ex., le bébé est possédé), tient des propos étranges, a des pensées confuses et se comporte de manière anormale (6, 30). Elle éprouve une profonde confusion et d'importants changements émotionnels, comme des sautes d'humeur (6). La psychose post-partum nécessite une évaluation psychiatrique en urgence, le plus souvent dans un établissement de soins actifs. Une personne dont la psychose reste non traitée risque de se faire du mal, de se suicider ou de s'en prendre à son bébé ou ses autres enfants. C'est pourquoi une surveillance est nécessaire pour protéger la personne (6, 30, 41).

Il n'est pas rare que ce soit le partenaire ou un membre de la famille qui demande du soutien ou recherche des services en santé mentale, étant donné que la personne souffrante n'est pas forcément consciente de son état et est généralement incapable de se prendre en main (6, 30). Le pronostic est généralement favorable, avec un rétablissement complet une fois que la psychose post-partum a été diagnostiquée et traitée (6, 30). Les causes sous-jacentes de la psychose post-partum sont inconnues. Toutefois, les personnes ayant des antécédents de trouble bipolaire ou de psychose post-partum présentent un risque plus élevé (6, 30).



Cadres directeurs

Les cadres suivants ont été utilisés pour guider les revues systématiques et formuler les recommandations : déterminants sociaux de la santé mentale, **soins axés sur la personne**^G et prise de décision éclairée. Chaque cadre fournit des connaissances préalables fondamentales sur le sujet clinique. Il est recommandé que le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle reçoivent la formation adéquate sur ces cadres directeurs et s'en servent au quotidien.

Déterminants sociaux de la santé mentale

Au contact des personnes atteintes ou susceptibles d'être atteintes de dépression périnatale, il est essentiel de déceler les déterminants sociaux qui affectent leur santé et leur bien-être, et notamment leur santé mentale (20). Parmi ces déterminants figurent le lieu de naissance de la personne, l'endroit où elle a grandi et l'endroit où elle vit actuellement, son travail, son âge et d'autres aspects économiques, sociaux, culturels, politiques et environnementaux (42). Les inégalités en matière de santé, qui découlent des inégalités sociales, font partie des déterminants sociaux de la santé mentale (20, 42). Ces inégalités sont systémiques et intrinsèquement injustes (43). Les politiques publiques, notamment celles relatives aux aides et aux services en santé mentale relatifs à la dépression périnatale, sont en mesure de s'attaquer au partage inéquitable du pouvoir et des ressources et d'améliorer durablement les conditions de vie, y compris pendant la grossesse et le post-partum, et de faire évoluer certains domaines comme le travail, l'éducation et les programmes sociaux (20, 42).

Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent saisir l'importance des déterminants sociaux de la santé mentale pour éliminer les inégalités en matière de santé (44). Les conséquences des déterminants sociaux de la santé mentale doivent être prises en compte dans chacune des composantes de la dépression périnatale (dépistage, évaluation, prévention, interventions et réévaluation).

Soins axés sur la personne

Les soins axés sur la personne sont des soins qui permettent aux personnes à risque ou en situation de dépression périnatale d'aller mieux. Cette approche vise à connaître la **personne dans son ensemble**^G, ses antécédents en matière de santé et le rôle qu'occupent son partenaire et les membres de sa famille (y compris le rôle qu'ils peuvent jouer pour aider la personne à être en bonne santé) (45-46). Les soins axés sur la personne sont organisés autour des besoins de la personne, en collaboration avec elle, et reflètent ses volontés, sa culture, ses valeurs, ses croyances et l'évolution de son état de santé (47). Ils respectent les préférences de la personne, sont **sensibles aux réalités culturelles**^G et à la **prise en compte de la culture**^G. Ils impliquent un partage du pouvoir au sein de la **relation thérapeutique**^G dans le but d'améliorer les résultats cliniques et d'offrir des soins qui répondent aux attentes des patients (48). Cette approche s'oppose au modèle biomédical, dans lequel le patient est vu comme un sujet à diagnostiquer et à traiter (45-46). Pour mieux connaître le rôle du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle et en savoir plus sur les **soins axés sur les besoins de la personne et de la famille**^G, consultez la LDPE *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*, publiée en 2015 par l'AIIO, au <https://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille>

Prise de décision éclairée

Tout au long de la période périnatale, les personnes sont amenées à prendre des décisions concernant leurs soins. Ces décisions peuvent être influencées par leurs croyances, leurs valeurs et leur situation sociale. Il incombe au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle de faciliter la prise de décision éclairée en collaborant avec les personnes et les familles (le cas échéant) et en exposant de l'information fondée sur des données probantes (49). Le personnel infirmier a la responsabilité éthique de prendre en compte, de respecter et de promouvoir le droit d'une personne de prendre des décisions éclairées (49).

L'Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses (AWHONN) indique que la prise de décision éclairée est un élément fondamental dans les soins infirmiers en périnatalité (50). Elle indique que le personnel infirmier en périnatalité doit :

- Respecter et promouvoir l'autonomie des femmes et les aider à répondre à leurs besoins de santé en leur apportant l'information et les services appropriés;
- Renseigner les femmes et les familles en avançant des faits probants pour permettre une prise de décision éclairée;
- Travailler aux côtés des femmes et de leur famille en respectant leur point de vue et en soutenant leurs choix, dans la mesure du possible;
- Plaider en faveur des femmes, des nouveau-nés et de leur famille dans le contexte de la loi et des processus institutionnels;
- Collaborer avec d'autres confrères pour soutenir le choix des femmes et de leur famille en matière de soins, dans la mesure du possible (49, p. 22).



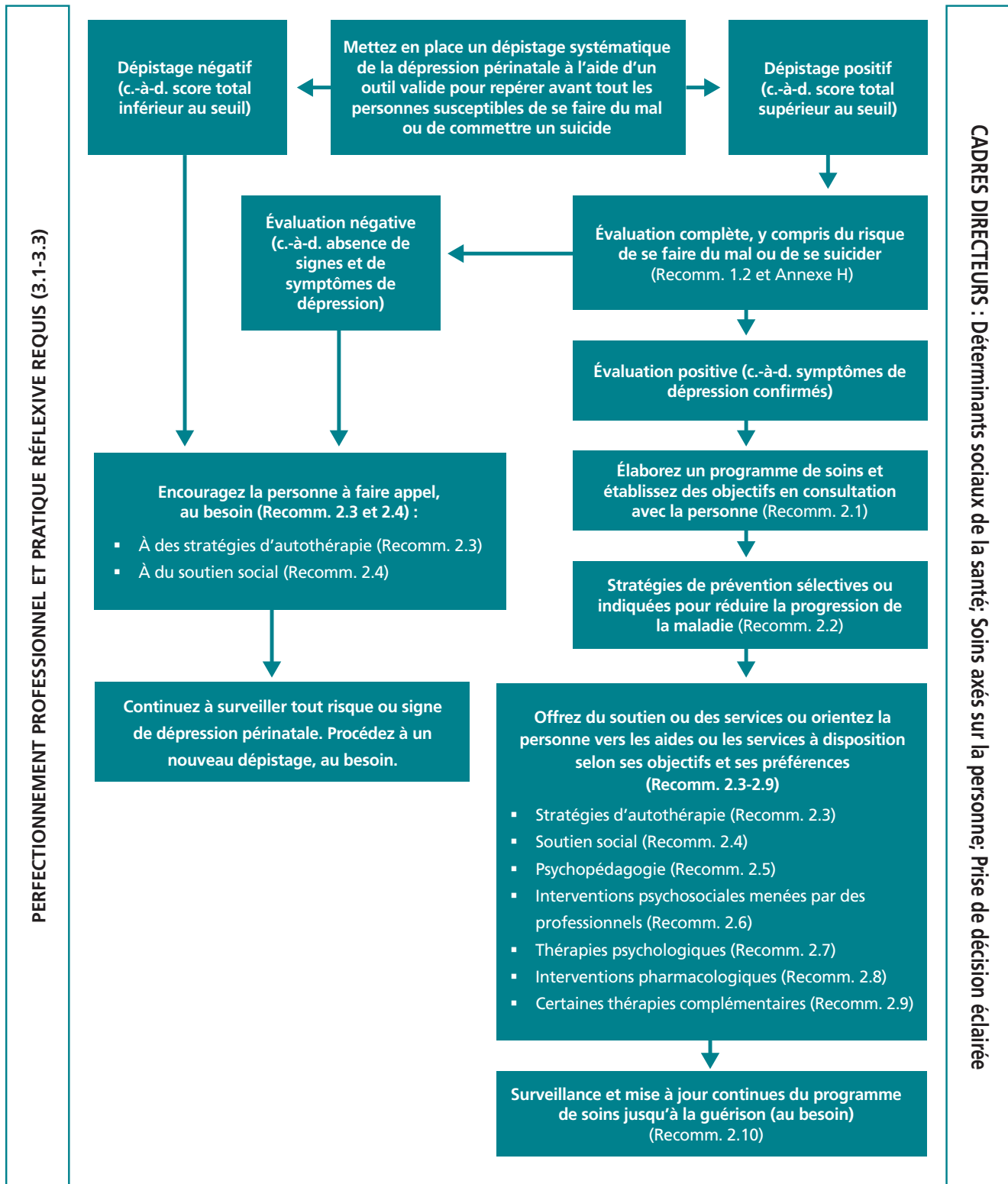
Algorithme de traitement de la dépression périnatale

Le comité d'experts a conçu un algorithme qui décrit toutes les recommandations relatives à la pratique et à la formation pour la présente ligne directrice. L'algorithme intègre les principes directeurs de l'approche axée sur la personne, de la prise de décision éclairée et des déterminants sociaux de la santé mentale en tant que facteurs d'influence sur la santé. Il doit être utilisé dans tous les milieux où des soins sont fournis aux personnes pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement (voir la **figure 1** à la page suivante). Dans les collectivités où l'accès aux aides et aux services en santé mentale pour soigner la dépression périnatale est limité, l'algorithme peut servir de guide pour planifier ces services essentiels.

L'algorithme propose des stratégies pour les cinq composantes de la dépression périnatale décrites dans la présente LDPE, à savoir le dépistage, l'évaluation, la prévention, les interventions et la réévaluation. La prise en charge de la dépression périnatale commence par un dépistage systématique, suivi d'une évaluation pour les personnes dont le dépistage s'est révélé positif. Il est recommandé que le choix de l'outil de dépistage et du seuil associé se base sur des faits scientifiques et soit approuvé par les politiques de votre établissement de soins. L'**Annexe G** aborde les points à prendre en compte lors de la sélection d'un outil de dépistage de la dépression périnatale en fonction du milieu de soins.

Les bienfaits des stratégies d'autothérapie et du soutien social doivent être expliqués aux personnes dont le dépistage est négatif (c.-à-d. avec un score total inférieur au seuil défini). Pour les personnes dont le dépistage est positif (c.-à-d. avec un score total supérieur au seuil défini), de même que l'évaluation, les aides et les services en santé mentale seront sélectionnés en collaboration avec la personne. Une thérapie psychosociale, psychologique, pharmacologique ou psychopédagogique peut être mise en place, en complément de stratégies d'autothérapie et du soutien psychosocial. Le protocole de soins mis en place doit être évalué et ajusté en continu, jusqu'à la guérison, pour déterminer l'efficacité des aides et des services offerts.

Figure 1 : Algorithme de traitement de la dépression périnatale



* Si à tout moment de la mise en œuvre de cet algorithme vous avez des motifs raisonnables de penser qu'un bébé ou un enfant a ou pourrait avoir besoin de protection, signalez rapidement vos soupçons ou vos préoccupations étayés à vos services locaux de protection de l'enfance.

Recommandations relatives à la pratique

QUESTION DE RECHERCHE N° 1 :

Dans le domaine de la santé mentale périnatale, quelles sont les stratégies de dépistage et d'évaluation efficaces pour déterminer les symptômes de la dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement?

RECOMMANDATION 1.1 :

Dépister systématiquement le risque de dépression périnatale, à l'aide d'un outil valide, lors de consultations de soins avant et après l'accouchement.

Niveau de pertinence du résumé : Ia, IV, V

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 1, moyenne = 3, faible = 1; Ligne directrice : élevée = 1

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Le comité d'experts recommande vivement un dépistage systématique pour toutes les personnes pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement, étant donné que la dépression périnatale reste méconnue et non traitée comme une maladie mentale, alors même que des traitements existent. Le dépistage systématique de la dépression périnatale permet de repérer de façon précoce les personnes qui ont besoin d'une évaluation plus approfondie, de planifier les soins et de mettre en place les aides et les services en santé mentale (le cas échéant) afin de limiter les conséquences dévastatrices de la maladie sur la santé de la personne concernée, son nourrisson et sa famille, dans l'immédiat et à l'avenir (51-52). Les interventions précoces permettent également de réduire la **stigmatisation**^G, d'atténuer le fait qu'il s'agit d'une maladie mentale et de poser un diagnostic de dépression périnatale sur près de la moitié des personnes évaluées (53). Le dépistage systématique est également associé positivement à une intensification des programmes de dépistage (par rapport aux soins classiques qui se basent souvent sur le jugement clinique d'un prestataire de soins de santé ou les antécédents de la personne) et à une diminution considérable des symptômes de dépression (51).

Aucun outil de dépistage ni aucune méthode d'évaluation spécifique de la dépression périnatale ne sont préconisés dans la présente ligne directrice, du fait que le questionnement qui a façonné les revues systématiques se concentre sur l'efficacité des interventions pour soutenir le dépistage et l'évaluation de la dépression périnatale. Des exemples d'outils de dépistage valides ayant fait l'objet de recherches scientifiques sont inclus dans l'**Annexe E**, y compris l'EPDS.

Dépistage par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle dans des milieux variés

Le dépistage de la dépression périnatale peut être effectué par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle dans divers milieux, en personne ou par téléphone (51, 54). Il peut se dérouler dans des établissements de soins primaires et pédiatriques (p. ex., cliniques du bien-être des bébés, services d'urgence) ou au domicile de la personne (51, 54).

Pour être efficace, le dépistage doit faire partie d'une stratégie globale comprenant un suivi coordonné, quels que soient les résultats (55). Le dépistage ne peut être effectué de façon isolée, sans évaluation de suivi ni orientation vers d'autres professionnels, le cas échéant. Dans les régions dépourvues d'aides et de services en santé mentale pour traiter la dépression périnatale, le comité d'experts recommande un dépistage et une orientation du patient vers les services intégrés locaux. Il est également possible d'envisager un dépistage de la dépression périnatale par téléphone ou sur Internet. Néanmoins, pour permettre un choix éclairé, les aides et les services disponibles doivent être évoqués avant le dépistage.

Moment opportun et fréquence optimale du dépistage de la dépression périnatale

Les données sur le meilleur moment et la fréquence idéale pour réaliser le dépistage de la dépression périnatale ne sont pas cohérentes. Par exemple, dans un service de gynécologie obstétrique, deux dépistages étaient programmés avant la naissance (lors de la première visite et entre la 26^e et la 28^e semaine d'aménorrhée), et un troisième dans les trois à huit semaines après la naissance (51). Un dépistage unique était réalisé dans un établissement de soins primaires deux à trois semaines après l'accouchement (26), tandis qu'un établissement pour le bien-être des bébés effectuait quant à lui trois dépistages, un, trois et six mois après l'accouchement (55). L'US Preventative Services Task Force, l'American Academy of Pediatrics et l'American College of Obstetricians and Gynecologists soutiennent qu'au moins un dépistage doit être effectué systématiquement pendant la période périnatale, sans toutefois recommander de moment précis (51, 55). Retrouvez plus d'information sur le moment opportun et la fréquence optimale du dépistage de la dépression périnatale dans la section « Ressources justificatives ». En raison de l'incohérence des résultats, aucun moment ni aucune fréquence ne peuvent être préconisés.

Intervenir face à un risque d'automutilation ou de suicide

De nombreux outils de dépistage de la dépression périnatale comprennent une ou plusieurs questions relatives à un risque potentiel d'automutilation ou de suicide (56). Un dépistage positif au suicide ou à l'automutilation, quel que soit le score total obtenu, justifie une **évaluation complète**^G par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle. Les pensées suicidaires, l'ébauche d'un passage à l'acte et l'évocation de la mort et des moyens de se donner la mort (56) sont autant de preuves qui doivent alerter. Une enquête doit être effectuée en parallèle pour évaluer les risques pour le nourrisson et les autres enfants (le cas échéant), dont la sécurité est primordiale (56). Ces étapes doivent être scrupuleusement suivies par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle, quel que soit le stade du dépistage, de l'évaluation, de la prévention, de l'intervention et de la réévaluation. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'intervenir face à des pensées suicidaires de la personne, consultez l'[Annexe H](#).

Avantages et inconvénients

Une étude qualitative indique que les personnes pour lesquelles un diagnostic de dépression périnatale a été posé ont ressenti du désarroi et de la gêne lorsqu'elles ont été interrogées sur leurs antécédents traumatiques ou leurs pensées suicidaires, en raison du caractère personnel de ces événements (57). Certains participants ont également regretté d'avoir parlé de leurs antécédents de dépression ou d'anxiété, pour la raison que le fournisseur de soins de santé ne se focalisait plus que sur cet aspect de leur passé.

Valeurs et préférences

Le dépistage de la dépression périnatale est mieux accepté lorsque le personnel infirmier établit une relation thérapeutique avec la personne et prend le temps de lui donner des explications sur l'outil de dépistage utilisé. Par exemple, les résultats qualitatifs indiquent que les personnes acceptaient mieux le dépistage et l'évaluation de suivi de la dépression périnatale lorsque ceux-ci sont réalisés par un fournisseur de soins de santé qu'elles connaissaient et en qui elles ont confiance (58).

Notes de pratique

Scores de dépistage

En ce qui concerne les scores de dépistage, des indicateurs de qualité moyenne et élevée attestent que le personnel infirmier doit tenir compte de ce qui suit :

- Le score total et l'interprétation des résultats – et, le cas échéant, le suivi – doivent dans l'idéal être communiqués dans la foulée (59).
- Pour les personnes dont le score indique une dépression, un soutien, de l'information sur la dépression et un programme de soins individualisé doivent être fournis (59). Le personnel infirmier ou le membre de l'équipe interprofessionnelle doit être conscient qu'un dépistage positif peut déclencher des craintes, comme celle d'être étiqueté comme un parent incompetent, d'imaginer son bébé remis aux services sociaux ou d'avoir de la difficulté à trouver un travail ou à surmonter les obstacles (59).
- Le score total de dépistage doit être interprété avec prudence. Les scores inférieurs au seuil justifient une évaluation plus approfondie si le jugement du praticien soupçonne la présence de symptômes de dépression (53). Une évaluation plus approfondie doit être menée en cas de score supérieur au seuil. L'outil de dépistage étant sensible, certaines personnes ne souffrant pas de dépression risquent d'être diagnostiquées positives afin de permettre au personnel infirmier de s'assurer que les personnes les plus à risque seront détectées (53). Dans ce cas de figure, le personnel infirmier ou le membre de l'équipe interprofessionnelle doit rassurer la personne dont le dépistage est positif en lui disant qu'une évaluation plus approfondie permettra de confirmer ou d'infirmier la dépression.

Considérations relatives au choix de l'outil de dépistage de la dépression périnatale

Lors du choix de l'outil de dépistage, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent i) reconnaître les besoins d'information et de soutien de la personne, ii) reconnaître que la personne est prête à se soumettre à un dépistage de la dépression périnatale et iii) tenir compte des pratiques et du contexte culturels de la personne.

I. RECONNAISSANCE DES BESOINS D'INFORMATION ET DE SOUTIEN DE LA PERSONNE

Commencez le dépistage par une discussion générale sur la santé mentale et le bien-être de la personne. Cette discussion peut se dérouler lors de la première visite, selon ce que le personnel infirmier ou le membre de l'équipe interprofessionnelle juge le plus approprié (56).

Expliquez en détail le but de l'outil de dépistage afin que la personne soit informée de la nature et de l'objectif de l'outil pour obtenir plus facilement son consentement et son acceptation (57, 59). Assurez-vous que la personne comprend qu'un score supérieur au seuil ne constitue pas un diagnostic ni une indication de traitement. Expliquez-lui qu'il s'agit plutôt d'un indice qui permettra de mener une évaluation plus approfondie (11).

Faites en sorte que la personne se sente à l'aise lors du dépistage. Écoutez ses préoccupations au sujet du processus de dépistage et faites preuve de souplesse afin de trouver le meilleur moment pour utiliser l'outil (59).

Reconnaissez que le dépistage de la dépression périnatale peut être perçu comme intrusif (57). Le ton, l'approche et la confiance du praticien sont essentiels pour que la personne se sente en confiance et soutenue pour demander de l'aide (57).

Une attitude bienveillante et empathique, un dépistage réalisé calmement et un intérêt manifeste pour la personne et son score de dépistage peuvent faciliter le soutien et réduire la honte ou la stigmatisation qu'elle peut ressentir lorsqu'elle discute de ses préoccupations concernant sa santé mentale (59).

Dans le cadre d'une pratique relationnelle fondée sur une approche globale des besoins de la personne, cherchez à contextualiser l'expérience vécue de la personne et ses besoins en matière de soins de santé. Incluez les facteurs personnels, interpersonnels et sociaux en reconnaissant les inégalités et les structures sociales qui peuvent influencer le processus de dépistage et son résultat (59-60).

II. RECONNAISSANCE DE LA DISPOSITION DE LA PERSONNE À ÊTRE DÉPISTÉE

Informez la personne que le processus de dépistage est volontaire et nécessite son consentement (57). La personne a le droit de ne répondre qu'à certaines questions de l'outil de dépistage (ou à aucune).

Pour donner son consentement, la personne doit être parfaitement informée de la manière dont l'outil de dépistage sera utilisé pendant le programme de soins, y compris pendant l'éventuel suivi (57).

Le consentement d'une personne à réaliser le processus de dépistage n'implique pas son consentement pour un suivi ultérieur. Cela s'applique quel que soit le résultat du dépistage, sauf en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque avéré d'automutilation, de suicide, d'infanticide ou de préjudice à autrui (57).

Lorsque la personne ne donne pas son consentement, renseignez-vous sur ses changements d'humeur et essayez dans la conversation de déceler des symptômes de dépression au lieu d'effectuer un dépistage formel. Le dépistage formel doit avoir lieu lors d'une visite de suivi si la personne donne son consentement (57, 59).



III. PRISE EN COMPTE DES PRATIQUES ET DU CONTEXTE CULTURELS DE LA PERSONNE

Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent reconnaître et tenir compte de la culture de la personne tout au long du processus de dépistage. Les personnes enceintes et ayant accouché peuvent éprouver et exprimer des signes et des symptômes de dépression différemment, selon leur culture (61).

Pour proposer un traitement adapté à la culture, les éléments suivants doivent être pris en compte :

- Reconnaissez que les nouvelles immigrantes ou les personnes qui maîtrisent mal la langue du pays présentent un risque accru de dépression périnatale (48).
- Cherchez à établir une relation thérapeutique pour surmonter la barrière de la langue en établissant une relation de confiance avec la personne, pour faciliter le dépistage, l'évaluation et une éventuelle intervention. En faisant preuve de compassion et d'intérêt sincère envers la culture de la personne, son mode de vie et son mode d'éducation parentale, la discussion sera plus facile. Montrez-vous disponible, réceptif et réactif (48).
- Le recours à un interprète peut s'avérer utile. Toutefois, l'infirmière ou le membre de l'équipe interprofessionnelle doit prêter attention à tout signe verbal ou non verbal de dépression périnatale lors de chaque visite. Surveillez certains signes, comme la fatigue, une expression faciale figée ou un manque d'expression dans le regard. La personne peut afficher un manque d'intérêt pour son bébé ou tarder à répondre à ses besoins. Certains comportements sont évocateurs de la dépression périnatale. Par exemple, le fait de rester en retrait, de ne pas poser de questions ou de ne donner que des réponses courtes, de sembler pressé lors des visites ou, au contraire, d'avoir beaucoup de questions et d'inquiétudes et de chercher constamment à être aidé ou rassuré (48).
- Si un outil de dépistage est utilisé avec un interprète culturel, la validité de l'outil peut être remise en cause. Des explications et des précisions supplémentaires peuvent être nécessaires (48). La sélection de l'outil de dépistage doit tenir compte des langues disponibles et de la validité de l'outil traduit (61). Consultez les **Annexes E et G** pour en savoir plus sur les outils de dépistage de la dépression périnatale.
- Un dépistage avec un score de zéro suggère un risque de dépression périnatale nul. Cependant, le score peut refléter, dans certaines cultures, une honte et une culpabilité associées aux maladies mentales. Dans ce cas, l'observation des signes et des symptômes de dépression périnatale et l'établissement d'une relation thérapeutique sont essentiels pour pouvoir discuter de santé mentale avec la personne. L'utilisation de connaissances tacites fondées sur la pratique et l'expérience cliniques peuvent également permettre d'interpréter l'humeur de la personne (48).
- Pour certaines personnes, les conseils pratiques et les directives reçus d'un fournisseur de soins de santé au sujet de leur traitement ont été perçus comme utiles (48).

Consultez l'**Annexe D** (Diversité des personnes atteintes de dépression périnatale) et la section « Ressources justificatives » pour en savoir plus sur les considérations culturelles lors du traitement de la dépression périnatale.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
SOUTIEN DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE DANS LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE	
American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630. <i>Obstet Gynecol.</i> 2015, 125 : pp. 1 268 à 1 271. Ressource consultable au : https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommandations de l'American College of Obstetricians and Gynecologists qui précisent que le dépistage de la dépression périnatale doit être effectué au moins à une reprise pendant la période périnatale, à l'aide d'un outil standardisé et validé.
Earls F, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Clinical report – Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. <i>Pediatr.</i> 2010, 126 : pp. 1 032 à 1 039. Ressource consultable au : http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1032	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le dépistage systématique de la dépression post-partum en milieu pédiatrique est recommandé en raison des conséquences qu'elle peut avoir sur le nourrisson et les enfants (p. ex., arrêt prématuré de l'allaitement ou risque accru de maltraitance et de négligence envers les enfants).
Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses. Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women. <i>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.</i> 2015, 44 : pp. 687 à 689. Ressource consultable au : https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1552-6909.12734	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses recommande qu'un dépistage soit réalisé systématiquement pendant la grossesse et le post-partum, que le personnel soit formé aux troubles de l'humeur et qu'il facilite l'accès aux soins de suivi pour les personnes souffrant de dépression.

SOUTIEN DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE DANS LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE

Marsay C, Manderson L, Subramaney U. Changes in mood after screening for antenatal anxiety and depression. *J Reprod Infant Psychol.* 2018 : Mar 30 :pp. 1 à 16. Ressource consultable au : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2018.1453601>

- Étude sur les expériences de dépistage de la dépression et de l'anxiété prénatales chez les personnes enceintes.
- Les résultats montrent que le dépistage semble favoriser la guérison. Les participants décrivent des expériences positives grâce à la prise de conscience, à une meilleure connaissance de la maladie, à la prise en charge par un fournisseur de soins de santé et à l'obtention de soutien.
- Les résultats peuvent être attribuables à la réactivité de la mesure.

CONSIDÉRATIONS CULTURELLES ET DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE

Pottie K, Greenaway C, Feightner J et coll. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ.* 2011, 183(12) : E824-E925. Ressource consultable au : <http://www.cmaj.ca/content/183/12/E824>

- Un dépistage systématique de la dépression est recommandé dans les milieux où des programmes de traitement intégrés existent.

Carteret M. Cross-cultural use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale [Internet]. [lieu inconnu] : Dimensions of Culture, 2018. Ressource consultable au : <http://www.dimensionsofculture.com/2018/03/screening-for-pregnancy-related-depression-in-private-practice-settings-cross-cultural-considerations/>

- La dépression peut être conceptualisée, expliquée et signalée différemment selon les cultures.
- Parmi les exemples favorisant la dépression post-partum, citons le sentiment de tristesse à l'égard du sexe du bébé ou les désaccords sur le prénom du bébé.

MISE EN ŒUVRE DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE

DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care. Perinatal mental health toolkit for pediatric primary care: overview and primer [Internet]. Washington (D. C.) : DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care, 2017. Ressource consultable au : <https://www.dchealthcheck.net/documents/PMH-Toolkit-V-2-2.pdf>

- Ressource destinée aux fournisseurs de soins pédiatriques traitant de la santé mentale.
- Recommande un dépistage de la dépression lors de la visite du premier, deuxième, quatrième, sixième et douzième mois après la naissance.
- Cette ressource comprend des exemples sur la façon d'intervenir en cas de résultat négatif, incertain ou probable à l'EPDS.
- Elle comprend également un plan d'action d'urgence en cas d'automutilation signalée ou de préjudice à autrui.

Irwin-Vitela L. People-centered screening and assessment. Module 4 : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EPDS) [Vidéo]. Milwaukee (Wisc.) : Wisconsin Department of Children and Families, the University of Wisconsin-Milwaukee Child Welfare Training Partnership (MCWP), and Common Worth, LLC, 2016. Ressource consultable au : <https://www.youtube.com/watch?v=JBGvIaBg-aU>

- Présentation PowerPoint de l'EPDS et de son efficacité.
- Inclut une simulation de dépistage de la dépression post-partum à l'aide de l'EPDS.
- Souligne la réflexion que doit mener le praticien.

RECOMMANDATION 1.2 :

Effectuer ou recommander une évaluation complète de la dépression périnatale aux personnes dont le résultat du dépistage de la dépression périnatale est positif.

Niveau de pertinence du résumé : IIb, IV, V

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 1, moyenne = 1; Lignes directrices : élevée = 1, moyenne = 1

Discussion sur les données probantes :**Résumé des données probantes**

Si le dépistage de la dépression périnatale est positif et que la personne donne son consentement, une évaluation complète de suivi sera réalisée (56-57, 62). Les personnes doivent être informées du type de questions qui les attendent dans l'évaluation et du caractère intime et personnel de certains énoncés (57). Bien que les personnes puissent consentir à être évaluées, leurs expériences peuvent influencer leur choix de se faire accompagner ou d'accepter un programme de soins lorsqu'un traitement est indiqué (57). Par conséquent, le respect et l'empathie du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle sont essentiels (57).

Une évaluation complète cherchera à confirmer les signes, les symptômes et la gravité de la dépression périnatale et pourra inclure les éléments suivants :

- Les résultats de l'outil de dépistage, qui peuvent servir d'amorce à la discussion plus approfondie sur l'humeur et l'évolution des symptômes observée par la personne (62);
- Les facteurs de risque de dépression périnatale, en particulier chez les personnes présentant des indicateurs (p. ex., antécédents de trouble de l'humeur, de dépression ou d'anxiété au cours d'une précédente grossesse) (56). Retrouvez la liste des facteurs de risque de la dépression périnatale dans la section **Contexte** (p. 21);
- L'état émotionnel, comme des périodes récurrentes de tristesse, de découragement, d'irritabilité, de déception ou de difficultés à prendre des décisions (56);
- Les problèmes somatiques, comme des changements dans les habitudes de sommeil et d'alimentation ou des périodes de pleurs (56);
- L'état physique, y compris l'apport nutritionnel, le niveau d'activité physique ou tout problème de santé physique (56);
- Les inégalités en matière de santé associées à des antécédents de maladie mentale, de marginalisation ou de stigmatisation (63);
- Des disparités, comme la pauvreté, ainsi que des inégalités, comme le handicap, l'incarcération ou l'insécurité alimentaire (63);
- Des facteurs psychosociaux contributifs, comme un manque de soutien social, une attitude négative à l'égard de la grossesse, la consommation de substances dans le passé, de la maltraitance ou des traumatismes actuels ou passés, un statut socio-économique modeste ou l'obtention récente du statut de réfugiée ou d'immigrante (56);
- Une évaluation des risques d'automutilation, de négligence de soi, de pensées suicidaires ou d'atteintes au nourrisson ou aux enfants de la fratrie (56). L'**Annexe H** décrit les interventions du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle face à un risque de suicide avéré.

Avantages et inconvénients

Une étude qualitative a recueilli les avis de personnes ayant suivi une évaluation psychosociale pendant et après la grossesse, réalisée par une infirmière pédiatrique et familiale (57). Les participants ont accepté de participer à des évaluations psychosociales comprenant des questions sur les antécédents d'abus, de violence interpersonnelle ou de dépression. Certaines personnes ont trouvé les questions intrusives, en particulier lorsque le fournisseur de soins de santé semblait désintéressé ou manquait d'empathie.

L'évaluation de la dépression périnatale exige du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle qu'ils soient compatissants et dignes de confiance. L'approche adoptée par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle peut compromettre l'évaluation et les faits rapportés (57). Dans les cas où la confiance a été établie, il apparaît que la personne est plus susceptible d'aborder certains sujets délicats, comme la dépression, de se sentir pleinement écoutée et de consentir à suivre un programme. Consultez la **recommandation 3.2** pour en savoir plus sur l'importance du perfectionnement professionnel continu dans le cadre de l'évaluation et des interventions de la dépression périnatale.

Valeurs et préférences

Une étude suggère que les personnes acceptent plus facilement que l'évaluation de la dépression périnatale soit réalisée par leur fournisseur habituel de soins de santé (64). Les participants ont indiqué que ces évaluations étaient accessibles et non stigmatisantes pour la plupart.

Notes de pratique

Les exemples d'outils d'évaluation de la dépression périnatale sont plus ou moins efficaces. Ces outils ont été mis au point pour évaluer la présence de facteurs de risque psychosociaux chez les personnes enceintes associés à des troubles mentaux liés à la périnatalité, y compris la dépression (65). Cependant, les preuves ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité des outils d'évaluation sur le plan psychosocial dans l'évaluation de la dépression périnatale (40). Retrouvez des exemples d'outils d'évaluation de la dépression périnatale dans l'**Annexe F**.

L'évaluation de la dépression périnatale s'est avérée efficace dans les établissements de soins primaires ayant pris les mesures suivantes :

- Un outil d'évaluation convivial, bref et semi-structuré;
- Un processus rationalisé faisant appel à un algorithme pour guider le patient vers le service de santé mentale adéquat en fonction de la gravité des symptômes, le cas échéant;
- Des lignes directrices sur les antidépresseurs à l'intention des fournisseurs de soins de santé;
- Un accès rapide à des conseillers en santé mentale, par téléphone ou sur Internet, dans le cadre d'un traitement sur place;
- Une liste de contrôle pour soutenir la documentation;
- Une orientation vers des professionnels qui consultent en dehors de l'établissement en cas de symptômes sévères ou de comorbidités complexes (64).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Mother Reach London & Middlesex. Post-partum mental health assessment flow chart [Internet]. London (ON): Mother Reach London & Middlesex, 2012.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organigramme de l'évaluation de la dépression post-partum. ■ Arbre de décision de l'évaluation et de l'intervention face à des femmes qui envisagent de se faire du mal ou de s'en prendre à leur(s) enfant(s).
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Nursing towards equity: applying the social determinants of health in practice (Internet). Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016. Ressource consultable au : https://rnao.ca/bpg/courses/nursing-towards-equity-applying-social-determinants-health-practice	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation en ligne gratuite pour soutenir l'amélioration des connaissances et des compétences dans l'application des déterminants sociaux de la santé et des disparités en matière de santé dans le milieu médical. ■ L'examen de la santé et des disparités en matière de santé peut faire partie de l'évaluation de la dépression périnatale.

QUESTION DE RECHERCHE N° 2 :

Dans le domaine de la santé mentale périnatale, quelles sont les interventions efficaces à mettre en place pour les personnes souffrant de dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement?

RECOMMANDATION 2.1 :

Discuter avec la personne pour mettre au point un programme de soins complet qui lui convient, avec des objectifs, lorsque le résultat du dépistage ou de l'évaluation de la dépression périnatale est positif.

Niveau de pertinence du résumé : Ia, IV, V

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 2; Lignes directrices : élevée = 1, moyenne = 3

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

En collaboration avec la personne atteinte ou susceptible d'être atteinte de dépression périnatale, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent créer un programme de soins sur mesure. Lors de discussions pertinentes, la personne se voit présenter les aides et les services de santé mentale à sa disposition dans les programmes communautaires, les établissements de soins primaires, les services de santé à domicile, les centres de santé publique ou les établissements de soins actifs à proximité de son domicile (62).

Le principe des **soins en collaboration**^G intègre l'humain, le respect et l'éthique, et place la personne au cœur du processus (47). Les soins en collaboration permettent d'établir des objectifs sur mesure pour la personne et d'éliminer tous les obstacles pouvant empêcher l'accès aux aides et aux services en santé mentale, comme les frais de déplacement ou de garde d'enfants nécessaires pour assister aux consultations ou la disponibilité des services. Tout programme de soins sur mesure doit tenir compte de manière réaliste des préoccupations, des préférences, des besoins et des choix de la personne (57). L'adoption d'une approche collaborative garantit à la personne d'être au cœur du programme de soins et des objectifs établis.

La réussite de la collaboration entre la personne, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle nécessite :

- De reconnaître que le partenaire, la famille ou l'entourage de la personne ont un rôle à jouer dans les soins et peuvent influencer la recherche ou la poursuite des soins. Dans le cadre d'une approche axée sur la famille, le partenaire, la famille ou l'entourage peuvent prendre en charge ou soutenir la personne affectée, le bébé ou les autres enfants (le cas échéant). Ils doivent parfaitement comprendre le programme de soins proposé et la façon dont ils peuvent accompagner concrètement la personne à se reconstruire (40).
- De clarifier les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe interprofessionnelle impliqués et des ressources disponibles (66).

Une attention particulière doit être portée aux craintes de stigmatisation ou d'étiquetage (ou au sentiment de honte) liées à la prise en charge de la dépression périnatale (66). Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent poser des questions, observer et écouter tout sentiment d'anxiété, de peur, de menace, de culpabilité, d'hostilité ou de déni lors de la planification des soins. Si ces émotions ou ces stratégies d'adaptation sont remarquées, elles doivent être abordées avec la personne. Puisque les personnes ont généralement de nombreuses questions sur les aides et les services en santé mentale ainsi que sur les répercussions sur la grossesse ou le post-partum, il est important de prendre le temps de répondre à toutes leurs inquiétudes, questions, préoccupations et conséquences possibles. Le programme de soins doit refléter la prise de décision éclairée et les préférences de la personne, en plus d'être régulièrement ajusté. En veillant à prendre ces mesures pour évaluer la disposition psychologique de la personne à obtenir de l'aide et faciliter la transition vers les soins, celle-ci aura plus de chances d'atteindre ses objectifs et de se rétablir (66).

Planification des soins après l'évaluation de la dépression périnatale

Un programme de soins sur mesure doit être mis en place avec la personne en fonction de l'appréciation du personnel clinique et des résultats du dépistage ou de l'évaluation complète de la dépression périnatale. Vous trouverez dans le **tableau 7** cinq exemples de résultats et de stratégies d'intervention suggérées. Dans chaque exemple, le comité d'experts recommande une approche collaborative dans laquelle la personne prend des décisions en toute connaissance de cause et est au cœur du processus de soins. Le programme de soins doit être documenté, passé en revue et ajusté, au besoin, en fonction de l'efficacité qu'il produit sur la personne ou de l'évolution de ses besoins (67).

Avantages et inconvénients

Lorsque vous adressez un patient à un spécialiste de la santé mentale, déterminez si vous devez partager avec lui les renseignements confidentiels (p. ex., antécédents de traumatisme ou d'abus) que vous a confiés la personne. Ainsi, la relation thérapeutique et la confiance seront préservées entre la personne et l'équipe interprofessionnelle (40).

Valeurs et préférences

La personne doit être accompagnée pour arriver à définir ses préférences, ses préoccupations et ses priorités par rapport à son programme de soins (62). Le partenaire de la personne et certains membres de sa famille (le cas échéant) peuvent également participer au processus (47).



