



































# Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux

Simone N. Vigod, MD, MSc<sup>1,2,3\*</sup> , Benicio N. Frey, MD, PhD<sup>4,5\*</sup> ,  
Crystal T. Clark, MD, MSc<sup>1,2\*\*</sup> , Sophie Grigoriadis, MD, PhD<sup>2,6\*\*</sup> ,  
Lucy C. Barker, MD, PhD<sup>1,2\*\*</sup> , Hilary K. Brown, PhD<sup>1,2,3,7\*\*</sup> ,  
Jaime Charlebois, MScN, RN<sup>8\*\*</sup> , Cindy-Lee Dennis, PhD<sup>2,9,10\*\*</sup> ,  
Nichole Fairbrother, PhD<sup>11,12\*\*</sup> , Sheryl M. Green, PhD<sup>4,5\*\*</sup> ,  
Nicole L. Létourneau, PhD, RN<sup>13\*\*</sup> , Tim F. Oberlander, MD<sup>15,16,17\*\*</sup> ,  
Verinder Sharma, MBBS<sup>18,19\*\*</sup> , Daisy R. Singla, PhD<sup>2,10,20\*\*</sup> , Donna E. Stewart, MD<sup>2,21</sup> ,  
Patricia Tomasi<sup>22\*\*</sup> , BJourn<sup>22\*</sup> , Brittany D. Ellington, MPH<sup>1</sup> , Cathleen Fleury, MSc<sup>1</sup> ,  
Lesley A. Tarasoff, PhD<sup>1,3</sup> , Lianne M. Tomfohr-Madsen, PhD<sup>23</sup> , Deborah Da Costa, PhD<sup>24,25</sup> ,  
Serge Beaulieu, MD, PhD<sup>26</sup> , Elisa Brietzke, MD, PhD<sup>27</sup> , Sidney H. Kennedy, MD<sup>2</sup> ,  
Raymond W. Lam, MD<sup>14</sup> , Roumen V. Milev, MD, PhD<sup>27</sup> , Sagar V. Parikh, MD<sup>28</sup> ,  
Arun V. Ravindran, MD, PhD<sup>2</sup> , Zainab Samaan, MBChB, PhD<sup>27</sup> , Ayal Schaffer, MD<sup>2,6</sup> ,  
Valerie H. Taylor, MD, PhD<sup>29</sup> , Smadar V. Tourjman, MD, PhD<sup>30</sup> ,  
Michael Van Ameringen, MD<sup>4</sup> , Lakshmi N. Yatham, MBBS, MBA(exec)<sup>4</sup> ,  
et Ryan J. Van Lieshout, MD, PhD<sup>4,5\*\*</sup> 

<sup>1</sup> Service de psychiatrie et Women's College Research and Innovation Institute, Women's College Hospital, Toronto, ON, Canada

<sup>2</sup> Département de psychiatrie, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada

<sup>3</sup> Institute for Health Policy, Management and Evaluation, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada

<sup>4</sup> Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton ON, Canada

<sup>5</sup> Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, ON, Canada

<sup>6</sup> Service de psychiatrie, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON, Canada

<sup>7</sup> Département de santé et société, Université de Toronto, Scarborough, ON, Canada

<sup>8</sup> Centre Waypoint pour les soins de santé mentale, Penetanguishene, ON, Canada

<sup>9</sup> Faculté des sciences infirmières Lawrence Bloomberg, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada

<sup>10</sup> Institut de recherche Lunenfeld-Tanenbaum, Hôpital Mount Sinai, Toronto, ON, Canada

<sup>11</sup> Département de médecine familiale, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

<sup>12</sup> Fondation Michael Smith pour la recherche en santé, Vancouver, BC, Canada

<sup>13</sup> Faculté des sciences infirmières et École de médecine Cumming, Université de Calgary

<sup>14</sup> Département de psychiatrie, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

## Corresponding authors:

\* Coresponsables du projet.

Cet article a paru en anglais dans la Revue Canadienne de Psychiatrie : Vigod SN, Frey BN, Clark CT, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders: Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux. The Canadian Journal of Psychiatry. 2025;0(0). doi:10.1177/07067437241303031. Il est republié en français sous une licence CC-BY.

Auteurs-ressources: Simone N. Vigod, MD, MSc, Service de psychiatrie, Women's College Hospital, 76 Grenville, Toronto, ON, M5S 1B2, Canada. Adresse courriel : simone.vigod@wchospital.ca

Benicio N. Frey, MD, PhD, Women's Health Concerns Clinic, 100 West 5th St., Hamilton, ON, L8N 3K7, Canada. Adresse courriel : freybn@mcmaster.ca

## Résumé

**Avant-propos:** Le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) publie des guides de pratique pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Le présent guide du CANMAT vise à offrir des lignes directrices complètes pour la prise en charge pendant la grossesse et le post-partum (période périnatale) des troubles de l'humeur, de l'anxiété et des troubles connexes.

**Méthodes:** Le CANMAT a réuni un groupe de rédaction interdisciplinaire composé de cliniciens du monde universitaire, des personnes ayant un vécu expérientiel (PAVE) et 3 comités consultatifs formés de PAVE, de cliniciens spécialisés en santé périnatale et de cliniciens spécialisés en santé mentale périnatale. Nous avons recherché des revues systématiques des interventions préventives et thérapeutiques pour les troubles suivants en période périnatale : troubles dépressifs, bipolaires, anxieux, obsessionnels-compulsifs et de stress post-traumatique (janvier à octobre 2023). Nous avons privilégié les données probantes issues des revues d'essais contrôlés randomisés (ECR), à l'exception de notre évaluation de l'innocuité périnatale des médicaments, pour laquelle nous avons donné la priorité aux synthèses d'études observationnelles de grande envergure et de haute qualité en raison de l'absence de données issues d'ECR. Des recherches ciblées d'études individuelles ont été effectuées lorsque les synthèses systématiques étaient limitées ou inexistantes. Les recommandations ont été organisées par lignes de traitement sur la base des critères établis par le CANMAT pour la qualité des données, ainsi qu'en nous appuyant sur le consensus du groupe de rédaction pour assurer l'équilibre de diverses considérations, notamment l'efficacité, l'innocuité, la tolérabilité et la faisabilité.

**Résultats:** Ce guide comporte 10 sections cliniques sous forme de questions-réponses qui suivent le parcours de soins du patient : dépistage; organisation et prestation des soins; approches non pharmacologiques (psychosociales, psychologiques ou axées sur le mode de vie), pharmacothérapies, neuromodulation, interventions complémentaires; situations cliniques à risque élevé; et santé mentale du père ou de la partenaire. Le guide tient compte des principes d'équité, de diversité et d'inclusion.

**Conclusions:** Les recommandations détaillées de ce guide, fondées sur des données probantes fournissent aux cliniciens des renseignements pertinents pour promouvoir la prestation de soins de santé mentale périnatale qui sont sûrs et efficaces. Nous espérons que cette ligne directrice s'avérera un outil précieux pour les cliniciens du Canada et du monde entier afin d'optimiser les résultats cliniques dans le domaine de la santé mentale périnatale.

## Titre du sommaire en langage simple

Guide 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour aider les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'un trouble connexe pendant la grossesse et après l'accouchement

## Sommaire en langage simple

Le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) publie des lignes directrices à l'intention des fournisseurs de soins de santé, pour les aider à rester au courant des données les plus récentes et les plus fiables concernant le traitement des problèmes d'humeur et d'anxiété. C'est la première fois que le CANMAT publie un guide centré sur la santé mentale pendant la grossesse et après l'accouchement (la période périnatale). Le présent guide met particulièrement l'accent sur des recommandations thérapeutiques, qui proposent des options médicamenteuses et non médicamenteuses. Il précise le moment et la façon d'utiliser ces traitements pour qu'ils soient aussi efficaces que possible. Il est important de noter que le CANMAT a élaboré ce guide en étroite collaboration avec un groupe de personnes variées, notamment avec des personnes ayant vécu des problèmes d'humeur ou d'anxiété pendant la période périnatale et avec des cliniciens ayant diverses spécialités. Pour créer le présent guide, nous avons parcouru des publications scientifiques rassemblant les résultats d'études multiples et avons pesé la qualité de la recherche avant de formuler les recommandations. Nous avons

<sup>15</sup> Département de pédiatrie, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

<sup>16</sup> École de santé publique et de santé de la population, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

<sup>17</sup> Institut de recherche du BC Children's Hospital, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

<sup>18</sup> Département de psychiatrie, Université Western, London, ON, Canada

<sup>19</sup> Département d'obstétrique et de gynécologie, Université Western, London, ON, Canada

<sup>20</sup> Institut de recherche de la famille Campbell sur la santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, ON, Canada

<sup>21</sup> Institut de recherche du Toronto General Hospital, Centre de santé mentale, Réseau universitaire de santé, Toronto, ON, Canada

<sup>22</sup> Canadian Perinatal Mental Health Collaborative, Barrie, ON, Canada

<sup>23</sup> Département de psychologie de l'éducation et de l'orientation, et d'éducation spécialisée, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

<sup>24</sup> Département de médecine, Université McGill, Montréal, QC, Canada

<sup>25</sup> Centre de recherche évaluative en santé, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, Montréal, QC, Canada

<sup>26</sup> Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, QC, Canada

<sup>27</sup> Département de psychiatrie, Université Queen's et Providence Care Hospital, Kingston, ON, Canada

<sup>28</sup> Département de psychiatrie, Université du Michigan, Ann Arbor, MI, USA

<sup>29</sup> Département de psychiatrie, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada

<sup>30</sup> Département de psychiatrie, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

aussi tenté de respecter les principes d'équité, de diversité et d'inclusion pendant la réalisation de ce projet. Nous espérons que le présent guide s'avérera utile aux fournisseurs de soins de santé dans l'amélioration des soins prodigués aux personnes ayant des problèmes de santé mentale pendant la grossesse et après l'accouchement.

### Mots clés

guide de pratique, dépression, dépression postpartum, trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de stress post-traumatique, trouble bipolaire, périnatal, psychose du postpartum, grossesse, période postpartum

## Introduction

Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles connexes figurent parmi les affections les plus courantes survenant pendant la grossesse et pendant l'année suivant l'accouchement.<sup>1-3</sup> Sans traitement ou en l'absence d'un traitement adéquat, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles connexes périnatals (THAP) peuvent avoir un impact défavorable sur le bien-être et la qualité de vie des personnes atteintes, ainsi que sur la santé et le développement de leurs enfants et de leur famille.<sup>3,4</sup> Le dépistage et la prise en charge des THAP est donc une priorité pour la santé publique.

Les guides de pratique rassemblent et résument les pratiques exemplaires pour faciliter la prestation de soins efficaces et de haute qualité en temps opportun.<sup>5</sup> Le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) est un organisme scientifique et éducatif sans but lucratif qui produit des guides de pratique décrivant les recherches et les options thérapeutiques les plus récentes pour la prise en charge des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes ([www.canmat.org](http://www.canmat.org)). Les guides publiés précédemment par le CANMAT pour le traitement du trouble dépressif majeur (TDM) et le trouble bipolaire (TB) comprenaient des sections sur les populations périnatales.<sup>6,7</sup> Le présent guide du CANMAT centré sur les THAP vise à offrir des conseils plus complets concernant des soins exemplaires et à capter l'intérêt d'un public élargi qui comprend tous les cliniciens, en plus des psychiatres (médecins de famille, sages-femmes, personnel infirmier, obstétriciens, pédiatres, psychothérapeutes, travailleurs sociaux et autres), soit de tout professionnel de la santé susceptible d'avoir besoin de ces renseignements pour le dépistage, l'aiguillage ou la prise en charge des patients.

Le présent guide résume les données appuyant le bien-fondé d'interventions pour prévenir et traiter les THAP, notamment le TDM, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le TB, pendant la grossesse et jusqu'à 1 an après l'accouchement. Le présent guide aborde également la psychose du postpartum, une affection clinique postpartum sévère qui est fortement associée au trouble bipolaire. Le guide décrit aussi le tableau clinique des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes dans le contexte particulier de la période périnatale, tel que la crainte de l'accouchement et la survenue de symptômes de TSPT liés à des traumatismes vécus au

moment d'une naissance antérieure, parfois appelée TSPT lié à l'accouchement. Bien que d'autres types d'affections mentales puissent être présents pendant la grossesse et/ou le postpartum, isolément ou avec des THAP (par ex., autisme, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, troubles alimentaires, troubles de la personnalité, troubles liés à l'usage d'une substance ou d'alcool), on a jugé qu'ils étaient en dehors du champ d'application du présent guide de pratique.