Tableau 7 : Considérations cliniques après un dépistage ou une évaluation de la dépression périnatale

RÉSULTAT DU DÉPISTAGE OU DE L'ÉVALUATION	CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
Refus du consentement pour le dépistage ou l'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gardez le contact avec la personne et continuez de la soutenir à chaque consultation pendant la grossesse ou le post-partum (62, 68). ■ Essayez d'en savoir plus sur ses changements d'humeur, ses symptômes de dépression et sa façon d'aborder sa grossesse ou son nouveau rôle de parent (62, 68). ■ Soyez attentif à tout symptôme de dépression qui pourrait se développer et discutez-en avec la personne (68). ■ Utilisez une approche globale pour détecter les signes de dépression. Observez l'apparence, l'humeur et les interactions de la personne avec son bébé ou les membres de sa famille pour déceler tout symptôme de dépression (69). ■ Si une personne vous fait part de son inquiétude concernant d'éventuels symptômes de dépression, invitez-la à se faire suivre, en lui proposant un dépistage ou en lui expliquant la marche à suivre pour réaliser une évaluation plus approfondie (62, 68).
Dépistage négatif (c.-à-d. résultats de dépistage inférieurs au seuil).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournissez les soins habituels pour soutenir la personne. ■ Encouragez la personne à participer à des activités susceptibles de lui faire du bien et à s'entourer pour prévenir la dépression (56). ■ Continuez à remarquer les humeurs, les pensées, les perceptions et les comportements à risque qui auraient changé (56).
Dépistage positif (c.-à-d. résultats de dépistage supérieurs au seuil). L'évaluation de suivi n'indique pas de dépression périnatale.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Passez en revue les résultats de l'évaluation et vérifiez l'absence de symptômes de dépression périnatale. Invitez la personne à poser des questions sur ses préoccupations (40). ■ Insistez sur le fait que tout outil de dépistage n'est pas fiable à 100 % et peut indiquer des faux positifs. ■ Fournissez les soins énumérés dans la section ci-dessus en cas d'absence de symptômes de dépression périnatale (56, 62).
Dépistage positif (c.-à-d. résultats de dépistage supérieurs au seuil). L'évaluation de suivi indique une dépression périnatale.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Passez en revue les résultats de l'évaluation et confirmez la présence de symptômes de dépression périnatale. Invitez la personne à poser des questions sur ses préoccupations (40). ■ Mettez au point avec la personne un programme de soins, en fonction des résultats, afin de l'orienter vers les aides et les services en santé mentale les plus appropriés et établir ses objectifs de soins. Ajustez le programme, au besoin. ■ Joignez un exemplaire des résultats de l'évaluation au dossier de la personne et remettez un exemplaire à la personne (56).

RÉSULTAT DU DÉPISTAGE OU DE L'ÉVALUATION	CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
<p>Dépistage ou évaluation indiquant un risque d'automutilation (quels que soient les résultats du dépistage ou de l'évaluation).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettez au point un programme de soins documenté en collaboration avec la personne. Veillez à ce que les objectifs et les résultats du programme de soins soient communiqués au fournisseur de soins habituel (67). ■ Effectuez une évaluation des risques pour déterminer leur nature (p. ex., automutilation, négligence de soi, pensées et intentions suicidaires ou risque pour autrui, y compris pour le nourrisson ou les autres enfants) (56). Consultez l'Annexe H (Intervention face à un risque avéré de suicide maternel) pour voir un exemple. ■ Informez le fournisseur de soins habituel de tout résultat positif au dépistage ou à l'évaluation de l'automutilation (56). ■ En cas de risque urgent ou immédiat d'automutilation, organisez une prise en charge de la personne, qu'elle ait donné ou non son consentement. Une évaluation psychiatrique devra être réalisée en urgence dans un établissement de soins actifs (comme un service d'urgence) (56). ■ En cas de négligence ou de maltraitance avérée ou soupçonnée du nouveau-né, du nourrisson ou des autres enfants, faites un signalement immédiat à l'agence locale de protection de l'enfance (56). ■ En cas de risque suspecté ou avéré d'automutilation de niveau faible ou moyen, suivez les étapes ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> □ Encouragez la personne à s'appuyer sur son entourage pour sortir de l'isolement; □ Présentez à la personne les aides et les services en santé mentale disponibles et, le cas échéant, orientez-la après avoir obtenu son consentement (56). ■ Pour renforcer le soutien social, demandez à la personne si elle aimerait que quelqu'un en particulier participe à son programme de soins. Elle ne pourra que constater l'effet positif du soutien social (56). Impliquez le partenaire et les membres de la famille, le cas échéant (56). ■ Joignez un exemplaire du programme de soins dans le dossier de la personne et adressez-en un au praticien référent. Remettez un exemplaire à la personne, à son partenaire et aux membres de sa famille, le cas échéant (56).

Notes de pratique

Pour mettre au point un programme de soins complet centré sur la personne, suivez les recommandations ci-dessous :

- Discutez de toutes les options de traitement appropriées et de la possibilité de consulter d'autres fournisseurs de soins de santé compétents. La personne aura ainsi un aperçu de l'ensemble des aides et des services en santé mentale à sa disposition, des interventions possibles et des résultats potentiels. Insistez sur le fait que chaque personne est libre de ses choix et qu'elle peut se faire soigner quand bon lui semble, selon l'approche qui lui convient (le cas échéant) (40).
- Expliquez en détail ce qu'implique une intervention ou un traitement afin que la personne prenne une décision éclairée (47, 57). En passant en revue les options de traitement, vous soutenez la personne à prendre une décision en toute connaissance de cause et respectez son droit de se faire soigner comme elle l'entend (y compris le droit de refuser ou d'accepter certains soins ou le moment de recevoir des soins, sauf décision contraire d'un tribunal). En expliquant clairement les attentes et les exigences d'un traitement particulier, la personne sera en mesure de déterminer si elle est capable de suivre ce programme de soins et si celui-ci répond à ses objectifs et à ses priorités (47, 57). Par exemple, une personne qui envisage une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de groupe doit s'attendre à participer à des séances hebdomadaires de deux heures pendant huit à douze semaines. Elle doit également savoir que les participants sont invités à partager leurs expériences avec le groupe et prévoir des frais pour le transport ou la garde d'enfants, par exemple (70-72). Apprenez-en plus sur la TCC dans la **recommandation 2.7**.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Arthur E, Seymour A, Dartnall M, Beltgens P, Poole N, Smylie D, North N, Schmidt R. Trauma informed practice guide. Vancouver (C.-B.) : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; Direction générale du ministère de la santé, de la santé mentale et de l'usage de substances de la C.-B.; et Vancouver Island Health Authority, Youth and Family Substance Use Services, 2013. Ressource consultable au : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource qui soutient la prise en compte des traumatismes dans les soins, y compris l'approche collaborative dans le choix des soins. La dépression, en particulier la dépression périnatale, peut être une réponse à un traumatisme. ■ Le guide comprend des suggestions pratiques pour soutenir les approches collaboratives en matière de planification des soins ainsi que des lignes directrices pour le dépistage des traumatismes. ■ Voici des exemples d'énoncés qui soutiennent l'approche collaborative en matière de planification des soins : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> « <i>J'aimerais mieux comprendre votre point de vue.</i> » <input type="checkbox"/> « <i>Regardons ça ensemble.</i> » <input type="checkbox"/> « <i>Essayons de trouver le programme qui vous convient le mieux.</i> » <input type="checkbox"/> « <i>Quelle est la chose qui vous importe le plus et par laquelle nous devrions commencer?</i> » <input type="checkbox"/> « <i>N'hésitez pas à me faire part de votre ressenti à tout moment.</i> » <input type="checkbox"/> « <i>Cette option peut vous convenir ou non. C'est à vous de voir.</i> » <input type="checkbox"/> « <i>Dites-moi à tout moment si vous avez besoin d'une pause ou si quelque chose vous gêne. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions.</i> » <input type="checkbox"/> <i>Utilisez des métaphores appropriées : « Vous êtes le seul maître à bord. Je peux toutefois vous accompagner pour vous aider à trouver les ressources nécessaires. »</i>
<p>Association canadienne pour la santé mentale de l'Ontario. Promouvoir l'équité en Ontario : comprendre les concepts clés [Internet]. Association canadienne pour la santé mentale de l'Ontario : [lieu inconnu], 2014. Ressource consultable au : https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2017/04/Advancing-Equity-In-Mental-Health-March-22-2017-FINAL_FR_with-graphics.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource qui traite de santé mentale et d'équité. Les groupes marginalisés sont les plus exposés aux maladies mentales. ■ Les personnes qui souffrent de maladies mentales, comme la dépression périnatale, peuvent connaître d'autres inégalités en parallèle qui peuvent influencer leurs décisions concernant le dépistage, l'évaluation et les interventions de la dépression périnatale. ■ La stigmatisation entraîne la discrimination ou l'isolement social des personnes atteintes de maladie mentale. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Refus de se voir accorder un logement ou harcèlement de la part du propriétaire; <input type="checkbox"/> Risque accru de ne pas trouver d'emploi ou de ne pas être embauché ou promu; <input type="checkbox"/> Discrimination dans les systèmes de justice pénale ou les services de soins de santé. <p style="text-align: right;">Suite →</p>

RESSOURCE	DESCRIPTION
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exemples de stratégies promouvant l'équité et la santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> □ Reconnaissez l'importance de l'équité dans les politiques et la planification de la santé mentale; □ Alimenter les données probantes sur l'équité et la santé mentale en collectant des données et en partageant des connaissances; □ Impliquez les personnes ayant souffert d'une maladie mentale dans les politiques, la planification et la prestation de services; □ Créez des collectivités en santé en tenant compte des déterminants sociaux de la santé; □ Lutte contre la discrimination, la stigmatisation et l'exclusion en soutenant les droits de la personne et l'accessibilité aux systèmes pour les personnes touchées par une maladie mentale.
<p>BC Reproductive Mental Health Program. Perinatal depression treatment options [Internet]. Vancouver (C.-B.) : BC Reproductive Mental Health Program; date inconnue. Ressource consultable au : https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/perinatal_depression_treatment_options_fact_sheet.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deux pages d'information sur les possibilités de traitement de la dépression périnatale.
<p>Organisation mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé mentale [Internet]. Genève (Suisse). Organisation mondiale de la Santé, 2014. Ressource consultable au : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf;jsessionid=7E14520A2E67C6FA0FBAB1A9E719FCD?sequence=1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Publication de l'Organisation mondiale de la Santé sur les déterminants sociaux de la santé mentale. ■ Des stratégies globales doivent être proposées en priorité pour prévenir les maladies mentales et promouvoir la santé mentale tout au long de la vie. Cela implique d'agir sur les déterminants sociaux de la santé tels que l'accès à un logement sûr et à la nourriture, la discrimination ou la pauvreté. Cette approche reconnaît que la maladie mentale est déclenchée par les conditions sociales, économiques et politiques que connaît la personne. Les inégalités systématiques ont une influence sur les maladies mentales. ■ La grossesse et le post-partum sont des périodes propices à la maladie mentale. Ces périodes sont particulièrement adaptées à la prévention de la santé mentale et permettent de réduire le risque de développer une maladie mentale.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>NICE Clinical Guidelines, No. 136. National Collaborating Centre for Mental Health (R.-U.). Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Leicester (R.-U.) : British Psychological Society, 2012. Ressource consultable au : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327301/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Extrait d'une ligne directrice clinique en santé mentale du Royaume-Uni sur la façon d'orienter le patient vers un confrère (p. ex., un fournisseur de première ligne adressant un patient à un spécialiste de la santé mentale). ■ Voici les recommandations à prendre en compte par les professionnels de la santé mentale concernant les besoins de la personne avant son transfert : <ul style="list-style-type: none"> □ Soyez conscient qu'un transfert vers un service ou un spécialiste en santé mentale peut provoquer des réactions ou des émotions fortes; □ Fournissez des explications claires sur toutes les options de soutien mises à disposition de la personne après le transfert; □ Impliquez la personne dans les décisions concernant ses soins et respectez ses préférences; □ Faites preuve de soutien affectif, d'empathie et de respect; □ Sachez qu'un transfert peut susciter un sentiment d'abandon ou être perçu comme punitif.

RECOMMANDATION 2.2 :

Mettre en œuvre des stratégies de prévention à l'égard de la dépression périnatale afin d'éviter que la maladie ne progresse.

Niveau de pertinence du résumé : Ia, Ib, IIb

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 5, moyenne = 5, faible = 5

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Les stratégies de prévention de la dépression périnatale ont pour but de préserver le bien-être de la personne et d'atténuer les effets indésirables des troubles de l'humeur (73-74). La mise en œuvre précoce de stratégies de prévention ou d'intervention permet de prendre en charge la personne souffrant ou susceptible de souffrir de dépression périnatale et de réduire le risque de progression de la maladie (73-74). Les stratégies de prévention dans les soins de santé peuvent être classées en fonction de la population cible (71, 75). Ces catégories sont les suivantes :

- La prévention universelle vise toute une population (p. ex., toutes les personnes enceintes) ou un échantillon de la collectivité, quels que soient les indicateurs de risque (c.-à-d. aucun à plusieurs). La prévention universelle a l'avantage d'atténuer la stigmatisation, de réduire modestement la prévalence de la maladie et de favoriser une meilleure adhésion de la population. Les stratégies de promotion de la santé en sont un bon exemple (71, 74-78).
- La prévention sélective s'adresse aux personnes présentant des facteurs de risque autodéclarés, décelés lors du dépistage ou associés à des antécédents médicaux (71).
- La prévention indiquée se concentre sur les personnes présentant des signes et des symptômes précoces d'une maladie, sans que la maladie se soit encore déclarée (71).

Interventions de prévention universelle dans la dépression périnatale

Peu de preuves viennent appuyer la prévention universelle de la dépression périnatale. Les interventions destinées à une population ou une communauté tout entière peuvent être coûteuses et présenter des résultats incohérents (74-78). Par exemple, un programme psychopédagogique dirigé par du personnel infirmier sur le renforcement des relations au sein du couple et la gestion des comportements instables du nourrisson (pleurs, troubles du sommeil ou difficultés d'alimentation) n'a pas démontré de différence majeure dans les scores du dépistage de la dépression réalisé après l'intervention par rapport aux participants du groupe témoin (75). Une autre étude n'a trouvé aucune différence significative dans la prévention des symptômes de la dépression jusqu'à six mois après l'accouchement pour les personnes qui se sont entretenues avec le personnel infirmier sur la dépression post-partum avant de quitter la maternité, par rapport aux personnes ayant reçu des soins classiques (77). L'étude a conclu que la prévention sélective qui donne la priorité aux personnes les plus à risque (p. ex., statut socio-économique modeste ou antécédents prénatals d'anxiété ou de dépression) peut être plus efficace qu'une intervention pédagogique universelle.

Il existe néanmoins des exemples de stratégies de prévention universelle efficaces telles que l'écoute et les visites à domicile (76). Un programme pédagogique structuré de prévention dirigée par du personnel infirmier pour les personnes en période de post-partum a montré des scores de dépression considérablement plus faibles par rapport aux participants du groupe témoin (78). Dans une autre étude sur la prévention universelle, les personnes enceintes qui ont assisté à plusieurs séances de prévention faisant appel à la psychopédagogie et à la psychothérapie ont connu une baisse considérable des symptômes de dépression, par rapport au groupe témoin, six semaines après l'accouchement (63). Les participants ont reçu de l'information sur le dépistage de la dépression post-partum et les capacités d'adaptation, la reconnaissance de la détresse et la recherche d'aide, l'importance du soutien social et les techniques de relaxation.

Interventions de prévention sélective et de prévention indiquée dans la dépression périnatale

Les personnes à risque ou qui montrent des signes précoces de dépression périnatale peuvent profiter de divers programmes de prévention, comme la psychopédagogie et les psychothérapies (79-82). Ces interventions peuvent être offertes dans différents milieux de soins par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle (79-80).

Psychopédagogie

La psychopédagogie en tant que stratégie de prévention intégrant l'éducation sanitaire et le soutien informationnel est une stratégie de prévention efficace (63, 83). En effet, les personnes à faible revenu présentaient moins de symptômes de dépression post-partum à la sortie de l'hôpital lorsqu'elles avaient suivi des séances de psychopédagogie comportementale six mois auparavant (82). Les participants et leurs partenaires se sont vu expliquer les déclencheurs des symptômes de la dépression, les avantages du soutien social et la nécessité de préserver les ressources personnelles comme stratégie d'adaptation. Ils ont reçu de la documentation écrite et une liste de ressources, en cas de problème. Ils ont également reçu un appel téléphonique de suivi deux semaines après leur sortie de l'hôpital pour en savoir plus sur leurs éventuels symptômes de la dépression, leur niveau d'adaptation et leurs autres besoins.

Psychothérapies

Plusieurs psychothérapies, comme le counseling non directif, la TCC et la thérapie interpersonnelle (TIP), se sont révélées être des stratégies de prévention efficaces (71, 81). Le counseling non directif est empreint de réflexion et d'écoute empathique. La TCC se concentre sur les distorsions cognitives, les émotions négatives et les comportements qui en résultent. La TIP se concentre sur la communication et les interactions avec autrui pour renforcer les relations (81, 84). Ces formes de psychothérapie, dirigées par du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle qualifiés, peuvent être offertes individuellement ou en groupe pendant la grossesse ou le post-partum (71, 81, 84). Une étude sur des personnes enceintes bénéficiaires de l'aide sociale qui ont suivi une TIP en plus du parcours de soins prénatal classique a démontré un taux considérablement plus faible de symptômes de dépression six mois après l'accouchement et des niveaux légèrement plus faibles douze mois après l'accouchement, par rapport aux participants du groupe témoin (85). Cette TIP était proposée en petits groupes et structurée sur plusieurs séances au cours desquelles les participants apprenaient à s'entourer des bonnes personnes et à renforcer les relations sociales. Dans une autre étude, les participants d'un premier groupe ayant un terrain dépressif (sans symptômes déclarés de dépression) ont suivi le parcours de soins classique, tandis que les participants d'un second groupe ont appris à développer leurs compétences cognitives dans le but de résoudre leurs problèmes (81). Les résultats, mesurés avant et après l'intervention à l'aide de l'inventaire de dépression de Beck, indiquent une atténuation des symptômes de dépression dans les deux groupes.

Moment opportun pour mettre en œuvre les stratégies de prévention pendant la période périnatale

Les résultats des études étant contradictoires, il n'existe pas de données probantes à l'appui d'un moment opportun pour mettre en place les interventions de prévention (c.-à-d. pendant la grossesse ou le post-partum) (71, 86). Le moment opportun peut dépendre du type de stratégie de prévention mis en œuvre et de la disposition du patient. La prévention de la dépression post-partum se révèle plus efficace lorsqu'elle est effectuée après la naissance. En effet, les initiatives proposées avant la naissance seraient moins éloquentes pour les participants, et donc moins efficaces (71). D'autres études ont cependant révélé l'efficacité des interventions préventives offertes avant la naissance dans lesquelles les participants ont appris des techniques d'adaptation, impliqué leurs partenaires (p. ex., programmes psychopédagogiques) et pratiqué une activité physique (63, 84). Une intervention sur la dépression post-partum menée avant la sortie de la maternité a conclu qu'il ne s'agissait pas d'une période opportune, étant donné que les personnes étaient prises par leur rétablissement, les soins du nourrisson et les visites (77). À cela s'ajoute que les participants n'ont pas été pleinement concentrés en raison de la fatigue ou de la douleur notamment. Compte tenu de ces considérations, il est préférable de transmettre l'information sur la dépression post-partum avant la naissance et d'en reparler brièvement après l'accouchement, puis d'organiser un suivi après la sortie de la maternité.

Stratégies de prévention sélective pour lutter contre la dépression périnatale chez les personnes touchées par des inégalités sociales

Les stratégies de prévention sélective adaptées aux populations qui connaissent des inégalités sociales (identifiées comme étant des personnes socialement défavorisées avec un statut socio-économique modeste, des adolescents ayant peu de soutien social et des personnes racialisées) ont entraîné une baisse considérable des symptômes de dépression, par rapport aux participants du groupe témoin (71, 79, 81-83, 87). Par exemple, la TCC s'est avérée efficace lors du post-partum pour les femmes d'origine latine aux revenus modestes dont les scores avaient considérablement baissé dans l'inventaire de dépression de Beck, après la mise en place de mesures (81). Les participants à l'étude ont appris à réguler leur humeur, à renforcer leur sentiment d'auto-efficacité et prendre confiance en eux et à développer des compétences parentales pour promouvoir le lien avec leur enfant (81).

Les initiatives de prévention peuvent être modifiées et adaptées à la culture des populations qui subissent des inégalités sociales afin qu'elles soient davantage inclusives et pertinentes. Pour ce faire, elles peuvent être offertes dans la langue maternelle des participants ou adaptées pour être en phase avec leurs valeurs, leurs croyances et leur culture (81). Ces adaptations soutiennent la prise en considération de la culture du patient et reconnaissent les déterminants sociaux de la santé mentale. L'objectif est d'offrir des initiatives de prévention adaptées aux personnes qui subissent des inégalités en matière de santé et ont des besoins particuliers (81).

Malgré les nombreuses recherches sur les stratégies de prévention de la dépression périnatale, aucun résultat ne permet de tirer de conclusions générales (63, 73-74, 84). La qualité méthodologique et la rigueur des études de prévention sont partagées du fait que les conclusions les plus significatives proviennent des études les moins fiables (79). Les critères d'inclusion des participants varient considérablement, selon l'âge (adolescents ou adultes), les symptômes de dépression (légers ou graves) et le niveau de risque de la grossesse (73, 79, 84). Le manque de variété dans les établissements étudiés, la petite taille des échantillons, les symptômes autodéclarés de dépression, les taux d'attrition élevés et le biais de publication ne permettent pas de tirer des conclusions parlantes (63, 73, 84).

Avantages et inconvénients

Offerte en groupe, la TCC est une thérapie rentable et accessible qui permet d'élargir son soutien social (71).

Valeurs et préférences

Les stratégies de prévention qui tiennent compte de la culture sont mieux reçues lorsqu'elles correspondent aux besoins de la population étudiée (79). Dans l'ensemble, les approches adaptées aux populations permettent de renforcer l'intérêt, l'inscription, la participation et la satisfaction de la personne à l'égard de l'intervention.

Notes de pratique

Voici des exemples de sujets abordés lors d'interventions de psychopédagogie :

- Information sur la tristesse, la dépression, la psychose et le traitement de la dépression post-partum;
- Étude des facteurs de risque de la dépression post-partum et des moyens de réduire ces facteurs;
- Rôle et importance du soutien proposé par les pairs ou le partenaire;
- Stratégies de gestion du stress et d'adaptation;
- Connaissance des ressources locales à disposition;
- Conseils pour différencier l'ajustement normal du post-partum et les symptômes somatiques de la dépression post-partum (63, 78, 83).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: Review and recommendations. <i>Arch Womens Ment Health</i>. 2015, 18(1) : pp. 41 à 60. Ressource consultable au : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308451/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revue de la littérature de 45 essais sur les méthodes psychologiques (c.-à-d. TIP et TCC) et psychosociales (c.-à-d. séances avant et après l'accouchement et soutien post-partum) pour prévenir la dépression post-partum. ■ Bon nombre des interventions ont été efficaces aussi bien en groupe qu'en consultation individuelle. Toutes étaient centrées sur la personne. ■ Certaines données probantes suggèrent de se concentrer sur la relation parent/enfant du fait que les nourrissons qui pleurent beaucoup ou dorment mal sont souvent associés aux symptômes de la dépression post-partum. Les techniques pour favoriser le sommeil et réduire les pleurs constituent une approche de prévention efficace.
<p>Dennis C-L. Best evidence for the detection, prevention, and treatment of perinatal depression [Internet]. Toronto (Ont.) : Centre de ressources Meilleur départ, 2014. Ressource consultable au : https://www.beststart.org/events/2014/bsannualconf14/webcov/Presentations_ForParticipants/New/C3_PPD-BestStart%20February%202014.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présentation sous forme de diapositives évoquant une revue Cochrane sur la dépression périnatale et les stratégies de prévention associées. ■ Les bienfaits des stratégies de prévention des symptômes de la dépression y sont démontrés.

RECOMMANDATION 2.3 :

Proposer des stratégies d'autothérapie aux personnes atteintes ou à risque de dépression périnatale, notamment :

- Du temps pour soi (niveau de pertinence = IV)
- De l'activité physique (niveau de pertinence = Ia)
- De la relaxation (niveau de pertinence = Ib)
- Du sommeil (niveau de pertinence = Ia, IV).

Niveau de pertinence du résumé : Ia, Ib, IV

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 2, moyenne = 5, faible = 3

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Les données probantes appuient l'instauration de stratégies d'autothérapie pour les personnes souffrant ou susceptibles de souffrir de dépression périnatale, encadrées par un personnel infirmier et une équipe interprofessionnelle qui encouragent la prise de décision éclairée (88-89). Les stratégies d'autothérapie, comme le temps pour soi, l'activité physique, la relaxation et le sommeil, s'attaquent à la dépression périnatale sur plusieurs aspects et sont accessibles à la plupart des personnes disposées à se prendre en main (88). En raison des limites des conclusions obtenues sur les stratégies d'autothérapie, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent discuter de l'efficacité de l'intervention, des limites de l'étude et de tout effet secondaire potentiel ou de toute contre-indication afin de favoriser une prise de décision éclairée.

Les stratégies d'autothérapie de la dépression périnatale sont généralement perçues comme bénéfiques du fait qu'elles peuvent être pratiquées à domicile, en toute intimité, et qu'elles sont sans risque, avec peu voire pas d'effets indésirables (88-89). Bien que les stratégies d'autothérapie puissent être mises en place pendant la grossesse ou le post-partum pour garder la forme, elles sont particulièrement utiles pour les personnes à risque ou en situation de dépression périnatale (88-89). Pour ces personnes, les stratégies d'autothérapie permettent de gérer leurs symptômes de façon indépendante, favorisent la prise en main de soi et améliorent la santé et le bien-être de manière générale (88-89). La personne doit choisir parmi les nombreuses stratégies d'autothérapie qui existent. Il est essentiel que le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle, ainsi que le partenaire, la famille et l'entourage de la personne saisissent l'intérêt et les bienfaits de l'autothérapie et encouragent la personne à pratiquer régulièrement les stratégies recommandées (90).

Stratégies d'autothérapie

Temps pour soi

Le temps pour soi permet à la personne de s'adonner à des choses qui lui font du bien. Elle peut, par exemple, aller se promener, passer du temps avec des amis, prendre un bain ou aller à la salle de sport, dans le but de prévenir ou d'atténuer la dépression périnatale (89). Le temps pour soi soulage temporairement la personne de ses responsabilités quotidiennes (c.-à-d. s'occuper de son bébé et des autres enfants ou personnes à charge, assurer les tâches ménagères, faire la cuisine, travailler, etc.). Le temps pour soi reconnaît que la dépression périnatale ne survient pas de manière isolée et que des facteurs contributifs y sont associés, tels le soutien de l'entourage, les relations personnelles, le revenu ou les facteurs de stress attribuables à l'isolement, au manque de sommeil et aux pleurs du nourrisson (89). Pour aider les personnes à prendre du temps pour elles, leurs partenaires doivent être disposés à s'occuper équitablement du bébé. Cet équilibre peut aider les deux parents et leur bébé à se sentir mieux (89).

Une relation dose-effet inverse entre les symptômes de la dépression six mois après l'accouchement et la fréquence du temps pour soi a été trouvée (89). Les résultats de l'étude ont révélé que 10 % des participants qui prenaient du temps pour eux moins d'une fois toutes les deux semaines montraient des symptômes de dépression, contre un peu moins de 6 % pour ceux qui en prenaient chaque semaine. Ceux qui ont déclaré ne jamais prendre de temps pour eux avaient la prévalence la plus élevée de symptômes de dépression, soit 15 %.

Bien que l'étude sur le temps pour soi ait été l'une des premières à révéler une incidence sur la dépression post-partum, des limites importantes existent (89). L'échantillon de l'étude était principalement composé de personnes de plus de 30 ans, possédant un diplôme universitaire et un bon soutien social. La pertinence du temps pour soi ne peut donc pas être généralisée ni s'appliquer à des personnes qui n'ont pas le même profil que l'échantillon ou qui connaissent des inégalités sociales.

Activité physique

Pendant la grossesse ou le post-partum, les personnes qui font de l'exercice semblent connaître moins de symptômes dépressifs (91-92). Des études montrent que l'activité physique, comme la marche, l'aérobic, l'aquagym, les étirements et les séances à domicile ou avec un entraîneur sont efficaces pour prévenir et traiter la dépression périnatale (91-92).

Cependant, il est difficile de généraliser les effets bénéfiques de l'activité physique du fait que les participants à ces études prenaient des traitements concomitants (p. ex., pharmacothérapie), ne permettant pas ainsi de tirer des conclusions certaines sur les effets seuls de l'activité physique. Les études sur la dépression périnatale étaient également limitées et les critères d'inclusion des personnes présentant des symptômes de dépression étaient incohérents (91-94).

Relaxation

Il est prouvé que les techniques de relaxation favorisent le bien-être, soulagent la douleur et atténuent le stress (95). Un ECR évaluant une technique de relaxation chez des femmes enceintes hospitalisées pour des grossesses à haut risque (p. ex, diabète, hypertension ou risque d'hémorragie) indique des résultats de dépression considérablement plus faibles (95). Ces résultats sont importants en raison du risque accru de dépression périnatale que courent les personnes présentant une grossesse à risque. Le personnel infirmier a appris aux participants la technique de relaxation du D^r Benson, qui comprend des exercices de relaxation musculaire, de respiration et de répétition de mots, pendant 10 à 20 minutes par jour sur cinq jours. Les résultats indiquent également une diminution de l'anxiété et de la nervosité. La relaxation est un exercice simple, gratuit et non stigmatisant qui peut être pratiqué quotidiennement sans aucun risque.

Sommeil

Il est prouvé que des cycles de sommeil réguliers sont bénéfiques pour la santé physique et mentale et la prévention des maladies (96-97). Le manque de sommeil chez les personnes ayant accueilli un bébé est considéré comme un facteur contributif de la dépression post-partum (96). Le sommeil peut être particulièrement difficile pour les parents dont les cycles de sommeil sont interrompus, de jour comme de nuit, ou pour les nourrissons qui pleurent beaucoup (97). Un manque de sommeil qui dure, associé à des symptômes de dépression, doit être traité rapidement pour éviter que des problèmes de sommeil chroniques s'installent et que les symptômes de la dépression s'aggravent (97).

Les études sur les stratégies d'autothérapie présentent des limites en raison d'échantillons de petite taille, d'essais randomisés insuffisants, de taux de retrait élevés, de délais de suivi trop courts et d'une qualité méthodologique faible à moyenne (88, 94). On remarque des écarts entre les études, dans la mesure où certaines se concentrent uniquement sur l'autothérapie tandis que d'autres évaluent l'autothérapie combinée à des traitements psychologiques ou pharmacologiques, créant ainsi une confusion ou un biais. À cela s'ajoute que les critères d'inclusion des participants aux études varient. En effet, certaines études mélangent les personnes qui ont déclaré spontanément leurs symptômes à celles qui ont été dépistées positivement à l'aide d'un outil de dépistage valide ou pour lesquelles un diagnostic de dépression a été posé. Des essais contrôlés sur un plus grand nombre de participants sont nécessaires pour confirmer les résultats sur les stratégies d'autothérapie et la dépression périnatale (88).

Avantages et inconvénients

Sauf en cas de contre-indication médicale, les personnes qui pratiquent une activité physique régulière pendant ou après la grossesse constatent certains bienfaits sur l'humeur et une amélioration du soutien social, de l'adaptation et de l'équilibre familial (91-94). Trente minutes d'exercice quotidien sont recommandées pour prévenir ou traiter la dépression, bien qu'il serait nécessaire que d'autres données probantes viennent étayer ces recommandations (91-92).

Valeurs et préférences

Parmi les nombreuses solutions proposées pour lutter contre la dépression périnatale, les personnes enceintes et ayant accouché semblent préférer l'autothérapie (par rapport aux interventions pharmacologiques ou psychologiques) (88). Les préférences personnelles, les craintes de complications ou de risques liés à la prise de médicaments pendant la grossesse ou l'allaitement ou les problèmes d'accès aux traitements psychosociaux ou psychologiques (p. ex., distance géographique, frais, listes d'attente, garde d'enfants, stigmatisation ou disponibilité des ressources locales) sont autant de raisons qui rebutent les personnes (88).

Notes de pratique

Exemples de stratégies d'autothérapie présentant des conclusions limitées

Il est important d'aider les personnes atteintes de dépression périnatale à prendre des décisions éclairées sur les stratégies d'autothérapie. Lors des discussions sur la planification des soins, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent savoir que certaines stratégies d'autothérapie n'ont pas d'effet démontré et systématique ou qu'il existe des limites importantes qui suggèrent de les conseiller avec prudence (88, 94, 98-102).

Le yoga, les acides gras oméga-3, la supplémentation en fer, les tisanes à la camomille et le peau à peau avec le nouveau-né sont autant d'exemples de stratégies d'autothérapie de la dépression périnatale présentant une efficacité limitée ou des résultats incohérents (88, 94, 98-104). Les principales limites sont les suivantes :

- En tant que méthode autothérapeutique, le yoga peut présenter de nombreux bienfaits, comme une diminution du stress, de l'anxiété, des douleurs et de troubles du sommeil (100). Ceux qui le pratiquent se disent plus détendus (100). Néanmoins, la fréquence optimale des séances de yoga n'est pas connue puisque le nombre de séances par étude varie considérablement, et ses effets bénéfiques sur la dépression post-partum ne sont pas confirmés (100-102). En outre, les bienfaits de la pleine conscience, des exercices et des techniques de relaxation pratiqués lors des séances de yoga, ou les différents types de yoga, ne sont pas connus sur les symptômes de la dépression (102).
- Les acides gras oméga-3, notamment ceux qui se trouvent dans le poisson (c.-à-d. l'acide eicosapentaénoïque [EPA] et l'acide docosahexaénoïque [DHA]) ont montré des résultats incohérents dans les essais randomisés, avec des changements plus ou moins importants des scores de dépression moyens, par rapport aux participants du groupe s'étant vu administrer un placebo. D'autres études sont nécessaires sur des échantillons plus importants, des durées d'étude plus longues et une posologie cohérente pour déterminer l'effet (88, 94). Entre-temps, les personnes sont encouragées à adopter une alimentation saine et équilibrée pour être en meilleure santé (40).
- Un essai randomisé de six semaines a étudié les effets de la supplémentation en fer chez des personnes atteintes de dépression post-partum et les a comparés à un groupe ayant reçu un placebo (103). Les résultats indiquent une diminution considérable des symptômes de dépression et une amélioration des réserves de fer. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour examiner les autres facteurs d'influence et savoir si les effets secondaires de la supplémentation en fer présentent des risques pour la personne ou le bébé (en cas d'allaitement).

- Un petit essai randomisé a révélé que boire une tisane à la camomille par jour pendant deux semaines réduisait considérablement les symptômes de dépression à court terme et améliorait les troubles du sommeil chez les personnes en période de post-partum (104). Cependant, les effets n'ont pas été observés une fois que les participants ont cessé de boire la tisane et des études supplémentaires sont nécessaires. Les scientifiques en concluent que la tisane peut être utile en complément et suggèrent que ses effets bénéfiques seraient dus à l'apigénine, un flavonoïde dont l'effet sédatif léger permettrait de mieux dormir et de soulager les symptômes de la dépression.
- Le peau à peau avec le nouveau-né peut être une stratégie efficace pour réduire les symptômes de la dépression. Il peut en effet renforcer le lien avec le nourrisson et améliorer l'humeur (98). Les durées du peau à peau étant très variables – de deux à six heures par jour – elles ne permettent pas de recommander une durée précise (98-99).

Pour favoriser le temps pour soi, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle peuvent encourager, éduquer et soutenir les personnes à :

- Prendre du temps pour elles, au moins une fois par semaine ou plus;
- Considérer le temps pour soi comme une étape vers la protection et la promotion de la santé mentale et du bien-être et l'atténuation des symptômes dépressifs;
- Considérer le temps pour soi comme une stratégie de prévention économique et apaisante;
- Solliciter le soutien continu de leur entourage (le cas échéant), comme les amis, les voisins et les services de garde d'enfants, pour prendre du temps pour soi régulièrement;
- Encourager les partenaires à partager les responsabilités concernant l'éducation des enfants et les tâches ménagères;
- Reconnaître qu'il est parfois difficile de prendre du temps pour soi, notamment lorsque des inégalités sociales interviennent (89).

Pour promouvoir et soutenir des habitudes de sommeil régulières et saines, le personnel infirmier peut donner des conseils aux personnes souffrant ou susceptibles de souffrir de dépression périnatale sur ce qui suit :

- Éviter l'alcool ou la caféine;
- Pratiquer une activité physique en fin d'après-midi ou en début de soirée;
- Se lever plus ou moins à la même heure chaque matin pour établir une routine (si possible);
- Se lever et changer de pièce jusqu'à ressentir la fatigue si le sommeil ne vient pas au bout de 15 minutes;
- Prendre une collation légère ou boire du lait chaud avant de se coucher;
- Faire de courtes siestes pendant la journée pour récupérer;
- Échanger avec le partenaire, la famille, l'entourage ou une doula post-natale pour planifier des périodes de sommeil ininterrompues (dans la mesure du possible);
- Pratiquer des exercices antistress et de relaxation (p. ex., respiration profonde, imagerie mentale ou relaxation musculaire progressive) (56).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Services à la famille Ottawa. Livret : Postpartum distress, depression and/or anxious moods [Internet]. Ottawa (Ont.) : Services à la famille Ottawa, 2017. Ressource consultable au : http://familyservicesottawa.org/wp-content/uploads/2017/04/PPDinfopackage-2017.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Livret conçu pour les mères en proie à la dépression post-partum ou à l'anxiété. ■ Le livret comprend des recommandations sur l'autothérapie pour réduire le stress, s'entourer de soutiens et faire face à l'anxiété.
Centre de ressources Meilleur départ. Surmonter la dépression : un guide de stratégies d'auto-assistance destiné aux femmes souffrant de dépression durant la grossesse, après l'accouchement et au-delà [Internet]. Toronto (Ont.) : Centre de ressources Meilleur départ, 2014. Ressource consultable au : https://www.beststart.org/resources/ppmd/DepressionWorkbookFinalFR_15MAY01.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manuel destiné aux personnes souffrant de dépression périnatale qui traite de la gestion de la dépression et des changements de mode de vie.
Pacific Post Partum Support Society. Postpartum depression & anxiety: a self-help guide for mothers. 7 ^e édition. Vancouver (C.-B.) : Pacific Post Partum Support Society, 2014.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pratique en vente pour les personnes qui souffrent de dépression et d'anxiété post-partum. ■ Aborde les façons de surmonter la dépression et l'anxiété et de se rétablir.
Minnesota Department of Health. Maternal well-being plan [Internet]. St. Paul (Minn.) : Minnesota Department of Health, 2016. Ressource consultable au : http://www.health.state.mn.us/divs/cfh/topic/pmad/content/document/pdf/wellbeing-eng.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programme de bien-être post-partum qui aborde le sommeil, la nutrition, le soutien social et l'activité physique. ■ Comprend un outil succinct permettant aux personnes de définir leurs stratégies de bien-être et de déceler certains signes de dépression ou d'anxiété.
Royal College of Psychiatrists. Postnatal depression [Internet]. London (R.-U.) : Royal College of Psychiatrists, 2018. Ressource consultable au : https://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsanddisorders/postnataldepression.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vue d'ensemble de la dépression post-partum, de ses signes, de ses symptômes et des possibilités de traitement. ■ Comprend des suggestions d'auto-assistance.

RECOMMANDATION 2.4 :

Encourager les personnes présentant des symptômes de dépression périnatale à rechercher du soutien auprès de leur partenaire, des membres de leur famille, de leur entourage et des pairs, le cas échéant.