Dans l'élaboration du présent guide, nous avons tenté d'utiliser autant que possible un langage inclusif englobant les femmes, les personnes enceintes de diverses identités de genre et leur partenaire, y compris les personnes transgenres, non binaires et bispirituelles.<sup>8,9</sup> Nous avons cherché à inclure dans chaque section du guide des données liées à l'équité, à la diversité et à l'inclusion, notamment en faisant mention de considérations particulières concernant l'âge, l'identité sexuelle et de genre, la race, l'ethnicité, la culture et l'incapacité des individus.

### Principales mises en garde

Il convient de tenir compte de certaines mises en garde pendant la lecture du présent guide. Tout d'abord, bien que la littérature se limite généralement à la première année postpartum dans la collecte des données, bon nombre de THAP persistent au-delà de cette période. Les données et les recommandations incluses dans ce guide pourraient être valables après la première année postpartum, surtout si on considère les problèmes possibles liés à l'allaitement et les interventions adaptées pour mettre l'accent sur le parentage ou sur la dyade mère-enfant. Deuxièmement, dans la littérature portant sur les THAP, un grand nombre d'études utilisent des échelles de symptômes plutôt que des entrevues diagnostiques pour déterminer l'admissibilité des sujets aux études. Malgré l'étroite corrélation entre les échelles de symptômes et les entrevues diagnostiques, il est difficile de déterminer dans certains cas si les résultats de ces recherches s'appliqueraient aux personnes recevant un diagnostic de THAP en particulier.<sup>10</sup> Bon nombre de personnes présentant des symptômes de THAP auraient avantage à recevoir un traitement, même si elles ne remplissent pas les critères diagnostiques pour un trouble mental proprement dit, mais nous avons tenté dans ce guide de faire la distinction autant que possible entre les interventions évaluées auprès de populations fortement symptomatiques et celles auprès de

personnes présentant un trouble diagnostiqué. Troisièmement, bien que le présent guide soit conçu pour aider les cliniciens à gérer les THAP en utilisant une approche fondée sur des données probantes, il n'est pas destiné à remplacer le jugement clinique ni à servir de norme de soins ayant force de loi ou de politique. Les cliniciens et les décideurs devront considérer les recommandations selon leur situation particulière (la disponibilité de certaines psychothérapies, pharmacothérapies ou autres options thérapeutiques, par exemple) et compte tenu des règlements locaux régissant leur pratique clinique. Quatrièmement, les données examinées pour élaborer ce guide étaient à jour en octobre 2023. Les cliniciens sont encouragés à se tenir au courant des travaux de recherche les plus récents pour être en mesure d'offrir à leurs patients les meilleurs soins possibles. Enfin, le présent guide utilise un langage technique de niveau universitaire, ayant été rédigé à l'intention des professionnels de la santé. Vu que le contenu n'est pas nécessairement facile à déchiffrer pour les patients ou familles cherchant à se renseigner, il y aura un guide destiné aux patients et à leur famille.

## Méthodes

L'élaboration du présent guide s'est effectuée selon la méthodologie structurée utilisée pour les guides de pratique antérieurs du CANMAT.<sup>7,11</sup> Le projet a été dirigé par un groupe de rédaction principal comptant 15 experts en THAP dont les domaines de spécialité comprenaient la psychiatrie, la psychologie, la pédiatrie, les soins infirmiers et la santé publique, et 2 personnes ayant un vécu expérientiel (PAVE). Le groupe principal a tenu des vidéoconférences toutes les deux semaines pendant la durée du projet (avril 2023 à octobre 2024), auxquelles se sont ajoutés des échanges par courriel au besoin. L'équipe du projet a aussi reçu l'apport du conseil d'administration du CANMAT et de 3 comités consultatifs composés de 27 personnes venant de diverses régions du Canada et ayant des compétences et une expérience variées : a) PAVE ( $n = 10$ ), b) experts cliniques ne venant pas du domaine de la santé mentale, spécialisés notamment en travail de sage-femme, en obstétrique et gynécologie, en soins infirmiers, en pédiatrie et en soins primaires ( $n = 8$ ) et c) cliniciens spécialisés en santé mentale périnatale ( $n = 9$ ) (Supplément 1. Conseils consultatifs). L'apport et les opinions des membres des comités consultatifs ont été obtenus au moyen de sondages structurés, de communications par courriel, de groupes de discussion et d'entretiens en tête-à-tête avec les coresponsables et autres membres de l'équipe du projet.

## Portée et structure

Le guide se présente sous forme de questions-réponses et repose sur des questions cliniques qui sont pertinentes dans la prise en charge des THAP (Tableau 1). Les questions ont d'abord été élaborées par le groupe de rédaction principal et

**Tableau 1.** Sections et questions du guide.

Épidémiologie et impact
Fondements de la prise en charge clinique
Évaluation diagnostique initiale
Considérations diagnostiques
Considérations thérapeutiques générales
Quelles sont les recommandations concernant:
1. Le dépistage périnatal des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes?
2. L'organisation et la prestation des services de soins de santé mentale pendant la période périnatale?
3. Les interventions axées sur le mode de vie pour prévenir et traiter les THAP?
4. Le recours à des interventions psychosociales dans la prévention et le traitement des THAP?
5. Le recours à des interventions psychologiques dans la prévention et le traitement des THAP?
6. L'utilisation de pharmacothérapies pendant la grossesse et l'allaitement?
7. Le recours à la neuromodulation dans la prévention et le traitement des THAP?
8. Le recours à des options complémentaires pour prévenir et traiter les THAP?
9. La prise en charge des situations cliniques à risque élevé?
10. Le dépistage, la prévention et le traitement des THAP chez le père ou la partenaire?

Note. THAP = troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles connexes périnataux.

le conseil d'administration du CANMAT, puis révisées en fonction du feedback des comités consultatifs. L'avis des membres des comités consultatifs a été sollicité concernant la nature et l'importance des questions, la façon dont elles étaient formulées et l'ordre dans lequel elles devraient être présentées. On leur a aussi demandé s'ils jugeaient que des questions cliniques importantes avaient été omises et dans quelle mesure les questions tenaient compte des principes d'équité, de diversité et d'inclusion. La rétroaction ainsi obtenue a été passée en revue et intégrée par le groupe de rédaction principal, qui a approuvé la série de questions définitive par consensus. Les questions définitives ont ensuite été partagées avec les membres des comités consultatifs.

## Examen des données

L'équipe du projet a dépouillé les bases de données PubMed, EMBASE, PsycINFO, MEDLINE, CINAHL, Cochrane et Web of Science pour trouver des revues systématiques et des méta-analyses de langue française et de langue anglaise publiées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 29 octobre 2023. Une liste de termes clés et de mots-sujets a été dressée par l'équipe puis peaufinée par une bibliothécaire médicale, en fonction de 2 notions : a) troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles connexes et b) la période périnatale. Étant donné que les essais contrôlés randomisés (ECR) de grande envergure et bien menés constituent les meilleures

sources de données probantes, nous avons privilégié, aux fins du présent guide de pratique, les synthèses qui rassemblaient les résultats d'ECR. En l'absence de revues systématiques d'ECR (concernant l'innocuité des médicaments pendant la grossesse, par exemple), nous avons inclus des synthèses systématiques de grandes études observationnelles. Des recherches ciblées d'ECR individuels et d'autres études ont été effectuées lorsque les données tirées de synthèses systématiques étaient limitées ou inexistantes (Supplément 2. Stratégie de recherche documentaire).

Une fois les duplicatas écartés, 12 718 articles ont été repérés pour une vérification du titre et du résumé, 733 ont fait l'objet d'une lecture intégrale et 470 revues systématiques d'interventions (ECR, ou études observationnelles portant sur la pharmacothérapie pendant la grossesse exclusivement) ont été retenues (Supplément 2). En raison de la pénurie de revues systématiques portant sur le TB, une recherche ciblant le dépistage de cas et la pharmacothérapie a été effectuée, et nous en avons dégagé 89 études supplémentaires. Pendant la sélection des études, nous avons noté comme documents de référence possibles les articles concernant l'épidémiologie et les fondements de la prise en charge non abordés de façon explicite dans les 10 questions du présent guide, ainsi que d'autres guides de pratique, mais nous ne les avons pas inclus aux fins de l'extraction de données ou d'une évaluation qualité ( $N = 942$ ). La sélection des études a été effectuée par 2 évaluatrices ou évaluateurs indépendants, un ou une troisième étant disponible pour trancher en cas de conflits.

L'extraction de données et l'évaluation qualité se sont déroulées en 2 phases. Tout d'abord, afin de privilégier les données probantes les plus actualisées, nous avons extrait et évalué les données des études retenues qui avaient été publiées au cours des 5 années précédant la date-seuil (de 2018 à 2023). Si les synthèses publiées pendant ces 5 années ne fournissaient pas des données adéquates aux fins de la formulation de recommandations, nous avons convenu d'extraire

et d'évaluer les données tirées des autres synthèses. En fin de compte, nous n'avons eu à le faire que dans le cas de la Question 9. Des données ont été extraites de 298 des études retenues au total à l'aide d'un formulaire d'extraction de données normalisé basé sur la liste de vérification appelée « Template for Intervention Description and Replication ». L'évaluation qualité était basée sur le modèle GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*).<sup>12,13</sup>

Une fois l'extraction des données et l'évaluation qualité terminées, les auteurs ont attribué à chaque type d'intervention préventive ou thérapeutique un « niveau de preuve » d'après la méthodologie de l'étude, l'ampleur de l'étude et la qualité de la totalité des données, telles que définies dans les lignes directrices publiées par le CANMAT dans le passé (Tableau 2). Les responsables de chaque section ou question (3 à 5 auteurs par section) ont passé en revue l'évaluation qualité des articles portant sur leur section particulière et ont attribué le niveau de preuve en fonction des critères indiqués au tableau 2. Tout désaccord a été résolu en demandant l'apport des coresponsables et d'autres auteurs au besoin pour parvenir à un consensus. Dans le présent guide, les cercles verts signalent l'existence de preuves empiriques positives démontrant l'efficacité de l'intervention, et les carrés rouges signalent l'existence de preuves empiriques selon lesquelles l'intervention est inefficace. Les cercles bleus représentent la vigueur et la qualité des preuves concernant l'innocuité de l'intervention pendant la grossesse ou l'allaitement. Les cercles bleus n'indiquent pas si le profil d'innocuité est favorable ou non, seulement le niveau de preuve.

### Processus d'élaboration des recommandations

Chaque membre du groupe de rédaction principal et chaque coauteur membre du conseil d'administration du CANMAT étaient responsables d'au moins une des questions ou sections

**Tableau 2.** Critères du CANMAT pour le niveau de preuve.

Niveau de preuve	Symbole			Critères
	Efficacité		Innocuité péri-natale	
	Positive	Négative		
1				Méta-analyses de haute qualité avec des intervalles de confiance étroits ou ECR répétés utilisant un échantillon de taille adéquate
2				Méta-analyses de qualité moindre avec des intervalles de confiance larges et/ou au moins un ECR utilisant un échantillon de taille adéquate
3				Au moins un ECR comptant un petit nombre de sujets ou études observationnelles contrôlées de haute qualité
4				Études pilotes, essais non contrôlés, rapports isolés ou consensus d'experts

Note. Les niveaux 1 et 2 exigent des ECR (on entend par échantillon de taille adéquate au moins 30 sujets par groupe de traitement). Les recommandations émanant de données épidémiologiques sont principalement inspirées d'études observationnelles, où le niveau de preuve maximal est habituellement 3. Les recommandations d'ordre supérieur (principes en matière de soins, par exemple) reflètent une conviction plus marquée quant à la vigueur des preuves tirées des diverses sources de données et évoquent donc principalement un niveau de preuve 3 ou 4. ECR = essai contrôlé randomisé.