Niveau de pertinence du résumé : Ia, Ib, IV

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 1, moyenne = 4

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Soutien des partenaires, des membres de la famille et de l'entourage

Les personnes présentant des symptômes de dépression post-partum ont besoin de se sentir soutenues par leur partenaire, les membres de leur famille et leur entourage (p. ex., amis, partenaires communautaires ou collègues de travail), le cas échéant (105). Ce type de soutien peut aider les personnes à faire face à leurs symptômes de dépression (105).

Soutien par les pairs

Le soutien par les pairs permet d'obtenir des encouragements de la part de personnes ayant vécu des épisodes de dépression similaires (106-108). Ce type de relation est unique et diffère de la relation thérapeutique entre un patient et le personnel infirmier ou un membre de l'équipe interprofessionnelle. En effet, ces derniers n'ont pas forcément vécu personnellement une dépression post-partum (107).

Le soutien par les pairs peut être fourni en personne, par téléphone ou sur des forums en ligne dédiés au post-partum (106-108). Le soutien par téléphone est facilement accessible et réduit la stigmatisation souvent associée aux rencontres physiques (107). Il est toutefois difficile de déterminer les bienfaits seuls du soutien par les pairs, puisque la plupart des interventions étudiées étaient multimodales (p. ex., soutien par les pairs et TCC ou dyade parent-enfant).

Soutien par les pairs sur des forums en ligne

Il est facile d'accéder à Internet et d'interagir sur le Web (c.-à-d. soins fondés sur la technologie) pour rechercher et obtenir du soutien par les pairs sur des forums de discussion en ligne (106, 108). Les forums en ligne permettent aux utilisateurs de contourner certains obstacles (p. ex., frais, déplacement, stigmatisation ou garde d'enfants, le cas échéant) et d'accéder à du soutien à tout moment (108)

Des **études pilotes**^G suggèrent que les personnes présentant des symptômes de dépression périnatale sont en mesure et ont la volonté d'accéder à du soutien en ligne, bien que les résultats de ces études soient limités et, par conséquent, peu concluants (106). D'autres études montrent que les interactions communautaires en ligne sont efficaces pour réduire les symptômes de la dépression post-partum (106, 108).

La plupart des forums en ligne sur la dépression post-partum sont considérés comme des environnements en ligne sûrs et bienfaisants pour les participants (106, 108). Des modérateurs spécialistes du sujet surveillent les discussions en ligne et les publications abusives ou inappropriées. Des séances d'accompagnement en direct sont offertes et des approches fondées sur des données probantes sont proposées. Sans ces mécanismes, les résultats seraient peu probants. Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle sont invités à encourager les personnes à trouver des forums en ligne sûrs et bienfaisants.

Avantages et inconvénients

Les discussions avec les pairs qui partagent des expériences similaires de dépression périnatale permettent aux personnes souffrant de dépression d'être mieux informées et de retrouver l'espoir (107). Cependant, il est important de noter qu'un pair qui présente des antécédents de dépression peut également être moins apte à fournir un soutien en raison de son propre trouble de l'humeur (70, 107). L'enseignement et le soutien par les pairs peuvent atténuer certains de ces effets.

Lorsque le partenaire, les membres de la famille ou l'entourage d'une personne font preuve d'un manque de compréhension et de compassion, se désolidarisent ou sont violents, les personnes présentant des symptômes de dépression post-partum peuvent être davantage isolées et stigmatisées (70). Le manque de soutien de la part du partenaire, des membres de la famille ou de l'entourage peut avoir diverses causes. Parfois, les personnes du cercle social ne savent pas comment offrir leur aide, normalisent ou minimisent les symptômes de la dépression en pensant qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale qui nécessite un traitement ou ont un manque d'empathie ou un traumatisme non résolu entraînant un comportement violent. Indépendamment des causes sous-jacentes, le manque de soutien du partenaire, de la famille ou de l'entourage peut amener les personnes souffrant de dépression post-partum à compter davantage sur d'autres personnes, notamment les pairs (70, 107). Dans les situations où la personne ne trouve pas de soutien, les symptômes de la dépression peuvent s'aggraver (107).

Valeurs et préférences

Facilement accessible et efficace, le soutien individuel à domicile est généralement apprécié. Le soutien en groupe est idéal pour partager les stratégies d'adaptation et normaliser les sentiments liés à la dépression (105).

Les actions suivantes représentent un soutien efficace pour les personnes : 1) écouter et reconnaître leurs sentiments, 2) rassurer sur le fait que leurs expériences ne sont pas anormales et 3) offrir l'espoir que les choses peuvent s'améliorer grâce au soutien et au traitement (105).

Notes de pratique

Voici les types de soutien du partenaire, de la famille et de l'entourage que les personnes présentant des symptômes de dépression post-partum peuvent trouver utiles :

1. Soutien pédagogique (c.-à-d. donner des conseils et de l'orientation sur les symptômes de la dépression post-partum pour réduire le sentiment d'infériorité, de honte ou de gêne);
2. Soutien pratique (c.-à-d. offrir concrètement son aide, pour les tâches ménagères ou la garde d'enfants, par exemple);
3. Soutien affectif (c.-à-d. offrir de l'aide et manifester de l'empathie et de la compassion par l'écoute active);
4. Soutien déclaratif (c.-à-d. reconnaître que la dépression est bien présente) (105).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Partners to parents [Internet]. Melbourne (Austr.) : Partners to Parents; c2016. Ressource consultable au : http://www.partnerstoparents.org/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web fondé sur des données probantes présentant des stratégies factuelles sur la façon dont les couples peuvent s'entraider lorsqu'ils deviennent parents. ■ Aborde la dépression périnatale, les symptômes de l'anxiété et les facteurs de risque.
Centre de ressources Meilleur départ. Creating circles of support for pregnant women and new parents: A manual for service providers supporting women's mental health in pregnancy and postpartum [Internet]. Toronto (Ont.) : Centre de ressources Meilleur départ, 2009. Ressource consultable au : https://www.beststart.org/resources/ppmd/pdf/circles_of_support_manual_fnl.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manuel destiné aux fournisseurs de services de santé et de services sociaux pour aider les personnes pendant et après la grossesse, notamment celles atteintes de dépression périnatale, à se créer un cercle de soutien. ■ Répertoire les services existants en Ontario.

RECOMMANDATION 2.5 :

Recommander un suivi psychopédagogique aux personnes à risque ou en situation de dépression périnatale.

Niveau de pertinence du résumé : Ib

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 1, moyenne = 2

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Offerte par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle, la psychopédagogie consiste à fournir de l'information, du soutien et des renseignements sur la santé en général et certains problèmes de santé physique ou mentale spécifiques. En plus de réduire les facteurs de stress liés au manque d'information, le but de la psychopédagogie est d'engager un dialogue avec la personne afin qu'elle comprenne mieux ce qui lui arrive et prenne conscience de son problème de santé et des possibilités de traitement à sa disposition (83, 109).

Grâce à des interventions psychopédagogiques, les personnes enceintes ou en post-partum en apprennent plus sur la dépression, notamment sur les facteurs de risque associés (p. ex., symptômes physiques, faible soutien social et facteurs liés au bébé), les stratégies d'adaptation et d'autothérapie et les risques en cas de dépression non traitée, et obtiennent des conseils pour accéder aux ressources locales sur la dépression périnatale (83, 109-110). Les personnes acquièrent des connaissances sur le bouleversement de la dynamique familiale avec l'arrivée d'un nouveau-né, les étapes pour devenir auto-efficace, les comportements à adopter pour rechercher de l'aide, ainsi que le rôle et l'importance de la participation et du soutien du partenaire (109). Grâce à la psychopédagogie, les symptômes de la dépression, mesurés par des outils de dépistage valides tel l'EPDS, sont moins prononcés que ceux des participants du groupe témoin ayant reçu des soins classiques (109).

En complément d'autres approches, certaines interventions psychopédagogiques se sont révélées efficaces pour réduire les symptômes de la dépression pendant et après la grossesse, notamment :

- Les séances éducatives pour promouvoir la **littératie en santé**^G (109);
- Les manuels d'autothérapie et les supports écrits pour renforcer les connaissances et les enseignements liés à la santé (110);
- La présentation détaillée des possibilités de traitement et des ressources locales à disposition (109).

Avantages et inconvénients

Voici certains avantages des interventions psychopédagogiques pour lutter contre la dépression périnatale :

- Meilleure compréhension et sensibilisation à la dépression périnatale et aux stratégies d'adaptation (110);
- Meilleure confiance en soi et en sa capacité à prendre soin du bébé et à devenir parent (109);
- Meilleure connaissance des ressources à disposition (professionnels et non-professionnels du secteur) et des outils pour se prendre en main de façon autonome (8);
- Meilleure capacité à développer une relation nourricière avec l'enfant (109).

Valeurs et préférences

Un ECR a révélé que les participantes qui avaient bénéficié de séances psychopédagogiques dans les deux semaines suivant l'accouchement montraient moins de symptômes de dépression dans les six et douze semaines après l'accouchement (75). Les participants ont déclaré avoir trouvé efficace cette démarche psychopédagogique qui comprenait une visite à domicile, des appels téléphoniques de suivi et un livret pédagogique. Les participants à l'étude ont estimé que la psychopédagogie devrait faire partie des soins classiques de la grossesse et qu'un suivi plus long (au-delà des deux premières semaines de post-partum), sous forme de visites à domicile ou d'appels téléphoniques, serait bénéfique pour accompagner les personnes qui développent une dépression dans l'année suivant l'accouchement.

Une revue Cochrane a comparé deux groupes suivant une intervention de psychopédagogie post-partum, le premier à domicile, et le second en milieu hospitalier. La revue n'a pas démontré de différence notable dans l'amélioration des scores de dépression selon le mode d'intervention (111). Les visites à domicile étaient perçues comme des approches individualisées, faciles d'accès (sans contrainte de transport ou de garde d'enfants) et offertes en temps opportun.

Notes de pratique

Les interventions psychopédagogiques pour prévenir la dépression périnatale peuvent être :

- Intégrées dans les soins cliniques systématiques, oralement et à l'écrit (109-110);
- Abordées brièvement dans les groupes prénatals et post-partum, par exemple (109);
- Utilisées pour promouvoir la recherche de soutien et amener les personnes à se confier le plus tôt possible et à se soigner (109);
- Offertes seules ou en complément d'autres interventions (p. ex., traitements psychologiques et pharmacologiques), en fonction des résultats de l'évaluation complète et des besoins et préférences de la personne (83);
- Fournies soit à la personne enceinte ou au couple. Un essai clinique contrôlé a révélé que la pédagogie basée sur le mode de vie de la personne ou du couple réduisait les symptômes moyens de dépression, selon les résultats de l'EPDS, en plus de l'anxiété, pendant la grossesse (112). Le sommeil, la nutrition, l'activité physique, le concept de soi et la sexualité sont autant de sujets ayant été abordés dans l'intervention. La participation des partenaires était perçue comme bénéfique, offrant à la personne enceinte un soutien psychosocial.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Corey E, Thapa S. Postpartum depression: an overview of treatment and prevention. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2011. Ressource consultable au : https://www.gfmer.ch/SRH-Course-2011/maternal-health/pdf/Postpartum-depression-Corey-2011.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présentation PowerPoint qui résume les possibilités de prévention et de traitement de la dépression post-partum fondées sur des données probantes. ■ Les stratégies de prévention ciblent les populations à risque par rapport à la population générale du post-partum et comprennent des interventions psychosociales et psychologiques.

RECOMMANDATION 2.6 :

Recommander un suivi psychosocial par un professionnel, comme du counseling non directif, aux personnes atteintes de dépression périnatale.

Niveau de pertinence du résumé : Ia, Ib

Qualité des données probantes du résumé : moyenne = 1, faible = 2

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Le counseling non directif offre du soutien par l'empathie, l'écoute active, l'encouragement, la résolution de problèmes de manière collaborative et l'établissement de relations thérapeutiques positives dans lesquelles les personnes sont encouragées à trouver des solutions ou des approches qui leur conviennent (113-114). Ce type d'intervention est idéal pour les personnes qui n'ont pas besoin de l'aide d'un professionnel de la santé mentale (p. ex., psychologue, infirmière praticienne en santé mentale psychiatrique ou psychiatre) (113). Le counseling non directif constitue un soutien psychosocial efficace pour lutter contre la dépression post-partum. En face à face ou en groupe, il peut être proposé par du personnel infirmier qualifié ou des membres de l'équipe interprofessionnelle (115).

Bien que le counseling non directif réduise les symptômes de la dépression périnatale, les résultats restent limités (113). Les personnes qui ont bénéficié de counseling non directif par l'entremise de visites du personnel infirmier pendant la grossesse avaient des scores EPDS inférieurs en période de post-partum, par rapport à celles qui n'en ont pas bénéficié (114). Un ECR norvégien a révélé que les personnes qui ont présenté des scores de dépistage élevés et reçu du counseling non directif de la part du personnel infirmier dans des établissements pour le bien-être des bébés ont obtenu des scores de dépistage considérablement plus faibles trois et six mois après l'accouchement (113). Le nombre de séances offertes par le personnel infirmier dépendait des besoins de chaque personne. Certains participants n'ont suivi qu'une seule séance de counseling qui, d'après eux, aurait été bénéfique.

Avantages et inconvénients

Une évaluation approfondie du counseling par les participants serait nécessaire pour déterminer si ce type d'intervention peut présenter des inconvénients (113).

Valeurs et préférences

Pour que le counseling non directif soit efficace, le personnel infirmier doit se montrer humain, sincère et à l'écoute de la personne en promouvant la pleine conscience, l'acceptation de soi et l'ouverture, selon le psychologue C. Rogers (113).

Notes de pratique

Lorsque le personnel infirmier fait appel à du counseling non directif, il doit :

- Établir et entretenir une relation thérapeutique avec la personne;
- Se concentrer sur l'expérience de la personne et sa capacité à résoudre les problèmes et à se prendre en main;
- S'assurer de bien comprendre le point de vue de la personne;
- Éviter de porter un jugement en favorisant le soutien et l'écoute active;
- Traiter la personne avec respect;
- Être ouvert et transparent lors des échanges;
- Recommander du soutien supplémentaire (de la part d'un professionnel comme un psychiatre, un psychologue ou du personnel infirmier en psychiatrie et en santé mentale), le cas échéant, en cas de dépression modérée à sévère ou d'aggravation des symptômes;
- Orienter et faciliter l'accès à un établissement de soins d'urgence en cas d'automutilation ou de risque suicidaire avéré (113-114, 116).

Voici les sujets pouvant être abordés lors d'une séance de counseling non directif :

- Les pensées et les émotions de la personne;
- La transition vers le rôle de parent;
- La modification de la dynamique des relations familiales;
- La résolution de problèmes;
- L'invitation à voir le bon côté des choses (114).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
The Australian College of Mental Health Nurses. Non-directive counselling: what it is [Internet]. Deakin West (Austr.); c2018. Ressource consultable au : http://www.acmhn.org/contact-the-australian-college-of-mental-health-nursing	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document sur les avantages du counseling non directif, comme la neutralité, la prise de décision autonome et la personnalisation des séances selon les besoins de la personne.
Braddell A. Citizen's guide to non-directive coaching [Internet]. Leicester (R.-U.) : Learning and Work Institute, 2017. Ressource consultable au : https://www.learningandwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/LW-Coaching	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource fondée sur des recherches scientifiques sur les principes du counseling non directif. ■ La ressource s'appuie sur des concepts d'apprentissage destinés à l'adulte.

RESSOURCE

Organisation mondiale de la Santé.
« Penser sain » : un manuel de prise en charge psychosociale de la dépression périnatale (version générique d'essai sur le terrain par l'OMS 1.0). Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2015. Ressource consultable au : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276960/WHO-MSD-MER-15.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

DESCRIPTION

- Manuel sur la prise en charge psychosociale de la dépression périnatale.
- Donne des conseils sur les stratégies de communication à adopter. Par exemple :
 - Fixez un rendez-vous en concertation avec la personne;
 - Insistez sur le fait que toutes les communications resteront confidentielles et que la personne a droit au respect de sa vie privée, sauf en cas de risque de préjudice avéré pour la personne, le bébé ou les autres enfants;
 - Asseyez-vous au niveau de la personne et parlez avec douceur et sans jugement;
 - Invitez la personne à parler librement; utilisez des questions ouvertes pour laisser la personne exprimer ses sentiments;
 - Restez positif, même si la personne ne montre aucun signe de progression. La personne se sentira encouragée à persévérer.

Terrazas C, Segre L, Wolfe C. Moving beyond depression screening: integrated perinatal depression treatment into OB/GYN practices. *Prim Health Care Res Dev.* 2018, 12 : pp. 1 à 9. Ressource consultable au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29429427>

- Un ECR a étudié l'effet des visites favorisant l'écoute organisées en milieu obstétrique/gynécologique.
- Les résultats ont indiqué que ces visites axées sur l'écoute étaient efficaces en milieu obstétrique/gynécologique pour les personnes souffrant de dépression périnatale légère à modérée, décelée par un outil de dépistage valide (p. ex., EPDS). Les personnes ont reçu jusqu'à six visites d'écoute hebdomadaires, d'une durée maximale de 50 minutes chacune, animées par des travailleurs sociaux, du personnel infirmier ou des médecins qualifiés. Les séances étaient axées sur l'empathie, l'écoute active et la résolution de problèmes de manière collaborative.
- Les participants ont apprécié que ces visites se déroulent en milieu obstétrique/gynécologique. En effet, aucun obstacle logistique ni psychologique ne s'est interposé, comme la méfiance à l'égard des spécialistes de la santé comportementale, la stigmatisation et la honte de recevoir des services et des soutiens en santé mentale.

RECOMMANDATION 2.7 :

Recommander une psychothérapie (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale ou thérapie interpersonnelle) pour soigner la dépression périnatale.

Niveau de pertinence du résumé : Ia, Ib

Qualité des données probantes du résumé : moyenne = 8, faible = 5

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC est une psychothérapie brève qui met l'accent sur l'interaction des pensées, des émotions et des comportements (115). Elle se révèle particulièrement efficace pour traiter la dépression périnatale, aussi bien en face à face qu'en groupe (115). Des effets positifs ont été observés immédiatement après l'intervention et, dans une moindre mesure, jusqu'à six mois et au-delà, selon les résultats obtenus de diverses échelles de dépression, par rapport aux personnes ayant reçu un suivi classique (115). La TCC peut être utile comme premier traitement pour les personnes souffrant de dépression périnatale légère à modérée. Pour celles qui présentent des symptômes plus graves, la TCC peut être associée à une prise de médicaments pour renforcer l'efficacité du traitement (117).

La TCC peut être assurée par du personnel infirmier ou d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle (p. ex., psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et médecins généralistes) (11, 71, 118). Elle peut être offerte dans divers milieux, comme des établissements de soins actifs, primaires et communautaires, de même que par téléphone ou à domicile (118). Elle peut également être proposée dans les zones rurales où l'accès aux aides et aux services en santé mentale est limité et où le manque de transport ou la géographie constitue un obstacle (118). Aucune différence notable en matière d'efficacité n'a été constatée pour un type de psychothérapie en particulier (c.-à-d. TCC par rapport à TIP), dans le traitement de la dépression post-partum (11).

Pour encourager l'accès à la TCC, le personnel infirmier peut informer les personnes présentant des symptômes de dépression périnatale des principaux bienfaits de ce type d'intervention psychologique. Il peut donner des renseignements sur les techniques employées dans la TCC, le meilleur moment pour suivre des séances, la gravité des symptômes de la dépression, les séances en face à face ou en groupe, les programmes de TCC sur Internet assistés par un thérapeute et les coûts.

Techniques de TCC

Les techniques de TCC qui permettent de réduire les symptômes de la dépression périnatale sont variables et souvent associées à des séances structurées qui s'appuient sur un manuel de traitement (11). Certaines techniques utilisées en TCC incluent la psychopédagogie et ce qui suit :

- La restructuration cognitive remet en question les schémas de pensée négatifs de la personne sur la perception qu'elle a d'elle-même, son monde environnant et son avenir. Ces schémas de pensée agissent comme un filtre et peuvent être à l'origine de la dépression (11, 115).
- La TCC axée sur les problèmes implique l'acquisition de compétences, tels l'établissement d'objectifs, la gestion du stress, la détermination et le remplacement des pensées négatives, la résolution de problèmes, la fragmentation des tâches et les compétences parentales (11). Ces compétences se traduisent par une amélioration de l'estime de soi et une diminution du stress et des pensées négatives. Ce type de TCC aurait tendance à réduire considérablement les symptômes de la dépression périnatale, par rapport au parcours de soins périnatals classique (118).

- L'activation comportementale enseigne la façon de s'attaquer à certains comportements, comme les conflits interpersonnels ou l'évitement en tant que mécanisme d'adaptation, à l'origine des symptômes de la dépression. Les personnes apprennent à s'adonner à des activités enrichissantes, à minimiser les conflits ou les situations difficiles et à augmenter leur soutien social (11, 74). L'activation comportementale se révèle aussi efficace que les antidépresseurs chez les adultes dépressifs (74).
- La TCC basée sur la pleine conscience est l'intervention la moins étudiée pour soigner la dépression périnatale (119). Par l'entremise de séances guidées oralement, elle apprend aux participants à profiter du moment présent, à ne pas porter de jugement et à se concentrer pleinement sur certains facteurs physiques (comme la respiration) pour réduire la cogitation et les pensées négatives ou autocritiques (119).

Moment opportun pour la mise en place d'une TCC

La TCC peut être suivie pendant la grossesse ou le post-partum (71). Les personnes qui ont suivi une TCC ont constaté une diminution considérable de leurs symptômes de dépression par rapport aux participants du groupe témoin. La TCC serait toutefois plus efficace lorsqu'elle est offerte après l'accouchement plutôt que pendant la grossesse (71).

Gravité des symptômes de dépression

Un ECR a révélé que les personnes enceintes qui présentaient un risque de dépression faible à modéré et qui avaient suivi une TCC avaient beaucoup moins de symptômes de dépression, selon l'EPDS, que les participants du groupe témoin ayant reçu un suivi classique (118). L'amélioration la plus nette des scores de dépression a été observée chez les personnes qui ont réussi par la suite à utiliser ce qu'elles avaient appris lors de leur TCC (118). Une autre revue révèle que la TCC est efficace pour traiter la dépression post-partum légère à modérée, sans pour autant confirmer son efficacité sur les symptômes graves (116). La TCC peut se révéler inefficace pour les personnes enceintes qui présentent un risque de dépression sans en avoir encore développé les symptômes (p. ex., elles ont obtenu un score total à l'EPDS inférieur au seuil de 10, suggérant un faible risque de dépression) (120).

TCC individuelle ou collective

La TCC peut être offerte en face à face ou en groupe. Certaines personnes peuvent éprouver de la difficulté à parler en groupe. Les séances collectives obligent les participants à partager ouvertement leurs expériences de dépression et à appliquer des techniques de TCC (121). La réticence à participer à une TCC de groupe peut également être influencée par la stigmatisation, bien que ce point nécessite d'être étudié de manière plus approfondie (116). La TCC de groupe utilise moins de ressources et permet aux participants de rencontrer d'autres personnes et de renforcer leur réseau social. La décision de suivre une TCC individuelle ou collective revient à la personne, qui doit déterminer ce qui lui convient le mieux (121).

Programmes de TCC sur Internet assistés par un thérapeute

Les programmes de TCC en ligne entraînent une baisse importante des symptômes de dépression lorsque la psychothérapie est complétée par du soutien individualisé offert chaque semaine par téléphone ou par courriel (122).

Frais

La TCC demande du temps et de l'engagement, et peut engendrer des frais de déplacement ou de garde d'enfants, par exemple (121). Les programmes de TCC comprennent souvent de huit à douze séances, ce qui n'est pas toujours facile pour la personne, qui a d'autres responsabilités et doit s'occuper de son bébé ou des autres enfants de la fratrie. Les personnes qui manquent d'assiduité pourraient ne pas constater les bienfaits de la TCC (121).

Limites des études

Malgré l'efficacité de la TCC sur la dépression périnatale, certaines limites importantes doivent être prises en compte. Dans la plupart des données probantes, les composantes de la TCC n'étaient pas les mêmes, puisque seules certaines études utilisaient une approche structurée et cohérente détaillant dans un manuel le contenu de chaque session, les exercices et les objectifs des participants (121, 123). Déterminer les composantes de la TCC les plus efficaces est complexe (121, 123). Il est difficile de savoir si la TCC, notamment en groupe, convient à toutes les personnes ou s'il existe un moment opportun pour la mettre en œuvre (121, 123).

Thérapie interpersonnelle (TIP)

La TIP est un type de psychothérapie brève qui se concentre sur les préoccupations actuelles de la personne, à savoir son fonctionnement social, ses conflits, sa transition vers son rôle de parent, son deuil et son déficit interpersonnel (11). La TIP est efficace contre la dépression périnatale et non périnatale, car elle se penche sur les effets des relations interpersonnelles sur la santé mentale de la personne (11, 81). Cette psychothérapie est tout aussi efficace en face à face qu'en groupe, en personne ou par téléphone, pour traiter les symptômes de la dépression périnatale à l'aide d'approches pratiques et résoudre les problèmes personnels liés à la transition vers la parentalité.

Avantages et inconvénients

Voici les avantages démontrés de la TIP pour traiter les symptômes de dépression post-partum :

- La TIP constitue un premier traitement efficace pour lutter contre la dépression post-partum. La gravité des symptômes est réduite, la récupération s'améliore et l'adaptation psychosociale est plus facile, si l'on compare les scores de dépression avant et après le traitement ou avec le groupe témoin (81).
- Elle peut être offerte par des fournisseurs de soins de santé qualifiés, comme du personnel infirmier, des psychiatres, des psychologues et des médecins généralistes (81).
- Les résultats obtenus sont probants du fait que de nombreuses études rigoureuses utilisent des manuels de traitement qui décrivent et détaillent les objectifs et le contenu des séances, permettant ainsi une comparaison avec des interventions similaires (123).

Valeurs et préférences

Bien que le soutien social d'un groupe puisse être précieux pour la personne présentant des symptômes de dépression post-partum, certaines préfèrent l'intimité, l'attention individuelle et la confidentialité d'un face-à-face (70). Les horaires des séances de groupe peuvent ne pas convenir à l'emploi du temps de la personne. Dans ce cas, des séances individuelles sont préconisées.

Les résultats des études indiquent une nette préférence pour les psychothérapies, par rapport aux traitements médicamenteux, en raison des craintes liées à la grossesse ou à l'allaitement (11).

Notes de pratique

Voici un exemple de programme de TCC de six séances animées par un travailleur social et un pair à l'intention de personnes enceintes (118) :

SÉANCE	SUJETS ABORDÉS
Un	<ul style="list-style-type: none"> ■ Introduction ■ Symptômes de dépression ■ Établissement d'objectifs ■ Relation entre les pensées, les sentiments et les comportements
Deux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Techniques de réduction du stress, d'adaptation et de relaxation ■ Autosurveillance des pensées déformées et négatives ■ Renforcement des affirmations et du discours intérieur positifs
Trois	<ul style="list-style-type: none"> ■ Amélioration des compétences de communication dans l'entourage social de la personne ■ Évaluation des relations ■ Violence conjugale et planification de la mise en sécurité
Quatre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Amélioration de la communication ouverte dans les relations de la personne ■ Facteurs de risque de dépression prénatale et stratégies d'atténuation ■ Signes et symptômes de dépression post-partum
Cinq	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deuil, perte et spiritualité ■ Techniques de lutte contre les pensées négatives et renforcement des affirmations et du discours intérieur positifs
Six	<ul style="list-style-type: none"> ■ Signes et symptômes de dépression post-partum ■ Retour sur les six séances ■ Établissement d'objectifs pour gérer la transition vers le rôle de parent

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
RESSOURCES SUR LA TCC POUR LE PERSONNEL INFIRMIER ET L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE	
Centre de toxicomanie et de santé mentale. Programme de certification en thérapie cognitivo-comportementale pour le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé [Internet]. Centre de toxicomanie et de santé mentale; c2018 Ressource consultable au : https://www.camh.ca/en/education/continuing-education/continuing-education-programs-and-courses/cognitive-behavioural-therapy-cbt-certificate-program	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web qui décrit le contenu de la certification en TCC pour le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé.
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Mensah G, Singh T. Résumé de preuves pertinentes : Analyse des interventions en matière de santé mentale périnatale dans un contexte de santé publique. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016. Ressource consultable au : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/e/2017/eb-perinatal-mental-health.pdf?la=fr	<ul style="list-style-type: none"> ■ Résumé des preuves pertinentes sur les interventions en matière de santé mentale périnatale dans un contexte de santé publique. ■ Les interventions psychosociales et psychologiques se sont révélées efficaces pour traiter les symptômes de la dépression périnatale.
BC Reproductive Mental Health Program. Coping with depression in pregnancy and following the birth: A cognitive-behaviour therapy-based self-management guide for women [Internet]. Vancouver (C.-B.) : BC Mental Health & Addiction Services, 2011. Ressource consultable au : https://www.beststart.org/events/2014/bsannualconf14/webcov/Presentations_ForParticipants/New/C3_PPD-BestStart%20February%202014.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil d'auto-assistance inspiré de la TCC qui permet d'acquérir des compétences pour prévenir ou gérer les symptômes de la dépression périnatale. ■ Contient également de l'information utile pour les fournisseurs de soins de santé.
Organisation mondiale de la Santé. « Penser sain » : un manuel de prise en charge psychosociale de la dépression périnatale (version générique d'essai sur le terrain par l'OMS 1.0). Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2015. Ressource consultable au : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276960/WHO-MSD-MER-15.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource pour les fournisseurs de soins de santé communautaires qui exercent dans des établissements de soins primaires et n'ont aucune connaissance ou expérience préalable en matière de santé mentale. ■ Le manuel contient des approches qui utilisent des techniques de TCC et des interventions psychologiques de faible intensité. ■ Le manuel contient des modules sur la santé mentale de la personne, sa relation avec le bébé et sa relation avec son entourage pendant la grossesse et jusqu'à huit à dix mois après l'accouchement.

RESSOURCE

DESCRIPTION

RESSOURCES SUR LA TCC POUR LE PERSONNEL INFIRMIER ET L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE

Posmontier B, Neugebauer R, Stuart S et coll. Psychothérapie interpersonnelle administrée par téléphone par des infirmières sages-femmes lors de dépression post-partum. *J Midwifery Womens Health*. 2016, 61(4) : pp. 456 à 466. Ressource consultable au : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jmwh.12411>

- Étude sur des infirmières sages-femmes américaines certifiées qui ont offert des séances de TIP par téléphone à des personnes souffrant de dépression post-partum.
- Les résultats indiquent une réduction considérable des scores de dépression, huit et douze semaines après l'accouchement, par rapport aux participants du groupe témoin.
- La TIP administrée par téléphone par des infirmières sages-femmes certifiées s'est avérée être une méthode bien acceptée et efficace pour réduire la gravité des symptômes de la dépression.

Organisation mondiale de la Santé et Université de Columbia. Thérapie interpersonnelle (TIP) de groupe pour la dépression (version générique d'essai sur le terrain par l'OMS 1.0). Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2016. Ressource consultable au : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333981/WHO-MSD-MER-16.4-fre.pdf>

- Manuel sur la TIP de groupe pour la dépression. Le manuel ne contient pas de recommandations particulières pour traiter la dépression périnatale.
- Peut être utilisé par le personnel infirmier en formation ou le personnel psychosocial comme outil pour en savoir plus sur la santé mentale ou renforcer les connaissances dans les établissements de soins de santé.

Dennis CL, Ravitz P, Zupancic J et coll. Telephone-based interpersonal psychotherapy by trained non-specialist nurses for the treatment of postpartum depression: A nation-wide randomised controlled trial [manuscrit non publié]. Toronto : Université de Toronto, 2018.

- ECR sur la TIP par téléphone offerte par du personnel infirmier non spécialisé formé au traitement de la dépression post-partum.
- Les participants étaient socialement et ethniquement divers et vivaient dans des régions rurales et éloignées.
- L'étude a comparé deux groupes, l'un suivant douze semaines de séances et l'autre recevant un suivi classique.
- Les résultats révèlent que les participants à la TIP ont été 4,5 fois moins nombreux à souffrir de dépression dans les douze semaines suivant l'intervention, par rapport au groupe témoin. Son efficacité sur la dépression post-partum a été confirmée.

RESSOURCE	DESCRIPTION
RESSOURCES SUR LA TCC POUR LE PERSONNEL INFIRMIER ET L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE	
<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Psychotherapy and the controlled act component of psychotherapy [Internet]. Toronto (Ont.) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2018 Ressource consultable au : http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/ask-practice/answers-to-your-questions-about-psychotherapy/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La psychothérapie en tant qu'acte autorisé a été proclamée par l'organisme de réglementation provincial de l'Ontario le 30 décembre 2017. ■ La <i>Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i> donne la définition suivante de l'acte autorisé : « Traiter, au moyen d'une technique de psychothérapie appliquée dans le cadre d'une relation thérapeutique, un désordre grave dont souffre un particulier sur les plans de la pensée, de la cognition, de l'humeur, de la régulation affective, de la perception ou de la mémoire et qui est susceptible de porter gravement atteinte à son jugement, à son intuition, à son comportement, à sa capacité de communiquer ou à son fonctionnement social. » ■ L'acte autorisé de psychothérapie comprend les éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1. Vous traitez un patient. 2. Vous appliquez une technique de psychothérapie. 3. Vous entretenez une relation thérapeutique avec le patient. 4. Le patient a de graves troubles de la pensée, de la cognition, de l'humeur, de la régulation affective, de la perception ou de la mémoire. 5. Ce trouble peut gravement nuire au jugement, à l'intuition, au comportement, à la capacité de communiquer ou au fonctionnement social du patient.

RECOMMANDATION 2.8 :

Favoriser la prise de décision éclairée et proposer des interventions pharmacologiques pour soigner la dépression périnatale, le cas échéant.

Niveau de pertinence du résumé : Ia, Ib

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 2; Lignes directrices : élevée = 1, moyenne = 1

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Accompagnement par le personnel infirmier des personnes qui envisagent une intervention pharmacologique

Le personnel infirmier de l'équipe interprofessionnelle de santé mentale doit être en mesure d'accompagner les personnes pendant et après la grossesse pour les aider à prendre des décisions éclairées sur les interventions pharmacologiques de lutte contre la dépression (124). La décision concernant l'utilisation, le maintien ou l'arrêt d'un traitement médicamenteux est une décision qui doit être prise par la personne, en consultation avec le fournisseur de soins de santé primaires qui le lui a prescrit. La décision doit tenir compte des risques et des avantages potentiels en fonction des antécédents de la personne, des ressources disponibles et de ses préférences (40, 56, 124).

Principaux éléments à prendre en compte par le personnel infirmier lors d'un traitement pharmacologique

En collaboration avec l'équipe interprofessionnelle, le personnel infirmier doit être au fait de ce qu'implique un traitement pharmacologique contre la dépression périnatale, notamment :

- Les traitements pharmacologiques sont généralement destinés aux personnes atteintes de dépression modérée à sévère ou à celles dont la dépression ne s'est pas améliorée après la mise en place d'interventions psychologiques ou non pharmacologiques.
- Les épisodes de dépression peuvent varier et entraîner des rémissions spontanées, mais il existe toujours un risque de rechute.
- Les problèmes de sécurité liés à la prise ou non d'un traitement pharmacologique peuvent varier au cours de la période périnatale et d'une personne à l'autre.
- Les discussions relatives aux traitements pharmacologiques ne seront pas les mêmes selon que la personne est enceinte ou allaitante.
- Chaque personne doit être informée des éventuels effets secondaires des médicaments, de leurs interactions avec d'autres médicaments et du risque qu'aucune amélioration ne soit constatée dans l'immédiat. Tant que le traitement pharmacologique n'a pas commencé à porter ses fruits, un soutien supplémentaire est recommandé.
- Les médicaments présentant le moins de risques doivent être prescrits.
- Le dosage des médicaments pour traiter la dépression périnatale devra parfois être ajusté en raison de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamie de la grossesse et de l'allaitement.
- L'arrêt des médicaments peut augmenter le risque d'aggravation des symptômes et de rechute de la maladie.
- Les effets neurodéveloppementaux chez l'enfant à long terme sont mal connus et des recherches sont encore nécessaires dans ce domaine.
- La prise ou non d'un traitement pharmacologique, par opposition à un traitement non pharmacologique, pour traiter la dépression périnatale peut avoir des répercussions sur les interactions et le lien entre une personne et son bébé (40, 56).

Variables propres à chaque personne en matière de pharmacologie

Les interventions pharmacologiques sur la dépression périnatale dépendent des besoins uniques de chaque personne. Ces variables peuvent comprendre :

- La gravité de la maladie
- La période de la grossesse
- Le choix d'allaiter
- Les préférences personnelles
- La prise d'autres médicaments et les effets secondaires
- Les antécédents de consommation de substances
- L'utilisation antérieure d'antidépresseurs ou d'autres médicaments utilisés pour traiter la dépression et leur efficacité
- Tout épisode passé ou présent de dépression (125)

Évolution des données probantes sur les traitements pharmacologiques

Les données probantes sur les traitements pharmacologiques ne soutiennent pas une approche universelle. Les données probantes suggèrent plutôt ce qui suit :

- Une meilleure compréhension des risques et des avantages est nécessaire pour être en mesure de mieux informer les patients sur les traitements pharmacologiques.
- Il existe des risques obstétricaux et fœtaux associés à la prise de médicaments, jugés préférables à l'absence de traitement pharmacologique.
- Il existe davantage de données probantes sur l'efficacité des interventions psychosociales et psychologiques pour traiter la dépression périnatale.
- Il n'y a pas d'options sans risque.
- Les décisions doivent être prises au cas par cas.
- Un retard ou une absence de traitement peut avoir des conséquences néfastes pour la personne, le bébé, le partenaire, la famille et les proches (le cas échéant) (40, 56).

La littérature scientifique sur la pharmacologie dans le traitement de la dépression périnatale est de plus en plus étoffée. Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent continuer à se former pour être au fait des complexités inhérentes aux interventions pharmacologiques afin d'appuyer une prise de décision éclairée. Les considérations pour chaque personne doivent être examinées attentivement, notamment les possibilités, les services, les aides et les préférences.

Avantages et inconvénients

Certaines personnes peuvent être réticentes à l'idée de prendre un traitement pharmacologique pendant la grossesse ou l'allaitement, en raison de craintes, de la stigmatisation ou d'un manque de connaissances (126). C'est pourquoi elles doivent être écoutées et leurs préoccupations prises en compte. Toute décision précipitée d'avoir recours à un traitement pharmacologique, sans écoute préalable des besoins de la personne et sans réponse à ses craintes, peut affecter la relation thérapeutique (126).

Valeurs et préférences

Les résultats d'un essai randomisé mené dans plusieurs établissements indiquent une préférence nette pour les interventions psychosociales (c.-à-d. les visites axées sur l'écoute), par rapport aux antidépresseurs, pour traiter la dépression post-partum (125). Cette préférence repose sur les craintes liées à la prise d'antidépresseurs pendant l'allaitement, la stigmatisation, les effets secondaires et le risque de dépendance aux médicaments. La pharmacothérapie semblait malgré tout être acceptée par les participants pour traiter la dépression post-partum sévère.

Notes de pratique

La prise de décision sur le recours à des médicaments pour traiter la dépression pendant la grossesse est complexe. Les faits suggèrent que l'information et la mise en place d'un processus décisionnel collaboratif sont les deux facteurs les plus importants pour les personnes enceintes qui présentent des symptômes de dépression et envisagent un traitement pharmacologique (124, 126). Bien que la plupart du personnel infirmier ne prescrive pas de médicaments pour traiter la dépression périnatale, il doit avoir les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour accompagner une prise de décision éclairée et orienter le patient vers une intervention pharmacologique. Le personnel infirmier doit également :

- Aborder la question du traitement pharmacologique en consultant l'équipe interprofessionnelle;
- Évaluer soigneusement le niveau de connaissances de la personne sur la recommandation d'un traitement pharmacologique et répondre à toute question ou préoccupation relevant de son champ d'exercice; bien connaître les aides et les services en santé mentale existants, ainsi que de leurs avantages et leurs risques potentiels associés;
- Faciliter l'accès à l'information la plus récente provenant de sources factuelles sur l'efficacité, l'innocuité et les risques des différents traitements pharmacologiques;
- Rédiger un programme de soins personnalisé qui reprend l'ensemble des possibilités de traitement;
- S'assurer que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle sont au fait du traitement de la personne tout au long de la période périnatale;
- Établir et maintenir un suivi pour évaluer l'efficacité du traitement, les effets secondaires potentiels et les résultats en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle;
- En plus des approches pharmacologiques, encourager l'adoption d'un mode de vie sain en promouvant la réduction du stress, la nutrition, le sommeil, l'exercice et l'absence de tabac ou d'alcool (40, 56, 62, 126-127). La **recommandation 2.3** aborde plus en détail les stratégies d'autothérapie.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>MacQueen G, Frey B, Ismail Z et coll. Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT). Lignes directrices cliniques de 2016 pour la prise en charge des adultes atteints de troubles dépressifs majeurs : section 6. Populations spéciales : les jeunes, les femmes et les aînés. Revue canadienne de psychiatrie. 2016, 61(9) : pp. 588 à 603. Ressource consultable au : http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0706743716659276#articleCitationDownloadContainer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Révision des lignes directrices canadiennes sur le traitement de l'humeur et de l'anxiété, y compris la dépression périnatale. ■ La ligne directrice recommande en premier lieu de traiter la dépression prénatale par la psychothérapie professionnelle (c.-à-d. la TCC ou la TIP, en face-à-face ou en groupe). Elle recommande les traitements pharmacologiques en second lieu, sauf en cas de dépression sévère auquel cas un traitement pharmacologique sera proposé en premier lieu, malgré un manque de recherche pour la population concernée. ■ Une approche similaire recommande la prise de médicaments supplémentaires en second lieu. ■ Des recommandations sont également formulées pour traiter la dépression pendant l'allaitement.
<p>National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. [lieu inconnu] : National Institute for Health and Care Excellence, 2018 (mis à jour en déc. 2014). Ressource consultable au : https://www.nice.org.uk/guidance/cg192</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ligne directrice britannique traitant des considérations cliniques chez les personnes qui prennent des médicaments contre la dépression avant la conception, pendant la grossesse et après l'accouchement. ■ La ligne directrice recommande de discuter des options de traitement, notamment des bienfaits de la prise de médicaments, des conséquences d'un refus de traitement, des effets secondaires du traitement et ce qui pourrait arriver si le médicament est changé ou arrêté.

RECOMMANDATION 2.9 :

Favoriser la prise de décision éclairée sur les thérapies de médecine complémentaire et alternative pour traiter la dépression périnatale.

Niveau de pertinence du résumé : la

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 1, faible = 5

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Le comité d'experts appuie la recommandation selon laquelle le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle – comprenant, entre autres, les médecins, les sages-femmes, les massothérapeutes, les chiropraticiens et les physiothérapeutes – peuvent fournir des conseils sur les thérapies de médecine complémentaire et alternative (MAC) aux personnes atteintes ou risquant d'être atteintes de dépression périnatale. À cet effet, il est important de bien connaître les données probantes des thérapies de MAC pour traiter la dépression périnatale. Pour appuyer une prise de décision éclairée, les personnes doivent être informées que les données probantes sont de faible qualité et que les résultats sont peu concluants (79, 88, 94, 96, 101). D'autres études sont nécessaires pour déterminer l'efficacité, les risques et les avantages des thérapies de MAC dans le traitement de la dépression périnatale.

Massothérapie

Les résultats de la massothérapie dans le traitement de la dépression périnatale sont incohérents (79, 88, 101). Un ECR révèle une diminution importante des symptômes de la dépression lorsque le massage est effectué par le partenaire de la personne (88). Une autre étude révèle que les personnes enceintes qui se font masser toutes les deux semaines présentent des scores moyens de dépression relativement plus faibles par rapport aux participants du groupe témoin qui reçoivent un suivi prénatal classique (101). Une autre revue révèle une diminution considérable des symptômes de dépression chez les parents adolescents qui se font masser toutes les deux semaines (79). D'autres études n'ont toutefois pas mis en avant de différence significative dans les symptômes de la dépression, y compris lorsque la massothérapie est comparée à l'acupuncture (88).

Luminothérapie

Chez les adultes en général, la luminothérapie se révèle globalement efficace dans le traitement de la dépression, en particulier pour soigner la dépression saisonnière (96). Le mécanisme qui en résulte n'a pas tout à fait été déterminé. La luminothérapie corrigerait les rythmes circadiens ou régulerait la mélatonine (96). Pour les personnes enceintes et en post-partum, la luminothérapie aiderait à compenser le manque de lumière dû aux troubles du sommeil et aux siestes, aux comorbidités et aux déséquilibres hormonaux (96). Cependant, les résultats des études ne sont pas concluants quant à l'efficacité de la luminothérapie dans le traitement de la dépression périnatale (88, 122). Une revue systématique indique que l'une des trois études sur la luminothérapie démontre une nette différence ainsi qu'une rémission après cinq semaines de traitement (122). Les deux autres essais n'ont pour leur part pas démontré de différence probante entre le groupe ayant participé à l'expérience de luminothérapie et le groupe témoin.

Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent informer les personnes pendant et après la grossesse des bienfaits potentiels, des contraintes logistiques et des effets indésirables associés à la luminothérapie comme traitement contre la dépression périnatale. Les personnes seront ainsi plus à même de déterminer si cette approche leur convient.

Acupuncture

L'acupuncture traditionnelle chinoise est censée rétablir le déséquilibre d'énergie dans le corps causé par la maladie et les traumatismes (93). Puisqu'il existe peu d'études sur l'acupuncture et la dépression périnatale publiées dans des langues non asiatiques, les résultats sont limités et incohérents (88, 94, 122). Il n'a pas été établi que l'acupuncture réduisait de façon importante les symptômes de dépression par rapport à la massothérapie ou à l'acupuncture simulée (88, 94, 122). D'autres études dans ce domaine qui démontreraient l'efficacité de l'acupuncture sont nécessaires pour savoir si cette MAC est efficace pour soigner la dépression périnatale.

Avantages et inconvénients

En tant que traitement non pharmacologique, la luminothérapie est facilement accessible, économique et praticable à domicile. La personne n'a pas besoin d'ordonnance pour s'équiper (88, 96). Malgré ces avantages, la luminothérapie peut présenter quelques contraintes, car elle nécessite généralement une exposition de 30 à 60 minutes par jour pendant sur une période maximale de six semaines (96). Cette contrainte de temps peut poser des difficultés pour les nouveaux parents, déjà très occupés avec leur bébé. Certains effets indésirables, comme les maux de tête, la fatigue oculaire, les nausées, l'anxiété, la fatigue, les troubles du sommeil et l'agitation, peuvent survenir et affecter l'efficacité et l'expérience globale du traitement (88, 96).

L'acupuncture est généralement crainte par les personnes enceintes, du fait que la stimulation de certains points peut provoquer des contractions utérines (94).

Valeurs et préférences

Utilisées en complément, la massothérapie, la luminothérapie et l'acupuncture peuvent convenir aux personnes présentant des symptômes de dépression périnatale, puisque les MAC sont généralement considérées comme « naturelles » et sans risque (88). Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent tenir compte de cette préférence et favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes concernant le recours à des thérapies de MAC.

Notes de pratique

Les données d'une étude américaine sur l'utilisation des thérapies de MAC pendant et après la grossesse ont révélé les conclusions suivantes :

- Par rapport aux personnes non enceintes, le recours à des thérapies de MAC se maintenait avant la naissance et était plus faible pendant le post-partum. Les techniques de MAC pendant la grossesse ont été perçues comme plus avantageuses par rapport aux approches pharmacologiques.
- Les approches de MAC étaient plus fréquentes chez les personnes de race blanche aux niveaux de revenu et de scolarité élevés, qui avaient déclaré spontanément leurs symptômes de dépression, d'anxiété ou de troubles du sommeil.
- Les pratiques corps-esprit (p. ex., méditation, yoga, groupes de soutien) étaient les thérapies de MAC les plus fréquemment utilisées pendant la grossesse et le post-partum, par rapport à la manipulation (soins chiropratiques ou ostéopathiques, massage), aux pratiques corporelles et aux thérapies biologiques (p. ex., compléments alimentaires) (128).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Deligiannidis KM, Freeman MP. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. <i>Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.</i> 2014, 28(1) : pp. 85 à 95. Ressource consultable au : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992885/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Article qui examine les données probantes des thérapies de MAC sur la dépression périnatale. ■ Les avantages et les risques des thérapies de MAC doivent être inclus à la présentation des possibilités de traitement. ■ L'efficacité des thérapies de MAC doit être régulièrement surveillée à l'aide d'outils valides afin que d'autres thérapies puissent être proposées si la thérapie mise en place s'avère inefficace.
<p>Nguyen J. A literature review of alternative therapies for postpartum depression. <i>Nurs Womens Health.</i> 2017, 21(5) : pp. 348 à 359. Ressource consultable au : https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(17)30217-9/fulltext</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revue de la littérature qui traite du recours aux thérapies de MAC pour soigner la dépression post-partum. ■ Plusieurs types de MAC y sont étudiés, comme le yoga, l'écriture expressive, le recours à l'ocytocine en vaporisation nasale, la luminothérapie et les tisanes à la lavande. ■ Sept ECR sur les thérapies de MAC ont révélé des résultats peu concluants. L'échantillon était trop petit et les critères d'inclusion variables (outils de mesure de la dépression et seuils, populations étudiées et gravité des symptômes).

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 2.10 :

Évaluer et ajuster le programme de soins en cours, en collaboration avec la personne, jusqu'à ce que les objectifs soient atteints. Inclure le partenaire, la famille et l'entourage de la personne, le cas échéant.

Niveau de pertinence du résumé : V

Qualité des données probantes du résumé : Comité d'experts et lignes directrices : élevée = 1, moyenne = 1

Discussion et résumé du comité d'experts et d'autres lignes directrices de référence

Le comité d'experts de l'AIIAO et les lignes directrices cliniques sur la dépression périnatale recommandent de réévaluer le programme de soins, les objectifs et l'efficacité des aides, des services de santé mentale et des stratégies d'autothérapie mis en place (56, 127). Cette réévaluation peut servir à planifier les prochaines étapes et à déterminer s'il convient de poursuivre les soins et le suivi avec le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle (56, 127). Le partenaire, des membres de la famille ou certaines personnes de l'entourage du patient peuvent également être inclus tout au long du processus (56, 127).

Avantages et inconvénients

Des visites de suivi régulières sont nécessaires pour évaluer dans quelle mesure la personne est capable de suivre les recommandations du traitement et d'évaluer les résultats (c.-à-d. amélioration ou aggravation des symptômes) (127).

Valeurs et préférences

Pour être efficace et centrée sur la personne, la réévaluation des soins et du programme doit être effectuée en collaboration avec la personne, sur les conseils du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle (56, 127).

Notes de pratique

La réévaluation permet de passer en revue le parcours de la personne et de déterminer ses besoins et ses objectifs actuels pour savoir si le traitement en place est efficace et s'il convient de le poursuivre. Elle permet aux éléments suivants d'être examinés, le cas échéant :

- L'expérience de la personne en ce qui concerne les aides et les services pour lutter contre la dépression périnatale et toute préoccupation ou question soulevée;
- Le niveau de consentement et la pertinence des traitements, des aides et des services, ainsi que l'indication éventuelle d'autres ressources;
- L'efficacité des traitements, des aides et des services sur la personne et l'amélioration ou l'aggravation des symptômes (déterminés par une auto-évaluation ou un outil d'évaluation ou de dépistage comme l'EPDS);
- Le niveau d'interaction avec le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle (c.-à-d. la fréquence des visites) et s'il est suffisant ou non;
- L'essai ou l'arrêt de certains services ou aides en santé mentale;
- Toute préoccupation concernant le risque d'automutilation, de suicide ou de préjudice au bébé ou aux enfants du ménage;
- Le besoin de soutien et d'évaluation continus jusqu'à ce que les objectifs soient atteints (56, 127).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E, Zhu J, Kjerulff K. Trajectories of depression symptoms throughout the peri- and postpartum period: Results from the First Baby Study. <i>J Womens Health</i>. 2016, 25(11) : pp. 1 112 à 1 121. Ressource consultable au : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116682/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Étude de cohorte menée sur plus de 3 000 personnes enceintes dépistées positives à la dépression, au moyen de l'EPDS, pendant la grossesse et jusqu'à douze mois après l'accouchement. ■ Les facteurs associés aux probabilités les plus élevées de dépression post-partum douze mois après l'accouchement étaient attribuables à des antécédents de dépression ou d'anxiété, à un manque de soutien social et à une rupture conjugale. ■ La plupart des symptômes de dépression des participants s'étaient stabilisés au fil du temps ou avaient diminué un an après l'accouchement. ■ Une minorité de participants ont développé des symptômes de dépression post-partum six mois après l'accouchement, avec une aggravation à un an de post-partum. ■ Les chercheurs ont conclu que le dépistage et l'évaluation des symptômes de dépression à plusieurs reprises au cours de la première année du post-partum étaient essentiels.
<p>Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depression symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i>. 2017, 52(7) : pp. 815 à 828. Ressource consultable au : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28451700</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Étude de cohorte menée sur des primipares australiennes dépistées à plusieurs reprises pour des symptômes de dépression pendant la grossesse et jusqu'à quatre ans après l'accouchement. ■ Les symptômes de dépression étaient influencés par des facteurs physiques, sexuels, affectifs et sociaux. ■ Les chercheurs ont conclu que les fournisseurs de soins de santé devaient inclure une évaluation de la santé physique, sociale et sexuelle pendant la grossesse et le post-partum, étant donné que ces facteurs jouent un rôle important sur la dépression post-partum.

Recommandations relatives à la formation

QUESTION DE RECHERCHE N° 3 :

Quelle formation sur la dépression périnatale le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent-ils suivre pour évaluer efficacement la dépression périnatale et intervenir en conséquence?

RECOMMANDATION 3.1 :

Mettre au point des programmes pédagogiques sur les soins relatifs à la dépression périnatale en intégrant des exemples théoriques et pratiques dans les programmes d'études en soins infirmiers de premier cycle et les programmes d'études des professions paramédicales, avant la délivrance de l'autorisation d'exercer.

Niveau de pertinence du résumé : IV

Qualité des données probantes du résumé : moyenne = 2

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Les résultats des recherches soutiennent l'intégration de programmes théoriques et pratiques sur la dépression périnatale dans les cursus de premier cycle des soins infirmiers et des professions paramédicales (129-130). Une fois diplômés, les étudiants en soins infirmiers acquièrent des connaissances spécialisées et sont capables d'appliquer ces connaissances dans certains domaines comme la psychopathologie, et même la dépression périnatale (131). Pour y parvenir, des concepts théoriques et des stages pratiques doivent être inclus dans les programmes qui traitent du rôle du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle (130). Le personnel infirmier et les professionnels du paramédical auront ainsi des connaissances de base sur les complexités de la dépression périnatale en tant que maladie mentale.

Avantages et inconvénients

L'évaluation des interventions pédagogiques se limitait aux perspectives des étudiants. Aucune étude n'a examiné l'apprentissage sur les bénéficiaires des soins. Par conséquent, des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les avantages ou les inconvénients dans ce domaine.

Valeurs et préférences

L'étude a révélé que les sages-femmes et les élèves sages-femmes recommandaient l'inclusion d'un module pédagogique sur la dépression prénatale et post-partum afin d'améliorer leurs connaissances à ce sujet et mieux appréhender la prise en charge affective des personnes pendant et après la grossesse (129).

Notes de pratique

Pour que la dépression périnatale soit globalement comprise par le personnel infirmier et les professionnels paramédicaux, les sujets suivants doivent être inclus dans les programmes d'études :

- Le continuum de la dépression périnatale en tant que maladie mentale (132);
- Les attitudes sociétales et culturelles à l'égard de la dépression périnatale (133);
- La compréhension des complications potentielles de la dépression périnatale pendant la grossesse et le post-partum (130);
- Les outils de dépistage et d'évaluation valides (53, 132);
- Les méthodes de prévention (129);

- Les aides et les services en santé mentale, y compris les stratégies d'autothérapie et le soutien psychologique et psychosocial (132);
- La connaissance de ressources de référence factuelles sur l'innocuité, les avantages et les risques de la prise de médicaments pendant la grossesse ou l'allaitement (129);
- Le suicide lié à la dépression périnatale (133);
- Les rôles et responsabilités attribués à l'équipe interprofessionnelle dans la planification des soins (p. ex., orientation vers un spécialiste en santé mentale ou à un service de santé mentale) (129-130);
- La création et l'utilisation de procédures de référence en matière de gestion des soins, le cas échéant (129, 133);
- La connaissance des ressources locales pour soigner la dépression périnatale (129);
- Le bien-être psychologique du fournisseur de soins de santé (133).

Pour encourager la mise en place de programmes de soins personnalisés, les programmes d'études doivent également intégrer :

- La compréhension de la manière dont le contexte d'une personne (p. ex., croyances culturelles, statut d'immigrée ou de réfugiée, statut socio-économique et volet social/spirituel) influence la perception, l'expérience et les réalités des symptômes et de la maladie, ainsi que ses préférences en matière d'aides et de services en santé mentale (129-130);
- L'inclusion de cas réels ou de témoignages illustrant des expériences de dépression périnatale (129-130).

L'enseignement doit renforcer les **compétences**^G de base à l'égard de la dépression périnatale, notamment les compétences en communication, le dépistage, l'évaluation, la prévention, les interventions et la réévaluation. Pour y parvenir, des jeux de rôle, des démonstrations, des simulations, une réflexion personnelle et des études de cas doivent être mis en œuvre, par l'entremise d'activités et de discussions animées par un professeur. Dans la mesure du possible, une présentation de la dépression périnatale par un chercheur serait très utile à l'enseignement (129-130, 132). Les stages supervisés en milieu hospitalier pourraient également renforcer les connaissances et les compétences. De plus amples renseignements sur la formation pratique en soins infirmiers sont disponibles dans la ligne directrice de l'AIIAO publiée en 2016 sous le titre *Practice Education in Nursing*, disponible en anglais à l'adresse <http://rnao.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing>

Diverses méthodes pédagogiques doivent être utilisées pour enseigner la dépression périnatale, comme des cours en présentiel, des cours en ligne ou des webinaires (129-130, 132). La dépression périnatale doit également être abordée dans d'autres programmes d'études scientifiques axés sur la santé mentale, le développement du nourrisson, les relations entre le nourrisson et l'enfant, la gestion des risques ou l'installation de la maladie (p. ex., physiopathologie) (129-130, 132).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Anonyme. Visites à domicile auprès de patients communautaires effectuées par des étudiants en soins infirmiers. Adaptation de California Simulation Alliance. Modèle de simulation de scénarios [Internet]. [lieu inconnu] : [éditeur inconnu], 2014.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guide pédagogique à l'intention des professeurs d'étudiants en soins infirmiers qui effectuent des visites à domicile dans des communautés après l'accouchement. ■ Ce document sert à créer des simulations et comprend une présentation de scénario, une intégration de programme, un script et des annexes.
National League for Nursing. Jenny Brown simulation #3 [Internet]. Washington (D. C.) : National League for Nursing, c2018. Ressource consultable au : http://www.nln.org/professional-development-programs/teaching-resources/veterans-ace-v/unfolding-cases/jenny-brown	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource pédagogique prenant l'exemple d'une patiente qui vient d'accoucher, qui a des antécédents prénatals de dépression et d'anxiété et dont le nouveau-né a une anomalie congénitale. ■ Le dépistage du risque de dépression post-partum est illustré dans cette simulation.
Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. <i>J Midwifery Womens Health</i> . 2011, 56(4) : pp. 353 à 361. Ressource consultable au : http://www.academia.edu/23395130/Australian_Midwives_Knowledge_of_Antenatal_and_Postpartum_Depression_A_National_Survey	<ul style="list-style-type: none"> ■ Étude visant à déterminer le niveau de connaissances des sages-femmes australiennes (y compris les sages-femmes étudiantes) sur la dépression périnatale, pour alimenter la ligne directrice australienne « Beyondblue » sur la dépression post-partum. ■ Vingt questions à choix multiples sur la dépression périnatale ont été posées pour évaluer les connaissances.

RECOMMANDATION 3.2 :

Se former en continu pour améliorer ses connaissances et ses compétences sur les aides et les services en santé mentale visant à soigner la dépression périnatale.

Niveau de pertinence du résumé : Ia, IIb, IV

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 1, moyenne = 3, faible = 2

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ont besoin de se former en continu pour assurer un dépistage, une évaluation, une prévention, des interventions et une réévaluation efficaces de la dépression périnatale (134). En perfectionnant leurs connaissances et leurs compétences spécialisées en dépression périnatale, le personnel infirmier et les équipes interprofessionnelles sont plus à même de soigner la dépression périnatale et contribuent à l'amélioration des résultats cliniques (134-135).

En se formant, le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle acquièrent des compétences qui permettent :

- Une meilleure compréhension de la dépression périnatale et un renforcement de la confiance en soi pour mener un dépistage, une évaluation et des interventions (130);
- Une amélioration de la communication, de l'écoute active et des connaissances scientifiques (130);
- Un taux plus élevé de dépistage, de cas positifs et de renvoi vers d'autres spécialistes (135);
- Une confiance accrue lors des discussions sur la dépression post-partum et les stratégies d'autothérapie (135);
- Une amélioration de la communication et de la reconnaissance des signes et des symptômes (135-136);
- Une hausse de la fréquence, de l'utilisation et de la documentation d'interventions fondées sur des données probantes (comme le soutien affectif et le counseling) (135);
- Des discussions plus fréquentes sur l'état mental des patients, une hausse du nombre d'évaluations de la santé mentale, une meilleure détection des symptômes de la dépression et une capacité accrue à offrir un grand choix de traitements (135);
- Une amélioration de la prestation de services de soins coordonnés et une meilleure acceptation des programmes de soins définis, le cas échéant (135);
- Une atténuation des symptômes de dépression mesurés par l'EPDS à six et douze mois après l'accouchement. Dans un essai randomisé, des infirmières et des sages-femmes britanniques ont reçu une formation sur la façon de mener une évaluation, et plus particulièrement sur la manière de déceler les symptômes de la dépression et de proposer par la suite une TCC ou une approche centrée sur la personne. Les deux approches ont mis en avant des bienfaits pour les participants à l'étude (137).

Composantes des programmes pédagogiques sur la dépression périnatale

Qui

Une formation animée par des praticiens ou des spécialistes reconnus en santé mentale périnatale doit être offerte au personnel infirmier et aux équipes interprofessionnelles qui travaillent ensemble au sein de divers établissements de santé dans lesquels des personnes enceintes, en travail ou ayant accouché recherchent des aides sur la parentalité ou la santé mentale (135). L'apprentissage en silos sera ainsi réduit et les approches collaboratives seront plus efficaces pour traiter la dépression périnatale (135).

Quoi

Les programmes pédagogiques doivent inclure une formation sur les pratiques exemplaires, comme le suggèrent les lignes directrices de pratique clinique, les revues systématiques et les publications fondées sur des données probantes. Les symptômes de la dépression périnatale, les possibilités de traitement, les situations de crise et les conséquences de la dépression périnatale sur la personne et son bébé sont autant de sujets qui peuvent être traités (135).

Quand

La formation doit se dérouler au moment de l'orientation du personnel. Elle doit avoir lieu au moins une fois par an pour permettre aux membres du personnel d'être au fait de l'actualité dans ce domaine et perfectionner leurs connaissances (138).

Comment

Les programmes doivent proposer de l'apprentissage en présentiel (p. ex., programmes éducatifs, conférences ou séminaires) et de l'apprentissage en ligne (p. ex., modules/cours en ligne et webinaires), à la fois interactifs et non didactiques (135).

Avantages et inconvénients

Une étude sur le niveau de connaissances des fournisseurs de soins de santé primaires en matière de dépression périnatale a révélé que la majorité 1) avait sous-estimé le nombre de personnes souffrant de dépression prénatale ayant par la suite commis une tentative de suicide et 2) ne connaissait pas les facteurs de risque ou les traitements disponibles (129). L'absence de traitement ou la mise sous traitement tardive, par manque de connaissances sur le risque de suicide associé aux symptômes de la dépression, peut nuire à la santé à long terme de la personne et de sa famille.

Valeurs et préférences

Un audit visant à déterminer les besoins de formation du personnel infirmier en matière d'aides et de prestation de services en santé mentale, notamment pour soigner la dépression et l'anxiété, a indiqué une préférence pour les formations en présentiel, qui favorisent davantage la rétroaction (132). Les résultats de l'étude ont toutefois indiqué que les participants consentaient à suivre une partie des programmes d'apprentissage en ligne.

Notes de pratique

Voici des exemples des thématiques de perfectionnement professionnel sur la dépression périnatale destinés au personnel infirmier et aux membres de l'équipe interprofessionnelle :

- Rôles des praticiens, écoute des antécédents, possibilités de traitement, changements physiques/émotionnels, automutilation/suicide, politiques juridiques et professionnelles, et relations thérapeutiques (139);
- Détermination des symptômes de la dépression grâce à des outils de dépistage et d'évaluation valides (137);
- Interventions efficaces, notamment grâce à l'écoute active, à l'amélioration de l'adaptation, à la TCC et à la TIP (130),
- Études de cas sur les conséquences de la dépression sur la personne, son partenaire et sa famille (135);
- Évaluation des connaissances sur la dépression périnatale à l'aide de questions à choix multiples, par exemple (129);
- Connaissance et compréhension des problèmes psychosociaux en général, y compris les déterminants sociaux de la santé (comme la pauvreté, le travail précaire ou les problèmes de logement) et leur incidence sur le risque et les résultats de la dépression périnatale (136). Des compétences en argumentation pour les personnes cumulant dépression périnatale et inégalités sociales doivent être enseignées (20);
- Sensibilisation autour de la dépression prénatale pour soutenir le besoin de prévention, de détection précoce et d'intervention (129);
- Actualité des interventions, notamment les approches pharmacologiques et leurs effets pendant la grossesse et le post-partum (y compris l'allaitement) et les approches non pharmacologiques (129-130);
- Connaissances de base du counseling (130).

Ressources justificatives

FORMATION SUR LA DÉPRESSION PÉRINATALE POUR LES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ	
<p>Postpartum Support International [Internet]. Portland (Oreg.) : Postpartum Support International; [date inconnue]. Ressource consultable au : http://www.postpartum.net/professionals/certification/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web contenant des webinaires et une formation certifiante en santé mentale périnatale.
<p>The Marcé Society for Perinatal Mental Health [Internet]. Brentwood (Tenn.) : The International Marcé Society for Perinatal Mental Health, c2018. Ressource consultable au : https://marcesociety.com/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web contenant des présentations pédagogiques et des liens de recherche sur la santé mentale périnatale.
<p>Faculté de médecine, Département de formation continue. Not just the blues: perinatal depression and anxiety [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Université de la Colombie-Britannique, non daté. Ressource consultable au : https://elearning.ubccpd.ca/enroll/index.php?id=101</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation médicale en ligne disponible gratuitement qui donne un aperçu de la dépression périnatale. ■ Les facteurs de risque les plus communs, le dépistage, les approches de traitement et la planification du traitement y sont abordés.
<p>Association of Women’s Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Standards for perinatal nursing practice and certification in Canada. Deuxième édition [Internet]. Washington (D. C.) : Association of Women’s Health, Obstetric, and Neonatal Nurses, 2009. Ressource consultable au : http://www.capwhn.ca/uploads/documents/Perinatal_Standards_Canada.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Normes de pratique exemplaire à l’intention du personnel infirmier en périnatalité fondées sur la recherche et la pratique clinique actuelles. ■ L’intérêt de la personne est au cœur de la pratique.

FORMATION SUR LA DÉPRESSION PÉRinataLE POUR LES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Centre of Perinatal Excellence. Basic skills in perinatal mental health [Internet]. Flemington (Austr.) : Centre of Perinatal Excellence; date inconnue. Ressource consultable au : <http://training.cope.org.au/p/cope-basic-skills-in-perinatal-mental-health>

- Module en ligne gratuit en trois parties à l'intention des professionnels de la santé qui passe en revue les sujets suivants :
 - Une vue d'ensemble des troubles de la santé mentale;
 - L'évaluation psychosociale et le dépistage;
 - L'orientation du patient vers un spécialiste et les traitements.

e-Learning for Healthcare. Perinatal mental health [Internet]. London (R.-U.) : NHS Health Education England, 2018. Ressource consultable au : <https://www.e-lfh.org.uk/programmes/perinatal-mental-health/>

- Série de quatre modules du NHS pour le personnel infirmier et les sages-femmes spécialisés en santé publique communautaire qui aborde la dépression périnatale en tant que trouble de la santé mentale, donne des conseils pour reconnaître la dépression périnatale et présente les méthodes d'intervention.
- Du contenu pédagogique en libre accès sur la santé mentale périnatale se trouve également sur cette page Web.

RECOMMANDATION 3.3 :

Mener une réflexion personnelle sur son attitude et ses croyances envers la dépression périnatale.

Niveau de pertinence du résumé : la, IV

Qualité des données probantes du résumé : moyenne =2; faible = 1; Lignes directrices : élevée = 1

Discussion sur les données probantes :**Résumé des données probantes**

Il est important que le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle mènent une réflexion sur leurs attitudes et leurs croyances personnelles à l'égard de la dépression périnatale. Celles-ci peuvent en effet influencer la façon dont les personnes présentant des symptômes de dépression périnatale sont considérées, traitées ou soignées, et donc avoir une incidence sur les résultats des soins (130, 140). Grâce à la **pratique réflexive**^G, le personnel infirmier peut fournir des soins de meilleure qualité dans les communautés où il exerce (141). La réflexion et la reconnaissance de toute attitude de jugement à l'égard de personnes souffrant possiblement de dépression périnatale sont essentiels pour permettre au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle de fournir des soins complets, adaptés à la culture du patient et répondant à ses besoins (47, 130).

Sur le plan culturel, la naissance d'un enfant est souvent considérée comme un événement heureux et joyeux, faisant de la dépression périnatale quelque chose d'incompris. En conséquence, les personnes qui souffrent de dépression périnatale peuvent se remettre en question en tant que personne et parent. La perception négative de soi fait que les personnes enceintes ou en période de post-partum hésitent à rechercher de l'aide et des services pour soigner leurs symptômes de dépression périnatale (140). Ces croyances et ces attitudes partagées par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle peuvent porter préjudice à la prestation des soins et entraîner de moins bons résultats (130, 140). Des études montrent que le personnel infirmier – qui travaille notamment dans les domaines de la maternité et de la santé mentale – et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle – comme les omnipraticiens, les sages-femmes, les travailleurs sociaux et les travailleurs multiculturels – peuvent avoir des idées arrêtées sur les personnes souffrant de dépression périnatale (130, 140). Ces attitudes ou ces jugements peuvent être exprimés de différentes façons :

- L'affirmation selon laquelle les soins de traitement de la dépression périnatale dépassent le champ d'exercice du personnel, non spécialiste en santé mentale (130, 140);
- Un manque de reconnaissance de la façon dont l'inégalité entre les sexes et les déterminants sociaux de la santé peuvent agir comme des facteurs contributifs importants à la dépression périnatale (40);
- Un manque de considération ou d'intégration des croyances sociales, spirituelles ou culturelles de la personne, ou de sa situation actuelle, dans la planification des soins (40, 56);
- Une réticence à adresser la personne à un spécialiste de la santé mentale par crainte qu'elle soit stigmatisée ou jugée en raison d'un diagnostic potentiel ou réel de maladie mentale (130);
- La crainte de signaler un infanticide ou un suicide possible ou commis (140);
- Une crainte d'éventuelles conséquences juridiques ou éthiques pour le personnel infirmier qui signale des symptômes de dépression périnatale aux services de protection de l'enfance (140);
- Une crainte que le signalement d'une dépression périnatale affecte la relation thérapeutique avec la personne (140).

Le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent avoir des attitudes inadéquates lorsqu'ils s'entretiennent avec des personnes souffrant de dépression périnatale (130, 140). L'éducation et la formation peuvent corriger ces points de vue négatifs et encourager la compréhension et l'autoréflexion (130, 135, 140).

Avantages et inconvénients

Les résultats des groupes de discussion indiquent que lorsque le personnel infirmier a une attitude négative à l'égard des maladies mentales, y compris la dépression périnatale, l'orientation vers des aides et des services en santé mentale peut être tardive et pénaliser ainsi la personne et sa famille (140).

Valeurs et préférences

Le personnel infirmier en santé mentale a indiqué dans un groupe de discussion qu'il préférerait travailler aux côtés d'équipes multidisciplinaires capables de soigner les personnes souffrant de dépression périnatale (140). Les participants ont indiqué que cela représentait un avantage tant pour les personnes que pour le personnel, capable alors d'adresser les patients à des spécialistes de la santé mentale dans les meilleurs délais. La stigmatisation envers les maladies mentales et les délais d'attente pour accéder aux aides et aux services en santé mentale étaient réduits.

Notes de pratique

La pratique réflexive est une stratégie efficace pour faire le point sur les attitudes qu'il convient d'adopter face aux personnes souffrant de dépression périnatale. Elle constitue un processus itératif qui intègre des concepts théoriques à la pratique clinique dans le but d'améliorer la pensée critique (142). La pratique réflexive est en train d'être intégrée aux programmes d'études et d'apprentissage des infirmiers et des infirmières travaillant en santé mentale. L'introspection, les cercles d'apprentissage, le partage entre pairs et la simulation avec des patients standardisés sont autant d'outils qui soutiennent la pratique réflexive.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. RNAO nurse educator mental health and addiction resource [Internet]. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017. Ressource consultable au : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nurse_Educator_MHA_Resource.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressource pour aider les professeurs à intégrer efficacement les connaissances et les compétences en santé mentale et en toxicomanie dans les programmes en sciences infirmières de premier cycle. ■ La ressource s'appuie sur le document intitulé « Compétences en santé mentale et en toxicomanie pour accéder à la pratique dans le cadre de la formation de premier cycle en sciences infirmières au Canada » (2015) élaboré par l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) et la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale (FCIISM), ainsi que sur les recherches connexes. ■ Comprend des activités d'autoréflexion, notamment dans le domaine de la dépression.
<p>Commission ontarienne des droits de la personne. Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendances [Internet]. [lieu inconnu] : Commission ontarienne des droits de la personne, 2014. Ressource consultable au : http://www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Policy%20on%20Preventing%20discrimination%20based%20on%20mental%20health%20disabilities%20and%20addictions_FRENCH_Accessible_0.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le Code des droits de la personne de l'Ontario (le Code) protège les personnes atteintes de troubles mentaux et de dépendances contre la discrimination et le harcèlement au motif du « handicap ». ■ Le Code fait en sorte que la politique publique de l'Ontario reconnaisse la dignité inhérente et la valeur de chacun et assure à tous les mêmes droits et les mêmes chances, sans discrimination. ■ Cette ressource reconnaît que les personnes peuvent craindre d'être étiquetées, de se heurter aux attitudes négatives d'autrui, de perdre leur emploi ou leur logement, ou encore de faire l'objet de traitements inégaux en matière de services après avoir divulgué un problème de santé mentale.

Recommandations relatives aux établissements et au système de santé

QUESTION DE RECHERCHE N° 4

Comment les établissements de soins de santé et le système de santé en général assurent-ils de manière optimale la prévention, l'évaluation et les interventions en matière de dépression périnatale?

RECOMMANDATION 4.1 :

Mettre en œuvre des aides et des services en santé mentale complets et coordonnés pour soigner la dépression périnatale dans les collectivités et soutenir les stratégies de soins fournies par le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle.

Niveau de pertinence du résumé : Ib, IV

Qualité des données probantes du résumé : élevée = 2; moyenne = 4; Lignes directrices : élevée = 1, moyenne = 1

Discussion sur les données probantes :

Résumé des données probantes

Pour soigner la dépression périnatale, le comité d'experts soutient que des aides et des services en santé mentale complets et coordonnés – qui englobent le dépistage, l'évaluation, la prévention, l'intervention et la réévaluation – sont essentiels pour encourager l'accès, le suivi en temps opportun et l'orientation vers d'autres spécialistes, et éviter les approches de traitement sporadiques ou incohérentes. Les établissements hospitaliers qui prennent en charge les personnes pendant et après la grossesse doivent s'engager à mettre à disposition les ressources et l'infrastructure de soutien nécessaires pour parvenir à mettre en œuvre des pratiques exemplaires en matière d'aides et de services pour soigner la dépression périnatale (143). Il est important de planifier et d'établir des priorités pour s'assurer qu'un nombre suffisant de ressources humaines, matérielles et financières sont affectées annuellement à la dépression périnatale dans les services et les structures de soutien en santé mentale. Dans tous les milieux de santé, les soins liés à la dépression périnatale, à commencer par le dépistage systématique, doivent faire partie intégrante du parcours de soins des personnes pendant et après la grossesse, et non reposer uniquement sur la décision du praticien (144-145). À ce titre, le personnel infirmier, les fournisseurs de soins primaires, les travailleurs sociaux, les psychologues, les spécialistes de la santé mentale (p. ex., personnel infirmier clinicien spécialisé, psychiatres) et les administrateurs doivent travailler ensemble pour déceler et soigner la dépression périnatale en temps opportun (145-146).

Les données probantes recommandent d'appliquer des modèles de soins intégrés ou collaboratifs pour prendre en charge au mieux la dépression périnatale et optimiser l'efficacité des aides et des services en santé mentale, grâce à une approche globale (8, 143-145, 147). Pour faciliter l'accessibilité et la mise en place d'un parcours de soins, les aides et les services en santé mentale dans le traitement de la dépression périnatale doivent, dans la mesure du possible, être intégrés à d'autres services de soins de santé périnataux (145). L'intégration des aides et des services en santé mentale multiplie par quatre l'acceptation du traitement proposé, du fait que ces services coordonnés ou offerts au sein de l'établissement sont perçus comme accessibles, pratiques et logiques (145). L'intégration des services de santé mentale facilite l'accessibilité, limite la stigmatisation et réduit le manque de confiance que peuvent éprouver les personnes envers les fournisseurs de soins de santé qui leur sont étrangers (145). Lorsqu'il n'est pas possible de mettre en place des soins intégrés, les fournisseurs de soins de santé, les services sociaux et les services et structures de soutien en santé mentale doivent collaborer avec les organismes de financement pour soutenir la mise en œuvre d'une infrastructure de services de santé mentale adaptée (146).

Les données empiriques des dix dernières années soutiennent le modèle collaboratif de soins (MCS) – un type de soins intégrés – et encouragent la **pratique fondée sur les données probantes**^G dans le traitement de la dépression périnatale (143). Le MCS promeut un modèle de soins centré sur la personne dans lequel sont mis en place un programme de soins, du soutien et un traitement, des visites de suivi et d'éventuels ajustements au programme de soins (143). Dans le traitement de la dépression périnatale, le MCS s'est avéré efficace dans les établissements de soins primaires lorsqu'il est offert par des travailleurs sociaux, des médecins et du personnel infirmier qui possèdent des connaissances spécialisées dans les soins de la dépression (143). Une étude comparant un MCS aux soins classiques a révélé une meilleure qualité des soins de santé et une plus grande adhésion aux paramètres de qualité, comprenant un suivi plus précoce, trois échanges de suivi ou plus dans les trois mois suivant le diagnostic de la dépression post-partum et des consultations de dépistage régulières au cours de la première année après l'accouchement pour surveiller tout changement d'humeur (147). Dans ce MCS, une approche collaborative et un parcours de soins coordonné étaient menés par des fournisseurs de soins primaires, des spécialistes de la santé mentale et des gestionnaires de soins, y compris du personnel infirmier. L'établissement en question proposait un dépistage systématique, un suivi et une surveillance, appliquait des lignes directrices fondées sur des données probantes et faisait appel à des gestionnaires de soins pour la psychopédagogie, la coordination des soins et l'orientation vers un psychiatre, le cas échéant. Malgré ces résultats, il existe peu d'études de qualité sur l'efficacité du MCS dans le traitement de la dépression périnatale, d'autant que la plupart d'entre elles étudient le modèle américain. Par conséquent, les résultats ne sont pas forcément pertinents pour d'autres systèmes de soins de santé (143, 145-147).