**Tableau 3.** Critères du CANMAT par ligne de traitement.

Ligne de traitement	Critères <sup>a</sup>
Première ligne	Preuve de niveau 1 ou 2 avec soutien clinique
Deuxième ligne	Preuve de niveau 3 au minimum avec soutien clinique
Troisième ligne	Preuve de niveau 4 au minimum avec soutien clinique
Option déconseillée	Preuve de niveau 1 ou 2 d'une inefficacité ou de problèmes d'innocuité, avec soutien clinique

Note. CANMAT = Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments.  
<sup>a</sup>On entend par soutien clinique le consensus des auteurs quant à la pertinence des données concernant l'innocuité, l'efficacité et la faisabilité de l'intervention. Dans le cas des recommandations pharmacothérapeutiques, vu la pénurie d'essais contrôlés randomisés portant sur la période périnatale en particulier, des preuves de niveau 3 ou 4 concernant l'efficacité et l'innocuité en période périnatale pourraient être jugées suffisantes pour une recommandation de première ou deuxième ligne en présence de preuves de niveau 1 ou 2 concernant l'efficacité dans les populations non périnatales.

du guide. Les recommandations ont été élaborées en se fondant sur le niveau de preuve quant à l'efficacité et au bien-fondé clinique de l'intervention, soit sur l'équilibre entre l'efficacité, l'innocuité, la tolérabilité et la faisabilité de l'intervention en période périnatale (Tableau 3). Par exemple, il se pourrait qu'un traitement ayant un niveau de preuve de 1 pour l'efficacité soit recommandé comme traitement de deuxième ou troisième ligne (ou qu'il soit même déconseillé) en raison d'un profil d'innocuité ou d'effets secondaires préoccupant ou de doutes quant à la faisabilité de son application. Par ailleurs, vu l'absence d'ECR sur les médicaments pendant la grossesse (et le nombre peu élevé pendant la période postpartum), les preuves de niveau 3 et 4 sur l'efficacité, l'innocuité et la tolérabilité des médicaments en période périnatale ont été jointes aux données sur l'efficacité et la tolérabilité obtenues auprès de populations non périnatales pour formuler les recommandations. Par exemple, un médicament dont les données sur l'efficacité en période non périnatale sont de niveau 1 et qui bénéficie aussi de données de niveau 3 rassurantes et de haute qualité sur l'innocuité en période périnatale pourrait être considéré comme un traitement de première ligne, même en l'absence de données portant précisément sur l'efficacité en période périnatale. Par contre, un médicament dont les données sur l'efficacité en période non périnatale sont de niveau 1 mais qui présente des preuves de niveau 3 de haute qualité indiquant des problèmes d'innocuité pourrait être relégué au rang des traitements de deuxième ou troisième ligne ou pourrait même être déconseillé, selon la sévérité du problème ou le degré de préoccupation.

Une version provisoire des recommandations a été présentée au groupe entier d'auteurs en mars 2024 au cours d'une réunion ayant duré une journée complète, dans le but d'obtenir une rétroaction initiale. Cette rencontre tenue en présentiel, à laquelle les auteurs pouvaient participer par

vidéoconférence s'ils ne pouvaient pas se déplacer, a été suivie de discussions et de réunions régulières au niveau des groupes chargés des questions, puis de séances de travail pour préparer le texte qui accompagnerait les recommandations. Les 2 coresponsables du projet (SV, BF) ont ensuite passé en revue et révisé chaque section. Une ébauche des recommandations et du guide de pratique était prête en juin 2024. Les comités consultatifs ont ensuite été invités à exprimer leur avis ou des suggestions concernant les recommandations et explications et concernant le ton, le langage et l'exhaustivité du guide de pratique. La version définitive du guide a été approuvée par le groupe d'auteurs le 13 septembre 2024 aux fins de la présentation pour révision par les pairs.

## Épidémiologie et impact

La prévalence de la dépression à tout moment de la période périnatale est de 6,5 à 12,9%, étant moins élevée quand la dépression majeure est confirmée par des entrevues cliniques structurées.<sup>14</sup> La prévalence de la dépression est particulièrement élevée pendant la période postpartum, atteignant 19% pour la présence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs et 7% pour un épisode dépressif majeur (EDM).<sup>14,15</sup> Le risque d'apparition d'une dépression postpartum (DPP) est habituellement à son maximum dans les 6 mois suivant l'accouchement. Cette observation ne concorde pas avec le critère plus étroit de survenue périnatale pour les troubles dépressifs dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition, Texte révisé (DSM-5-TR), qui se limite à la survenue de symptômes pendant la grossesse et dans les 4 premières semaines suivant l'accouchement<sup>15,16</sup>.

L'anxiété est encore plus courante que la dépression pendant la période périnatale, la fréquence de symptômes anxieux cliniquement significatifs pouvant atteindre 20%.<sup>2,17</sup> La prévalence du symptôme clinique connexe de crainte de l'accouchement atteindrait 14%.<sup>18</sup> La prévalence des divers TOC regroupés pendant la période périnatale est d'environ 2%, bien que les obsessions et/ou compulsions passagères puissent être plus courantes; une aggravation temporaire des symptômes pendant la période périnatale aurait été observée chez jusqu'à 70% des personnes atteintes d'un TOC<sup>19-21</sup>. La prévalence estimative des TSPT regroupés est d'environ 3% pendant la grossesse et d'environ 4% après l'accouchement<sup>22</sup>.

La prévalence à vie du TB est d'environ 2 à 3% chez les patientes non enceintes, pareille à celle constatée lors d'entrevues diagnostiques pendant la grossesse et la période postpartum<sup>23</sup>. Le taux de rechutes pendant la période postpartum est plus élevé pour le TB que pour tout autre trouble mental, se situant entre 30 et 50%; le taux de rechutes atteindrait 66% chez les mères ne prenant pas de médicaments pendant la grossesse<sup>24</sup>. La plupart des rechutes sont des EDM non psychotiques mais dans jusqu'à 1 cas sur

6 (17%), ce sont des épisodes de psychose, de manie ou des EDM suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation. La psychose du postpartum se présente à la suite d'environ 1 ou 2 naissances sur 1000 de façon générale<sup>25</sup>, mais le risque est plus élevé en présence d'un TB préexistant et chez les mères ayant déjà présenté une psychose du postpartum dans le passé<sup>26,27</sup>.

Bien qu'une description détaillée des facteurs de risque pour chacun des THAP dépasserait la portée du présent guide de pratique, le tableau 4 énumère les facteurs de risque courants et les corrélats<sup>3,28-38</sup>. Le facteur de risque le plus puissant pour tout THAP est le fait d'avoir présenté le trouble en question dans le passé, ainsi que la présence de symptômes non traités ou inadéquatement traités avant ou pendant la grossesse<sup>39</sup>. L'absence de soutien social et les événements stressants de la

vie représentent des facteurs de risque importants pour la dépression et l'anxiété périnatales<sup>3</sup>. La dépression périnatale semble survenir plus fréquemment dans certaines populations, notamment chez les adolescents, les immigrants<sup>40</sup>, les habitants des pays à revenu faible ou moyen<sup>41,42</sup>, les populations racialisées<sup>43</sup>, les Autochtones<sup>44,45</sup>, les personnes handicapées<sup>46,47</sup> et les membres d'une minorité sexuelle ou de genre<sup>48</sup>. Les troubles anxieux semblent eux aussi être plus courants dans les pays à revenu faible ou moyen<sup>41</sup> et dans les populations mal desservies<sup>17,41,49</sup>. Le TSPT est plus fréquent chez les personnes ayant présenté des complications lors d'une grossesse, ayant accouché d'un mort-né ou ayant vécu des expériences traumatisantes pendant l'enfance<sup>22</sup>. La nulliparité et la précarité socioéconomique sont associées à un risque accru de crainte de l'accouchement<sup>50,51</sup>.

Le traitement efficace des THAP est essentiel à la santé de la personne atteinte, de son enfant et de sa famille, tant à court terme qu'à long terme. Une dépression périnatale non traitée ou traitée inadéquatement accroît le risque d'épisodes dépressifs ultérieurs, d'utilisation de substances, de problèmes dans la relation avec le ou la partenaire et de suicide<sup>52-55</sup>. La présence d'une dépression pendant la grossesse est associée à des complications périnatales chez la mère et le nouveau-né (hypertension gestationnelle<sup>56</sup>, accouchement prématuré<sup>57,58</sup>, faible poids à la naissance<sup>58</sup> et admission du nourrisson à l'unité de soins intensifs néonataux<sup>59</sup>, par exemple). La dépression pendant la grossesse et la période postpartum est associée à un taux d'allaitement moins élevé<sup>60</sup>, à moins d'interactions optimales entre la mère et l'enfant<sup>61</sup> et à des taux plus élevés de maladie<sup>62</sup>, d'hospitalisations<sup>63</sup>, de maltraitance<sup>64</sup> et de problèmes cognitifs, affectifs et comportementaux<sup>65,66</sup> chez l'enfant. La nature et l'ampleur des effets des troubles anxieux et connexes non traités ou traités inadéquatement sur la santé et le bien-être des femmes enceintes et de leur progéniture sont semblables à ceux d'une dépression<sup>3,66-68</sup>. La crainte de l'accouchement en particulier est associée à des taux plus élevés d'interventions et de complications pendant l'accouchement, telles que la réalisation d'une césarienne en urgence<sup>50,51,69,70</sup>. Le TB est lui aussi associé à un risque accru de complications périnatales chez la mère et le nouveau-né ainsi qu'à un risque accru de DPP et de psychose<sup>71,72</sup>.

## Fondements de la prise en charge clinique

### Évaluation diagnostique initiale

Quelle que soit la façon dont un THAP possible est repéré (voir Question 1), la première étape de la prise en charge clinique est une évaluation diagnostique complète. Il est important que cette évaluation soit effectuée dans une ambiance inclusive et positive, exempte de préjugés. La réalisation d'une évaluation et d'un plan de traitement complets demande l'accès à des soins qui tiennent compte des antécédents culturels et traumatiques du patient. Les

**Tableau 4.** Facteurs de risque courants pour les THAP.

#### Facteurs génétiques et liés à la santé mentale et physique

- Antécédents de THAP, de maladie mentale liée à d'autres stades de la vie reproductive (syndrome prémenstruel ou trouble dysphorique prémenstruel, par exemple) ou de symptômes psychiatriques importants associés à la prise de contraceptifs oraux
- Antécédents de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles connexes non périnataux et/ou d'affections mentales concomitantes, y compris troubles alimentaires et troubles liés à l'utilisation d'alcool et de substances
- Antécédents familiaux de maladie mentale, surtout de maladie mentale périnatale et surtout chez des proches de premier degré (c'est-à-dire, mère ou sœur)
- Affections médicales chroniques
- Facteurs liés à la santé reproductive, périnatale et postpartum
- Grossesse imprévue
- Primiparité
- Naissances multiples (jumeaux, triplés, par exemple)
- Complications d'une grossesse (p. ex., hyperemesis gravidarum, diabète gestationnel, troubles hypertensifs gestationnels, tels que la prééclampsie)
- Complications néonatales (p. ex., accouchement prématuré, mortinaissance, faible poids à la naissance)
- Antécédents d'arrêt spontané de grossesse
- Perturbation du sommeil pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, et pendant la période postpartum
- Difficulté à allaiter (ou arrêt prématuré de l'allaitement)
- Facteurs sociaux et environnementaux
- Âge (adolescents et femmes enceintes ayant plus de 40 ans)
- Précarité socioéconomique
- Événements stressants de la vie (p. ex., complications d'une naissance, traumatisme vécu au moment d'une naissance, maladie d'un enfant, décès d'un être cher, chômage/difficultés financières, divorce)
- Manque de soutien social, notamment de soutien affectif et de soutien instrumental
- Faible soutien du/de la partenaire ou désaccords dans la relation
- Violence familiale/entre partenaires intimes
- Antécédents de violence sexuelle ou physique

Note. THAP = trouble de l'humeur, trouble anxieux ou trouble connexe périnataux.

cliniciens sont encouragés à se renseigner sur la façon sécuritaire de prodiguer des soins à diverses populations, notamment aux personnes racialisées, aux membres d'une minorité sexuelle ou de genre et aux personnes handicapées. Les soignants doivent prendre en considération le fait que certaines populations ont été mal desservies, maltraitées, exclues et/ou dépréciées de façon systémique dans le passé (y compris lors de consultations médicales et de contacts avec les systèmes de soins de santé) et l'impact de ces antécédents sur les expériences, les résultats et les besoins des populations concernées.

L'évaluation diagnostique initiale comprend tous les éléments d'un entretien psychiatrique général, notamment les objectifs et attentes du patient concernant l'évaluation, les caractéristiques sociodémographiques du patient, les troubles de santé mentale et les troubles liés à l'utilisation de substances tant actuels que vécus dans le passé, la sévérité de ces troubles (notamment les hospitalisations et les comportements suicidaires), les antécédents médicaux généraux, la réponse actuelle et dans le passé à des interventions psychologiques, pharmacologiques et autres (ainsi que les suites de l'arrêt d'un traitement antérieur), et les antécédents développementaux et familiaux. Il est important d'évaluer les facteurs de risque actuels et antérieurs pour les THAP, le soutien familial et social, les rôles et responsabilités du patient à titre d'aidant naturel (y compris auprès d'autres enfants), ainsi que ses obligations financières ou professionnelles. Il importe également d'interroger le patient au sujet de facteurs liés à la santé qui peuvent influencer la santé mentale et que des interventions axées sur le mode de vie pourraient cibler, notamment la routine d'exercices physiques, le régime alimentaire et la structure du sommeil. Les cliniciens voudront évaluer l'impact possible de la santé mentale du ou de la partenaire en coparentage (voir Question 10) et/ou déterminer s'il y a un risque de violence entre partenaires intimes. La survenue de problèmes de santé mentale lors de grossesses antérieures et à d'autres moments de changements hormonaux (troubles prémenstruels, aggravation de l'humeur due à l'utilisation de contraceptifs hormonaux, par exemple) est associée à un risque accru de THAP subséquents<sup>36</sup>. Des antécédents de complications liées à une grossesse, à une naissance et/ou au postpartum, y compris une perte de grossesse, peuvent aussi aider à établir le diagnostic et le plan de traitement.