Éléments d'un programme complet et coordonné sur la dépression périnatale

La mise en œuvre d'aides et de services en santé mentale complets et coordonnés pour traiter la dépression périnatale nécessite une approche qui comprend i) l'intégration des soins interprofessionnels et ii) l'orientation vers un spécialiste.

Soins interprofessionnels

La coordination et la collaboration sont fondamentales pour fournir des soins interprofessionnels de qualité dans et entre les établissements et les secteurs et renforcer ainsi l'efficacité des stratégies de soins (145-147). Dans le contexte de la dépression périnatale, l'intégration des soins interprofessionnels présente les avantages suivants :

- Un accès plus facile aux aides et aux services en santé mentale pour soigner la dépression périnatale grâce à un suivi plus rapide et systématique qui contribue à une meilleure qualité des soins et à de meilleurs résultats sur la santé (147);
- Des démarches d'orientation vers un confrère simplifiées et une meilleure continuité des soins grâce à des approches collaboratives (8);
- Une meilleure cohérence avec les modalités de traitement, y compris, le cas échéant, les traitements pharmacologiques (127);
- La mise en place de services de santé mentale collaboratifs pour soutenir la communauté locale, les praticiens en santé mentale et en soins maternels et la coordination des soins (56).

Orientation vers un spécialiste

Les stratégies suivantes ont été jugées efficaces pour soutenir les processus d'orientation coordonnés en matière de dépression périnatale (8, 143) :

- Documentation des normes de pratique, comprenant des programmes de soins pour traiter la dépression périnatale et un suivi des résultats cliniques;
- Trousses d'information, fiches d'information, formulaires d'auto-évaluation, ressources et guide de référence disponibles en plusieurs langues pour les personnes enceintes et en période de post-partum. Le matériel promotionnel reconnaissant la dépression périnatale comme la principale complication de l'accouchement permet d'accroître la sensibilisation;
- Processus de référence et de dépistage simplifiés, s'appuyant sur approche interprofessionnelle;
- Accès immédiat aux professionnels et aux diagnostiqueurs de la santé mentale dans les parcours de soins de maternité. Le retard dans l'accès aux soins de santé mentale peut également être attribuable aux problèmes d'assurance, aux longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous et au peu de spécialistes qui s'intéressent à la santé mentale liée à la parentalité;

- Accès aux dossiers de santé, par voie électronique de préférence, pour faciliter la communication entre les fournisseurs de soins de santé mentale et les obstétriciens concernant les programmes d'évaluation et de traitement de la santé mentale et les délais. Les spécialistes des technologies de l'information peuvent améliorer la communication entre les équipes interprofessionnelles et la rapidité du suivi;
- Accès à des ressources locales coordonnées et à des structures de soutien et des services en santé mentale, soit au sein d'un organisme, en collaboration avec d'autres agences, ou dans les communautés ou les régions;
- Accès immédiat à un spécialiste de la santé mentale, comme un psychiatre, en consultation téléphonique ou en personne, pour faciliter une approche multidisciplinaire dans le traitement de la dépression périnatale. L'accès aux soins de santé mentale serait ainsi amélioré et les délais pour consulter un psychiatre réduits.

Avantages et inconvénients

La collaboration entre les fournisseurs de soins de santé dans les établissements de soins primaires, la santé publique, les services communautaires, la santé mentale et le milieu universitaire permet d'améliorer le dépistage de la dépression périnatale, l'orientation des patients et la prestation de services (146).

Valeurs et préférences

Les personnes souffrant de dépression post-partum ont préféré, pour son côté pratique, le suivi par téléphone effectué par un gestionnaire de soins aux visites en personne en structure hospitalière (147). L'accessibilité des soins a également amélioré l'acceptation du traitement de la dépression post-partum et réduit le besoin de programmer d'autres rendez-vous médicaux.

Notes de pratique

Pour accroître la sensibilisation et l'accessibilité aux aides et aux services en santé mentale dans le traitement de la dépression périnatale, les stratégies suivantes peuvent être envisagées :

- Permettre au personnel infirmier de diriger l'approche interprofessionnelle des aides et des services en santé mentale pour soigner la dépression périnatale (143);
- Promouvoir un accès aux aides et aux services en santé mentale financés par l'État afin de réduire les temps d'attente et commencer les traitements dans les meilleurs délais (8);
- Répertorier les aides et les programmes communautaires locaux pour combler le manque de services et leur accès limité;
- Mettre en place des processus d'orientation centralisés avec un accès aux aides et aux services, y compris pour les rendez-vous d'urgence (8);
- Mettre au point des algorithmes de soins et des mesures à prendre en cas d'urgence (p. ex., risque de préjudice immédiat, de suicide ou d'infanticide) (148);
- S'appuyer sur des articles de presse, des médias sociaux ou des campagnes de santé publique intégrant du matériel pédagogique factuel pour promouvoir la dépression périnatale en tant que problème de santé publique;
- Intégrer les aides et les services en santé mentale pour soigner la dépression périnatale en utilisant des approches individuelles, comme des consultations en personne, des appels téléphoniques et des visites à domicile, le cas échéant (8).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Echo: Improving women’s health in Ontario and the Postpartum Depression Standards Project Core Committee. The organization of perinatal mental health services in Ontario: Recommendations for service, education and training, policy and research [Internet]. [lieu inconnu] : [éditeur inconnu], 2012. Ressource consultable au : http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/27001/320565.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Livre blanc reprenant les discussions d’une table ronde sur la pratique et les points de vue des leaders d’opinion dans le domaine de la santé mentale périnatale. ■ Certaines recommandations traitent de la prestation de services, de l’éducation et de la formation, des politiques et de la recherche.
<p>The RAND Corporation. A toolkit for implementing parental depression screening, referral and treatment across systems [Internet]. Santa Monica (Calif.) : RAND Corporation, Community Care Behavioural Health Organization, and The Alliance for Infants and Toddlers, Inc., 2012. Ressource consultable au : https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/tools/TL100/TL102/RAND_TL102.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trousse contenant de l’information et des ressources pour mettre en place un dépistage précoce de la dépression. ■ La collaboration et l’orientation vers un confrère, ainsi que la mise en œuvre de stratégies axées sur les relations y sont abordées.

Lacunes de la recherche et conséquences futures

L'équipe de la recherche et de l'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts ont relevé dans le **tableau 8** les domaines dans lesquels la recherche doit poursuivre ses efforts en priorité. Des études menées dans ces domaines permettraient d'obtenir davantage de données probantes sur les soins à offrir pour traiter la dépression périnatale. La liste n'est pas exhaustive et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

Tableau 8 : Secteurs de recherche prioritaires pour chaque question de recherche

QUESTION DE RECHERCHE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>Question de recherche n° 1 :</p> <p>Dans le domaine de la santé mentale périnatale, quelles sont les stratégies de prévention, de dépistage et d'évaluation efficaces pour déterminer les symptômes de la dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stratégies de prévention efficaces de la dépression périnatale, avec une réflexion sur la période de soins optimale, la prestation de services et l'accès aux soins. ■ Programmes de dépistage efficaces de la dépression périnatale, avec réflexion sur le moment optimal de procéder au dépistage et la prise en compte des facteurs culturels de la personne. ■ Outils de dépistage valides pour évaluer l'anxiété périnatale. ■ Essais cliniques d'envergure sur les programmes de dépistage, les méthodes d'évaluation et les résultats des traitements.
<p>Question de recherche n° 2 :</p> <p>Dans le domaine de la santé mentale périnatale, quelles sont les interventions efficaces à mettre en place pour les personnes souffrant de dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Thérapies complémentaires efficaces, y compris la massothérapie, la luminothérapie et l'acupuncture. ■ Nombre d'heures de sommeil pour réduire le risque de dépression périnatale. ■ Recherche plus approfondie sur les options de traitement et le moment optimal des traitements, en relation avec leur efficacité.
<p>Question de recherche n° 3 :</p> <p>Quelle formation le personnel infirmier doit-il suivre pour évaluer efficacement la dépression périnatale et intervenir en conséquence?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Études canadiennes sur les programmes d'études et de formation continue sur la dépression périnatale pour le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé.

QUESTION DE RECHERCHE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>Question de recherche n° 4 :</p> <p>Comment les établissements de soins de santé et le système de santé en général assurent-ils de manière optimale la prévention, l'évaluation et les interventions en matière de dépression périnatale?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effet des parcours de soins organisés, y compris des aides et des services en santé mentale, pour les personnes souffrant de dépression périnatale et leurs familles dans les régions rurales et éloignées. ■ Efficacité des modèles de soins en collaboration qui soutiennent l'évaluation et la prise en charge de la dépression périnatale. ■ Politiques de services de santé qui améliorent l'accessibilité et le recours aux services de santé mentale pour traiter la dépression périnatale.

L'objectif du **tableau 8** est de déterminer et de hiérarchiser les besoins de recherche sur la dépression périnatale. Bon nombre de recommandations dans cette ligne directrice sont fondées sur des données probantes quantitatives et qualitatives, tandis que d'autres s'appuient sur d'autres lignes directrices cliniques ou l'opinion du comité d'experts de l'AIIAO. De nouvelles recherches sont nécessaires pour élargir l'ensemble de connaissances.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les LDPE doivent être adaptées à chaque milieu de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (149). La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* offre un processus éclairé par des données probantes à ce sujet (voir l'**Annexe L**) (1).

La *Trousse* repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les chefs de file à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice;
- La sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique;
- Les intervenants pour qui les lignes directrices sont pertinentes sont repérés et participent à la mise en œuvre;
- L'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué;
- La ligne directrice est adaptée au contexte local;
- Les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et traités;
- Les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- L'utilisation de la ligne directrice est surveillée systématiquement et maintenue;
- L'évaluation de l'impact de la ligne directrice est intégrée dans le processus;
- Il existe des ressources adéquates pour réaliser la mise en œuvre sous tous ses aspects.

La *Trousse* utilise le cadre de mise en pratique des connaissances pour déterminer les étapes du processus nécessaires à la recherche et à la synthèse des connaissances (150). Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances, comme les lignes directrices, pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional. La **figure 2** illustre le cadre qui décrit le processus de mise en pratique des connaissances.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses LDPE. Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers^{MD} qui développe la capacité de chaque infirmier et infirmière à encourager la conscientisation, l'engagement et l'adoption des lignes directrices de pratiques exemplaires.
2. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers^{MC}, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et réalisables formulés à partir de recommandations de pratiques. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers peuvent être facilement intégrés au format électronique et au format papier.
3. La désignation *Organisation vedette en pratiques exemplaires*^{MD} (OVPE^{MD}), qui soutient la mise en œuvre des pratiques exemplaires au niveau des établissements et du système de santé. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enracer » différentes LDPE de l'AIIAO.

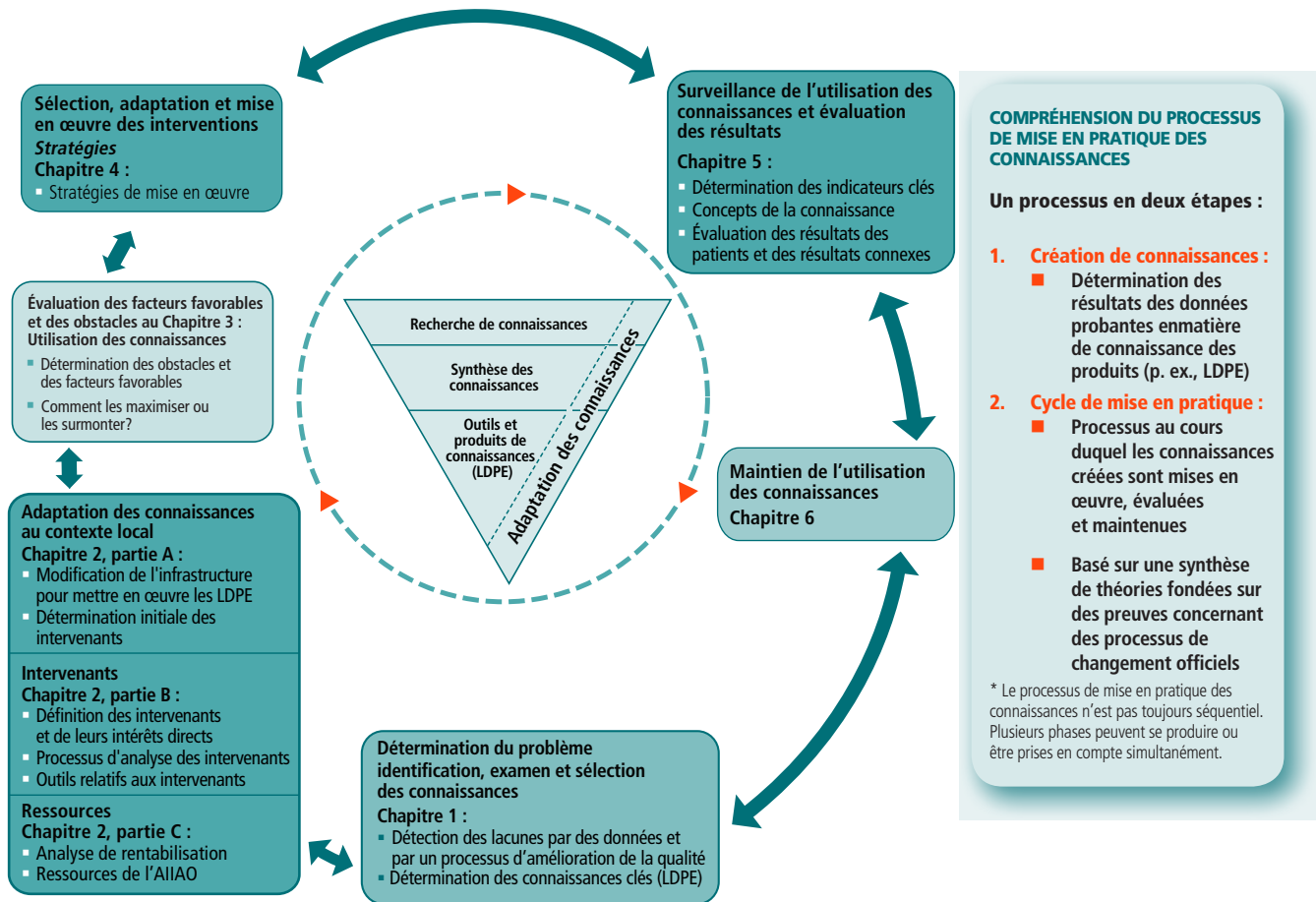
En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application.

Pour en savoir plus sur nos stratégies de mise en œuvre, consultez les documents suivants :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO : www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions
- Modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO : <http://rnao.ca/ehealth/bpgordersets>
- Organisations vedettes en pratiques exemplaires de l'AIIAO : www.RNAO.ca/bpg/bpso
- Ateliers de renforcement des capacités et autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : www.RNAO.ca/events

Figure 2 : Cadre de mise en pratique des connaissances

CADRE DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES RÉVISÉ



Adapté de *Knowledge Translation in Health Care : Moving from Evidence to Practice*. S. Straus, J. Tetroe, et I. Graham. Copyright 2009 Blackwell Publishing Ltd. Adaptation autorisée.

Évaluation de la ligne directrice

Le modèle de Donabedian permet d'élaborer des mesures servant à évaluer et à contrôler la qualité des soins de santé (151). Il se compose de trois catégories : la structure, le processus et les résultats. La structure décrit les attributs du système de santé, du milieu de santé ou de l'établissement universitaire, notamment les ressources physiques, humaines, informationnelles et financières. Le processus examine les activités de soins de santé fournies aux personnes ou aux populations. Les mesures sont directement associées aux énoncés des recommandations et soutiennent l'amélioration du processus. Les résultats analysent l'efficacité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations et déterminent la réussite globale de la mise en œuvre de la ligne directrice (152). Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (deuxième édition)* (1).

Les **tableaux 9, 10 et 11** présentent les mesures relatives à la structure, au processus et aux résultats pour évaluer si l'application de la ligne directrice est concluante. Lors de la mise en œuvre de la ligne directrice, il est important d'évaluer les changements apportés aux pratiques, fondés sur des données probantes. Sélectionnez les mesures les plus pertinentes au milieu de pratique. Les bibliothèques de données et les indicateurs disponibles sur la dépression périnatale soutiennent la collecte de données, la prise de mesures, l'amélioration de la qualité et l'évaluation.

Tableau 9 : Mesures relatives à la structure

MESURES RELATIVES À LA STRUCTURE	MESURES DANS LES INSTRUMENTS/ BIBLIOTHÈQUES DE DONNÉES
Pourcentage d'infirmiers/infirmières et de membres de l'équipe interprofessionnelle formés au traitement de la dépression périnatale.	Nouveau

Le **tableau 10** soutient l'évaluation des changements dans les pratiques au moment de leur mise en œuvre. Les mesures sont directement associées aux énoncés des recommandations et soutiennent l'amélioration du processus.

Tableau 10 : Mesures relatives au processus

RECOMMANDATION	MESURES RELATIVES AU PROCESSUS	MESURES DANS LES INSTRUMENTS/ BIBLIOTHÈQUES DE DONNÉES
1.1	Pourcentage de personnes ayant reçu un dépistage documenté d'un risque de dépression périnatale.	Nouveau
2.1	Pourcentage de personnes ayant un programme de soins documenté sur leurs symptômes de dépression périnatale.	Nouveau
2.5	Pourcentage de personnes présentant des symptômes de dépression périnatale documentés ayant reçu une intervention psychopédagogique.	Nouveau
2.7	Pourcentage de personnes présentant des symptômes de dépression périnatale documentés ayant suivi une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou une thérapie interpersonnelle (TIP).	Nouveau

Le **tableau 11** fournit des mesures sur les résultats potentiels afin d'évaluer la réussite globale de la ligne directrice.

Tableau 11 : Mesures relatives aux résultats

MESURES RELATIVES AUX RÉSULTATS	MESURES DANS LES INSTRUMENTS/ BIBLIOTHÈQUES DE DONNÉES
Pourcentage de personnes dépistées positivement aux symptômes de la dépression périnatale.	BORN ¹ en partie
Pourcentage de personnes dépistées positivement au risque d'automutilation.	OPR ²

1 Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN)

2 Ontario Perinatal Record (OPR)

Autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

- Le système Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation[®] (NQuIRE[®]) est une base de données en soins infirmiers hébergée par le centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires qui permet aux OVPE de mesurer les effets de la mise en application des OVPE dans le monde. Le système de données NQuIRE recueille, compare et présente des données sur les indicateurs de résultats et les processus fondés sur la ligne directrice pour les soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des mesures de rendement existantes, le cas échéant, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres systèmes de mesure du rendement, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas aux fournisseurs de soins appropriés et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système international de données NQuIRE vise (i) à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes, (ii) à renforcer la sécurité des patients, (iii) à améliorer les résultats chez les patients et (iv) à inciter le personnel à faire ressortir les liens entre la pratique et les résultats afin d'améliorer la qualité des soins et de préconiser les ressources et les politiques qui favorisent les changements en faveur des pratiques exemplaires (151). Pour en savoir plus, consultez la page RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers intégrés aux dossiers électroniques fournissent un mécanisme de saisie électronique des données provenant des mesures liées au processus. En traçant un lien entre les indicateurs de structure, de processus et de résultats, il est possible de déterminer l'influence qu'a eue la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé des patients. Pour en savoir plus, consultez la page RNAO.ca/ehealth/bpgordersets.

Processus de révision et d'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

L'AIIAO s'engage à réviser ses LDPE comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires procède périodiquement à l'examen de nouvelles revues systématiques de la littérature, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents au domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel peut recommander d'avancer la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
 - a. En invitant des spécialistes du domaine à se joindre au comité d'experts. Le comité sera composé de spécialistes et d'experts recommandés, dont certains ont une expérience vécue personnelle ou représentent les patients.
 - b. En compilant les commentaires reçus et les questions soulevées lors de la mise en œuvre. Cela comprend les commentaires et les expériences des OVPE et d'autres établissements.
 - c. En compilant de nouvelles lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires dans le domaine et en procédant à une revue systématique des données probantes.
 - d. En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de la LDPE.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.

Références

1. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition). Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2012.
2. Rey M, Grinspun D, Costantini L, et coll. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. Dans : Grinspun D, Bajnok I (éd.). Transforming nursing through knowledge. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International, 2018 : pp. 31 à 68.
3. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Interventions for postpartum depression. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2005.
4. Adams ED. If transmen can have babies, how will perinatal nursing adapt? MCN Am J Matern Child Nurs. 2010, 35(1) : pp. 26 à 32.
5. Alhusen J, Alvarez C. Perinatal depression A clinical update. Nurse Pract. 2016, 41(5) : pp. 50 à 55.
6. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013, 9 : pp. 379 à 407.
7. Zauderer C, Davis W. Treating postpartum depression and anxiety naturally. Holist Nurs Pract. 2012, 26(4) : pp. 203 à 209.
8. Byatt N, Simas T. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. J Psychosom Obstet Gynaecol. Déc. 2012, 33(4) : pp. 143 à 161.
9. Connelly C, Baker-Erikzen M, Hazen A et coll. A model for maternal depression. J Womens Health (Larchmt). 2010, 19(9) : pp. 1 747 à 1 757.
10. Organisation mondiale de la Santé. Santé mentale. Santé mentale maternelle. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2018. Ressource consultable au : http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
11. O'Hara M, Engeldinger J. Treatment of postpartum depression: recommendations for the clinician. Clin Obstet Gynecol. 2018, 61(3) : pp. 604 à 614.
12. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM et coll. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. J Affect Disord. 2015, 200 : pp 148 à 155.
13. O'Hara M, Wisner K. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014, 28(1) : pp. 3 à 12.
14. Jesse D, Bian H, Banks E et coll. Role of mediators in reducing antepartum depression symptoms in rural low-income women receiving a culturally tailored cognitive behavioural intervention. Issues Ment Health Nurs. 2016, 37(11) : pp. 811 à 819.
15. Bowen A, Bowen R, Butt P et coll. Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. Revue canadienne de psychiatrie. 2012, 57(3) : pp. 161 à 167.
16. Chen YH, Tsai SY, Lee, JJ. Increased mortality risk among offspring of mothers with postnatal depression: A nationwide population-based study in Taiwan. Psychol Med. 2011, 41(11) : pp. 2 287 à 2296.
17. Iams JD. Clinical practice. Prevention of preterm parturition. N Engl J Med. 2014, 370(3) : pp. 254 à 261.

18. Davalos D, Yadon C, Tregellas H. Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. *Arch Womens Ment Health*. 2012, 15(1) : pp. 1 à 14.
19. Evans E, Deutsch N, Drake E et coll. Nurse-patient interaction as a treatment for antepartum depression: a mixed methods analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2017, 23(5) : pp. 347 à 359.
20. Organisation mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé mentale. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2014. Ressource consultable au : http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/
21. Gamble J, Grant T, Tsourtos G. Missed opportunities: a qualitative exploration of the experiences of smoking cessation interventions among socially disadvantaged pregnant women. *Women Birth*. 2015, 28(1) : pp. 8 à 15.
22. Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011, 11 : pp. 302 à 302.
23. Wisner K, Sit D, McShea M et coll. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013, 70(5) : pp. 490 à 498.
24. Beck C. Postpartum depression: A metasynthesis. *Qual Health Res*. 2002, 12(4) : pp. 453 à 472.
25. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neurosci*. 2017, 342 : pp. 154 à 166.
26. BenDavid D, Hunker D, Spadaro K. Uncovering the golden veil: applying the evidence for telephone screening to detect early postpartum depression. *J Perinat Educ*. 2016, 25(1) : pp. 37 à 45.
27. Fitelson E, Kim S, Baker AS et coll. Treatment of postpartum depression: Clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 2013, 17(3) : pp. 405 à 414.
28. Agnafors S, Sydsjo G, deKeyser L et coll. Symptoms of depression postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. *Matern Child Health J*. 2013, 17(3) : pp. 405 à 414.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5^e édition. Washington (D. C.) : American Psychiatric Association, 2013.
30. Banti S, Borri C, Camilleri V et coll. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature. *Ital J Psychopath*. 2009, 15(4) : pp. 351 à 366.
31. Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. *Curr Psychiatry Rep*. 2016, 18(3) : pp. 1 à 11.
32. Lin E, Diaz-Granados N, Stewart D, Rhodes A, Yeritsyan N, Johns A, Duong-Hua M, Bierman AS. Depression. Dans : Bierman AS (éditrice). *Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Volume 1* : Toronto, 2009. Ressource consultable au : <http://www.powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter5-Depression.pdf>
33. Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S et coll. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2015, 70 : pp. 67 à 82.
34. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2014, 75(10) : pp. 1 153 à 1 184.

35. Freed RD, Tompson MC, Otto MW et coll. Early risk factors for psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder: The role of obstetrical complications and maternal comorbid anxiety. *Depress Anxiety*. 2014, 31(7) : pp. 583 à 590.
36. Qiao Y, Wang J, Li J et coll. Effects of depression and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetrical and neonatal outcomes: A follow-up study. *J Obstet Gynaecol*. 2012, 32(3) : pp. 237 à 240.
37. Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012, 25(2) : pp. 141 à 148.
38. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S et coll. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016, 191 : pp. 62 à 77.
39. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S et coll. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. 2009, 113(3) : pp. 303 à 308.
40. Beyond Blue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne (Australie) : Beyond Blue, 2011.
41. Clarke D. Schizoaffective, delusional, and other psychotic disorders. Dans W. Austin et M.A. Boyd (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (pp. 362 à 387). Philadelphie (Penns.) : Lippincott Williams et Wilkins, 2010.
42. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Fairer societies for better health equity*. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013.
43. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *L'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université Saint-Francis-Xavier, 2013.
44. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Énoncé de position : Déterminants sociaux de la santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2013 (révisé en 2009). Ressource consultable au : https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-determinants-sociaux-de-la-sante_dec-2018.pdf?la=fr&hash=4CE3A7EA1286F24AE3A75D8BD153A86F114D1352
45. Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K et coll. Efficacy of person centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review. *J Clin Nurs*. 2013, 22(3-4) : pp. 456 à 465.
46. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J*. 2011, 15(2) : p. 63.
47. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015.
48. Skoog M, Hallstrom I, Berggren V. 'There's something in their eyes' – Child Health Services nurses' experiences of identifying signs of postpartum depression in non-Swedish-speaking immigrant mothers. *Scand J Caring Sci*. 2017, 31(4) : pp. 739 à 747.
49. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Énoncé de position : La prise de décisions et la pratique infirmière éclairées par des données probantes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2010 (révisé en 2002). Ressource consultable au : https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-la-prise-de-decisions-et-la-pratique-infirmiere-eclairees-par-des-donnees-probantes_dec-2018.pdf?la=fr&hash=5CA8E82326310E66256E4C04EC458DB4665CA054

50. Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses. Standards for perinatal nursing practice and certification in Canada. 2^e édition. Washington (D.C.) : Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses, 2009.
51. Avalos L, Raine-Bennett T, Chen H et coll. Improved perinatal depression screening, treatment, and outcomes with a universal obstetric program. *Obstet Gynecol.* 2016, 127(5) : pp. 917 à 925.
52. Kohlhoff J, Hickinbotham R, Knox C et coll. Antenatal psychosocial assessment and depression screening in a private hospital. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2016, 56(2) : pp. 173 à 178.
53. Burton A, Patel S, Kaminsky L et coll. Depression in pregnancy: Time of screening and access to psychiatric care. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011, 24(11) : pp. 1 321 à 1 324.
54. Birmingham MC, Chou KJ, Crain EF. Screening for postpartum depression in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2011, 27(9) : pp. 795 à 800.
55. van der Zee-van den berg A, Boere-Boonekamp M, Ijzerman M et coll. Screening for postpartum depression in well-baby care settings: a systematic review. *Matern Child Health J.* 2017, 21 : pp. 9 à 20.
56. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Londres (R.-U.) : National Institute for Health and Care Excellence, 2014. Ressource consultable au : <http://nice.org.uk/guidance/cg192>
57. Rollans M, Schmied, Kemp L et coll. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *BMC Womens Health.* 2013, 13 : p. 18.
58. Rowan P, Greisinger A, Brehm B et coll. Outcomes from implementing systematic antepartum depression screening in obstetrics. *Arch Womens Ment Health.* 2012, 15(2) : pp. 115 à 20.
59. Hewitt C, Gilbody S, Breale S et coll. Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess.* 2009, 13(36) : pp. 1 à 230.
60. Zou P. Relational practice in nursing: A case analysis. *Nurs Health Care.* 2016, 1(1) : pp. 9 à 13.
61. Leung SSL, Leung C, Lam TH et coll. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: A randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf).* 2011, 33(2) : pp. 292 à 301.
62. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 127: Management of perinatal mood disorders. Édimbourg (Écosse) : Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012. Ressource consultable au : <https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders.html>
63. Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I et coll. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depression symptomatology? *Psychother Psychosom.* 2012, 81(2) : pp. 98 à 107.
64. Miller L, Shade M, Vasireddy V. Beyond screening: Assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Arch Womens Ment Health.* 2009, 12(5) : pp. 329 à 334.
65. Austin MP, Colton J, Priest S et coll. The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth.* 2013, 26(1) : pp. 17 à 25.

66. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Transitions des soins. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2014.
67. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Normes d'exercice : documentation. Toronto (Ont.) : Ordre des infirmières et infirmiers, 2008. Ressource consultable au : http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41001_documentation.pdf
68. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S et coll. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2014, 76(6) : pp. 433 à 446.
69. Noonan M, Galvin R, Doody O et coll. A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems. *J Adv Nurs.* 2016, 73(3) : pp. 545 à 557.
70. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: A systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2011, 14(4) : pp. 277 à 293.
71. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord.* 2015, 177 : pp 7 à 21.
72. Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA et coll. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: A systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. *Health Technol Assess.* 2010, 14(44) : pp. 1 à 107.
73. Clatworthy J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *J Affect Disord.* 2012, 137(1-3) : pp. 25 à 34.
74. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacological intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol.* 2009, 52(3) : pp. 498 à 515.
75. Fisher, Rowe, Wynter et coll. Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: cluster randomized controlled trial. *BMJ Open.* 2016, 6 : e009396.
76. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998, 25 : p. 215 à 219. Dans : Fisher, Rowe, Wynter et coll. Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: cluster randomized controlled trial. *BMJ Open.* 2016, 6 : e009396.
77. McCarter-Spaulling D, Shea S. Effectiveness of discharge education on postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2016, 41(3) : pp. 168 à 172.
78. Top E, Karacam Z. Effectiveness of structured education in reduction of postpartum depression scores: a quasi-experimental study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016, 30(3) : pp. 356 à 362.
79. Lieberman K, Le HN, Perry DF. A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. *J Adolesc.* 2014, 37(8) : pp. 1 227 à 1 235.
80. Perales, M., Refoyo, I., Coteron, J. et coll. Exercise during pregnancy attenuates prenatal depression: A randomized controlled trial. *Eval Health Prof.* 2015, 8(1) : pp. 59 à 72.
81. Rojas-Garcia A, Ruiz-Perez I, Goncalves DC et coll. Healthcare interventions for perinatal depression in socially disadvantaged women: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2014, 21(4) : pp. 363 à 384.

82. Tandon SD, Perry DF, Mendelson T et coll. Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011, 79(5) : pp. 707 à 712.
83. Howell EA, Balbierz A, Wang J et coll. Reducing postpartum depression symptoms among black and Latina mothers: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012, 119(5) : pp. 942 à 949.
84. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *J Affect Disord*. 2010, 122(1-2) : pp. 109 à 117.
85. Zlotnick C, Tzilos G, Miller I et coll. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *J Affect Disord*. 2013, 29(4) : pp. 389 à 399.
86. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*. 2013, 29(4) : pp. 389 à 399.
87. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A et coll. An intervention to reduce postpartum depression symptoms: A randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health*. 2014, 17(1) : pp. 57 à 63.
88. Dennis C-L, Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008, 4 :CD006795.
89. Woolhouse H, Miller K, Brown SJ et coll. Frequency of 'Time for self' is a significant predictor of postnatal depression symptoms: Results from a prospective pregnancy cohort study. *Birth*. 2016, 43(1) : pp. 58 à 67.
90. Kim Y, Dee V. Self-care for health in rural Hispanic women at risk for postpartum depression. *Matern Child Health J*. 2017, 21(1) : pp. 77 à 84.
91. Daley A, Jolly K, MacArthur C. The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: Systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2009, 26(2) : pp. 154 à 162.
92. Daley A, Foster L, Palmer C et coll. The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: Systematic review with meta-analysis. *BJOG*. 2015, 122(1) : pp. 57 à 62.
93. Davis K, Dimidjian S. The relationship between physical activity and mood across the perinatal period: A review of naturalistic and clinical research to guide future investigation of physical activity-based interventions for perinatal depression. *Clin Psychol Sci Pract*. 2012, 19(1) : pp. 27 à 48.
94. Freeman MP. Complementary and alternative medicine for perinatal depression. *J Affect Disord*. 2009, 112(1-3) : pp. 1 à 10.
95. De Arujo, W, Romero W, Zandonade E et coll. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am. Enfermgem*. 2016, 24 : e2806.
96. Crowley SK, Youngstedt SD. Efficacy of light therapy for perinatal depression: A review. *J Physiol Anthropol*. 2012, 31(1) : p. 15.
97. Doering JJ, Sims DA, Miller DD. How postpartum women with depression symptoms manage sleep disruption and fatigue. *Res Nurs Health*. 2017, 40(2) : pp. 132 à 142.
98. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J et coll. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depression symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynec Neonatal Nurs*. 2012, 41(3) : pp. 369 à 382.

99. De Alencar AE, Arraes LLC, de Albuquerque EC et coll. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr.* 2009, 55(1) : pp. 36 à 38.
100. Field T, Diego M, Delgado J et coll. Tai chi/yoga reduces prenatal depression, anxiety and sleep disturbances. *Complement Ther Clin Pract.* 2013, 19(1) : pp. 6 à 10.
101. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M et coll. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther.* 2012, 16(2) : pp. 204 à 209.
102. Newham JJ, Wittkowski A, Hurley J et coll. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety.* 2014, 31(8) : pp. 631 à 640.
103. Sheikh M, Hantoushzadeh S, Shariat M et coll. The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Eur J Nutr.* 2017, 56 : pp 901 à 908.
104. Chang S, Chen C. Effects of an intervention with drinking chamomile tea on sleep quality and depression in sleep disturbed postnatal women: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2015, 72(2) : pp. 306 à 315.
105. Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M et coll. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007, 36(5) : pp. 441 à 449.
106. Danaher BG, Milgrom J, Seeley JR et coll. MomMoodBooster web-based intervention for postpartum depression: Feasibility trial results. *J Med Internet Res.* 2013, 15(11) : e242.
107. Kamalifard M, Yavarikia P, Babapour Kheiroddin J et coll. The effect of peers support on postpartum depression: A single-blind randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2013, 2(3) : pp. 237 à 244.
108. Maloni JA, Przeworski A, Damato EG. Web recruitment and internet use and preferences reported by women with postpartum depression after pregnancy complications. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013, 27(2) : pp. 90 à 95.
109. Shorey S, Chan SWC, Chong YS et coll. A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *J Adv Nurs.* 2015, 71(6) : pp. 1 260 à 1 273.
110. Milgrom J, Schembri C, Ericksen J et coll. Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *J Affect Disord.* 2011, 130(3) : pp. 385 à 394.
111. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S et coll. Schedules for home visits in the early postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 23 juill. 2013, (7) : CD009326.
112. Sanaati F, Charandabi S, Eslamlo H et coll. The effect of lifestyle-based education to women and their husbands on the anxiety and depression during pregnancy: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017, 30(7) : pp. 870 à 876.
113. Glavin K, Smith L, Sorum R et coll. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs.* 2010, 66(6) : pp. 1 317 à 1 327.
114. Glasser S, Hadad L, Bina R et coll. Rate, risk factors and assessment of a counselling intervention for antenatal depression by public health nurses in an Israeli ultra-orthodox community. *J Adv Nurs.* 2016, 72(7) : pp. 1 602 à 1 615.
115. Stamou G, Garcia-Palacios A, Botella C. Cognitive-behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression: a narrative review. *BMC Psychol.* 2018, 6(1) : p. 28.

116. Segre LS, Orengo-Aguayo RE, Siewert RC. Depression management by NICU nurses. *Clin Nurs Res*. 2016, 25(3) : pp. 273 à 290.
117. Stephens S, Ford E, Paudyal P et coll. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2016, 14(5) : pp. 463 à 472.
118. Jesse DE, Gaynes BN, Feldhousen EB et coll. Performance of a culturally tailored cognitive-behavioral intervention integrated in a public health setting to reduce risk of antepartum depression: A randomized controlled trial. *J Midwifery Womens Health*. 2015, 60(5) : pp. 578 à 592.
119. Taylor B, Cavanagh K, Strauss C. The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016, 11(5) : e0155720.
120. Bittner A, Peukert J, Zimmermann C et coll. Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depression symptoms: Efficacy of a cognitive-behavioral group program. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2014, 28(3) : pp. 185 à 195.
121. Scope A, Booth A, Sutcliffe P. Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: A qualitative synthesis. *J Adv Nurs*. 2012, 68(9) : pp. 1 909 à 1 919.
122. Nillni Y, Mehralizade A, Mayer L et coll. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2018, 66 : pp. 136 à 148.
123. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clin Psychol Rev*. 2011, 31(5) : pp. 839 à 849.
124. McDonagh MS, Matthews A, Phillipi C et coll. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2014, 124(3) : pp. 526 à 534.
125. Sharp DJ, Chew-Graham C, Tylee A et coll. A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: The RESPOND trial. *Health Technol Assess*. 2010, 14(43) : pp. 1 à 153.
126. Buist A. Perinatal mental health. Identifying problems and managing medications. *Aust Fam Physician*. 2014, 43(4) : pp. 182 à 185.
127. Trangle M, Gursky J, Haight R et coll. Health care guideline: Depression in primary care. Bloomington (Minn.) : Institute for Clinical Systems Improvement, 2016. Ressource consultable au : https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/
128. Birdee G, Kemper K, Rothman R et coll. Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and the postpartum period: an analysis of the National Health Interview Survey. *J Womens Health*. 2014, 23(10) : pp. 824 à 829.
129. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: A national survey. *J Midwifery Womens Health*. 2011, 56(4) : pp. 353 à 361.
130. McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E et coll. Midwives and assessment of perinatal mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011, 18(9) : pp. 786 à 795.
131. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Compétences pour l'admission à la profession d'infirmière autorisée. Toronto (Ont.) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2014. Ressource consultable au : <https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/51037-entry-to-practice-competencies-for-rn-septembre-2020.pdf>

132. Hardy S. Mental health and wellbeing: A snapshot of GPN training needs. *Pract Nurs*. 2014, 25(8) : pp. 395 à 399.
133. Davies L, Page N, Glover H et coll. Developing a perinatal mental health module: an integrated care approach. *Br J Midwifery*. 2016, 24(2) : pp. 118 à 121.
134. Jardri R, Maron M, Pelta J et coll. Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post-birth: A quality improvement report. *Midwifery*. 2010, 26(6) : pp. 622 à 629.
135. Long M, Cramer R, Jenkins J et coll. A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2018, 2 juill. doi : 10.1007/s00737-018-0876-4.
136. McLachlan HL, Forster DA, Collins R et coll. Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: Evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey. *Midwifery*. 2011, 27(5) : pp. 723 à 730.
137. Morrell CJ, Slade P, Warner R et coll. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: Pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ*. 2009, 338(7689) : pp. 276 à 280.
138. Buist A, Bilszta J, Milgrom J et coll. Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: Results of a national survey. *Women Birth*. 2006, 19(1) : pp. 11 à 16.
139. Forrest E. Perinatal mental health education for midwives in Scotland. *Br J Midwifery*. 2010, 18(5) : pp. 280 à 284.
140. McConachie S, Whitford H. Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness. *J Adv Nurs*. 2009, 65(4) : pp. 867 à 876.
141. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires : Guide sur la prestation des soins adaptés à la culture. Toronto (Ont.) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009. Ressource consultable au : http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf
142. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Practice education in nursing. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016.
143. Grote NK, Katon WJ, Lohr MJ et coll. Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: The design of the MOMCare study. *Contemp Clin Trials*. 2014, 39(1) : pp. 34 à 49.
144. Lind A, Richter S, Craft C et coll. Implementation of routine postpartum depression screening and care initiation across a multispecialty health care organization: an 18-month retrospective analysis. *Matern Child Health*. 2017, 21 : pp. 1 234 à 1 239.
145. Lomonaco-Haycraft K, Hyer J, Tibbits B et coll. Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations. *Prim Health Care Res Dev*. 2018, 18 juin : pp. 1 à 8.
146. Price SK, Corder-Mabe J, Austin K. Perinatal depression screening and intervention: enhancing health provider involvement. *J Womens Health*. 2012, 21(4) : pp. 447 à 455.
147. Truitt FE, Pina BJ, Person-Rennell NH et coll. Outcomes for collaborative care versus routine care in the management of postpartum depression. *Qual Prim Care*. 2013, 21(3) : pp. 171 à 177.
148. Smith T, Kipnis G. Implementing a perinatal mood and anxiety disorders program. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2012, 37(2) : pp. 80 à 87.