Il est important d'explorer comment et à quel moment les symptômes ont commencé ou changé pendant la grossesse et/ou le postpartum, afin de cerner les facteurs ayant possiblement contribué à l'apparition ou à l'aggravation de l'affection et pouvant servir de cibles thérapeutiques. Cette exploration peut aider à déceler une augmentation du nombre d'événements stressants dans la vie du patient, le rôle possible de l'arrêt de la pharmacothérapie dans l'avènement d'une rechute ou la nécessité d'ajuster le traitement médicamenteux en raison des changements physiologiques associés à la grossesse ou à la période postpartum. Similairement, l'exploration de la santé du nouveau-né

pendant la période postpartum peut aider à établir le diagnostic et le plan de traitement (accouchement prématuré, travail et accouchement difficiles, sevrage médicamenteux, alimentation, sommeil, irritabilité, colique et fratries).

L'évaluation diagnostique initiale devrait aussi inclure une évaluation des risques, consistant notamment à vérifier si des pensées d'automutilation ou d'actions mettant l'enfant ou d'autres personnes en danger sont présentes (voir Question 9). L'obtention de renseignements complémentaires auprès de membres de la famille, d'amis et de connaissances du patient, si cela est possible et approprié, peut aider à clarifier le diagnostic et les risques. La vérification de la thyroïdostimuline (TSH) et de la formule sanguine complète (FSC) ou la vérification de la ferritine peuvent aider à écarter les diagnostics souvent associés à la grossesse et au postpartum, tels que la maladie thyroïdienne ou l'anémie ferriprive, respectivement. D'autres tests de laboratoire pourraient s'avérer nécessaires selon le cas (p. ex., la vérification des taux de vitamine D si une carence est soupçonnée). En règle générale, la réalisation d'autres tests ou le recours à l'électroencéphalographie (EEG) ou à la neuro-imagerie ne sont indiqués que s'il y a des raisons cliniques de soupçonner la présence d'épilepsie ou de crises convulsives, d'un traumatisme crânien ou d'autres affections médicales graves pouvant causer des symptômes neuropsychiatriques (p. ex., encéphalite limbique avec anticorps anti-récepteur N-méthyl-D-aspartate, aussi appelée encéphalite anti-NMDAR, ou syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible).

### Considérations diagnostiques

Les symptômes anxiothymiques périnataux ne signalent pas nécessairement un trouble psychiatrique. Le « baby blues », aussi appelé cafard postnatal, est signalé par 40% à 80% des mères après l'accouchement, et comprend les symptômes suivants : légères sautes d'humeur, tristesse, pleurs facilement provoqués, anxiété, difficulté à dormir et à se concentrer<sup>75</sup>. Les symptômes associés au baby blues sont passagers, peu sévères et habituellement, ils s'atténuent considérablement ou disparaissent en quelques semaines sans traitement. Moins bien étudié que le baby blues, le syndrome « baby pinks » décrit par certains chercheurs comprendrait les symptômes suivants : légère labilité d'humeur, irritabilité, sentiment d'euphorie, insomnie, hausse d'énergie et bavardage excessif<sup>76</sup>. Comme les symptômes du baby blues, ceux du baby pinks surviennent dans les 2 premières semaines suivant l'accouchement et sont légers, n'ont aucun impact défavorable sur le fonctionnement quotidien et s'atténuent spontanément. D'après des études longitudinales, la plupart des cas de baby blues et de baby pinks se dissipent spontanément et ne demandent aucune intervention médicale. Néanmoins, d'après certaines études, le risque de survenue d'une DPP 6 à 8 semaines postpartum serait plus élevé chez les personnes présentant ces syndromes<sup>75,76</sup>. Par conséquent, le CANMAT recommande de surveiller de près les personnes présentant le baby blues ou le baby pinks jusqu'à la résolution des symptômes (niveau 4

⊕). En présence de complications liées à la grossesse ou à la santé de l'enfant, d'expériences traumatisantes pendant le travail et l'accouchement, de problèmes d'allaitement ou d'autres stressors importants, un diagnostic de trouble de l'adaptation selon le DSM-5-TR serait plus approprié que celui de THAP, si l'état du patient ne remplit pas les critères pour un autre trouble thymique, anxieux ou connexe.

Les THAP n'ont pas droit à leur propre chapitre ou classification dans le DSM-5-TR, ni à leurs propres critères diagnostiques<sup>16</sup>. Le DSM-5-TR parle de survenue périnatale du TDM, du TB I et du TB II quand ces troubles surviennent pendant la grossesse ou dans les 4 premières semaines suivant l'accouchement. Dans la pratique, les personnes chez lesquelles la maladie mentale survient avant la grossesse auront besoin d'un traitement périnatal. Par ailleurs, vu qu'une maladie mentale peut survenir après les 4 premières semaines du postpartum, tant les cliniciens que les chercheurs qualifient de périnatals les troubles qui se présentent jusqu'à 1 an après l'accouchement<sup>77</sup>. À l'heure actuelle, il n'y a pas de définition reconnue pour la survenue périnatale dans le cas des troubles anxieux, du TOC ou du TSPT, malgré leur prévalence élevée.

Bien que le DSM-5-TR ne précise pas les symptômes propres aux populations périnatales, le tableau clinique des divers troubles présente des aspects particuliers en période périnatale. Dans le cas de la dépression, la personne atteinte présente souvent des ruminations très négatives et persistantes à propos de ses aptitudes comme parent ou se sent coupable devant ce qu'elle perçoit comme étant l'impact défavorable de ses actions sur l'enfant. L'anxiété, qu'elle fasse partie d'un trouble dépressif, anxieux ou connexe, est souvent fondée sur des préoccupations liées à la santé du nouveau-né et à la capacité d'être un bon parent<sup>78</sup>. La nature intrusive des soucis excessifs propres à la dépression et aux troubles anxieux en période périnatale est parfois difficile à distinguer de celle du TOC (« inquiétudes obsessionnelles »), qui est caractérisé par des pensées intrusives et/ou un comportement compulsif. Chez la personne atteinte de l'un ou l'autre de ces troubles en période périnatale, les inquiétudes intrusives peuvent prendre la forme de pensées ou d'images intrusives involontaires où le bien-être du nourrisson est menacé, et sont souvent accompagnées d'un besoin de rassurance, d'un comportement axé sur des vérifications répétées et de conduites d'évitement (p. ex., la personne atteinte évite de laisser d'autres personnes s'occuper du bébé)<sup>19</sup>. La crainte de l'accouchement (aussi appelée tocophobie) est une manifestation clinique de l'anxiété de plus en plus reconnue qui englobe de nombreuses craintes liées à la grossesse et à l'accouchement, allant de la crainte de la douleur à la crainte du décès de la mère et/ou du nourrisson, en passant par la crainte des interventions et complications médicales, la peur de perdre le contrôle, la crainte des changements physiques et la crainte de fautes commises par le personnel médical<sup>18,51</sup>. Le TSPT lié à l'accouchement, où

les symptômes du TSPT sont centrés sur la naissance et les souvenirs de la naissance dans le contexte d'un accouchement traumatique, fait l'objet d'un nombre croissant de publications<sup>79</sup>. On reconnaît de plus en plus que l'accouchement est parfois un événement traumatisant qui peut nuire au bien-être mental, même en l'absence de complications obstétriques ou néonatales graves.

Bien que le présent guide de pratique soit consacré au traitement des THAP, les cliniciens doivent absolument garder à l'esprit l'association possible des symptômes anxiothymiques à d'autres troubles psychiatriques, notamment aux troubles de la personnalité (trouble de la personnalité limite, par exemple), aux troubles alimentaires (p. ex., anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique) et/ou aux troubles liés à l'utilisation d'alcool et de substances. En fait, il peut arriver que ces troubles psychiatriques autres que les THAP soient la principale source des symptômes anxiothymiques. Que ces autres troubles psychiatriques constituent l'affection primaire ou qu'ils coexistent avec les THAP, ils demandent une évaluation exhaustive et un traitement. Enfin, les cliniciens du Canada sont tenus de signaler aux services de protection de l'enfance ou à la police (en cas d'urgence) les situations où ils soupçonnent qu'un enfant est maltraité et/ou négligé. Le CANMAT recommande à tous les cliniciens d'être au courant des lois locales.

### Considérations thérapeutiques générales

Idéalement, la maladie mentale devrait être stabilisée avant la conception d'un enfant. Pendant la planification pré-conception, il est important de fournir aux patients des renseignements actualisés pour les aider à peser les risques possibles de leur maladie (ou d'une réapparition de leur maladie) et des diverses options thérapeutiques lors de la prise de décisions concernant leur traitement avant, pendant et après la grossesse. Les principaux objectifs d'un traitement pendant la grossesse et le postpartum sont les suivants : obtenir une rémission symptomatique, prévenir une récurrence ou une aggravation, réduire ou supprimer les symptômes des troubles concomitants, y compris ceux des affections médicales et psychiatriques et ceux des troubles liés à l'utilisation d'une substance ou d'alcool, et limiter les risques pour le nourrisson. Les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à offrir du soutien pour la gestion des questions psychosociales, notamment en mettant les patients en contact avec les services sociaux dans les débuts de la planification du traitement. Ce soutien pourrait aussi consister à orienter le patient vers les services pouvant l'aider en cas d'insécurité alimentaire, d'instabilité financière et/ou d'hébergement, vers des cours de langue pour personnes ne parlant pas la langue locale, et/ou vers une source de soutien pour victimes de violence aux mains d'un ou d'une partenaire intime. Dans le cas des patients présentant plus d'un trouble psychiatrique, il est important de déterminer lequel ou lesquels des troubles il faut traiter

en premier. Les facteurs à considérer comprennent le type de trouble et sa sévérité, le profil symptomatique (la présence de symptômes psychotiques, par exemple), l'impact sur la détresse et le fonctionnement de la mère, et les préoccupations concernant la sécurité de la mère et/ou de l'enfant. Les membres des équipes multidisciplinaires sont encouragés à travailler en collaboration dans la préparation des patients au travail, à l'accouchement et à la période post-partum initiale, surtout dans les cas complexes.

La sélection du traitement initial s'effectue en fonction de la nature et de la sévérité de la maladie, de la réponse au traitement dans le passé et de la préférence du patient. L'évaluation de la sévérité (maladie légère, modérée ou sévère) peut se fonder sur le nombre de symptômes que présente le patient, sur la sévérité de ces symptômes et sur l'impact dans le fonctionnement socioprofessionnel (Figure 1)<sup>16</sup>. Pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux en particulier, les échelles couramment

et aisément utilisées dans la pratique, et axées sur le patient, peuvent être utiles, notamment l'échelle de dépression post-natale d'Édimbourg (ou EPDS, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), le questionnaire PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) et l'échelle d'anxiété généralisée à 7 items (GAD-7)<sup>80</sup>. Les plages des scores à ces échelles pour les divers degrés de sévérité à la Figure 1 ne doivent servir qu'à guider l'évaluation de la sévérité et devront être considérées dans le contexte des autres aspects du tableau clinique (antécédents, durée des symptômes, affections concomitantes, par exemple) lors de la prise des décisions thérapeutiques.