149. Straus S, Tetroe J, Graham ID, et coll. Monitoring and evaluating knowledge. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID (éd.). Knowledge translation in health care. Oxford (Royaume-Uni) : Wiley-Blackwell, 2009 : p. 151 à 159.
150. Harrison MB, Graham ID, Fervers B et coll. Adapting knowledge to local context. Dans : S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (éd.), Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice. 2^e éd. Chichester (R.-U.) : John Wiley & Sons, Ltd.;2013. pp. 110 à 120.
151. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005, 83(4) : pp. 691 à 729.
152. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D et coll. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians : NNQR (C), C-HOBIC et NQuIRE. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2012, 25(2) : pp. 26 à 37.
153. Centers for Disease Control and Prevention. Descriptive and analytic studies [Internet]. Atlanta (Georgia) : Centers for Disease Control and Prevention, [date inconnue]. Ressource consultable au : http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf
154. Glossaire 2017 [Internet]. [lieu inconnu] : La Collaboration Cochrane, 2017. Ressource consultable au : <http://community.cochrane.org/glossary> <http://community.cochrane.org/glossary>
155. Wood A, Middleton SG, Leonard D. “When it’s more than the blues”: A collaborative response to postpartum depression. Public Health Nurs. 2010, 27(3) : pp. 248 à 254.
156. Lasiuk G. The assessment process. Dans : W. Austin & M. A. Boyd (éd.), Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice (2^e éd.) : pp. 173 à 190. Philadelphie (Penn.) : Lippincott Williams et Wilkins, 2010.
157. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Towards cultural safety for Métis: An introduction for health care providers. Prince George (C.-B.) : University of Northern British Columbia, 2013. Ressource consultable au : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/76/CulturalSafety_Web_EN.pdf
158. First Nations Health Authority. Cultural humility [Internet]. Vancouver (C.-B.) : First Nations Health Authority, 2018. Ressource consultable au : <http://www.fnha.ca/wellness/cultural-humility>
159. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario. Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario, 2007.
160. Gouvernement de l’Ontario. Code des droits de la personne. L.R.O. 1990, chap. 19 [Internet] [lieu inconnu]; Imprimeur de la Reine pour l’Ontario : 2012-2018. Ressource consultable au : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h19>
161. Stevens K. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. Online J Issues Nurs. 2013, 18(2) : p. 4.
162. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J et coll. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012, 12 : p. 80.
163. Leise C. A process model of judging and deciding. Int J Process Educ. 2013, 5(1) : pp. 71 à 90.
164. Ordre des infirmières et infirmiers de l’Ontario. Therapeutic nurse–client relationship. Toronto (Ont.) : Ordre des infirmières et infirmiers de l’Ontario, 2013 (révisé en 2006). Ressource consultable au : http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf

165. Commission de la santé mentale du Canada. Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada. Calgary (Alb.) : Commission de la santé mentale du Canada, 2009. Ressource consultable au : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE_1.pdf
166. Leon AC, Davis LL, Kraemer HC. The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *J Psychiatr Res.* 2011, 45(5) : pp. 626 à 629.
167. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: Getting started. *Can J Hosp Pharm.* 2014, 67(6) : pp. 436 à 440.
168. Rockers PC, Rottingen JA, Shemilt I et coll. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy.* 2014, 67(6) : pp. 436 à 440.
169. Caldwell L. The importance of reflective practice in nursing. *Intl J Caring Sci.* 2013, 6(3) : p. 319.
170. Ross-Kerr JC, Wood MJ, Astle BJ et coll. *Canadian fundamentals of nursing (5^e éd.)*. Toronto (Ont.) : Elsevier Canada, 2014.
171. Baker C, Ogden S, Prapaipanich W et coll. Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *J Nurs Adm.* 1999, 29(3) : pp. 11 à 20.
172. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006.
173. Lovering S. The crescent of care: A nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Diversity Equality Health Care.* 2012, 9(3) : pp. 171 à 178.
174. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 2012, 30(1) : pp. 6 à 15.
175. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et coll. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ.* 2010, 182(108) : E839-842.
176. Fleiss J, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions (3^e éd.)*. New York (N.Y.) : John Wiley and Sons, 2003.
177. Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers, *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017, 2 : pp. 1 à 8.
178. Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010, 23(3) : pp. 172 à 178.
179. Freitas GC, Cais CF, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case control study in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008, 17 : pp. 336 à 342. Dans : Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017, 2 : pp. 1 à 8.
180. Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Wild E et coll. Perinatal prevention network for mentally burdened and adolescent mothers. *Praxis Der Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2010, 59 : pp. 704 à 715. Dans : Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017, 2 : pp. 1 à 8.
181. Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005, 34 : pp. 36 à 54. Dans : Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017, 2 : pp. 1 à 8.

182. Nordhagen IH, Sundgot-Borgen J. Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy related complaints and symptoms of depression. *Tidsskr nor Laegeforen* 2002, 122 : pp. 470 à 474. Dans : Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017, 2 : pp. 1 à 8.
183. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care.* 2007, 21(5) : pp. 289 à 298.
184. Mott SL, Schiller CE, Richards JG et coll. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Arch Womens Ment Health.* 2011, 14(4) : pp. 335 à 343.
185. Hadman A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Intl J Psychiatr Med.* 2012, 43(3) : pp. 243 à 259.
186. Pope CJ, Mazmanian D, Bedard M et coll. Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. *J Affect Disord.* 2016, 200 : pp 45 à 50.
187. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Allaitement maternel – Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2018.
188. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S et coll. Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. *J Pediatr (Rio J).* 2013, 89(4) : pp. 332 à 338.
189. Chad L, Pupco A, Bozzo, P et coll. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician.* 2013, 59(6) : pp. 633 à 634.
190. Khanlou N, Haque N, Skinner A et coll. Scoping review on maternal health among immigrant and refugee women in Canada: prenatal, intrapartum, and postnatal care. *J Pregnancy.* 2017, 2017 : pp. 1 à 14.
191. Ferszt G, Hickey J, Seleyman K. Advocating for pregnant women in prison: the role of the correctional nurse. *J Forensic Nurs.* 2013, 9(2) : pp. 105 à 110.
192. Mukherjee S, Pierre-Victor D, Bahelah R et coll. Mental health issues among pregnant women in correctional facilities: a systematic review. *Women Health.* 2014, 54(8) : pp. 816 à 842.
193. Kelsey C, Medel N, Mullins C. An examination of care practices of pregnant women incarcerated in jail facilities in the United States. *Matern Child Health J.* 2017, 21(6) : pp. 1 260 à 1 266.
194. Bowen A, Duncan V, Peacock S et coll. Mood and anxiety problems in perinatal Indigenous women in Australia, New Zealand, Canada, and the United States: A critical review of the literature. *Transcult Psychiatry.* 2014, 51(1) : pp. 93 à 111.
195. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006, 35(4) : pp. 491 à 498.
196. Roy, A., Thurston, W. E., & the Voices and PHACES Study Team. Depression and mental health in pregnant Aboriginal women: Key results and recommendations from the Voices and PHACES study (rapport final). Calgary (Alb.) : Université de Calgary, 2015. Ressource consultable au : <https://www.ucalgary.ca/wethurston/files/wethurston/voices-phaces-study-finalreport.pdf>
197. Allan B, Smylie J. First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto (Ont.) : The Wellesley Institute, 2015.

198. Flanders CE, Gibson MF, Goldberg AE et coll. Postpartum depression among visible and invisible sexual minority women: A pilot study. *Arch Womens Ment Health*. 2015, 19(2) : pp. 299 à 305.
199. Ross LE, Steele L, Goldfinger C et coll. Perinatal depression symptomatology among lesbian and bisexual women. *Arch Womens Ment Health*. 2007, 10(2) : pp. 53 à 59.
200. Steele L, Ross LE, Epstein R et coll. Correlates of mental health service use among lesbian, gay, and bisexual mothers and prospective mothers. *Women Health*. 2008, 47(3) : pp. 95 à 112.
201. Maccio E, Pangburn J. Self-reported depressive symptoms in lesbian birth mothers and comothers. *J Fam Soc Work*. 2012, 15(2) : pp. 99 à 110.
202. Ross LE, Dennis C-L. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: A systematic review. *J Womens Health*. 2009, 18(4) : pp. 475 à 486.
203. De Venter M, Smets J, Raes F et coll. Impact of childhood trauma on postpartum depression: a prospective study. *Arch Womens Ment Health*. 2016, 19(2) : pp. 337 à 342.
204. Howard LM, Oram S, Galley H et coll. Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013, 10(5) : e1001452.
205. Mitra M, Iezzoni LI, Zhang J et coll. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. *Matern Child Health J*. 2015, 19(2) : pp. 362 à 372.
206. Byrnes L, Hickey M. Perinatal care for women with disabilities: clinical considerations. *J Nurs Practition*. 2016, 12(8) : pp. 503 à 509.
207. Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women. Rockville (Mar.) : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2009. Ressource consultable au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83252/>
208. Chapman SL, Wu LT. Substance use among adolescent mothers: A review. *Child Youth Serv Rev*. 2013, 35(5) : pp. 806 à 815.
209. Dennis C-L, Merry L, Gagnon A. Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017, 52 : pp. 411 à 422.
210. Collins CH, Zimmerman C, Howard LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health*. 2011, 14(1) : pp. 3 à 11.
211. Obedin-Maliver J, Makadon H. Transgender men and pregnancy. *Obstet Med*. 2016, 9(1) : pp. 4 à 8.
212. Dekel S, Stanger V, Georgakopoulos E et coll. Peripartum depression, traditional culture, and Israeli society. *J Clin Psychol*. 2016, 72(8) : pp. 784 à 794.
213. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depression symptoms. *J Affect Disord*. 2006, 91(2-3) : pp. 97 à 111.
214. Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR et coll. Screening tools for postpartum depression: Validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010, 13(5) : pp. 357 à 365.
215. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987, 150 : pp 782 à 786.

216. Abdollahi F, Lye M-S, Zain A et coll. Postnatal depression and its associated factors in women from different cultures. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2011, 5(2) : pp. 5 à 11.
217. Bina, R. Seeking help for postpartum depression in the Israeli Jewish orthodox community: Factors associated with use of professional and informal help. *Women Health.* 2014, 54(5) : pp. 455 à 473.
218. Edward K, Castle D, Mills C et coll. An integrative review of paternal depression. *Am J Mens Health.* 2015, 9(1) : pp. 26 à 34.
219. Musser A, Ahmed A, Foli K et coll. Paternal postpartum depression: What health care providers should know. *J Pediatr Health Care.* 2013, 27(6) : pp. 479 à 485.
220. Kumar S, Oliffe J, Kelly M. Promoting postpartum mental health in fathers: recommendations for nurse practitioners. *Am J Mens Health.* 2018, 12(2) : pp. 221 à 228.
221. Buist A, Condon J, Brooks J et coll. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord.* 2006, 93(1-3) : pp. 233 à 237.
222. Brealey SD, Hewitt C, Green JM et coll. Screening for postnatal depression—is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis. *J Repro Infant Psychol.* 2010, 28(4) : pp. 328 à 344.
223. Accortt E, Wong M. It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. *Obstet Gynecol Surv.* 2017, 72(9) : pp. 553 à 568.
224. Earls M, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics.* 2010, 126(5) : pp. 1 032 à 1 039.
225. Gupta S, Ford-Jones E. Recognizing and responding to parental mental health needs: What can we do now? *Paediatr Child Health.* 2014, 19(7) : pp. 357 à 361.
226. McKean M, Caughey A, Yuracko Mc Kean M et coll. Postpartum depression: when should health care providers identify those at risk? *Clin Pediatr (Phila).* 2018, 57(6) : pp. 689 à 693.
227. Armstrong S, Small, R. Screening for postnatal depression: Not a simple task. *Aust N Z J Public Health.* 2007, 31(1) : pp. 57 à 61.
228. Kim HG, Geppert J, Quan T et coll. Screening for postpartum depression among low-income mothers using an interactive voice response system. *Matern Child Health J.* 2012, 16(4) : pp. 921 à 928.
229. Drake E, Howard E, Kinsey E. Online screening and referral for postpartum depression: An exploratory study. *Community Ment Health J.* 2014, 50(3) : pp. 305 à 311.
230. El-Den S, O-Reilly C, Chen T. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *J Affect Disord.* 2015, 188 : pp. 284 à 303.
231. Langan R, Goodbred A. Identification and management of peripartum depression. *Am Fam Physician.* 2016, 93(10) : pp. 852 à 858.

Annexe A : Glossaire

Compétences : Connaissances intégrées, compétences, capacités, attitudes et jugement requis pour la pratique de soins infirmiers, de façon sécuritaire et éthique, dans un rôle ou un milieu désigné (131).

Culture : Fait référence aux valeurs, aux croyances, aux normes et aux modes de vie communs et acquis d'une personne ou d'un groupe. Elle influence la pensée, les décisions et les actions (141).

Dépression périnatale : Maladie mentale courante survenant pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement. Lorsqu'elle n'est pas traitée, la dépression périnatale nuit à la personne, à son bébé, à ses autres enfants, à son partenaire et au reste de sa famille, le cas échéant (6). Une description détaillée de la dépression périnatale, y compris des symptômes et des facteurs de risque, se trouve dans la section Contexte (pp. 21 à 27).

Dépression post-partum : Dépression survenant pendant la période périnatale, en particulier pendant la période post-partum et jusqu'à un an après l'accouchement.

Dépression prénatale : Dépression survenant pendant la période périnatale, en particulier pendant la grossesse.

Déterminants sociaux de la santé : Conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces conditions sont façonnées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources à l'échelle mondiale, nationale et locale. Les déterminants sociaux de la santé sont en grande partie responsables des inégalités en matière de santé, c'est-à-dire des différences injustes et évitables concernant l'état de santé, observées à l'intérieur des pays et entre ceux-ci (10).

Discrimination : Le Code des droits de la personne de l'Ontario stipule que « toute personne a droit à un traitement égal en matière de services, de biens ou d'installations, sans discrimination fondée sur la race, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, l'origine ethnique, la citoyenneté, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'expression de l'identité sexuelle, l'âge, l'état matrimonial, l'état familial ou un handicap » (160, art. 1).

Équipe interprofessionnelle : Équipe réunissant plusieurs fournisseurs de soins de santé qui collaborent pour assurer la prestation de soins et de services complets de qualité à des personnes au sein de milieux de soins, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (47).

Essai clinique randomisé (ECR) : Expérience au cours de laquelle un chercheur attribue aléatoirement une ou plusieurs interventions au groupe expérimental (recevant l'intervention), au groupe de référence (traitement classique) ou au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (154).

Étude contrôlée : Essai clinique dans lequel un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe témoin (154).

Étude de cohorte : Étude d'observation dans laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps de façon prospective ou rétrospective (154).

Étude pilote : Type d'étude fondamental dans l'acquisition de nouvelles connaissances. Les études pilotes servent à déterminer la faisabilité d'une approche de recherche (p. ex., recrutement, rétention, évaluation et mise en œuvre) grâce à une intervention préalable à une étude de grande ampleur. Les études pilotes ne sont pas destinées à tester des hypothèses (166).

Étude quasi expérimentale : Étude qui vise à déterminer les causes d'un phénomène étudié en l'observant, mais dans laquelle les expériences ne sont pas directement contrôlées par le chercheur et ne sont pas randomisées (conceptions avant/après) (168).

Étude transversale : Étude qui mesure la distribution d'une ou plusieurs caractéristiques dans une population à un moment donné précis (aussi appelée sondage) (154).

Études analytiques : Les études analytiques vérifient les hypothèses sur les relations entre l'exposition et le résultat. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement aux participants, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de référence (153). Les types d'études analytiques comprennent les études cas-témoins et les études de cohorte.

Études descriptives : Études qui génèrent des hypothèses et décrivent les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs ne vérifient pas une hypothèse au moyen d'une intervention, d'une exposition ou d'un traitement, mais décrivent simplement les caractéristiques d'un échantillon de population donnée. L'étude descriptive inclut les études transversales (153-154).

Évaluation complète : Évaluation biologique, psychosociale, sociale et spirituelle réalisée sur une personne par du personnel infirmier. Elle « comprend les antécédents médicaux et un examen physique, tient compte des dimensions psychologiques, affectives, sociales, spirituelles, ethniques et culturelles de la santé, prend en compte l'expérience de la personne à l'égard de la santé et de la maladie, et évalue comment la maladie affecte le quotidien de la personne » (156, p. 174).

Famille : Quiconque la personne définit comme étant de sa famille. Les membres de la famille peuvent être les parents, les enfants, les frères et sœurs, les partenaires, les voisins et les proches de la personne (47).

Fiabilité (fiable) : Degré de certitude avec lequel un résultat obtenu avec un processus de mesures peut-être reproduit avec une erreur minimale de mesure (154).

Consultez le terme *Validé*

Fournisseur de soins de santé : Dans la présente ligne directrice, le terme désigne des professionnels de la santé réglementés qui fournissent des soins et des services à des personnes et leur famille, peu importe le milieu (soins actifs, soins de longue durée, soins à domicile, soins primaires et soins communautaires) (47).

Humilité culturelle : Processus d'autoréflexion qui vise à comprendre les préjugés personnels et systématiques responsables des inégalités envers les groupes raciaux ou ethniques (158-159).

Intervenant : Une personne, un groupe ou une structure qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes, et qui pourrait tenter de les influencer (171). Les intervenants peuvent être des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou une solution à un problème.

Interventions : Comprend les stratégies de traitement, les thérapies ou les techniques utilisées dans la présente ligne directrice pour soigner la dépression périnatale.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires : Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations pour le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants, les dirigeants et les responsables de l'élaboration des politiques, les personnes concernées et leurs proches sur des sujets cliniques précis et un environnement de travail sain. Elles favorisent la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques sanitaires et de l'enseignement médical afin d'optimiser les résultats sur la santé pour les personnes, les communautés et le système de santé (2).

Littératie en santé : Connaissances et compétences (obtention, compréhension, évaluation et application des renseignements sur la santé) dont une personne a besoin pour prendre des décisions et répondre aux demandes complexes découlant de son état de santé en évolution (maladie) et de son bien-être (prévention). Il existe deux niveaux de littératie en santé :

1. le niveau fonctionnel où la personne possède des compétences de lecture et d'écriture de base qui lui permettent de comprendre l'information reçue, et
2. le niveau interactif où la personne possède des compétences plus avancées qui lui permettent de participer à la prise de décisions concernant ses soins de santé, y compris la capacité d'analyser de façon critique et d'utiliser efficacement l'information pour prendre en charge sa santé et son bien-être (162).

Méta-analyse : Revue systématique de la littérature qui utilise des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études examinées (154).

Consultez le terme *Revue systématique de la littérature*

Outil de dépistage : Un outil de dépistage sert à détecter un problème de santé émergent (généralement présymptomatique) pour administrer un traitement précoce et favoriser la guérison. L'efficacité d'un outil de dépistage se base sur sa capacité à détecter le problème de santé (170).

Personne dans son ensemble : Éléments biologiques, psychologiques, affectifs, physiques, personnels, sociaux, environnementaux et spirituels qui constituent une personne. Prodiguer des soins à la personne dans son ensemble exige d'apprendre à la connaître en lui témoignant du respect et en la traitant de façon globale plutôt qu'en traitant seulement sa maladie (173-174).

Personnel infirmier : Fait référence au personnel infirmier autorisé, au personnel infirmier auxiliaire autorisé, au personnel infirmier psychiatrique autorisé et au personnel infirmier de pratique avancé comme le personnel infirmier praticien et le personnel infirmier clinicien spécialisé (131).

Personne : Dans la présente ligne directrice, une personne est un individu avec lequel les fournisseurs de soins de santé établissent une relation thérapeutique afin de traiter ensemble la dépression périnatale. Le terme regroupe les individus suivants : parent, mère, femme, patient, résident et consommateur ou tout autre identifiant choisi par l'individu (164-165).

Pratique fondée sur les données probantes : Intégration des données méthodologiques les plus probantes faisant appel à l'expertise clinique et aux besoins du patient. Elle permet d'unifier les preuves de la recherche avec l'expertise clinique et encourage l'inclusion des préférences des patients (161).

Pratique réflexive : Processus d'examen de ses propres actions et expériences dans le but d'améliorer sa pratique et ses connaissances cliniques avec pour résultat de mieux comprendre et cerner la situation (169).

Prise en compte de la culture : Première étape vers la sécurisation culturelle. Elle s'acquiert en observant les activités et la façon dont les gens y participent. Elle implique une capacité et une volonté de reconnaître et d'accepter la différence au sein d'une population (172).

Consultez les termes *culture*, *humilité culturelle*, *sécurisation culturelle* et *sensibilisation aux réalités culturelles*

Processus décisionnel éclairé : Étapes de la prise de décision d'une personne au sujet de ses soins. La qualité du processus décisionnel peut être déterminée en évaluant le processus lui-même. Cela implique de demander à la personne décideuse d'évaluer ce qui suit :

- Si elle a reçu assez d'information (connaissances spécialisées) pour prendre une décision;
- Si l'information a été donnée de façon impartiale ou si une tentative a été faite pour l'inciter à choisir une option particulière;
- Si l'information comportait une explication des bienfaits, des risques et des incertitudes scientifiques, et si des options de remplacement ont été portées à son attention;
- Si les valeurs et les objectifs de la personne ont été pris en compte;
- Si la personne a eu suffisamment de temps pour prendre une décision;
- Si la personne a été suffisamment incluse, selon elle, dans le processus décisionnel (163).

Recherche qualitative : Approche de recherche qui consiste à montrer comment le contexte social permet d'expliquer le comportement des personnes et leurs expériences et à utiliser une démarche interactive et subjective pour étudier les phénomènes et les décrire (167).

Recommandations relatives à la formation : Énoncés sur les exigences en matière de formation et sur les méthodes ou stratégies de formation visant à amener la mise en œuvre ou la durabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique : Énoncés de pratiques exemplaires à l'intention du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle, qui permettent une mise en œuvre réussie de la LDPE.

Recommandations relatives aux établissements et au système de santé : Énoncés des conditions nécessaires pour la mise en œuvre réussie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires dans un milieu de pratique. La réussite dépend généralement de l'établissement de soins, bien qu'il puisse y avoir des ramifications relatives aux politiques à un échelon gouvernemental ou sociétal plus large.

Relation thérapeutique : Relation délibérée visant un but, entre un fournisseur de soins de santé et une personne qui fait appel au système de santé pour obtenir des soins et un traitement. Cette relation est ancrée dans un processus interpersonnel pour promouvoir les meilleurs intérêts et les résultats de la personne (164, 172).

Revue systématique de la littérature : Examen approfondi de la littérature qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Une revue systématique de la littérature consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (154).

Consultez le terme *Méta-analyse*

Sécurisation culturelle : Résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé (141-159).

Consultez les termes *culture, prise en compte de la culture, humilité culturelle et sensibilisation aux réalités culturelles*

Sensibilisation aux réalités culturelles : Fait référence à une prise de conscience, une compréhension et une attitude envers la culture de l'autre et met l'accent sur la prise de conscience et la perspicacité du fournisseur de soins de santé (141, 159).

Consultez les termes *culture, prise en compte de la culture et sensibilisation aux réalités culturelles*

Soins axés sur la personne : Approche de soins dans laquelle la personne est considérée comme un tout. Le processus qui permet de bien connaître la personne est encouragé par la formation d'une relation thérapeutique entre la personne, ses proches et les fournisseurs de soins de santé. Cette approche de soins comporte la défense des intérêts, l'habilitation, le respect mutuel et le fait de comprendre que la personne a le droit de participer librement et activement aux décisions concernant sa santé (maladie et bien-être) (47).

Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille : Approche de soins axée sur les besoins de la personne et de la famille faisant appel à certaines pratiques qui mettent la personne et les membres de sa famille au centre des soins et des services de santé. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille respectent les personnes et les habilitent afin qu'elles puissent pleinement échanger avec leurs fournisseurs de soins de santé. Cette relation présente les caractéristiques suivantes :

- Renforcement des relations et de la confiance;
- Invitation de la personne à participer activement au processus décisionnel concernant ses soins de santé (p. ex., indépendance, autonomie et droit à l'autodétermination);
- Communication des possibilités de traitement fondées sur des données probantes et divulgation d'information impartiale, claire et compréhensible afin de soutenir la prise de décision par la personne;
- Respect de la personne et personnalisation des soins selon les points forts de la personne, sa connaissance d'elle-même, ses préférences et ses objectifs en matière de soins fondés sur ses croyances, ses valeurs, sa culture et son expérience de la santé;
- Bien-être véhiculé par un milieu qui favorise la guérison;
- Manifestation de soutien affectif et de sympathie;
- Vérification de la continuité des soins pendant les transitions;
- Vérification de la capacité d'une personne à recevoir les soins et les services au moment où elle en a besoin;
- Établissement d'un partenariat avec la personne et sa famille pour réformer le système de santé et améliorer la qualité, la prestation et la conception des soins et des services à tous les niveaux (micro, méso et macro);
- Communication efficace au sein de la relation thérapeutique afin d'encourager des échanges sincères;
- Soins apportés aux personnes, à leur famille et à leur collectivité en tenant compte des déterminants de la santé (promotion de la santé et prévention des maladies) (47).

Soins en collaboration : Modèle de soins dans lequel les membres d'une équipe de fournisseurs de soins de santé travaillent ensemble pour soigner des patients dans un ou plusieurs établissements de soins. Une telle approche facilite la planification, la consultation, le suivi et la surveillance systématiques des soins (147, 155).

Stigmatisation : Attitudes négatives et néfastes et comportement qui en découle, associés à une caractéristique d'un individu ou d'un groupe, ou d'une activité qu'ils exercent (165).

Validé (validité) : Degré auquel une mesure est susceptible d'être vraie et sans équivoque (154).

Consultez le terme *Fiable*

Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

L'AIIAO s'engage à ce que chaque LDPE soit établie sur la base des données les plus probantes dont elle dispose. Afin de respecter les normes internationales, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a lieu tous les cinq ans.

L'AIIAO a réuni un comité d'experts qui représentent de nombreux secteurs et domaines de pratique (voir la section « Comité d'experts de l'AIIAO » à la p. 15). Un examen systématique des données probantes a été effectué, selon l'objectif et le champ d'application de la ligne directrice, et soutenu par les quatre questions de recherche indiquées ci-dessous. La revue systématique a été réalisée dans le but de résumer les publications pertinentes examinées par des pairs, parues entre l'année 2006 et juillet 2018.

Les questions de recherche suivantes ont été établies pour guider l'examen systématique :

1. Dans le domaine de la santé mentale périnatale, quelles sont les stratégies de dépistage et d'évaluation efficaces pour déterminer les symptômes de la dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement?
2. Dans le domaine de la santé mentale périnatale, quelles sont les interventions efficaces à mettre en place pour les personnes souffrant de dépression pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement?
3. Quelle formation le personnel infirmier doit-il suivre pour évaluer efficacement la dépression périnatale et intervenir en conséquence?
4. Comment les établissements de soins de santé et le système de santé en général assurent-ils de manière optimale la prévention, l'évaluation et les interventions en matière de dépression périnatale?

L'équipe de la recherche et de l'élaboration de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts ont collaboré pour intégrer les données probantes les plus récentes et les plus pertinentes, et assurer la validité, la pertinence et la sécurité des recommandations de la LDPE.

Annexe C : Processus de revue systématique et stratégie de recherche

Examen de lignes directrices

L'équipe de la recherche et de l'élaboration des LDPE de l'AIIAO a effectué des recherches dans une liste établie de sites Web afin de trouver des lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre 2006 et 2016. La liste a été compilée d'après les connaissances existantes des sites Web traitant de la pratique professionnelle fondée sur les données probantes et des recommandations provenant des ouvrages traitant de la dépression périnatale (voir la **figure 3**).

Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste des sites Web consultés et les critères d'inclusion, sont disponibles en ligne sur le site www.RNAO.ca.

La responsable de l'élaboration de la ligne directrice de l'AIIAO et deux associées de recherche en soins infirmiers ont évalué six lignes directrices internationales à l'aide de la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (175). De cet examen, les quatre lignes directrices suivantes ont été sélectionnées pour éclairer les recommandations et les discussions sur des données probantes :

1. Beyond Blue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne (Austr.) : Beyondblue, 2011. Ressource consultable au : <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/0891>
2. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Londres (R.-U.) : National Institute for Health and Care Excellence, 2014. Ressource consultable au : <http://nice.org.uk/guidance/cg192>
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 127: Management of perinatal mood disorders. Édimbourg (Écosse) : Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012. Ressource consultable au : <https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders.html>
4. Trangle M, Gursky J, Haight R et coll. Health care guideline: Depression in primary care. Bloomington (Minn.) : Institute for Clinical Systems Improvement, 2016. Ressource consultable au : https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/

L'exclusion de certaines lignes directrices soumises à la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (175) était principalement due à une absence de revue systématique, à des scores faibles relevés par les deux examinatrices indépendantes ou à une étude superficielle de la dépression périnatale (p. ex., la ligne directrice traitait principalement de la santé mentale maternelle ou des soins prénatals ou post-partum, avec un passage trop succinct sur la dépression périnatale).

Revue systématique

Une stratégie de recherche complète, fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion définis par le comité d'experts de l'AIIAO, a été élaborée par l'équipe de la recherche et de l'élaboration de la LDPE de l'AIIAO et une bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche d'articles pertinents, publiés en anglais entre 2006 et 2015, a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), le registre central Cochrane des essais contrôlés (CENTRAL), la base de données des revues systématiques Cochrane (CDSR), EMBASE, MEDLINE, MEDLINE in Process, PsycINFO et ERIC (pour la troisième question de recherche uniquement). En plus de cette recherche systématique, il a été demandé aux membres du comité d'experts d'examiner des bibliothèques personnelles à la recherche d'articles clés non relevés par les modes de recherche indiqués ci-dessus. Ces articles ont été soumis au même processus de sélection que les articles extraits des bases de données (voir la **figure 4**).

Pour en savoir plus sur la stratégie de recherche des quatre revues systématiques, les critères d'inclusion et d'exclusion et les termes de recherche, consultez la page Web <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>.

Une fois les articles trouvés, ils ont été répartis entre deux associées de recherche en soins infirmiers de l'AIIAO et la responsable de l'élaboration de la ligne directrice de l'AIIAO, toutes infirmières titulaires d'une maîtrise. Les associées de recherche en soins infirmiers de l'AIIAO et la responsable de l'élaboration de la ligne directrice de l'AIIAO ont évalué de manière indépendante l'admissibilité des études en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion préétablis. La sélection a été effectuée de manière indépendante par au moins deux examinatrices et toute divergence entre leurs résultats a fait l'objet d'une contre-expertise par la troisième examinatrice.

Les scores d'appréciation de la qualité de 26 articles (soit un échantillon aléatoire de 20 % du total des articles) ont été évalués de manière indépendante par chaque associée de recherche en soins infirmiers. Une concordance interévaluatrice acceptable (κ , $K = 0,88$) a justifié l'appréciation de la qualité et l'extraction de données en divisant les études restantes de manière égale entre les deux associées de recherche en soins infirmiers (176). Des résumés de recherche sur les conclusions de la littérature ont été complétés et utilisés pour décrire les résultats dans des récits. Des tableaux de données et des résumés de recherche complets ont été fournis à tous les membres du comité d'experts aux fins d'examen et de discussion.

Mises à jour de la revue systématique de la littérature

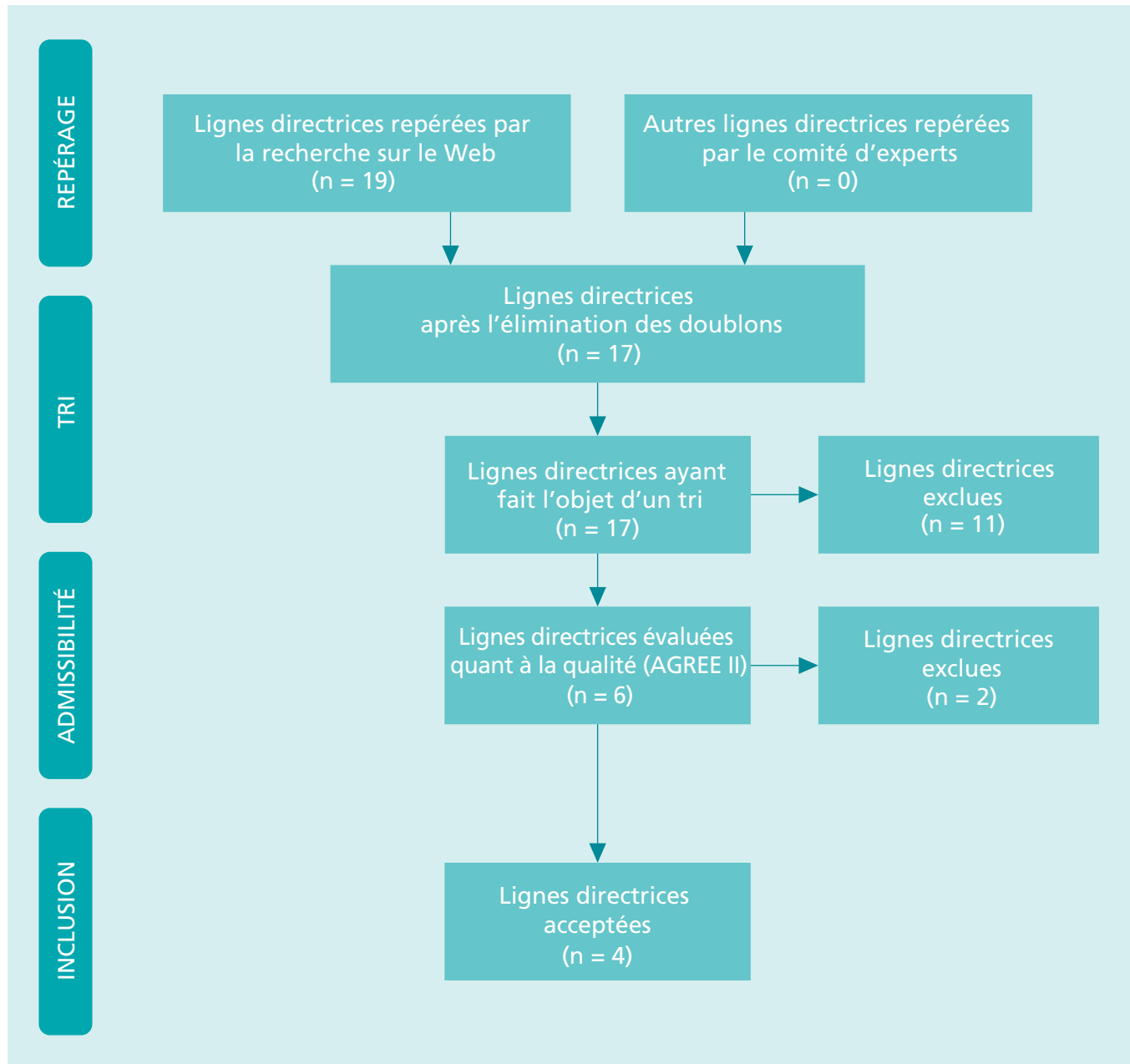
Avant la publication, la revue systématique qui a permis de formuler les recommandations relatives à la pratique de la présente ligne directrice a été mise à jour. L'objectif de cette mise à jour est de s'assurer de l'intégration à la présente ligne directrice de toute recherche pertinente, publiée à partir de 2015, soutenant ou contredisant les recommandations relatives à la pratique existantes. Une recherche d'articles pertinents en anglais publiés entre le 1^{er} mai 2015 et le 14 juillet 2017 a été effectuée dans les bases de données suivantes : CINAHL, MEDLINE et la Bibliothèque Cochrane. Un total de 347 articles ont été trouvés, parmi lesquels 333 ont été conservés, après élimination des doublons. Les 333 articles ont été analysés par l'une des associées de recherche en soins infirmiers et la responsable de l'élaboration de la ligne directrice. Vingt-cinq recherches plein texte ont été approuvées et examinées par l'associée de recherche en soins infirmiers et la responsable de l'élaboration de la ligne directrice. Quinze articles ont été inclus dans la mise à jour de la revue systématique, dont la qualité a été évaluée par une associée de recherche en soins infirmiers. Au total, huit études de qualité élevée et moyenne ont été incluses dans la ligne directrice (voir la **figure 5**). Les articles inclus ont contribué à soutenir les recommandations relatives à la pratique incorporées dans la présente ligne directrice et sont intégrés aux discussions pertinentes sur les données probantes.

À la suite de cette mise à jour initiale et avant la publication, les revues systématiques qui ont permis de formuler les recommandations relatives à la pratique, à la formation et aux établissements et au système de santé dans le cadre de cette ligne directrice ont été mises à jour. Le but de cette deuxième édition est de s'assurer que toutes les recherches pertinentes soutenant ou contredisant les recommandations existantes sur la dépression périnatale, publiées au cours des cinq dernières années, sont intégrées à la ligne directrice. Une recherche d'articles pertinents en anglais publiés entre janvier 2013 et juillet 2018 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), le registre central Cochrane des essais contrôlés (CENTRAL), la base de données des revues systématiques Cochrane (CDSR), EMBASE, MEDLINE, MEDLINE in Process, PsycINFO et ERIC (pour la troisième question de recherche uniquement). Un total de 23 664 articles ont été trouvés, parmi lesquels 17 894 ont été conservés, après élimination des doublons. Les 17 894 articles ont été analysés par l'une des associées de recherche en soins infirmiers et la responsable de l'élaboration de la ligne directrice. De là, 371 recherches recherches plein texte ont été approuvées et examinées par l'associée de recherche en soins infirmiers et la responsable de l'élaboration de la ligne directrice, puis 35 articles ont été inclus dans la mise à jour de la revue systématique, dont la qualité a été évaluée par les deux associées de recherche en soins infirmiers. Au total, 16 études provenant de cette mise à jour ont été incluses dans la ligne directrice (voir la **figure 5**). Les études les moins probantes ont été incluses uniquement lorsque les résultats présentaient un intérêt. Les articles inclus ont contribué à soutenir les recommandations actuelles dans la ligne directrice et sont intégrés dans les discussions pertinentes sur les données probantes.