Comme le démontre la Figure 1, les cas légers ou modérés de troubles dépressifs, anxieux et connexes peuvent souvent être traités avec succès en recourant à des options non pharmacologiques seulement, notamment à des interventions axées sur le mode de vie, et à des interventions psychosociales, psychologiques et complémentaires. Les pharmacothérapies et d'autres traitements

	LÉGER	MODÉRÉ	SÉVÈRE
<b>Évaluation globale de la sévérité</b>	Les symptômes remplissent les critères diagnostiques, leur intensité est stressante mais globale, le fonctionnement est légèrement altéré	Le nombre de symptômes, leur intensité et leur impact sur le fonctionnement sont considérables, mais les fonctions principales de base sont maintenues	La détresse mentale est importante; le maintien des fonctions principales de base est impossible sans l'aide d'autrui
<b>Échelles normalisées pour l'évaluation du degré de sévérité</b>			
<b>Score EPDS (dépression/anxiété)</b>	10 à 12	13 à 18	19 ou plus ou Q90 > 0*
<b>Score au questionnaire PHQ-9 (dépression)</b>	5 à 9	10 à 14	15 ou plus ou Q9 > 0*
<b>Score à l'échelle d'anxiété généralisée à 7 items (anxiété)</b>	5 à 9	10 à 14	15 ou plus
<b>Sélection du traitement initial</b>			
<small>N.B. : Tenir compte de la préférence du patient, de la réponse thérapeutique antérieure et de la disponibilité du traitement</small>			
<b>Interventions axées sur le mode de vie, psychosociales et/ou complémentaires</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Interventions psychologiques</b>	<input checked="" type="checkbox"/> **	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Pharmacothérapies ou autres interventions somatiques (p. ex., électrochoc)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> ***	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Milieu de soins</b>	Soins primaires et en milieu communautaire	Soins primaires et spécialisés	Soins spécialisés
<small>*Exige une évaluation approfondie des risques (voir Q9) pour distinguer les pensées suicidaires passives de l'intention et du plan de suicide, et pour évaluer des facteurs de risque supplémentaires.</small>			
<small>**Si les interventions axées sur le mode de vie, psychosociales ou complémentaires ne sont ni faisables ni accessibles</small>			
<small>***Si s'agit de la préférence du patient, si une psychothérapie n'est pas accessible, en cas de diagnostic d'un trouble bipolaire ou d'une psychose, et/ou si le risque d'aggravation ou de rechute est élevé</small>			

**Figure 1.** Impact de la sévérité du THAP sur la sélection du traitement initial. Pour un degré de sévérité donné, le type d'intervention coché dans la rangée inférieure est typiquement nécessaire, mais on peut aussi recourir aux interventions dans les rangées supérieures pour appuyer l'effet de l'intervention principale. THAP = trouble de l'humeur, trouble anxieux ou trouble connexe périnatale. Source : D'après le protocole de soins pour la gestion de la santé mentale périnatale (proposé en anglais seulement par le Conseil provincial de l'Ontario pour la santé maternelle et infantile).

somatiques peuvent ensuite s'ajouter à ces interventions si les symptômes ne répondent pas au traitement non pharmacologique. La Figure 1 indique aussi qu'une pharmacothérapie est typiquement requise pour bien maîtriser les troubles dépressifs, anxieux et connexes quand les symptômes sont modérés ou sévères, ainsi que dans le traitement du TB. Les médicaments s'emploient également pour prévenir une rechute ou la réapparition des symptômes chez une personne qui suivait un traitement médicamenteux d'entretien avant la grossesse. Dans ces cas, des interventions non pharmacologiques peuvent servir de compléments à la pharmacothérapie (autrement dit, les programmes d'entraide ou une psychothérapie peuvent s'avérer bénéfiques en association à un traitement médicamenteux). Il se peut que d'autres traitements somatiques, tels que la neuromodulation non effractive ou l'électrochoc, soient nécessaires si les options pharmacologiques ne produisent pas une rémission adéquate ou, dans le cas de l'électrochoc, si la maladie est très sévère et exige une réponse rapide au traitement (p. ex., en présence d'une psychose aiguë ou d'une catatonie).




Au moment d'aborder les options thérapeutiques auprès du patient, les fournisseurs de soins de santé doivent prévoir une période de temps suffisante pour la discussion, notamment pour parler des risques possibles, des effets secondaires et des bienfaits attendus. Il faut aussi tenir compte de la préférence du patient. Les professionnels de la santé devraient également encourager le patient à parler des options thérapeutiques à son ou sa partenaire ou à ses proches, ou l'inviter à se faire accompagner par son ou sa partenaire ou un être cher lors d'un rendez-vous pour la discussion des options thérapeutiques, dans les cas appropriés.


Une fois le traitement instauré, le CANMAT recommande un suivi assidu. L'utilisation systématique d'outils normalisés pour mesurer la sévérité des symptômes, tels que l'échelle EPDS, le questionnaire PHQ-9 et l'échelle d'anxiété généralisée à 7 items, est fortement encouragée pour surveiller la réponse au traitement et l'aggravation possible des symptômes ou la survenue d'une rechute. Il convient d'effectuer ces vérifications fréquemment tant que le patient demeure symptomatique (c.-à-d., toutes les 1 à 3 semaines), quitte à en réduire la fréquence une fois les symptômes entièrement résolus (toutes les 6 à 8 semaines, par exemple) (Niveau 4 )


### Question 1. Quelles sont les recommandations concernant le dépistage des THAP?

Le premier pas vers un diagnostic et un traitement efficaces est le dépistage. Il arrive parfois que les personnes enceintes ou en période postpartum reconnaissent et signalent leurs symptômes. Il arrive aussi que les amis ou les membres de la famille perçoivent des symptômes et expriment leurs préoccupations. Par ailleurs, les cliniciens ont parfois des doutes quant au profil symptomatique signalant la présence

d'un trouble particulier. Bien qu'une entrevue clinique délicate concernant la santé mentale puisse permettre le dépistage d'un THAP, l'utilité des questionnaires normalisés dans le dépistage a été explorée<sup>81</sup>.


L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS), qui a été traduite en 60 langues, est un outil bien validé pour la détection d'une dépression périnatale<sup>82,83</sup>. Bien que divers scores soient proposés dans la littérature, les données probantes tirées d'une revue systématique de grande envergure indiquent qu'un score EPDS de 11 ou plus offre la fiabilité maximale pour signaler la présence d'une dépression pendant la grossesse et le postpartum, comparativement à des entrevues diagnostiques semi-structurées (Niveau 3 )<sup>84,85</sup>. Nous recommandons de privilégier le recours à l'échelle EPDS, mais le questionnaire PHQ-9, l'un des outils autoadministrés les plus répandus pour le dépistage de la dépression dans les soins primaires<sup>86</sup>, affiche des caractéristiques semblables quand le score est  $\geq 10$  et peut donc s'employer s'il est jugé plus facile à utiliser (Niveau 3 )<sup>87</sup>. Le PHQ-2 et le questionnaire Whooley ont une spécificité plus modérée (Niveau 3 )<sup>88</sup>, mais pourraient s'avérer utiles quand l'administration des questionnaires plus longs n'est pas possible, malgré le risque d'engendrer des résultats faussement positifs.

Des données continuent à faire surface concernant la validité d'outils normalisés pour dépister les troubles anxieux et connexes dans les populations périnatales<sup>89-93</sup>. En ce qui concerne l'échelle d'anxiété généralisée à 7 items (GAD-7), dont l'emploi est très répandu pour dépister l'anxiété généralisée dans les populations non périnatales, une étude particulière menée pendant la grossesse avance qu'un score de 7 présenterait une meilleure sensibilité et fiabilité que le score de 10 désignant habituellement un profil symptomatique cliniquement pertinent hors de la période périnatale<sup>94</sup>. Il existe peu de données concernant les échelles optimales et les scores clés pour la détection d'autres troubles anxieux, du TOC ou du TSPT pendant la période périnatale, bien que des études dans ce domaine commencent à faire leur apparition<sup>95,96</sup>. Étant donné l'importance de dépister les THAP, s'il y a des raisons cliniques d'en soupçonner l'existence, il convient d'utiliser avec prudence des échelles validées pour les populations non périnatales ou des échelles partiellement validées pour la période périnatale (Niveau 4 )<sup>92</sup>.

Si le patient présente des symptômes d'un trouble dépressif, anxieux ou connexe, il est important de déterminer s'il est atteint de manie ou d'hypomanie ou s'il l'a déjà été, car cela pourrait modifier considérablement le plan de traitement proposé. Le questionnaire sur les troubles de l'humeur (MDQ, *Mood Disorder Questionnaire*), un instrument dont l'usage est très répandu dans les populations non périnatales, s'est avéré utile dans le dépistage du TB dans les populations périnatales si on appliquait un score de 7 ou plus et si on excluait les questions supplémentaires (Niveau 3 )<sup>97-100</sup>. Le MDQ est excellent pour écarter le diagnostic


de TB (valeur prédictive négative >90%). Cependant, les résultats positifs doivent donner lieu à une évaluation diagnostique puisque seulement 50% des personnes obtenant un score positif au MDQ ont un diagnostic de TB. Le questionnaire Highs, ayant fait l'objet de moins d'études que le MDQ dans les populations non périnatales, est le seul instrument spécialement conçu pour la détection de symptômes d'une hypomanie ou d'une manie aiguës pendant la période postpartum. Le Highs est un questionnaire à 7 items, où un score de 8 ou plus peut signaler un TB, particulièrement si le questionnaire est administré 1 et 6 semaines après l'accouchement<sup>101</sup>. Le MDQ conviendrait le mieux pour évaluer les symptômes antérieurs et aigus, alors que le questionnaire Highs est préférable pour mesurer la sévérité des symptômes aigus.

Lors de l'utilisation d'un questionnaire de dépistage normalisé, l'obtention d'un score dépassant un certain seuil représente typiquement un diagnostic fort probable. Néanmoins, l'administration de questionnaires ne suffit pas à établir un diagnostic. Si le tableau clinique et/ou le score obtenu à un questionnaire semblent indiquer la présence d'un THAP, il y a lieu d'effectuer une évaluation diagnostique plus poussée et d'instaurer un traitement. Il peut aussi arriver qu'une personne ayant obtenu un score inférieur au seuil diagnostique ait besoin d'un traitement. Par conséquent, si les échelles et questionnaires cliniques normalisés sont employés pour le dépistage, il faut aussi avoir en place un mécanisme ou protocole à suivre pour la réalisation d'une évaluation diagnostique appropriée et d'un plan de traitement convenable.

Certains professionnels de la santé et chercheurs se demandent s'il conviendrait d'utiliser systématiquement des questionnaires cliniques normalisés pour dépister les THAP chez tous les patients en période périnatale. Dans le cas de la dépression périnatale, il a été démontré que l'utilisation d'un questionnaire normalisé pour le dépistage peut améliorer le taux de repérage des cas de dépression périnatale, le taux d'administration d'un traitement approprié et les résultats cliniques (Niveau 2 <sup>102,103</sup>). Le Groupe de travail américain sur les services préventifs s'est déclaré en faveur de cette stratégie, comme l'ont fait des organismes dans d'autres pays, prenant en considération les éléments suivants : la forte prévalence de la dépression périnatale, le fait que les personnes en période périnatale ne divulguent pas toujours leurs problèmes de santé mentale spontanément, les risques bien établis d'une maladie non traitée et la validité des diverses échelles normalisées dans le dépistage de la dépression périnatale<sup>102,104</sup>. Par contre, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a déconseillé l'utilisation systématique de questionnaires normalisés, jugeant que les données appuyant cette stratégie n'étaient pas assez robustes pour justifier l'impact économique possible et le stress pour les patients dans le cas des résultats faussement positifs<sup>105</sup>. Même si le recours à des questionnaires de dépistage normalisés chez les

populations périnatales est considéré tout à fait acceptable<sup>93,106</sup>, l'attribution d'un score fondé sur les réponses au questionnaire pourrait, en l'absence d'autres formes de dépistage, entraîner un diagnostic erroné ou un surdiagnostic, une stigmatisation accrue de la santé mentale et l'administration inutile d'un traitement<sup>107</sup>.

Le CANMAT juge essentiel de veiller à ce que les cas de dépression soient repérés aussitôt que possible afin de favoriser la mise en route d'un traitement efficace en temps opportun. Il estime que les données cumulées à ce jour, notamment celles étayant la validité et l'acceptabilité des questionnaires pour le dépistage, ainsi que les preuves de niveau 2 démontrant une amélioration des résultats cliniques, suffisent à justifier l'emploi de questionnaires validés pour faciliter le dépistage. Tel que mentionné plus tôt, les questionnaires normalisés peuvent aider à repérer des cas de THAP autres que la dépression, mais il n'y pas encore de données concernant l'impact possible du recours systématique à ces outils sur les résultats cliniques. Il faudra mener des études supplémentaires pour déterminer la faisabilité et l'efficacité de l'utilisation systématique de questionnaires pour détecter d'autres THAP.

Il n'existe pas de données empiriques sur le moment optimal d'un dépistage, et l'intégration des questionnaires dans les soins de routine pourrait être difficile dans certains contextes. Néanmoins, le CANMAT recommande aux cliniciens fournissant des soins prénatals, postnatals et/ou pédiatriques d'inclure le dépistage des THAP dans leur pratique clinique pendant toute la durée de la période périnatale (à chaque trimestre de la grossesse, lors de l'examen de suivi obstétrique postpartum, pendant la prestation des soins primaires et pédiatriques jusqu'à 12 mois postpartum) (Niveau 4 <sup>102,108,109</sup>).

### Considérations dans diverses populations

Bien que certains outils bien validés aient été traduits en de nombreuses langues, il se peut qu'une population donnée ne reconnaisse pas ou n'éprouve pas les symptômes d'un trouble mental de la façon décrite dans un questionnaire de dépistage normalisé ayant été conçu dans une population différente ou dans un autre pays<sup>110,111</sup>. Par ailleurs, on a constaté que les traductions locales d'outils comme l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) étaient parfois moins susceptibles de dépister les véritables cas de THAP que la version anglaise originale<sup>112</sup>. Il serait peut-être avantageux d'adapter les scores-seuils des questionnaires aux populations particulières, comme l'indiquent les résultats d'une étude de délimitation menée récemment, selon lesquels des scores-seuils moins élevés conviendraient mieux dans les populations sud-asiatiques ou de l'Asie orientale<sup>113</sup>. Les données concernant les échelles optimales et les scores-seuils appropriés dans le cas de parents adoptifs<sup>82</sup>, d'Autochtones ou de personnes racialisées<sup>113-115</sup> sont limitées.

Les membres de certaines minorités raciales et ethniques et de certains groupes d'immigrants sont moins disposés à divulguer des problèmes de santé mentale en raison des préjugés concernant la santé mentale et des attentes de leur famille ou culture concernant la maternité<sup>110,116-119</sup>. Les personnes présentant des déficiences intellectuelles ou développementales pourraient également être réticentes à divulguer des problèmes de santé mentale pendant la période périnatale en raison de leur peur de ne pas recevoir des traitements adéquats ou parce qu'elles redoutent la prise en charge de l'enfant par les services sociaux de l'État<sup>120</sup>. Les outils comme l'échelle EPDS pourraient s'avérer moins utiles chez les personnes présentant des déficiences intellectuelles ou développementales, qui ont de la difficulté à interpréter leurs symptômes et à s'en souvenir<sup>121</sup>. Par ailleurs, d'après certaines données, les populations marginalisées par le racisme et une situation socioéconomique défavorisée sont moins susceptibles d'être évaluées aux fins de dépistage de THAP<sup>108</sup>. Il faudra travailler davantage à créer des outils de dépistage culturellement appropriés et accessibles. Il faudra aussi se pencher davantage sur l'iniquité en matière d'évaluation clinique et sur les façons d'y remédier.

## **Question 2. Quelles sont les recommandations concernant l'organisation et la prestation des services de soins de santé?**

### *Obstacles aux soins de santé*

Le dépistage initial des THAP peut avoir lieu pendant les soins prénatals ou postnatals, notamment ceux fournis par la sage-femme, le personnel infirmier de la santé publique, le médecin de famille ou l'infirmier/ère praticien/ne, ou dans le contexte des soins pédiatriques ou obstétriques. Idéalement, la structure des services de soins de santé prévoira clairement le cheminement du patient vers l'évaluation et le traitement dès le repérage d'un THAP. Par conséquent, il est important de considérer les obstacles aux soins de santé et d'explorer des façons de gérer ces obstacles au niveau du patient, du fournisseur de soins de santé et du système de santé global, en vue d'améliorer l'accessibilité et les résultats thérapeutiques.

De nombreux obstacles aux soins de santé pour les THAP ont été décrits<sup>122</sup>. Les principaux obstacles sont la stigmatisation ou les préjugés, la honte, la culpabilité, l'embarras et un manque d'autoefficacité (c.-à-d., le patient se croit incapable de faire quoi que ce soit qui pourrait l'aider à se sentir mieux). Parfois, les patients et les cliniciens ne connaissent pas les symptômes des THAP et ignorent que des options thérapeutiques efficaces existent. Les perceptions de certains patients concernant les traitements les empêchent de demander du secours (p. ex., ils craignent que la prise de médicaments soit la seule option recommandée alors qu'ils préféreraient une psychothérapie). Bon nombre de patients

ont dit ne pas chercher des soins parce qu'ils se sentaient dépassés par la situation et d'autres patients disent avoir peur de divulguer leurs symptômes au cas où les autorités les jugeraient incapables à s'occuper de leurs enfants. Par ailleurs, pour être efficaces, les interventions doivent être accessibles. Certaines interventions peuvent avoir lieu à domicile, à peu de frais ou gratuitement, mais de nombreuses interventions demandent des fonds, un personnel spécialisé et d'autres ressources (transport et garderie, par exemple). Les obstacles pratiques aux soins de santé comprennent les suivants : assurance santé inadéquate ou problèmes financiers, manque de soutien pour la garde des enfants ou manque d'accès à une garderie, manque de temps, manque d'accès à un moyen de transport et/ou absence de connexion Internet pour accéder aux services virtuels, ainsi que la non-disponibilité des soins (l'accès à des services spécialisés varie dans la plupart des régions, et les options thérapeutiques sont moins nombreuses dans les régions rurales et isolées en particulier).

Les obstacles aux soins de santé se présentent de façon disproportionnée dans certaines populations, notamment chez les adolescents, les personnes handicapées, les personnes présentant des diversités de genre, les immigrants et les réfugiés, les Autochtones, et les minorités racialisées et sexuelles<sup>48,123-126</sup>. La précarité socioéconomique et les vestiges de la colonisation, du racisme, de l'homo/bi/transphobie, du capacitisme, ainsi que la migration et le lieu géographique, et les expériences vécues pendant l'intégration communautaire, ont tous un impact sur l'accès aux soins et sur les interactions soignant-patient, pouvant donner lieu à des résultats défavorables pour la santé mentale périnatale<sup>127</sup>. Ces facteurs structurels et leurs séquelles, y compris les traumatismes (intergénérationnels), doivent être pris en considération et intégrés dans la formation des prestataires de soins pour assurer que toutes les personnes enceintes reçoivent des soins de santé mentale périnatale sûrs, accessibles et équitables<sup>128</sup>.

D'après des données probantes, les personnes de certaines minorités raciales et ethniques sont moins nombreuses à entreprendre ou à suivre un traitement et abandonnent plus fréquemment les psychothérapies, malgré une très forte préférence pour les interventions psychologiques plutôt que pharmacologiques<sup>116,129</sup>. Certains des obstacles abordés ci-dessus expliqueraient en partie les différences entre les personnes de diverses races ou identités dans les préférences concernant la nature du traitement, sa mise en route et l'observance thérapeutique. La prestation de soins tenant compte des différences culturelles et l'adaptation culturelle des interventions psychosociales et psychologiques peuvent réduire les iniquités dans l'observance thérapeutique et améliorer les résultats cliniques chez les personnes des minorités raciales et ethniques<sup>117,130</sup>. Il est conseillé aux cliniciens de fournir aux patients tous les renseignements dont ils ont besoin pour prendre une décision éclairée, préférablement sous la forme la plus accessible ou pertinente (p. ex., recommandation de sources d'information sur le Web ou dans les médias




sociaux, documents visuels et imprimés en diverses langues, etc., plutôt que des explications utilisant un jargon médical ou technique). Les cliniciens devraient également tenir compte des circonstances particulières de leurs patients, notamment d'un accès limité à des ressources financières, sociales ou autres pour appuyer la mise en route et la poursuite de l'intervention prescrite.

**Modèles de soins.** Les stratégies proposées pour réduire les obstacles et faciliter la mise en œuvre d'une politique et ligne de conduite en matière de santé mentale périnatale se résument comme suit<sup>119</sup> : a) Nature et structure des soins : les patients devraient pouvoir exprimer leur opinion concernant les soins qui leur sont prodigués; soins faciles d'accès; les soins devraient être fournis clairement, ouvertement et honnêtement; heures de consultation flexibles; formes de soutien pratiques telles que la garde des enfants, le transport et les liens avec l'équipe de travailleurs sociaux; accès à des interprètes au besoin; options de soins en présentiel et virtuels; b) Caractéristiques des prestataires de soins de santé : les fournisseurs de soins de santé doivent être ouverts, dénués de jugement, disposés à écouter, motivés, sensibles aux indices verbaux, intéressés et bien formés aux problèmes de santé mentale périnatale, engagés à défendre les intérêts des patients, sensibles aux différences culturelles, bien renseignés et sûrs de soi, de bons communicateurs et doivent voir de façon positive les soins qu'ils prodiguent; c) Facteurs organisationnels : des procédures claires; un esprit de collaboration; une équipe consacrée à la santé mentale périnatale; et supervision; d) Facteurs politiques :

les soins devraient être gratuits ou facilement accessibles par l'entremise des régimes d'assurance (au Canada, de nombreux services psychologiques ne sont pas couverts par l'assurance maladie universelle; l'accès à divers types de services peut varier selon la situation du patient en matière d'assurance); les services devraient être adéquatement financés, de façon à pouvoir offrir des services appropriés avec un personnel compétent; la marche à suivre pour l'aiguillage des patients doit être claire et simple; et e) Facteurs sociétaux : des renseignements devraient être communiqués aux patients, aux familles et au public pour améliorer les connaissances et le soutien en matière de santé, et pour réduire la stigmatisation.

Malheureusement, la plupart des systèmes de soins de santé ne sont pas dotés d'un protocole pour la prise en charge systématique des THAP. On constate plutôt que les prestataires de soins de santé, soit les médecins de famille, les sages-femmes, le personnel infirmier, les obstétriciens/obstétriciennes et les pédiatres, qui repèrent un cas possible de THAP adressent le patient à des thérapeutes locaux ou à des services de santé mentale générale de façon ponctuelle. L'orientation vers des services de santé mentale périnatale plus spécialisés n'a lieu que dans les régions où de tels services sont disponibles.


**Tableau 5.** Modèles de prestation des soins de santé mentale périnatales.



Ligne de traitement	Modèle de soins	Niveau de preuve
Première ligne	Soins collaboratifs	
Deuxième ligne	Soins par paliers	
Troisième ligne	Soins répartis selon la sévérité	

Comme dans le cas des soins de santé mentale prodigués aux populations non périnatales, l'absence d'une approche systématique dans la prestation des soins de santé mentale périnatales contribue au nombre peu élevé de cas de THAP traités. Pour cette raison, divers modèles de soins ont été créés et évalués pour aboutir à une meilleure organisation et prestation des soins (Tableau 5).

Les soins collaboratifs, aussi appelés soins intégrés, constituent un modèle de soins de santé mentale interdisciplinaire où au moins 2 professionnels de la santé participent à la systématisation du dépistage, de l'évaluation, du triage et de l'aiguillage, de l'instauration d'un traitement adapté aux symptômes et aux risques, et de la surveillance et gestion continues des symptômes et ce, pour des populations de patients entières<sup>131</sup>. Ces modèles sont typiquement utilisés dans les centres de soins primaires ou obstétriques, où un/e coordonnateur/trice de la santé comportementale ayant une formation en santé mentale (un/e infirmier/ère autorisé/e, par exemple) est chargé/e de l'évaluation, du triage et du suivi, et où des psychiatres conseillent les cliniciens de soins primaires (médecins de famille et infirmiers/ères praticien[ne]s) ou les obstétricien[ne]s et supervisent les programmes de traitement. Dans ce modèle, les patients présentant des symptômes légers ou même modérés peuvent obtenir des soins initiaux auprès de prestataires de soins de santé primaires. Par exemple, les patients peuvent recevoir l'appui de services sociaux, être mis en contact avec des groupes d'entraide et accéder à d'autres interventions dans le contexte des soins primaires ou obstétriques. Un soutien psychiatrique peut être offert par la suite si ces interventions initiales s'avèrent insuffisantes ou dans les cas plus sévères.

L'intégration des soins de santé mentale dans le contexte des soins de santé généraux (soins primaires et obstétriques ou soins de la sage-femme) accroît l'accès aux traitements et la continuité des soins, ce qui peut améliorer la santé mentale des patients et les résultats obstétriques<sup>132</sup>. Les modèles de soins collaboratifs sont associés à un degré élevé de satisfaction concernant le traitement et se sont avérés efficaces pour le traitement des troubles dépressifs et anxieux en période périnatale lors de certaines études


(Niveau 2 <sup>133-135</sup>). De plus en plus de données probantes appuient le bien-fondé de programmes offrant l'accès à des soins psychiatriques périnataux, une approche qui comprend certains éléments des soins collaboratifs, mais une intensité de ressources moindre, où les fournisseurs de soins de santé peuvent adresser les patients à un centre de ressources spécialisé, à un service de consultations téléphoniques et à des psychiatres spécialisés pour des consultations périnatales en personne<sup>136</sup>.