Un organigramme détaillé sur l'inclusion et l'exclusion des articles dans le cadre de la mise à jour de la revue systématique, ainsi qu'une bibliographie complète des articles en texte intégral ayant été inclus d'après les recherches menées en 2015, 2017 et 2018, sont disponibles à l'adresse <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>.



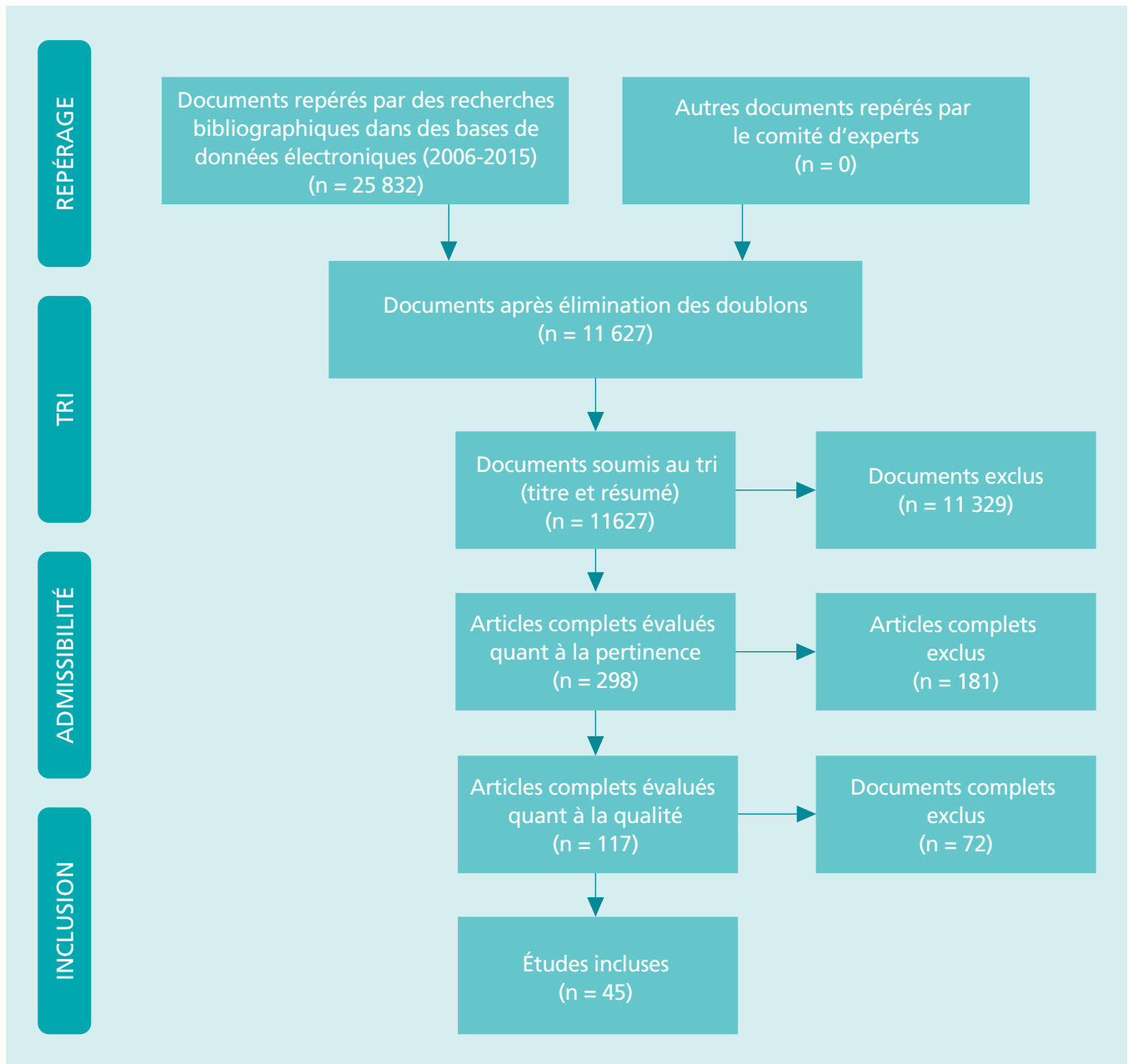
Figure 3 : Organigramme du processus d'examen des lignes directrices



Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIO : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009, 339 : b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

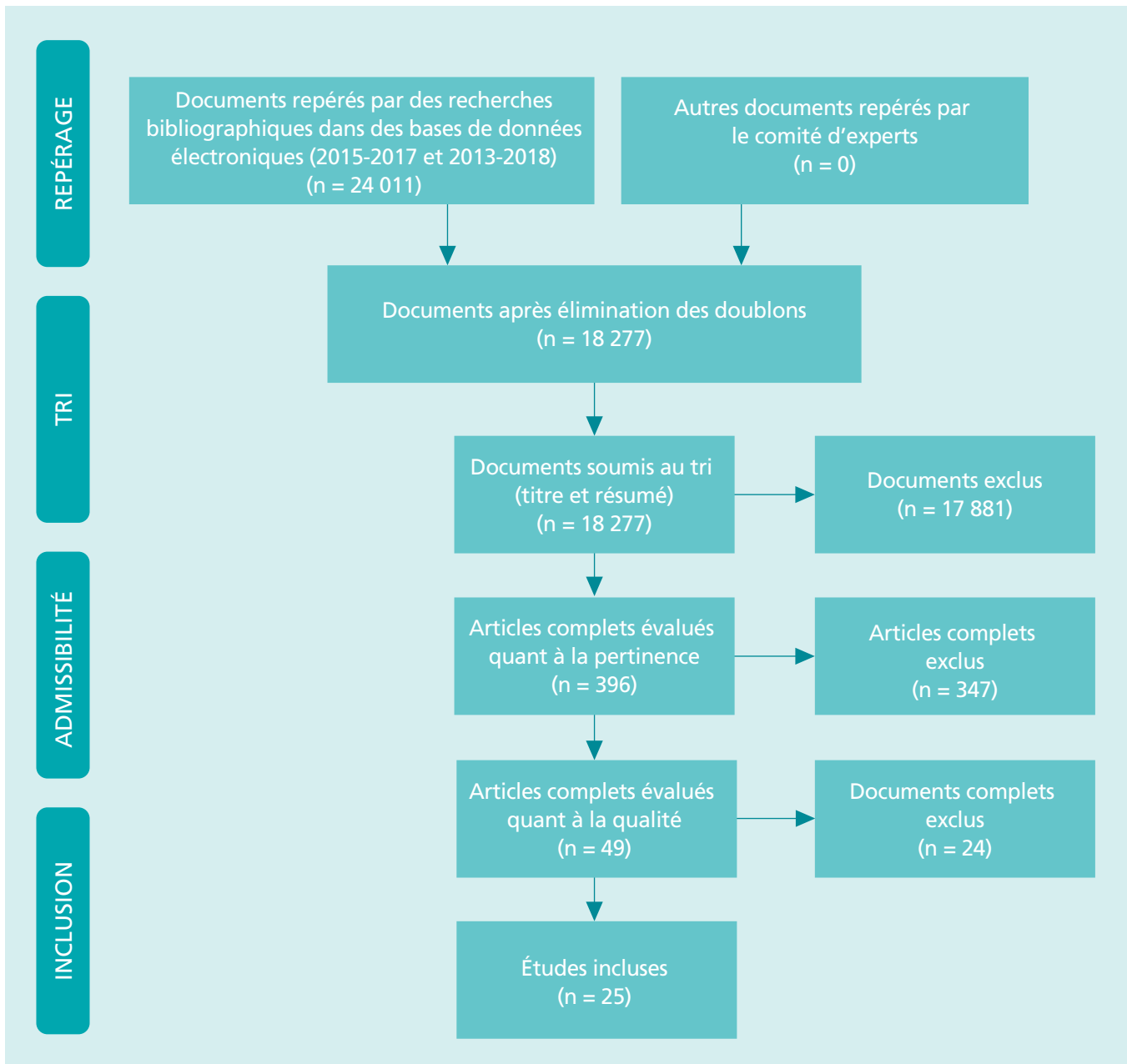
Les lignes directrices incluses avaient obtenu une note AGREE II de cinq ou plus (sur sept).

Figure 4 : Organigramme du processus d'examen des articles



Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009; 339 : b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figure 5 : Organigramme du processus d'examen des articles



Source : Adaptation par le comité d'experts de l'AIIAO : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et coll. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009, 339 : b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Annexe D : Diversité des personnes atteintes de dépression périnatale

Lors de la prise en charge de personnes souffrant de dépression périnatale, il est important de tenir compte des circonstances et de la situation propres à chacune, capables de déterminer les besoins de la personne en matière d'aides et de services. Dans cette section, les divers besoins des personnes atteintes de dépression pendant et après la grossesse sont mis en évidence. Les sous-groupes suivants, classés par ordre alphabétique, comprennent les adolescentes, les immigrantes, les parents adoptifs, les personnes allaitantes, les personnes incarcérées, les personnes lesbiennes et bisexuelles, les personnes ayant des antécédents de consommation de substances, les personnes à faible revenu, les personnes présentant un handicap, les personnes transgenres, les personnes ayant connu des antécédents de violence, les peuples autochtones et les réfugiées. Les considérations culturelles et la dépression périnatale chez les hommes sont également mises en évidence.

Adolescentes

Les études sur la dépression périnatale chez les adolescentes sont limitées (177). Néanmoins, la dépression périnatale est assez courante avec une prévalence rapportée se situant entre 14 à 53 % (selon la population étudiée) (30, 177-178). Les taux élevés de dépression sont associés à de nombreux facteurs de risque, comme l'indique le **tableau 12**. Le tableau dresse également une liste de facteurs de protection qui réduisent le risque de dépression.

Avec une prévalence élevée et des conséquences néfastes pour la personne et son bébé, y compris un risque multiplié par trois de tentatives de suicide pendant le post-partum par rapport à la grossesse (20 % contre 6,3 %), les interventions sont primordiales (179). Un dépistage pendant au moins un an après l'accouchement est recommandé puisque la dépression chez les adolescentes surviendrait environ quatre mois après l'accouchement (177). Étant donné que l'EPDS ne convient pas à la population adolescente, d'autres outils de dépistage plus simples doivent être utilisés pour évaluer le désespoir, la tristesse ou le manque de plaisir ou d'intérêt au quotidien (180).

Parmi les interventions efficaces relevées dans les données probantes, citons 1) la prestation de soins coordonnés à domicile par des membres de l'équipe interprofessionnelle, comme des psychothérapeutes, des travailleurs sociaux, des psychiatres et des sages-femmes (180); et 2) le soutien en milieu scolaire d'une infirmière et les arrangements mis en place pour permettre à l'adolescente de manquer l'école pour honorer ses rendez-vous médicaux (181). Une autre étude a révélé que la pratique hebdomadaire d'une activité physique au troisième trimestre était associée à une réduction des symptômes de dépression au début du post-partum (182).

Pour les adolescentes, une infirmière scolaire ou une infirmière travaillant dans un centre communautaire (le cas échéant) est une personne-ressource précieuse qui apporte du soutien à la personne et lui présente les ressources locales sur la dépression périnatale, y compris le soutien par les pairs (30, 177-178, 183). L'infirmière peut également aider le jeune parent à poursuivre sa scolarité. Étant donné la forte prévalence de la dépression périnatale chez les adolescentes, il est important que l'infirmière dépiste et reconnaisse tout signe ou symptôme de dépression. Pour en savoir plus sur le rôle du personnel infirmier et les compétences requises pour soutenir la santé mentale des adolescentes, consultez le document de l'AIIAO intitulé *Enhancing Health Adolescent Development*, disponible à l'adresse <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/enhancing-healthy-adolescent-development>.

Tableau 12 : Facteurs de risque et de protection de la dépression périnatale chez les adolescentes

FACTEURS DE RISQUE	FACTEURS DE PROTECTION
<ul style="list-style-type: none"> ■ Jeune au moment de la grossesse et de la naissance* ■ Bénéficiaire de l'aide sociale* ■ Arrêt de la scolarité* ■ Manque de soutien familial ■ Manque perçu de soutien de l'entourage ou isolement par les pairs ■ Faible estime de soi ■ Répulsion physique ■ Statut socio-économique modeste ■ Conflit avec le père du bébé (le cas échéant) ■ Solitude ou manque de confiance autodéclarés ■ Niveaux de stress élevés ■ Antécédents de dépression ou d'anxiété avant ou pendant la grossesse ■ Dépendance et maladies mentales, y compris l'anxiété, ou troubles bipolaires ou alimentaires 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soutien parental ■ Soutien et implication du père du bébé, notamment à l'approche de la date d'accouchement (le cas échéant) ■ Suivi et soutien d'une infirmière ou d'un autre membre de l'équipe interprofessionnelle ■ Connaissance des ressources locales et des soutiens sociaux à disposition ■ Dépistage de la dépression périnatale ■ Confiance en soi à l'idée de devenir parent

Sources : Banti S, Borri C, Camilleri V et coll. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature. Ital J Psychopath. 2009, 15(4) : pp. 351 à 366; Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers, J Psychosom Obstet Gynecol. 2017, 2 : pp. 1 à 8; Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. J Pediatr Health Care. 2007, 21(5) : pp. 289 à 298; et Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010, 23(3) : pp. 172 à 178.

* Ces facteurs de risque n'ont pas été jugés prédictifs de la dépression périnatale chez les adolescentes (177-178, 183).

Immigrantes

Un examen systématique portant sur la dépression post-partum chez les immigrantes a révélé une prévalence de 20 %, soit une probabilité 1,5 à 2 fois supérieure à celle des femmes non immigrantes (33). Les femmes immigrantes étaient davantage à risque du fait qu'elles s'étaient établies au pays moins de dix ans auparavant et avaient une mauvaise maîtrise de la langue locale, un statut socio-économique modeste, un pouvoir de décision faible au sein du ménage ou avaient subi des violences et des abus de la part de leur partenaire. Parmi les autres facteurs de risque associés à la dépression post-partum chez les immigrantes, citons la stigmatisation, les conflits familiaux, la dépendance économique, la jeunesse et un manque d'intérêt pour se soigner (185, 190).

Parents adoptifs

Il existe peu d'études sur la prévalence de la dépression post-partum chez les parents qui ont adopté. Une étude quasi expérimentale a interrogé des mères qui avaient adopté un enfant (de deux ans en moyenne) au cours des douze derniers mois (184). Les résultats indiquent que les mères adoptives présentent des symptômes de dépression aussi graves que ceux des mères biologiques. Le risque de dépression post-partum chez les mères adoptives peut être accru en raison de problèmes

d'infertilité, de troubles psychologiques antérieurs et d'une détérioration dans le couple (184). Le dépistage de la dépression post-partum est indiqué pour les mères adoptives afin de mettre en place une évaluation et un traitement précoces, le cas échéant.

Personnes allaitantes

Les données probantes sur le rapport entre la prévalence de l'allaitement maternel, la durée de l'allaitement et la dépression post-partum sont incohérentes (185-187). Certaines études ont révélé que les personnes atteintes de dépression présentaient des taux plus faibles en matière de prévalence, de durée et de démarrage de l'allaitement (185, 187-188). À l'inverse, une autre étude a révélé que les tentatives d'allaitement et la durée de l'allaitement n'étaient pas associées à la dépression post-partum, et que toute association précédemment signalée entre ces variables pouvait être due à d'autres facteurs de risque (186). L'allaitement peut également prévenir la dépression post-partum en raison des effets apaisants de la prolactine et de l'ocytocine, et de la réduction du cortisol, responsable du stress (188).

Pour accompagner au mieux les personnes présentant des symptômes de dépression modérés à sévères qui envisagent un traitement pharmacologique, les risques et les avantages doivent être minutieusement examinés pour permettre une prise de décision éclairée. La décision concernant la prise de médicaments et le démarrage ou la poursuite de l'allaitement maternel dépend, entre autres, du ressenti de la personne par rapport à l'allaitement et de la gravité de ses symptômes de dépression (187). Toutes les possibilités doivent être explorées, y compris i) la contamination du lait maternel par le traitement pharmacologique utilisé pour traiter la dépression post-partum, ii) le refus de prendre un traitement pharmacologique, ou iii) l'envie d'arrêter le traitement pharmacologique en place (187). Lors de la présentation de ces options, il convient de rappeler que la plupart des médicaments prescrits pour traiter la dépression post-partum sont considérés sans risque pour l'allaitement, puisque la dose qu'ingère le nourrisson dans le lait maternel est inférieure à 10 % de la dose maternelle ajustée au poids, entraînant une exposition faible à très faible pour le nourrisson (189). Néanmoins, l'avis de la personne doit être pris en compte et respecté lors de sa prise de décision. Bien que les avantages de l'allaitement sur la santé mentale et la relation parent-enfant soient nombreux, les personnes doivent être soutenues dans leur choix concernant le mode d'alimentation de leur enfant, y compris en cas de sevrage partiel ou complet (187-188).

Pour en savoir plus sur l'allaitement maternel et la dépression, consultez la ligne directrice de l'AIIAO intitulée *Allaitement maternel – Promouvoir et soutenir l'initiation, l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants*, disponible à l'adresse https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/breast_feeding_BPG_web_final_FR_HR_0.pdf.

Personnes incarcérées

Pendant et après la grossesse, les personnes incarcérées courent un risque accru de dépression périnatale en raison d'inégalités sociales telles l'itinérance, la toxicomanie, la violence répétée pendant l'enfance ou à l'âge adulte, ou la pauvreté (191). Entre 8 et 10 % des détenues sont enceintes et la plupart ont commis des crimes non violents souvent motivés par la toxicomanie ou la pauvreté (191-192). Une étude a révélé que 80 % des détenues enceintes souffraient de dépression et étaient isolées socialement, avec peu ou pas de soutien de la famille ou des amis (192).

De nombreuses personnes incarcérées ne reçoivent aucun aménagement pour les accompagner dans leur grossesse, comme la distribution supplémentaire de fruits et de légumes, la prescription de vitamines prénatales, la fourniture d'un deuxième matelas ou l'accès à des cours de préparation à la naissance (191). Les personnes incarcérées peuvent ne pas être préparées sur le plan affectif ou juridique à perdre la garde temporaire ou permanente de leur enfant, à moins qu'une unité parents-enfants ne soit disponible au sein de l'établissement (191). Il est possible que les politiques sur les aménagements pour les détenues enceintes n'existent pas ou ne soient pas appliquées, ce qui les expose davantage à la dépression (193).

Le personnel infirmier qui travaillent dans les établissements correctionnels peuvent accompagner les détenues enceintes de la manière suivante :

- Dépister la dépression et les facteurs de risque associés lors des soins de routine;
- Adresser la personne à des fournisseurs de soins prénatals : médecin spécialiste en obstétrique, sage-femme, personnel infirmier praticien, médecin de famille, diététiste, consultante en lactation et travailleur social ou travailleuse sociale;

- Plaider pour la non-utilisation de matériel de contrainte ou de menottes pendant le travail afin de réduire le risque de dépression ou de traumatisme (191).

Après l'accouchement, le personnel infirmier peut préconiser ou proposer les stratégies suivantes :

- Fournir un soutien social;
- Mettre à disposition le matériel nécessaire au tirage du lait maternel (sur demande);
- Soutenir les droits des personnes incarcérées en agissant en leur nom et défendre la justice sociale en fournissant ou en facilitant l'accès à des traitements pour soigner la dépression périnatale, le cas échéant (191).

Une discussion plus approfondie sur les pratiques exemplaires dans les unités mère-enfant des établissements correctionnels canadiens est disponible à l'adresse https://icclr.law.ubc.ca/wpcontent/uploads/2017/06/Guidelines_MCU_26AUG2015.pdf

Personnes lesbiennes et bisexuelles

Les recherches sur la dépression périnatale et ses indicateurs chez les personnes lesbiennes et bisexuelles sont assez récentes (198-200). Certaines données indiquent une prévalence plus élevée de dépression périnatale chez les personnes lesbiennes et bisexuelles que chez les personnes hétérosexuelles et le besoin d'un suivi en santé mentale réalisé par des professionnels de la santé qualifiés, capables de leur offrir des soins inclusifs et non discriminants (201). Il convient notamment de reconnaître les facteurs de risque uniques découlant de l'homophobie et de la biphobie et la façon dont les personnes lesbiennes et bisexuelles ont des besoins à la fois similaires et différents des personnes hétérosexuelles. Voici d'autres exemples de manières d'agir positives :

- Ne pas faire comme si la personne est hétérosexuelle;
- Connaître la façon dont les personnes lesbiennes et bisexuelles nouent des relations et deviennent parents;
- Connaître les ressources locales et nationales qui soutiennent les personnes lesbiennes et bisexuelles dans la parentalité;
- Chercher à créer un environnement inclusif en adaptant, par exemple, les formulaires qui reconnaissent les partenaires de même sexe et incluent l'orientation sexuelle et l'expression de genre dans l'énoncé de mission et la politique de lutte contre la discrimination de votre établissement (201).

Personnes ayant des antécédents de consommation de substances

Les personnes qui consomment des substances pendant la période périnatale, ou qui en ont consommé dans le passé, ont un risque accru de dépression prénatale et post-partum (202). Les personnes enceintes qui consomment de l'alcool ont également une probabilité élevée de dépression post-partum, bien que les recherches sur la relation entre la consommation de substances et la dépression soient limitées (208).

La grossesse peut aggraver davantage les symptômes de la maladie mentale, en particulier la dépression prénatale, du fait que ces personnes peuvent avoir de la difficulté à faire face à l'inconfort physique de la grossesse, à la stigmatisation sociale liée à la consommation de substances et à l'ambivalence concernant la grossesse et la parentalité (207). Une revue systématique axée sur les personnes en période de post-partum qui consomment des substances a révélé des taux élevés de symptômes de dépression (202).

Pour les personnes qui cumulent dépression périnatale et toxicomanie, le parcours de soins doit être coordonné et intégrer les problèmes de santé mentale, la toxicomanie et les traumatismes (207-208). Pour les personnes enceintes ou en post-partum ayant des antécédents de consommation de substances, il est important d'évaluer la dépression périnatale et d'intervenir, sans quoi une absence de traitement aurait des effets néfastes sur la santé de la personne et de l'enfant (207-208). Retrouvez plus d'information sur les interventions d'urgence, tenant compte des traumatismes, dans la LDPE de l'AIIAO intitulée *Crisis Intervention for Adults Using a Trauma-informed Approach: Initial Four Weeks of Management* (2017), disponible à l'adresse http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Crisis_Intervention_FINAL_WEB_April6.pdf.

Personnes à faible revenu

Les personnes à faible revenu ou vivant dans la pauvreté ont un risque considérablement accru de dépression périnatale en raison des injustices sociales qui les touchent. Les taux de dépression prénatale sont deux fois plus élevés que ceux des personnes de la classe moyenne (9-10, 90, 143). De plus, les personnes défavorisées sur le plan socio-économique font face à de multiples obstacles pour accéder aux traitements, notamment : obstacles matériels (coût, absence d'assurance maladie, garde d'enfants, transport, temps limité, clinique inaccessible ou priorités concurrentes); obstacles culturels (langue, insensibilité des fournisseurs aux valeurs culturelles, modes d'adaptation [p. ex., spiritualité] et croyances sur la dépression); et obstacles psychologiques (expériences négatives avec les services ou sentiment de méfiance à l'égard des autres en raison d'antécédents de violence pendant l'enfance ou à l'âge adulte) (143). Les personnes confrontées à ces obstacles peuvent, par conséquent, être réticentes à rechercher ou à poursuivre un traitement (143).

Les revenus faibles et la pauvreté sont de puissants facteurs prédictifs de la dépression (9). Les effets néfastes de la dépression périnatale pour la personne, son enfant et sa famille sont élevés en raison de facteurs de stress dus à des revenus insuffisants pour couvrir le logement, la nourriture et l'achat de biens matériels. Les personnes peuvent également présenter d'autres facteurs de risque de dépression (p. ex., antécédents de traumatisme, de violence conjugale ou de discrimination) qui augmentent encore le risque de dépression et de disparités en matière de santé (90).

La dépression périnatale chez les personnes à faible revenu peut passer inaperçue (9, 90). Les visites prénatales ou post-partum peuvent être manquées en raison des coûts liés au transport ou à la garde des enfants, par exemple. Pour les mêmes raisons, les personnes dépistées positivement à la dépression périnatale peuvent ne pas assister aux visites de suivi et recevoir le traitement indiqué. Le diagnostic de dépression périnatale peut les amener à craindre d'être stigmatisées ou discriminées.

Les outils de dépistage de la dépression périnatale se concentrent uniquement sur les symptômes de la dépression, et sont donc limités pour les personnes subissant des injustices sociales (p. ex., faible revenu) (9). En effet, ces outils n'intègrent pas certains facteurs pourtant pertinents, comme les injustices sociales, pour déterminer le risque de dépression. Pour les personnes confrontées à des inégalités sociales, un dépistage qui tient compte des facteurs de risque et des obstacles connexes, comme les revenus faibles, doit être envisagé. Des approches de soins globales pour soigner la dépression périnatale doivent être mises en place, en tenant compte des besoins complexes de la personne. Les aides et les services en santé mentale multifactoriels offerts de manière proactive et en collaboration avec la personne permettent de répondre au mieux à ses besoins et d'éliminer les obstacles qui l'empêchent d'accéder aux soins (9). Par exemple, en plus des aides et des services en santé mentale pour traiter la dépression, des bons alimentaires, des billets d'autobus, un service de garde d'enfants sur place, la défense des droits et du soutien peuvent être proposés (9).

Personnes handicapées

Les données probantes sur la dépression post-partum chez les personnes présentant un handicap physique, mental ou affectif autodéclaré sont très limitées (205). La prévention, le dépistage fréquent et la prise en charge rapide sont reconnus comme étant importants pour la santé et le bien-être émotionnel de ces personnes en raison du risque accru de symptômes de dépression (205-206). Une étude américaine sur la prévalence de la dépression chez les personnes handicapées et non handicapées a révélé que les personnes handicapées présentaient un risque beaucoup plus élevé de dépression post-partum (205). Ces personnes étaient également plus susceptibles d'avoir un soutien social limité, de vivre avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté fédéral, d'être victimes de violence physique pendant la grossesse, d'être fortement exposées au stress et de connaître des complications médicales.

Personnes transgenres

Les personnes transgenres sont celles dont l'identité ou l'expression de genre ne correspond pas à leur attribution de genre à la naissance et qui s'identifient comme non binaires (c'est-à-dire ni homme ni femme) (4). Les personnes transgenres peuvent présenter un risque plus élevé de dépression périnatale en raison de leur contexte social unique en tant qu'individus et en tant que parents (4). Les symptômes de la dépression peuvent s'aggraver avec la stigmatisation persistante, la transphobie, la discrimination, le jugement, l'intimidation ou d'autres formes d'oppression pendant ou après la grossesse (4, 211). Ces facteurs de risque indiquent un besoin de dépistage et de traitement (4). Le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent

rester vigilants face au risque accru de dépression et de suicide chez les personnes transgenres en raison notamment du manque de soutien social, de la discrimination, des agressions, de la solitude et du manque de fournisseurs de soins de santé formés pour les accompagner (211).

Personnes ayant connu des antécédents de violence

Malgré une prévalence élevée dans la population générale, il existe peu d'études qui examinent la relation entre les personnes ayant connu des antécédents de violence et la dépression périnatale. De plus, les résultats sont incohérents (202). Par exemple, une revue systématique de la littérature a montré une prévalence élevée de la dépression post-partum chez les personnes ayant des antécédents de violence (202). Les violences physiques, affectives, sexuelles et conjugales étaient étudiées. L'accompagnement vers l'autonomie s'est avéré être une stratégie efficace pour réduire les symptômes de la dépression prénatale chez les personnes victimes de violence psychologique dans le passé (202). À l'inverse, une étude prospective de 2016 n'a trouvé aucun lien probant entre les personnes ayant vécu des traumatismes et la dépression post-partum lorsque les symptômes étaient évalués 12 et 24 semaines après la naissance (203). Les chercheurs ont conclu que l'apparition de symptômes de dépression avant ou pendant la grossesse représentait un facteur de risque accru de dépression post-partum. Les symptômes de la dépression périnatale étaient fortement associés aux antécédents de violence conjugale, sans qu'une relation de cause à effet n'ait pu être déterminée (204). Les personnes présentant une dépression probable (c'est-à-dire des symptômes de dépression graves selon l'EPDS) avaient une probabilité trois à cinq fois plus élevée d'avoir des antécédents de violence conjugale à l'âge adulte et pendant la grossesse. Les chercheurs ont conclu que la violence conjugale, comme la dépression post-partum, est un problème de santé publique comportant des risques pour la personne, le fœtus, le nourrisson et les autres enfants (le cas échéant). Il est donc primordial de déceler les personnes victimes ou menacées de violence conjugale et de réagir de manière appropriée.

Retrouvez plus d'information sur les violences faites aux femmes dans la LDPE de l'AIIAO intitulée *La violence faite aux femmes : Dépistage, identification et intervention initiale* (2012), disponible à l'adresse https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/WOMAN_ABUSE_BPG-Sup_FR1.pdf.

Peuples autochtones

Il existe peu de données probantes sur les peuples autochtones et la dépression périnatale (194). Les données indiquent que la dépression périnatale est courante chez les femmes autochtones au Canada, la prévalence se situant entre 17 et 47 % pendant la grossesse et entre 10 et 30 % pendant le post-partum (194). Le risque de dépression est d'autant plus élevé que les femmes autochtones ont 1,5 fois plus d'enfants que les femmes du reste de la population.

Il est important de contextualiser la dépression périnatale chez les femmes autochtones en tant que problème majeur de santé publique (194-195). Les peuples autochtones font face à des défis uniques, avec des facteurs complexes, croisés et multifactoriels (194-195). Parmi eux, citons le racisme systémique, le sexisme, la marginalisation, la pauvreté, les abus et la transmission intergénérationnelle des traumatismes liés à la colonisation (ayant conduit à l'éradication des pratiques traditionnelles) (194-195). Certaines femmes autochtones sont forcées d'accoucher en dehors de leur communauté et, par conséquent, privées de soutien socioculturel et familial (194-195). L'exclusion, l'isolement et le manque d'accès aux services et aux ressources les exposent davantage à la dépression périnatale (194-195).

Bien que les facteurs de risque de la dépression périnatale chez les femmes autochtones soient nombreux, il existe également des facteurs de protection positifs qui renforcent leur résilience et peuvent prévenir la dépression (196). Parmi eux :

1. L'importance d'un esprit sain dans un corps sain, grâce à la spiritualité et la prière, et à la mise en place de stratégies pour lutter contre le stress;
2. Des relations saines avec le partenaire, les membres de la famille, la communauté et les fournisseurs de services. Cela comprend le soutien affectif et matériel;
3. Un environnement physique et social sain dans lequel la personne se sent en sécurité grâce à un accès facile aux ressources;
4. Des services faciles d'accès, efficaces et culturellement sûrs qui répondent aux besoins de la personne, la respectent et l'accompagnent vers l'autonomie.

La prestation de soins aux femmes autochtones atteintes de dépression périnatale exige que le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle possèdent une bonne connaissance des déterminants sociaux de la santé ainsi que des compétences en **humilité culturelle**^G et en **sécurisation culturelle**^G (158). Pour cela, les professionnels de la santé doivent chercher à comprendre leurs besoins spécifiques et mener une introspection afin d'éviter les disparités en matière de santé, de collaborer avec la personne et de rendre les soins accessibles (197). La recherche scientifique a tendance à regrouper l'ensemble des peuples autochtones. Une meilleure compréhension des besoins culturels de chaque groupe serait pourtant nécessaire (194). Une liste limitée de ressources sur la dépression périnatale pour les femmes autochtones se trouve dans l'**Annexe L (Autres ressources)**.

Réfugiées

Comparativement aux femmes nées au Canada, les réfugiées présentent un risque considérablement plus élevé de souffrir de dépression post-partum (209). Une **étude de cohorte**^G prospective a révélé une prévalence de 11 % chez les réfugiées présentant des symptômes de dépression post-partum, juste derrière les demandeuses d'asile (209). Après l'accouchement, les réfugiées présentaient des facteurs de risque supplémentaires de dépression, notamment en raison de violences ou de traumatismes, du déracinement, d'injustices sociales (p. ex., violences ou traumatismes, manque de soutien social en raison du déracinement) ou d'inégalités sociales (p. ex., insécurité alimentaire, discrimination ou accès limité aux soins de santé) (209-210). C'est pourquoi le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent systématiquement dépister les symptômes de dépression chez les réfugiées et plaider pour un meilleur accès aux soins de santé (209). Puisque le soutien social et le sentiment d'appartenance à une communauté sont considérés comme des facteurs de protection contre la dépression post-partum, le soutien psychosocial doit être encouragé.

Considérations culturelles

La dépression périnatale étant un problème de santé mentale mondial, une bonne compréhension de la culture est essentielle (212). La prévalence de la dépression périnatale varie considérablement selon les cultures, de 0 à 60 % (213). Des taux de prévalence très faibles sont affichés en Malaisie, à Malte, en Autriche et au Danemark (213) tandis que la prévalence de la dépression périnatale est plus élevée au Brésil, en Italie, au Chili, au Costa Rica et en Afrique du Sud (213). Dans l'ensemble, davantage de connaissances sont nécessaires pour mieux comprendre la prévalence, l'expérience et les besoins des personnes enceintes et en période de post-partum atteintes de dépression périnatale dans le monde.

Les symptômes de la dépression sont exprimés différemment selon les cultures, par la raison que la signification donnée à la dépression par les personnes et leur communauté varie (213). Par exemple, certaines cultures n'ont pas de mot pour désigner la dépression périnatale (214). Dans les cultures où les personnes sont réticentes à partager leurs symptômes, des seuils plus bas peuvent être utilisés lors du dépistage. Il est essentiel que l'outil de dépistage utilisé soit validé dans la langue parlée et lue par la personne (le cas échéant) (61, 213). Par exemple, l'EPDS a été traduit en plusieurs langues, comme le chinois, le néerlandais, le français et le pendjabi (215). Reportez-vous aux **Annexe I et J** pour obtenir respectivement les versions anglaise et française de cet outil de dépistage.

Bien que la dépression périnatale ait des caractéristiques similaires dans le monde, il peut y avoir des différences dans la perception et les expériences de la dépression selon la culture (208, 216). La culture peut façonner la façon dont les rôles, le soutien communautaire et les rituels sont définis ainsi que le statut et l'importance accordés à la santé mentale (216). Le lien entre la dépression périnatale et les facteurs culturels peuvent atténuer, neutraliser ou augmenter le risque (212). Par exemple, les personnes originaires de pays en voie de développement, dans lesquels les problèmes psychologiques sont souvent ignorés, ne cherchent généralement pas à se faire soigner (216).

Dans les cultures traditionnelles, définies dans les données probantes comme celles où la reproduction est fondamentale et où la parentalité octroie un statut à la personne, la maladie mentale et la dépression périnatale peuvent être mal acceptées et les taux de prévalence déclarés faibles (217). Les cultures traditionnelles peuvent prévenir les symptômes de la dépression périnatale en raison de l'importance de la foi et de la pratique religieuse ou de rôles sociaux clairement établis au sein de la famille et de la communauté (212, 216). Néanmoins, des liens étroits au sein de la famille et de la communauté peuvent également exacerber les symptômes de la dépression dans les cas où les personnes éprouvent de la honte ou de la culpabilité ou se sentent incompetents dans leur rôle de parent (212).

Les sociétés occidentales ont tendance à promouvoir l'individualité, avec pour conséquences chez les personnes enceintes et en post-partum un isolement social lié à l'urbanisation et à la fragmentation des familles (216). Les personnes présentent alors un risque accru de dépression (216). Un détournement de l'attention sur le nourrisson est également un facteur de risque lié à la culture occidentale.

En réponse, il est important que le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle s'imprègnent de la culture de la personne pour en tenir compte dans leurs propositions de traitement (212). Les personnes, leurs familles et leurs communautés doivent savoir que la dépression périnatale existe et que les facteurs culturels peuvent compliquer ou faciliter le traitement de la dépression périnatale. Cette prise de conscience peut aider les personnes, en particulier celles dont la prévalence est faible dans les cultures traditionnelles, à se sentir soutenues pour faire appel aux aides et aux services disponibles pour soigner la dépression périnatale (212). Discuter des symptômes de la dépression peut contribuer à présenter la dépression périnatale comme un problème de santé grave (216).

Dépression périnatale chez les hommes

Les hommes peuvent également souffrir de dépression conjugale ou paternelle pendant la période périnatale (218). La prévalence estimée est de 10 %, bien que ce chiffre semble sous-estimé. En effet, d'autres sources font état d'une prévalence allant jusqu'à 25 % (218-219). Parmi les facteurs prédictifs les plus importants de la dépression paternelle, citons la dépression périnatale du partenaire ou les antécédents personnels de dépression ou d'anxiété. D'autres facteurs de risque ont été déterminés, comme le chômage, le manque de soutien social, l'âge avancé, le stress lié à l'état financier, le décalage entre les attentes et les réalités parentales et le sentiment d'exclusion lié à la relation parent-enfant de l'autre partenaire. La dépression paternelle a pour conséquence une relation négative avec le partenaire, le nourrisson et les autres enfants, le cas échéant. Le rendement au travail peut également être affecté (218-219).

L'EPDS est reconnu comme un outil de dépistage approprié pour la dépression paternelle, avec un seuil moins élevé que pour les femmes, en raison des différences de symptômes entre les hommes et les femmes. Par exemple, les pères avouent peu pleurer, ce qui a pour effet de réduire leurs scores à l'EPDS (218-219).

Parmi les signes et les symptômes de la dépression paternelle, citons une probabilité plus élevée de donner une fessée à l'enfant, de consommer de l'alcool ou de la drogue, d'exprimer de la colère et du cynisme et de ressentir des symptômes somatiques, comme des maux de tête, de l'insomnie ou des nausées (218-219).

Au-delà du dépistage, la prévention et la prise en charge sont indiquées selon les données probantes. La pédagogie et la participation à un groupe de soutien, animé par un homme, font partie des stratégies de prévention efficaces. La TCC, la thérapie de groupe et le soutien par les pairs sont autant d'interventions visant à traiter la dépression paternelle (218-219).

Les données probantes indiquent un besoin de reconnaissance, d'évaluation, de pédagogie (par des conseils anticipatifs), de prévention, de traitement et de réévaluation de la dépression paternelle (218-219). Le congé paternel payé et les services de santé mentale pour traiter la dépression paternelle sont également indiqués pour favoriser de meilleurs résultats pour le père et le reste du ménage (218-219).

À titre préventif, l'examen de la portée des initiatives de santé mentale adaptées aux pères lors du post-partum a permis de formuler les recommandations suivantes :

- Organiser ou faciliter l'accès à des séances post-partum destinées aux pères en tenant compte des horaires de travail, dans la mesure du possible, pour encourager la participation;
- Offrir des séances dédiées aux pères pour améliorer leur relation et créer un environnement qui favorise le soutien par les pairs;
- Offrir des séances pédagogiques informelles et pratiques en groupe, puisque les données probantes révèlent que les pères préfèrent ce cadre d'apprentissage. Les soins aux nourrissons, les activités de réduction du stress et la promotion d'un mode de vie sain peuvent y être abordés;
- Promouvoir les ressources des pairs et les ressources en ligne, en particulier auprès des nouveaux pères (220).

Annexe E : Exemples d'outils de dépistage de la dépression périnatale

Les outils de dépistage de la dépression périnatale qui se trouvent dans le **tableau 13** font partie de ceux que la science a mis à l'essai, bien que cette liste ne soit pas exhaustive. Le tableau présente une description de chaque élément de dépistage et précise s'il est propre à la dépression périnatale.