Dans les modèles de soins par paliers, les patients reçoivent des traitements d'intensité croissante selon la sévérité de leur maladie<sup>137</sup>. Il est typiquement conseillé aux patients de commencer par le traitement le moins intensif s'étant révélé efficace pour la sévérité de leurs symptômes, puis de passer à des interventions plus intensives en fonction de leur réponse au traitement. Ces modèles s'emploient actuellement pour la prestation de soins de santé mentale périnataux dans certains systèmes de santé nationaux (notamment, au Royaume-Uni), mais n'ont pas fait l'objet de beaucoup d'études pour les THAP en particulier (Niveau 3 <sup>138</sup>). Dans les modèles de soins répartis selon la sévérité, diverses méthodes, y compris l'administration de questionnaires d'autoévaluation, sont employées pour assigner au patient le traitement approprié en fonction de la sévérité de ses symptômes<sup>139</sup>. Ces modèles n'ont pas été mis à l'essai de façon rigoureuse auprès des populations périnatales. Certaines études décrivent l'élaboration de programmes semblables et, d'après des études non randomisées portant sur la DPP accompagnée d'anxiété, ce type d'intervention serait prometteur (Niveau 4 <sup>140-143</sup>).


Les modèles de soins par paliers et de soins répartis selon la sévérité diffèrent des modèles de soins collaboratifs, ne comportant pas nécessairement les modalités d'évaluation et de suivi propres aux soins collaboratifs. Ces approches pourraient néanmoins être utiles dans les systèmes de soins de santé n'ayant pas encore mis en place des modèles de soins intégrés complets. Par exemple, dans certaines régions du Canada, des protocoles de soins cliniques ont été créés pour aider les prestataires de soins prénatals, postnatals et pédiatriques à évaluer la sévérité des symptômes de THAP chez le patient et à diriger le patient vers l'étape appropriée du cheminement clinique (p. ex., vers un soutien par les pairs en cas de symptômes légers, vers une psychothérapie en cas de symptômes modérés ou vers une pharmacothérapie en cas de symptômes plus sévères)<sup>80,144</sup>.

Les études concernant les modèles de soins de santé mentale périnataux ont principalement porté sur les interventions pour les troubles dépressifs et anxieux. Il faudra élargir les travaux de recherche au-delà des troubles anxiodépressifs périnataux pour inclure le TB, le TSPT, les TOC et d'autres troubles mentaux périnataux<sup>145,146</sup>. Par ailleurs, des recherches supplémentaires sont requises pour déterminer l'efficacité des modèles de soins de santé mentale chez les


populations mal desservies, notamment chez les personnes handicapées, les minorités sexuelles, les personnes de race noire et les populations autochtones<sup>147,148</sup>.

**Prestataires de soins et contextes thérapeutiques.** Les interventions psychosociales peuvent être réalisées par les pairs, par des infirmiers ou infirmières et par d'autres fournisseurs de soins de santé communautaires. Les interventions psychologiques sont habituellement pratiquées par des professionnels de la santé mentale ayant reçu une formation spécialisée. Cependant, le partage des tâches avec des prestataires de soins qui ne sont pas spécialistes de la santé mentale<sup>149</sup> peut améliorer l'accès au dépistage, aux options thérapeutiques autogérées et aux psychothérapies de première ligne<sup>150,151</sup>. Par exemple, des prestataires de soins qui ne sont pas spécialistes de la santé mentale peuvent administrer des psychothérapies de courte durée pour prévenir et traiter les THAP<sup>152-154</sup>. Les pharmacothérapies sont habituellement prescrites par les cliniciens de soins primaires (médecins de famille, infirmiers praticiens/infirmières praticiennes) et parfois par les obstétriciens/obstétriciennes. L'apport et les soins complémentaires d'un/e psychiatre importent le plus dans les cas complexes ou sévères, notamment en présence d'affections concomitantes, d'une réponse inadéquate aux traitements initiaux et de situations à risque élevé. La prestation de soins virtuelle, notamment par téléphone ou vidéoconférence, peut améliorer l'accès aux soins en éliminant les obstacles tels que la distance ou le besoin de faire garder les enfants, et offre une option dont l'efficacité est semblable à celle des soins en présentiel pour la dépression et l'anxiété périnatales (Niveau 2 <sup>155-165</sup>).

Des programmes de soins psychiatriques plus intensifs, parfois appelés « hôpitaux de jour », ont été créés pour les personnes présentant une maladie plus sévère, mais ces programmes ont seulement été évalués dans le cadre d'études non randomisées (Niveau 4 <sup>166,167</sup>).



**La création d'unités mère-enfant.** (aucune n'existe actuellement au Canada) a été proposée comme moyen d'offrir des options thérapeutiques spécialisées aux personnes présentant des formes sévères de maladie mentale postpartum, sans séparer la mère de son enfant. Ces unités visent à soutenir la relation mère-enfant tout en stabilisant la santé mentale de la mère. D'après les données tirées d'études ni randomisées ni contrôlées, cette approche a des effets favorables sur la santé mentale de la mère, sur la relation mère-enfant et sur le développement de l'enfant (Niveau 4 <sup>168,169</sup>). Étant donné les défis pratiques importants que comporterait la réalisation d'études randomisées pour comparer les unités mère-enfant à la norme de soins et en tirer des données supplémentaires, il serait peut-être important que les systèmes de santé actuellement sans unités mère-enfant reconnaissent l'utilité que pourraient avoir ces unités dans certaines situations, particulièrement dans le cas des patientes ayant besoin

d'une hospitalisation prolongée (nécessitant une séparation prolongée de leur nourrisson).












L'éventail des options au Canada quant aux prestataires de soins et aux contextes dans lesquels obtenir des soins de santé mentale périnatals signifie qu'il est parfois difficile de s'orienter dans la quête d'un traitement<sup>170</sup>. Le recours à un/e intervenant/e-pivot facilite l'accès à des soins de santé mentale en temps opportun. Cette personne aide les patients à comprendre quels services pourraient leur être utiles et les met en contact avec le service approprié (p. ex., elle présente au patient les options disponibles, coordonne l'aiguillage vers le service approprié ou désiré et aide à supprimer les obstacles à l'accès)<sup>171</sup>. L'utilisation d'intervenants-pivots s'est avérée prometteuse en ce qui concerne les résultats cliniques (réduction des symptômes anxiodépressifs), le degré de satisfaction des patients et l'utilisation des services (Niveau 4 <sup>171</sup>). On ignore si l'utilisation d'intervenants-pivots serait efficace isolément, sans la liaison concrète aux services au sein d'un modèle de soins collaboratifs, d'un modèle de soins par paliers ou d'un modèle de soins répartis selon la sévérité.

### Question 3. Quelles sont les recommandations concernant les interventions axées sur le mode de vie?



Le CANMAT entend par interventions axées sur le mode de vie celles qui visent les comportements liés à la santé, notamment le régime alimentaire, l'activité physique et/ou le sommeil. Dans les guides de pratique antérieurs du CANMAT, la lumbinothérapie faisait partie de cette catégorie d'interventions. Le tableau 6 résume les interventions axées sur le mode de vie pour la prévention et le traitement des THAP.



D'après les données probantes, l'activité physique aide à prévenir la survenue de symptômes dépressifs pendant la grossesse et le postpartum dans les populations non cliniques (Niveau 2 <sup>172,173</sup>). Une activité physique d'intensité au moins modérée pendant plus de 150 minutes au total par semaine semble la plus efficace pour réduire le risque (Niveau 2 <sup>173</sup>). L'exercice aérobique a été associé à des réductions minimales ou moyennes de la sévérité des symptômes dépressifs, bien que les ECR disponibles soient




**Tableau 6.** Interventions axées sur le mode de vie pour la prévention et le traitement des THAP.


Ligne de traitement	Symptômes dépressifs		Symptômes d'anxiété	
	Intervention	Niveau de preuve	Intervention	Niveau de preuve
<b>Prévention</b>				
Première ligne	Activité physique d'intensité faible ou modérée		—	
Deuxième ligne	—		Activité physique d'intensité faible ou modérée	
Troisième ligne	<sup>a</sup> Protection du sommeil, surtout dans les groupes à risque		—	
Déconseillée	Les séances d'information sur le sommeil ne semblent pas prévenir la DPP chez les populations non cliniques Les interventions visant la conduite du sommeil du nourrisson pourraient aider l'enfant à dormir et améliorer la qualité du sommeil de la mère, mais ne semblent pas prévenir la DPP chez les populations non cliniques	 	—	
<b>Traitement</b>				
Première ligne	Activité physique d'intensité faible ou modérée Lumbinothérapie (postpartum)	 	—	
Deuxième ligne	—		Activité physique d'intensité faible ou modérée	
Troisième ligne	<sup>a</sup> Protection du sommeil		<sup>a</sup> Protection du sommeil	
La protection du sommeil est fortement recommandée pour prévenir une rechute dans le cas d'un trouble périnatal, notamment pour aider à prévenir une psychose du postpartum, et est essentielle au traitement de ces troubles (Niveau 4  ) (voir autres détails à la Question 9)				


Note. Il convient de superviser l'activité physique pour veiller à ce qu'elle soit cliniquement appropriée. Groupes à risque = ayant des antécédents ou des signes actuels de THAP, surtout de trouble bipolaire et/ou de psychose du postpartum; DPP = dépression postpartum; TCC = thérapie cognitivo-comportementale; THAP = troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles connexes périnataux.

<sup>a</sup>La protection du sommeil peut consister à réduire le temps pendant lequel la mère doit rester éveillée la nuit (p. ex., un/e autre adulte peut donner le biberon) ou à utiliser des interventions éprouvées pour traiter l'insomnie, le cas échéant. La TCC pour l'insomnie (TCC-I) est hautement efficace contre l'insomnie, particulièrement pour améliorer la qualité du sommeil et atténuer la sévérité de l'insomnie et des symptômes anxiodépressifs pendant la grossesse (Niveau 1 ). Des données tirées d'études sans insu appuient l'utilisation de la TCC-I pour traiter l'insomnie associée à la dépression postpartum (Niveau 4 ).


de qualité faible ou modérée (Niveau 2 <sup>174-178</sup>). Cela s'applique à l'activité physique de faible intensité (y compris la marche), bien qu'une activité d'intensité modérée puisse engendrer une réduction plus marquée des symptômes<sup>175,176,179</sup>. Par ailleurs, il a été démontré que l'activité physique peut prévenir les symptômes d'anxiété et en réduire la sévérité pendant la grossesse (Niveau 3 <sup>180</sup>). On ignore dans quelle mesure ces observations concernant les symptômes anxiodépressifs périnataux s'appliqueraient dans le cas des personnes répondant aux critères diagnostiques pour les troubles dépressifs, anxieux et connexes ou pour les troubles bipolaires. Il faudra dans tous les cas adapter les recommandations d'activité physique aux circonstances particulières (situation financière, soutien pour la garde d'enfants, limitations physiques ou autres obstacles), aux préférences et aux valeurs du patient et aux risques possibles pour sa santé (en cas de troubles alimentaires ou de blessures, par exemple), tout en tenant compte du contexte de la grossesse et des circonstances du rétablissement après l'accouchement.


La perturbation du sommeil est courante pendant une grossesse (notamment en raison de l'inconfort général, du besoin fréquent d'uriner et/ou de problèmes médicaux tels que l'apnée du sommeil) et ensuite en raison des soins que demande un nouveau-né, et elle est associée à un risque accru de survenue ou d'aggravation des symptômes de THAP<sup>181-184</sup>. Ni les séances d'information générale sur le sommeil ni les interventions visant la conduite du sommeil du nourrisson (consistant, par exemple, à laisser l'enfant pleurer jusqu'à épuisement ou à modifier la routine au coucher) ne semblent prévenir la DPP efficacement dans les populations non cliniques (Niveau 2,  efficacité négative)<sup>185,186</sup>. Toutefois, les interventions visant la conduite du sommeil peuvent aider l'enfant à dormir et améliorer la qualité du sommeil de la mère. Par ailleurs, la perturbation du sommeil accroît le risque de rechute chez les personnes ayant une maladie mentale préexistante<sup>187</sup>, surtout dans le cas d'un TB pendant le postpartum<sup>188</sup>. Il est donc recommandé d'inclure la protection du sommeil pendant la période périnatale dans la prévention et le traitement des symptômes de THAP (Niveau 4 ). La protection du sommeil peut consister à réduire le temps pendant lequel la mère doit rester éveillée la nuit (p. ex., un/e autre adulte peut donner le biberon pendant la nuit, qu'il s'agisse de lait maternel mis en bouteille ou de formule, pour permettre à la mère de dormir plus longtemps) ou à utiliser des interventions éprouvées pour traiter l'insomnie, le cas échéant, pour que la mère puisse dormir pendant que le nourrisson dort. La thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) est hautement efficace contre l'insomnie, particulièrement pour améliorer la qualité du sommeil et atténuer la sévérité de l'insomnie et des symptômes anxiodépressifs pendant la grossesse (Niveau 1 ). Des données tirées d'études ouvertes appuient l'utilisation de la

TCC-I pour traiter l'insomnie associée à la DPP (Niveau 4 <sup>164,189,190</sup>). La prise en charge pharmacologique de l'insomnie dans les populations périnatales est abordée à la Question 6.

Une revue systématique de 8 études ( $n = 231$ ) a révélé la supériorité de la luminothérapie à un placebo, l'ampleur de l'effet étant faible ou modérée dans le traitement de la dépression pendant la grossesse et le postpartum. La qualité des études incluses variait, l'hétérogénéité statistique était importante et, dans l'analyse de sous-groupe, l'effet était significatif pendant le postpartum seulement (5 études) mais non pendant la grossesse (3 études) (Niveau 2 <sup>191</sup>). Les études disponibles qui étaient centrées sur le régime alimentaire de la mère et sur les symptômes dépressifs périnataux étaient de faible ou très faible qualité, ne permettant pas d'en tirer des recommandations; les compléments alimentaires seront abordés à la Question 8<sup>192</sup>.

#### Question 4. Quelles sont les recommandations concernant le recours à des interventions psychosociales?

Le risque d'apparition d'un THAP est beaucoup plus élevé chez une personne estimant que le soutien à sa disposition est insuffisant<sup>193-195</sup>. C'est pourquoi le CANMAT recommande d'optimiser les formes de soutien informelles, notamment celles obtenues par l'entremise de réseaux communautaires, de membres de la famille et du cercle d'amis (Niveau 4 ). Les interventions psychosociales sont spécialement conçues pour améliorer les perceptions du soutien en fournissant un soutien informationnel (psychoéducation), affectif et instrumental<sup>196,197</sup>. Les interventions psychosociales périnatales qui ont été évaluées (résumées au tableau 7) comprennent les visites à domicile, le soutien par les pairs et les programmes de psychoéducation. La plupart des travaux de recherche sont centrés sur la dépression et l'anxiété périnatales. Vu le manque de données empiriques concernant le TB, le TSPT et les TOC, les cliniciens devront peut-être tenir compte des données probantes obtenues auprès des populations non périnatales dans la prise en charge de ces troubles.

D'après des données probantes et robustes, le soutien par les pairs (où les pairs ont reçu la formation appropriée) réduit les symptômes dépressifs pendant la grossesse et le postpartum (Niveau 1 <sup>194,198</sup>). Le soutien par les pairs est efficace qu'il soit fourni en présentiel, par téléphone ou en ligne (virtuellement), sous forme de séances individuelles ou en groupe. Son efficacité a aussi été démontrée dans des sous-populations périnatales particulières, notamment chez des adolescents et chez les parents d'enfants prématurés<sup>198,199</sup>. La fréquence optimale pour les séances de soutien par les pairs serait d'au moins une fois par semaine, et une durée inférieure à 3 mois s'est avérée aussi efficace qu'une durée de 3 à 36 mois. Le soutien par les pairs peut également prévenir la DPP dans

**Tableau 7.** Interventions psychosociales pour la prévention et le traitement des THAP.

Ligne de traitement	Symptômes dépressifs		Symptômes d'anxiété	
	Intervention	Niveau de preuve	Intervention	Niveau de preuve
<b>Prévention</b>				
Première ligne	Soutien par des pairs formés <sup>a</sup>		—	
Deuxième ligne	Coparentage (postpartum)		—	
Troisième ligne	—		Coparentage (postpartum)	
Déconseillée	Visites à domicile		Visites à domicile	
	Programmes de psychoéducation		Programmes de psychoéducation	
<b>Traitement</b>				
Première ligne	Soutien par des pairs formés			
Deuxième ligne	Visites d'écoute (postpartum)		Soutien par des pairs formés	
Déconseillée	Visites à domicile		Visites à domicile	
	Programmes de psychoéducation		Programmes de psychoéducation	

En présence d'un TB, un soutien par des pairs spécialement formés ajouté à une pharmacothérapie aiderait à prévenir la réapparition des symptômes, notamment des symptômes maniaques et dépressifs (Niveau 4 ). Les données concernant le rôle des programmes de psychoéducation structurés dans cette population ne sont pas suffisantes.

Note. TB = trouble bipolaire; THAP = troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles connexes périnataux.

<sup>a</sup>Si des facteurs de risque pour les THAP et/ou si des symptômes de THAP subsyndromiques sont présents.

les populations à risque, notamment celles présentant des facteurs de risque pour la DPP ou des symptômes dépressifs subsyndromiques (pas assez sévères pour satisfaire aux critères d'un EDM, mais risquant de devenir un EDM en l'absence d'une intervention) (Niveau 2 )<sup>200</sup>. Par ailleurs, le soutien par les pairs serait efficace contre les symptômes anxieux périnataux, mais il y aurait lieu de poursuivre des études à cet égard (Niveau 3 )<sup>201-203</sup>. Le soutien périnatal par des pairs spécialement formés n'a pas été étudié dans le cas du TB, mais d'après des données probantes de niveau 2 obtenues à l'extérieur de la période périnatale, l'ajout du soutien par les pairs à une pharmacothérapie préviendrait la réapparition des symptômes. Par conséquent, en attendant que des données empiriques soient obtenues dans la population périnatale, il serait raisonnable d'offrir à cette population le soutien d'un pair atteint d'un TB et ayant déjà vécu une grossesse (Niveau 4 )<sup>7</sup>.

Il est important de renseigner les patients et les familles sur la grossesse et le parentage, ainsi que sur les risques, les symptômes et les traitements des THAP, car cela fait partie des pratiques exemplaires dans la prestation de soins de santé. Cependant, dans l'ensemble, les données sur les programmes de psychoéducation particuliers qui ont été évalués, notamment ceux consacrés aux soins prénatals en groupe, n'appuient pas leur utilisation pour la prévention et le traitement des symptômes périnataux de dépression, d'anxiété et de TSPT (Niveau 2 , efficacité négative)<sup>134,174,204-211</sup>. Cela étant dit, un type de programme de psychoéducation, soit une intervention visant à renseigner les parents et/ou les personnes assumant le rôle parental sur le partage des rôles et sur les interactions efficaces dans le coparentage, semble aider à prévenir la survenue de symptômes dépressifs (Niveau 2 )

et anxieux (Niveau 3 ) postpartum<sup>212</sup>. Plusieurs programmes de psychoéducation structurés se sont avérés prometteurs dans la prévention des rechutes quand ils étaient ajoutés à une pharmacothérapie en présence d'un TB non périnatal. Cependant, à notre connaissance, aucun programme spécialement conçu pour les populations périnatales atteintes d'un TB n'a été rigoureusement évalué<sup>7</sup>.

En règle générale, un soutien non structuré offert par un infirmier, une infirmière ou un/e autre prestataire lors d'une visite à domicile était inefficace pour prévenir ou traiter des symptômes dépressifs ou anxieux périnataux (Niveau 2 , efficacité négative pour la dépression; Niveau 3 , efficacité négative pour l'anxiété)<sup>198,213,214</sup>. Toutefois, il a été démontré que certaines visites à domicile, soit les visites d'écoute structurées (~4 à 6 séances), généralement exécutées par un infirmier, une infirmière ou une autre personne formée en écoute empathique et résolution de problèmes, réduisent les symptômes dépressifs pendant la période postpartum (Niveau 2 )<sup>215</sup>. Ainsi, si des programmes de visites à domicile sont mis en place, ils devraient être fondés sur des modèles d'intervention qui ont été évalués et dont l'efficacité a été démontrée.

### Question 5. Quelles sont les recommandations concernant le recours à des interventions psychologiques?

Une psychothérapie est recommandée en première intention dans les cas modérés de dépression, d'anxiété, de TOC et de TSPT, ou dans les cas légers si les interventions axées sur le mode de vie et psychosociales ne sont pas suffisamment efficaces ou sont

ne répondent pas adéquatement à une psychothérapie seule, nécessitant une pharmacothérapie ou d'autres interventions somatiques (p. ex., neuromodulation) pour obtenir une rémission. Bien qu'une pharmacothérapie soit essentielle au succès du traitement d'un TB, des interventions psychologiques d'appoint (ajoutées aux médicaments) peuvent être utiles dans le traitement d'épisodes dépressifs, dans la prévention des rechutes et pour améliorer la qualité de vie.

### Dépression et anxiété

La TCC et la thérapie interpersonnelle (TIP) sont efficaces pour prévenir une dépression périnatale chez les personnes ayant des antécédents de dépression, ou en présence de symptômes dépressifs subsyndromiques ou de facteurs de risque psychosociaux prédisposant à une dépression périnatale tels que la précarité socioéconomique, la monoparentalité et le jeune âge de la mère (Niveau 1 ●).

Les psychothérapies sont également efficaces dans le traitement des EDM pendant la grossesse et le postpartum, qu'il y ait des symptômes anxieux concomitants ou non (Niveau 1 ●). Les modalités pour lesquelles les données démontrant l'efficacité sont les plus abondantes sont les thérapies uniformisées, notamment les TCC<sup>200,205,216,217,220-222</sup>, les TIP<sup>200,205,217,218</sup>, les thérapies basées sur la pleine conscience (p. ex., réduction du stress par la pleine conscience et thérapie cognitive basée sur la pleine conscience)<sup>216,219,222</sup> et la thérapie d'activation comportementale (TAC)<sup>223</sup> (Niveau 1 ●). Par ailleurs, les TCC et les thérapies basées sur la pleine conscience sont efficaces pour atténuer les symptômes anxieux périnataux en particulier (Niveau 2 ●)<sup>216,219,221,222</sup> inaccessibles. Généralement, les formes sévères de ces affections.

De nouvelles données appuient le bien-fondé du recours à plusieurs formes de psychothérapie, principalement celles comprenant des éléments de la TCC, dans le traitement des symptômes de tocophobie (Niveau 2 ●)<sup>218</sup>.

Les psychothérapies pour la dépression et l'anxiété sont typiquement constituées de 4 à 16 séances hebdomadaires, mais selon d'autres données, des séances de TCC d'une journée peuvent elles aussi réduire les symptômes anxiodépressifs postpartum (Niveau 1 ●)<sup>224-226</sup>. Elles sont efficaces, qu'elles se tiennent individuellement ou en groupe, en présentiel ou virtuellement (par téléphone ou vidéoconférence) (Niveau 1 ●)<sup>153,155,158,160,200,205,216-222,227-236</sup>. Il existe des données appuyant la prestation de soins virtuels en particulier à des populations variées sur le plan ethnique et racial (Niveau 1 ●)<sup>227,234,235</sup>. Des prestataires de soins qui ne sont pas des spécialistes (personnel infirmier, sages-femmes et pairs), c'est-à-dire qui n'ont pas d'expérience officielle ou antérieure en soins de santé mentale, peuvent recevoir une formation leur permettant d'administrer efficacement une TAC, une TCC et

une TIP pour traiter les symptômes anxiodépressifs périnataux (Niveau 1 ●)<sup>153</sup>.


Les interventions psychologiques peuvent aussi s'effectuer de façon autonome, où le patient suit un programme de traitement indépendamment, faisant habituellement appel à des techniques de thérapie cognitivo-comportementale qui lui sont expliquées dans des cahiers d'exercices imprimés, dans des modules en ligne ou dans des applications mobiles. Ces interventions autoadministrées sont dites guidées si elles s'accompagnent d'un encadrement téléphonique ou en ligne par une personne chargée d'encourager le patient à suivre le programme jusqu'au bout et d'évaluer les progrès et résultats thérapeutiques. Les interventions psychologiques autoadministrées (s'appuyant sur un cahier d'exercices ou sur des modules en ligne) réduisent les symptômes dépressifs, produisant les effets les plus bénéfiques quand elles sont guidées (Niveau 1 ● pour la DPP, et Niveau 2 ● pour la dépression pendant la grossesse) comparativement aux interventions autoguidées (ce qui serait au moins partiellement attribuable à la faible proportion de patients suivant le traitement autoguidé jusqu'au bout)<sup>202,203,230,237-243</sup>. Les interventions