Les composantes des outils de dépistage de la dépression périnatale varient (56). De nombreux outils de dépistage présentent des énoncés reflétant différents signes ou symptômes de dépression que les personnes sont invitées à classer. Par exemple, l'EPDS peut être utilisé pour déterminer un risque accru de dépression et donne des exemples de symptômes psychologiques, comme la culpabilité, le désespoir, la tristesse, le manque de concentration, l'irritabilité, la perte d'intérêt pour les activités habituelles et les envies d'automutilation ou de suicide, ainsi que de symptômes physiques tels la fatigue et les changements d'appétit (56). Une synthèse des données probantes sur la dépression post-partum, comprenant une analyse de la valeur, a révélé que le recours à l'EPDS était bénéfique et entraînait une amélioration de la santé mentale par rapport au parcours de grossesse classique, bien que toutes les études ne soient pas formelles sur ce point (59).

Les outils de dépistage aident le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle à obtenir des renseignements cliniques sur les éventuels symptômes de dépression de la personne. Ces renseignements détermineront si une évaluation et l'élaboration d'un programme de soins en collaboration avec la personne sont nécessaires. Il est important de noter que les outils de dépistage énumérés ne peuvent servir à eux seuls à établir un diagnostic. Si l'infirmière ou le membre de l'équipe interprofessionnelle connaît mal l'outil, le comité d'experts lui recommande de rechercher le soutien approprié au sein de son établissement ou de consulter un expert.

Tableau 13 : Exemples d'outils de dépistage de la dépression périnatale

OUTIL DE DÉPISTAGE	DESCRIPTION	PROPRE À LA DÉPRESSION PÉRINATALE?
<p><i>Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EPDS) (Cox, Holden, et Sagovsky, 1987)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Largement recommandée comme premier instrument de dépistage. ■ Instrument le plus utilisé pour le dépistage de la dépression périnatale. ■ Série de dix questions demandant au répondant d'évaluer ses symptômes affectifs au cours des sept derniers jours. ■ Peut être utilisée chez les femmes pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement. ■ Le score total reflète la probabilité de dépression, et non la gravité des symptômes. ■ Un score total de 9-10 indique une valeur prédictive positive (VPP) (c'est-à-dire la proportion de résultats positifs et négatifs dans les statistiques qui sont de vrais positifs et de vrais négatifs) de 9 à 64 % pour la dépression sévère tandis qu'un score total de 12-13 indique une VPP de 17 à 100 % (SIGN, 2012, p. 13). ■ Accessible gratuitement au grand public. ■ Rédigée pour être comprise par une personne ayant un niveau de 2^e secondaire. ■ Testée dans diverses cultures pour déterminer les seuils et les niveaux de sensibilité et de spécificité associés. ■ Traduite dans de nombreuses langues. ■ Comprend trois éléments – se blâmer inutilement; être soucieuse ou inquiète sans raison; se sentir effrayée et paniquée sans raison – considérés comme révélateurs de l'anxiété (Birmingham et coll., 2011). Ces mêmes éléments sont aussi révélateurs qu'un dépistage complet, avec une sensibilité à 100 % d'après les résultats récapitulatifs d'une étude transversale⁶ (54). ■ Consultez les Annexes I, J et K pour accéder à l'EPDS en anglais et en français et savoir comment administrer et interpréter l'outil. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OUI ■ Peut être utilisée pour dépister la dépression prénatale et post-partum

OUTIL DE DÉPISTAGE	DESCRIPTION	PROPRE À LA DÉPRESSION PÉRINATALE?
<i>Inventaire de dépression de Beck (BDI) (Beck, Steer et Brown, 1996)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil de dépistage composé de 21 énoncés pour évaluer les symptômes et leur gravité lors des deux semaines précédentes. ■ Les symptômes évalués sont classés selon l'intensité minimale, légère, modérée ou grave. ■ Outil validé. ■ Possède une sensibilité de 100 % qui permet de déceler les cas les plus à risque. ■ Payante. ■ Disponible en plusieurs langues, comme l'anglais, le chinois, l'allemand et le japonais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NON ■ Mesure les symptômes généraux de la dépression
<i>Centre for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Questionnaire structuré et autoadministré comprenant 20 énoncés et une échelle de Likert pour mesurer la fréquence des symptômes de dépression. ■ Couramment utilisée pendant la grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NON ■ Mesure les symptômes généraux de la dépression
<i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer et Williams, 2001).</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil de dépistage de la dépression validé avec une sensibilité et une spécificité élevées chez les femmes enceintes et en post-partum. ■ L'outil mesure la gravité des symptômes dépressifs selon l'échelle suivante : minimale (score de 1 à 4), légère (score de 5 à 9), modérée (score de 10 à 14), modérément sévère (score de 15 à 19) et sévère (score de 20 à 27). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NON ■ Mesure la gravité des symptômes de la dépression
<i>Postpartum Depression Screening Scale^{MC} (Beck et Gable, 2002)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Liste de 35 énoncés dans sept domaines différents (sommeil et appétit, anxiété et insécurité, labilité émotionnelle, perte d'estime de soi, troubles cognitifs, culpabilité et honte, et pensées suicidaires). ■ Une échelle réduite à sept énoncés est également disponible. ■ Un outil de dépistage efficace pour déterminer la dépression post-partum et la sévérité des symptômes. ■ Comprend des questions sur l'introspection (p ex, estime de soi, culpabilité et honte). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OUI ■ Exclusive à la dépression post-partum

OUTIL DE DÉPISTAGE	DESCRIPTION	PROPRE À LA DÉPRESSION PÉRINATALE?
<p><i>Échelle de Whooley (Whooley, Avins, Miranda, et Brownder, 1997)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisée comme première étape pour dépister la dépression périnatale. ■ Deux questions fermées (Oui/Non) pour dépister la dépression périnatale, avec une question supplémentaire (Question 3) dans le cas où la personne a répondu « Oui » à l'une des deux premières questions. ■ Question 1 : Au cours du dernier mois, avez-vous été souvent démoralisée, déprimée ou désespérée? ■ Question 2 : Au cours du dernier mois, avez-vous souvent eu peu d'intérêt ou pris peu de plaisir à faire les choses? <ul style="list-style-type: none"> □ Si la personne répond « Oui » à l'une ou l'autre de ces questions, la question ci-dessous peut lui être posée. ■ Question 3 : Est-ce quelque chose pour lequel vous pensez avoir besoin d'aide? ■ Présente une sensibilité élevée et une spécificité modérée. ■ Permet d'exclure tout risque de dépression pour les personnes qui répondent « Non » aux deux questions. ■ Entraîne un dépistage positif dès lors que la personne répond « Oui » à l'une des deux premières questions. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NON ■ Mesure les symptômes généraux de la dépression

Sources : Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987, 150 : pp 782 à 786; Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio (Tex.) : Psychological Corporation, 2009; Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol Measurement*. 1977, 1(3) : pp. 385 à 401; Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001, 16 : pp. 606 à 613; Beck C, Gable RK. *Postpartum Depression Screening Scale^{MC} (PDSS^{MC})*. Torrance (Calif.) : Western Psychological Services (WPS), 2002; Whooley MA, Avins AL, Miranda J et coll. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997, 12(7) : pp. 439 à 445.

Annexe F : Exemples d'outils d'évaluation de la dépression périnatale

Les exemples d'outils d'évaluation de la dépression périnatale montrent une efficacité variable (40, 56, 65). Ces outils ont été mis au point pour évaluer la présence de facteurs de risque psychosociaux chez les personnes enceintes associés à des troubles mentaux liés à la périnatalité, y compris la dépression (65). Cependant, les preuves ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité des outils d'évaluation sur le plan psychosocial dans l'évaluation de la dépression périnatale (40). Retrouvez des exemples d'outil d'évaluation dans le **tableau 14**.

Tableau 14 : Exemples d'outils d'évaluation de la dépression périnatale

OUTIL D'ÉVALUATION	DESCRIPTION	PROPRE À LA DÉPRESSION PÉRINATALE?
<i>Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) Scale (Spitzer, Kroenke, Williams et Lowe, 2006).</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évalue les symptômes et la gravité de l'anxiété au cours des deux semaines précédentes. ■ L'anxiété peut faire partie des symptômes de la dépression. Ressource consultable au : https://patient.info/doctor/generalised-anxiety-disorder-assessment-gad-7. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NON ■ Mesure les symptômes généraux de l'anxiété
<i>The Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) (Reid, Biringer, Carroll et coll., 1998).</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évalue les facteurs suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1. la famille de la personne 2. ses antécédents cliniques 3. sa consommation de substances 4. ses antécédents de violence familiale ■ Ressources disponibles : http://www.cmaj.ca/content/cmaj/159/6/677.full.pdf https://ocfp.on.ca/docs/default-source/cme/alpha_formfeac6c2a6831.pdf?sfvrsn=0. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OUI ■ Mesure les facteurs de risque psychosociaux liés à la maladie mentale ■ À utiliser pendant la période prénatale

OUTIL D'ÉVALUATION	DESCRIPTION	PROPRE À LA DÉPRESSION PÉRINATALE?
<p><i>The Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) Self-report Questionnaire for Women (Reid, Biringier, Carroll et coll., 1998).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le questionnaire ALPHA évalue les facteurs suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1. la vie de famille de la personne (p. ex., facteurs familiaux, stress récent non traité et relation avec le partenaire); et 2. sa propre vie (p. ex. sentiments à l'égard de la grossesse, relation avec le partenaire et les parents, sentiments sur la parentalité et la capacité à élever un enfant, santé émotionnelle et consommation d'alcool et de drogue). ■ L'outil ALPHA a une sensibilité faible et ne permet pas de prédire la dépression chez toutes les personnes. Il peut toutefois faciliter la communication avec les personnes lorsque des sujets personnels sont abordés et, par conséquent, améliorer les résultats des soins cliniques. Ressource consultable au : https://pdfs.semanticscholar.org/11cd/5aa10ba7be0c03214c09ac451d79d5fa3ff9.pdf. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OUI ■ Mesure les facteurs de risque psychosociaux liés à la maladie mentale ■ À utiliser pendant la période prénatale
<p><i>The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) (Austin, Colton, Priest et coll., 2013).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil psychosocial d'autodéclaration parfaitement acceptable qui, utilisé en complément d'un outil de dépistage basé sur les symptômes (p. ex, l'EPDS), peut être utile pour déterminer précocement le risque de maladie mentale. Ressource consultable au : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21764399. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OUI ■ S'utilise pendant la grossesse, et non pendant le post-partum

Sources : Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001, 16(9) : pp. 606 à 613; Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 2006, 166 : pp. 1 092 à 1 097; Reid AJ, Biringier JD, Carroll D et coll. Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *CMAJ.* 1998, 159(6) : pp. 677 à 684; Austin MP, Colton J, Priest S et coll. The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth.* 2013, 26 : pp. 17 à 25.

- Pour appuyer le diagnostic de la dépression périnatale en tant que trouble dépressif majeur survenant dès l'accouchement, l'entrevue clinique structurée du DSM-5 (SCID-5) doit être administrée par des professionnels de la santé mentale formés et familiers avec les critères du DSM-5 (29). Le SCID-5 est un guide sur la manière de mener cette entrevue et s'achète auprès de l'American Psychiatric Association (29).

Annexe G : Autres considérations dans le cadre du dépistage de la dépression périnatale

Les établissements de soins de santé doivent déterminer quel outil de dépistage utiliser pour la dépression périnatale afin de pouvoir déterminer et surveiller les symptômes de manière cohérente. Des exemples d'outils de dépistage utilisés pour déceler la dépression périnatale se trouvent dans l'**Annexe E** (Exemples d'outils de dépistage de la dépression périnatale).

Afin de dépister efficacement la dépression périnatale, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle doivent utiliser des outils de dépistage reconnus pour leur **fiabilité**^G et leur validité, et conçus pour détecter les symptômes de la dépression pendant la grossesse ou le post-partum (53, 61, 221). Les outils de dépistage les plus utilisés d'après les données probantes examinées se trouvent dans l'**Annexe E**. Ces outils sont conçus pour être utilisés pendant la période périnatale ou tout au long de la vie adulte.

L'objectif, le seuil, le moment opportun du dépistage ainsi que la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage sont autant d'éléments à prendre en compte lors de l'évaluation de la pertinence des outils de dépistage de la dépression périnatale.

Portée

De manière générale, les scores des outils de dépistage ne reflètent pas la gravité de la maladie, qui dépasse le ressort de l'outil. En effet, le score total (comparé au seuil) mesure la probabilité de la dépression. Un score élevé suggère un risque accru et la nécessité de poursuivre avec une évaluation plus approfondie ou un suivi (214). **Un outil de dépistage ne doit jamais remplacer le jugement clinique.**

Seuil

Tous les outils de dépistage ont un seuil qui indique un résultat positif ou négatif et si une évaluation plus approfondie est recommandée (61). Les utilisateurs des outils de dépistage doivent connaître la façon dont les seuils influencent les résultats. Les seuils élevés démontrent généralement une sensibilité accrue et permettent aux personnes qui présentent un risque élevé d'être dépistées. À l'inverse, les outils de dépistage dont le seuil est faible ont tendance à déceler un plus grand nombre de faux positifs. Les faux positifs ne présentent pas de risque élevé, mais sont pourtant susceptibles d'obtenir un résultat supérieur au seuil et de se voir recommander une évaluation plus approfondie ou un traitement (61). Les variations des taux de sensibilité (vrais positifs) et de spécificité (vrais négatifs) des outils de dépistage de la dépression périnatale reflètent les différences dans la méthodologie, les seuils, les critères de diagnostic et la période à laquelle le dépistage est effectué (214). Les faux positifs sont considérés comme préoccupants pour les personnes, le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle. Certaines personnes peuvent être évaluées à tort comme dépressives, suivre inutilement un traitement et se sentir stigmatisées. Cela occasionne alors une demande accrue d'aides et de services en santé mentale, et donc des délais d'attente plus longs (61).

Moment opportun du dépistage

Les données probantes sont limitées sur la fréquence optimale et le moment opportun du dépistage de la dépression périnatale, et les résultats sont incohérents, comme l'indiquent les organismes suivants :

- La Société canadienne de pédiatrie (SCP) recommande aux médecins de rester attentifs à tout signe de dépression post-partum et d'encourager les parents à se faire accompagner par leur fournisseur de soins primaires ou à profiter des aides et des services en santé mentale à disposition (225). Cette approche reflète le manque de consensus de la SCP sur les critères ou l'outil de dépistage et sur les préoccupations concernant le fardeau potentiel des faux positifs, les avantages limités du dépistage pour les personnes qui suivront un traitement et le manque de bienfaits durables constatés dans les données probantes.
- L'American Academy of Pediatricians (AAP) soutient le dépistage systématique des facteurs de risque et de protection de la dépression post-partum (224). L'AAP reconnaît que les pédiatres entretiennent des relations durables avec les familles en soignant les enfants pendant de nombreuses années, ce qui leur donne l'occasion de procéder à une certaine forme de dépistage pour soutenir le développement sain de l'enfant (224).
- L'American Congress of Obstetrics and Gynecology recommande un dépistage systématique de la dépression au moins une fois pendant la période périnatale à l'aide d'un outil standard validé (223).

Les exemples tirés des données probantes reflètent également diverses approches concernant le moment opportun et la fréquence du dépistage. Par exemple :

- Selon la ligne directrice de SIGN intitulée *Management of Perinatal Mood Disorders*, un dépistage régulier des symptômes de la dépression post-partum doit être effectué lors de la première visite, entre quatre et six semaines après l'accouchement, puis vers trois ou quatre mois (62). Les personnes ont ainsi l'occasion de se faire dépister à plusieurs reprises et de parler de leurs changements d'humeur récents ou de l'apparition de symptômes de dépression pendant la période post-partum.
- Une étude longitudinale sur la prévalence de la dépression post-partum au cours des douze premiers mois a révélé que le dépistage mensuel était bénéfique (226). Le taux le plus élevé de dépistages positifs se situait entre six et douze mois, la prévalence la plus élevée ayant été relevée à douze mois. À l'instar d'autres études, les revenus et niveaux de scolarité faibles figuraient parmi les facteurs prédictifs de la dépression post-partum.
- Une étude sur le moment opportun du dépistage de la dépression périnatale a révélé qu'un dépistage immédiatement après la naissance – plutôt que pendant la grossesse ou six semaines après l'accouchement – était plus efficace du fait que les personnes n'avaient pas encore quitté l'établissement où elles avaient accouché (53). Dans les établissements non tertiaires dépourvus d'aides et de services en santé mentale, les chercheurs ont recommandé de mettre en place un algorithme de dépistage ainsi qu'un dépistage régulier de la dépression périnatale à 36 semaines d'aménorrhée, peu après la naissance et à deux et six semaines après l'accouchement, pour renforcer la détection de la dépression chez les personnes à risque.

Malgré ces résultats, des preuves empiriques supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les pratiques exemplaires concernant le moment opportun du dépistage de la dépression périnatale.

Faisabilité et acceptabilité du dépistage de la dépression périnatale

Les données probantes sont nombreuses sur la faisabilité du dépistage de la dépression périnatale dans les établissements de soins primaires et de soins actifs, les centres de santé communautaire et les unités de santé publique, entre autres (59, 227-228). Le dépistage peut également être réalisé au domicile de la personne, de même que les aides et les services peuvent être fournis en personne, par téléphone, sur Internet et par l'entremise de questionnaires envoyés par voie postale, en supposant que le temps, l'endroit, la confidentialité et le suivi approprié soient disponibles, le cas échéant (58, 227-229). Le dépistage à domicile peut être préféré au milieu clinique, car il permet au fournisseur de santé de prendre son temps et d'évaluer la personne dans un environnement familier, ce qui a pour effet d'améliorer l'acceptabilité (230).

Le dépistage est relativement bien accepté par la plupart des personnes enceintes et en période de post-partum, les membres de l'équipe interprofessionnelle et le grand public lorsqu'il est effectué par des fournisseurs de soins de santé formés et compatissants, utilisant des outils de dépistage valides (5, 227, 230). Le dépistage universel est perçu comme une stratégie

visant à réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale après la détection (227). L'acceptation du dépistage reconnaît la dépression périnatale comme une maladie mentale traitable qui affecte la personne et sa famille. Parmi les autres avantages du dépistage, citons une meilleure sensibilisation à la dépression périnatale, une réduction de la stigmatisation et l'appréciation de pouvoir parler de ses réactions émotionnelles à l'égard de la parentalité (230). Certaines personnes peuvent cependant préférer des approches plus souples pour parler de leurs préoccupations liées à la santé émotionnelle (par opposition à l'obligation de se soumettre à un outil de dépistage particulier à un moment donné du parcours de soins). En effet, l'approche consistant à n'utiliser qu'un seul outil de dépistage peut être considérée comme un obstacle à l'accès aux soins et aux ressources de suivi (227).

L'acceptabilité du dépistage est également influencée par l'approche adoptée par le fournisseur de soins de santé (230). Les approches suivantes ont souvent été bien reçues :

- La reconnaissance que le dépistage ne se limite pas à l'administration d'un outil, mais qu'il permet d'engager le dialogue sur la dépression périnatale;
- La consultation avec un fournisseur de soins de santé sensible aux besoins de la personne, qui n'essaie pas de l'intimider ou de la juger et qui prend le temps de discuter;
- L'explication par le fournisseur de soins de santé de l'intérêt du dépistage;
- Les résultats du dépistage sont expliqués à la personne et toutes les évaluations de suivi et l'orientation vers d'autres spécialistes sont accessibles et effectuées en temps opportun.

Annexe H : Intervention face à un risque avéré de suicide maternel

Les pensées suicidaires doivent être évoquées dans l'évaluation de la dépression périnatale. Elles comprennent les pensées suicidaires actives (p. ex., penser à se faire du mal) ou passives (p. ex., penser à s'endormir et à ne pas se réveiller). Les pensées homicidaires (c'est-à-dire penser, envisager ou projeter de tuer quelqu'un) doivent également être abordées. Si des idées suicidaires ou homicidaires sont constatées, une évaluation psychiatrique d'urgence doit être mise en œuvre (231). La mort par suicide au cours de la période périnatale fait plus de décès que l'hémorragie post-partum ou les troubles hypertensifs (jusqu'à 11 pour 100 000 naissances) (231).

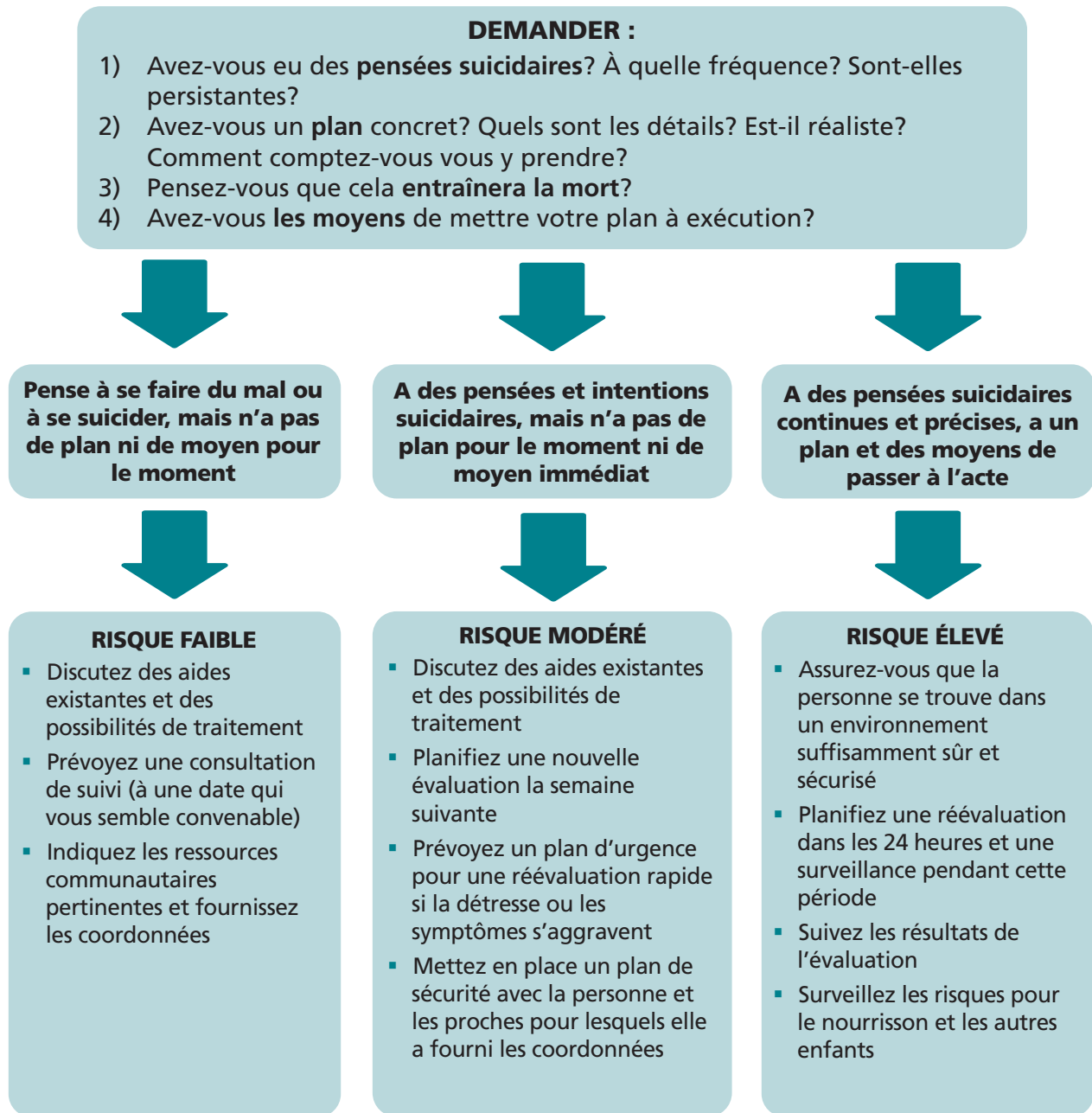
Les sujets suivants peuvent être discutés lors de l'évaluation du risque de suicide :

- Questions sur la possibilité de se procurer une arme;
- Consommation actuelle de drogue et d'alcool;
- Projections immédiates de se faire du mal;
- Antécédents de tentatives de suicide (143).
- Les résultats de l'évaluation du suicide peuvent déterminer le niveau de risque et si la personne doit consulter d'urgence un spécialiste de la santé mentale. Des protocoles sont requis à chaque niveau (143). Lorsqu'une personne fait état d'un risque de suicide, elle doit immédiatement être signalée au fournisseur qui a réalisé le dépistage (si ce n'est pas la même personne) (143).

La **figure 6** représente quelques principes généraux pour répondre aux pensées ou aux idées suicidaires. Le parcours de soins et l'orientation vers d'autres spécialistes doivent faire appel au jugement clinique du prestataire et tenir compte des circonstances individuelles et des ressources locales.

D'autres ressources et recommandations sur les pratiques exemplaires se trouvent dans la ligne directrice de l'AIIAO publiée en 2009 et intitulée *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*, disponible à l'adresse <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>.

Figure 6 : Intervention face à un risque avéré de suicide maternel



Source : Adaptation de Beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne (Austr.) : Beyondblue, 2011, p. 32.

Annexe I : Edinburgh Postnatal Depression Scale

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt IN THE PAST 7 DAYS, not just how you feel today.

Here is an example, already completed:

I have felt happy:

- Yes, all the time No, not very often
 Yes, most of the time No, not at all

This would mean “I have felt happy most of the time” during the past week. Please complete the other questions in the same way.

In the past 7 days:

- | | | |
|--|---|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things:</p> <p><input type="checkbox"/> As much as I always could
 <input type="checkbox"/> Not quite so much now
 <input type="checkbox"/> Definitely not so much
 <input type="checkbox"/> Not at all</p> | <p>4. I have been anxious or worried for no good reason:</p> <p><input type="checkbox"/> No, not at all
 <input type="checkbox"/> Hardly ever
 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes
 <input type="checkbox"/> Yes, very often</p> | <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, most of the time
 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes
 <input type="checkbox"/> Not very often
 <input type="checkbox"/> No, not at all</p> |
| <p>2. I have looked forward with enjoyment to things:</p> <p><input type="checkbox"/> As much as I ever did
 <input type="checkbox"/> Rather less than I used to
 <input type="checkbox"/> Definitely less than I used to
 <input type="checkbox"/> Hardly at all</p> | <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot
 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes
 <input type="checkbox"/> No, not much
 <input type="checkbox"/> No, not at all</p> | <p>*8. I have felt sad or miserable:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, most of the time
 <input type="checkbox"/> Yes, quite often
 <input type="checkbox"/> Not very often
 <input type="checkbox"/> No, not at all</p> |
| <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, most of the time
 <input type="checkbox"/> Yes, some of the time
 <input type="checkbox"/> Not very often
 <input type="checkbox"/> No, never</p> | <p>*6. Things have been getting on top of me:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes haven't been coping as well as usual
 <input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well
 <input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever</p> | <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, most of the time
 <input type="checkbox"/> Yes, quite often
 <input type="checkbox"/> Only occasionally
 <input type="checkbox"/> No, never</p> |
| | | <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot
 <input type="checkbox"/> Yes, sometimes
 <input type="checkbox"/> No, not much
 <input type="checkbox"/> No, not at all</p> |

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

Annexe J : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie pendant la semaine (c'est-à-dire sur les sept jours qui viennent de s'écouler) et pas uniquement aujourd'hui :

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

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

Cela signifie que vous vous êtes sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler. Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté:

- Aussi souvent que d'habitude
 Pas tout-à-fait autant
 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
 Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir:

- Autant que d'habitude
 Plutôt moins que d'habitude
 Vraiment moins que d'habitude
 Pratiquement pas

***3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal:**

- Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs:

- Non, pas du tout
 Presque jamais
 Oui, parfois
 Oui, très souvent

***5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons:**

- Oui, vraiment souvent
 Oui, parfois
 Non, pas très souvent
 Non, pas du tout

***6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements:**

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

***7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil:**

- Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, pas du tout

***8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse:**

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

***9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré:**

- Oui, la plupart du temps
 Oui, très souvent
 Seulement de temps en temps
 Non, jamais

***10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal:**

- Oui, très souvent
 Parfois
 Presque jamais
 Jamais

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 782 à 786. Une autorisation écrite doit être obtenue du Royal College of Psychiatrists pour la reproduction, la distribution ou la republication (en version papier, en ligne ou sur tout autre support).

Annexe K : Administration et interprétation de l'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

L'EPDS peut être administrée aux femmes enceintes ou ayant accouché il y a moins d'un an et qui présentent des symptômes dépressifs, subjectivement ou objectivement.

Instructions d'administration de l'EPDS :

1. L'EPDS peut être administrée en personne.
2. Tout doit être mis en œuvre pour que la personne remplisse elle-même le questionnaire le plus honnêtement possible.
3. Il se peut que la personne ait besoin d'aide pour remplir l'EPDS si elle maîtrise mal la lecture ou la langue du document.
4. La personne doit répondre aux dix questions.
5. La personne ou le professionnel de santé doit cocher la réponse qui décrit le mieux les sentiments de la personne au cours de la semaine précédente.
6. L'EPDS peut être administrée à tout moment pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement.

Exemples de propos à tenir avant de commencer

Merci de répondre le plus honnêtement possible à ces questions. Ce n'est pas facile d'être parent et il arrive de ne pas se sentir bien parfois. Comme vous avez accueilli un bébé récemment, nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez indiquer la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des derniers jours, et non uniquement aujourd'hui.

Notation de l'EPDS

Chaque réponse vaut 0, 1, 2 ou 3 points selon la gravité des symptômes. Calculez le score total en additionnant la note obtenue à chaque question.

Les **QUESTIONS 1, 2 et 4** (sans *) valent 0, 1, 2 ou 3 points, la première réponse valant 0 point et la dernière réponse 3 points.

Les **QUESTIONS 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10** (avec *) sont inversées, la première réponse valant 3 points et la dernière réponse 0 point.

Score maximal : 30

Observez tout particulièrement la réponse donnée à la question **10** (pensées suicidaires).

Interprétation de l'EPDS

1. Le score à l'EPDS doit être apprécié conjointement avec l'évaluation du fournisseur de soins de santé.
2. Un score de 13 ou plus indique la présence probable de symptômes dépressifs.
3. Un score de 10 ou plus indique une dépression possible.
4. Le score ne reflète pas la gravité des symptômes.
5. Soyez prudent lorsque vous interprétez le score d'une personne qui ne parle pas la langue du document, qui a de la difficulté à communiquer dans la langue du pays ou qui est multiculturelle.
6. Si une personne obtient un score positif (1, 2 ou 3) à la question 10 sur le désir de se faire du mal, une évaluation plus approfondie doit être effectuée dans la foulée. Consultez l'**Annexe H** (Intervention face à un risque avéré de suicide maternel) pour voir des exemples de prise en charge en cas de risque avéré de suicide.
7. Les questions 3, 4 et 5 (se blâmer inutilement; être soucieuse ou inquiète sans raison; se sentir effrayée et paniquée sans raison) sont considérées comme révélatrices de l'anxiété.
8. Suivez le protocole de l'agence ou de l'institution concernant les scores.
9. N'oubliez pas que l'EPDS n'est qu'un outil. Si votre jugement clinique va à l'encontre des résultats à l'EPDS, continuez le suivi en voyant ce qu'indique l'évaluation.

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 782 à 786. Une autorisation écrite doit être obtenue du Royal College of Psychiatrists pour la reproduction, la distribution ou la republication (en version papier, en ligne ou sur tout autre support).

Annexe L : Autres ressources

La liste des ressources qui suit n'est pas exhaustive, mais présente plutôt une sélection de ressources repérées dans le cadre de la revue systématique et dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II ainsi que par le comité d'experts ou les intervenants externes. L'inclusion d'une ressource dans la liste ne signifie pas qu'elle est approuvée par l'AIIAO.

Les liens qui redirigent vers des sites Web autres que celui de l'AIIAO sont fournis à titre informatif et sont valides au moment de la publication. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être adressées à la source.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Politique et action politique. Déterminants sociaux de la santé. [Internet]. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013.	www.rnao.ca/sdh
Centre for Effective Practice. Poverty: A clinical tool for primary care providers [Internet]. [lieu inconnu] : Centre for Effective Practice, 2016.	https://thewellhealth.ca/poverty/
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Les soins sensibles au traumatisme [Internet]. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2014.	https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-fr.pdf
SOINS AUX AUTOCHTONES	
BC Reproductive Mental Health Program. Celebrating the circle of life: Coming back to balance and harmony [Internet]. Vancouver (C.-B.) : BC Reproductive Mental Health Program, 2011.	http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resources/Aboriginal/CircleOfLife/CircleOfLifeIntro.PDF
Aboriginal Health Initiative Committee. First Nations, Inuit, and Métis maternal health. Dans : Aboriginal Health Initiative Committee. Health professionals working with First Nations, Inuit, and Métis consensus guideline. Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada. 2013, 6(35) : S33-S36.	
https://sogc.org/files/HealthProfessionalsWorkingWithFirstNations,Inuit,andMetisConsensusGuideline2013.pdf	

SOINS AUX AUTOCHTONES	
Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre. Programme de sécurité culturelle des Autochtones de l'Ontario [Internet]. Owen Sound (Ont.) : Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre, 2014.	http://soahac.on.ca/ICS-training/
SOINS AUX NOUVEAUX ARRIVANTS AU CANADA	
Centre de ressources Meilleur départ. Giving birth in a new land: Strategies for service providers working with newcomers [Internet]. Toronto (Ont.) : Centre de ressources Meilleur départ, 2009.	https://www.beststart.org/resources/rep_health/Newcomer_%20Guide_Final.pdf
Centre de ressources Meilleur départ. Growing up in a new land. Strategies for working with newcomer families [Internet]. Toronto (Ont.) : Centre de ressources Meilleur départ, 2010.	https://www.beststart.org/resources/hlthy_chld_dev/pdf/Growing_up_new_land_FINAL.pdf
RESSOURCES MULTILINGUES SUR LA DÉPRESSION PÉRINATALE (TÉLÉCHARGEMENT GRATUIT)	
Toronto. Emotional help during pregnancy and after birth [Internet]. Toronto (Ont.) : Ville de Toronto, 1998-2018.	https://www.toronto.ca/community-people/children-parenting/pregnancy-and-parenting/pregnancy/during-pregnancy/emotional-health/
Postpartum Support International. Ressources multilingues [Internet]. Portland (Oreg.) : Postpartum Support International; date non précisée.	http://www.postpartum.net/professionals/multi-language-resources/
Office on Women's Health. Postpartum depression [Internet]. Washington (D. C.) : US Department of Health & Human Services, 2018.	https://www.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression

SENSIBILISATION ET PROMOTION DE LA DÉPRESSION PÉRINATALE

<p>Postpartum Mood Disorder Project. Northern Ontario Postpartum Mood Disorder Project [Internet]. Nipissing (Ont.) : Postpartum Mood Disorder Project, 2012-2015.</p>	<p>http://postpartumresource.com/</p>
<p>Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Mensah G, Singh T. Résumé de preuves pertinentes : Analyse des interventions en matière de santé mentale périnatale dans un contexte de santé publique. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016.</p>	<p>https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/e/2017/eb-perinatal-mental-health.pdf?la=fr</p>
<p>National Perinatal Association. NPA advocacy [Internet]. Lonedell (Mo.) : National Perinatal Association, 2016.</p>	<p>http://www.nationalperinatal.org/advocacy</p>

Annexe M : Description de la *Trousse*

Les LDPE ne peuvent être mises en pratique avec succès que si la planification, les ressources et les soutiens organisationnels et administratifs sont adéquats et si des mesures de facilitation appropriées sont en place. Afin de favoriser la réussite de la mise en pratique des LDPE, un comité d'experts de l'AIIAO réunissant des infirmières, des chercheurs et des administrateurs a élaboré le document intitulé *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (deuxième édition)* (1). La *Trousse* se base sur des données probantes disponibles, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en œuvre de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un organisme de soins de santé.

La *Trousse* fournit des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux mesures de facilitation de la mise en pratique de la ligne directrice. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est essentiel de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées.

Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de mise en pratique des connaissances (149) :

1. Détermination du problème : détermination, examen et sélection des connaissances (LDPE adéquate).
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
 - évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances, et
 - détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions.
4. Surveillance de l'application des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'application des connaissances.

Modifier les pratiques et produire un impact clinique positif par la mise en pratique de lignes directrices est une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Elle peut être téléchargée à l'adresse https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf.

Appuis



Association of
Ontario Midwives
Delivering what matters.

31 octobre 2016

Doris Grinspun, Inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, Pearl Street
Toronto (Ontario)
M5H 1L3

Chère Doris,

Au nom de l'Association des sages-femmes de l'Ontario (AOM), j'ai le plaisir de vous informer que l'AOM soutient la deuxième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO intitulée Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale. En mettant l'accent sur l'importance des soins cliniques pour les personnes souffrant ou susceptibles de souffrir de dépression périnatale, cette ligne directrice sera utile aux femmes enceintes et à leur famille, au personnel infirmier, aux autres prestataires de soins de santé, aux établissements de santé, à la recherche, à l'éducation ainsi qu'aux politiques et aux systèmes de soins de santé.

L'AOM est l'organisme professionnel qui représente les sages-femmes et leur pratique en Ontario. Plus de 700 sages-femmes autorisées exercent en Ontario dans la centaine de cliniques que compte la province. Notre but est de promouvoir la profession de sage-femme et de sages-femmes autorisées en tant que prestataires de soins maternels primaires, selon les principes du choix du lieu de naissance, de la continuité des soins et de la prise de décision éclairée. Les recommandations factuelles de la LDPE de l'AIIAO concernant la dépression périnatale dans la pratique clinique aideront les fournisseurs de soins de santé, les associations et les groupes de soutien à travailler ensemble pour améliorer la santé des personnes atteintes de dépression périnatale. À cet égard, nous considérons cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires comme une contribution importante qui permettra aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé d'offrir des soins de qualité à tous les patients.

Nous croyons que cette deuxième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO intitulée Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale nous aidera à améliorer la qualité des soins que reçoivent les Canadiens qui utilisent nos services de santé.

Sincères salutations,

Kelly Stadelbauer, Inf. aut., B.Sc.Inf., M.B.A.
Directrice exécutive, AOM

365, Bloor St. E., Suite 800 | Toronto (Ontario) M4W 3L4 | Téléphone. 416 425-9974 | 1 866 4198-3773 | Télécopieur. 416 425-6905 | AOM.on.ca



6 avril 2017

Doris Grinspun, Inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, Pearl Street
Toronto (Ontario) M5H 1L3

Lettre d'appui – Dépression périnatale : Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Madame Grinspun,

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes (CAPWHN) est heureuse d'offrir son soutien à la dernière édition de la ligne directrice sur la dépression périnatale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Comme vous le savez, la CAPWHN a pour mandat national de promouvoir l'excellence des soins pour faire progresser la santé des femmes, grâce au leadership, à l'éducation, à la défense des droits et à la collaboration. Nous pensons que la ligne directrice Évaluation et interventions en cas de dépression périnatale est fondée sur des données probantes de grande qualité. Elle constitue une ressource précieuse pour le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé qui permet de dépister et d'évaluer correctement la dépression périnatale et fournir les meilleurs soins possibles aux femmes et à leur famille, pendant et après la grossesse.

Les thèmes abordés et les recommandations factuelles présents dans cette ligne directrice vont dans le même sens que nos propres principes directeurs. Nous tenons à féliciter l'AIIAO qui encourage le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé à informer les patients pour les aider à prendre des décisions éclairées et à pratiquer des soins axés sur la famille pour les femmes, les nouveau-nés et les familles du Canada.

Cordialement,

Sharon Dore, Inf. aut., Ph. D.
Présidente

Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes

Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses
Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes
2781 chemin Lancaster Road, Suite 200, Ottawa, ON K1B 1A7
Tel/Tél.: 1-800-561-2416 or/ou 613-730-4192 Ext/Poste 266 Fax/Télé.: 613-730-4314
www.capwhn.ca

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

FOR PLACEMENT ONLY



ISBN 978-1-926944-71-5



 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario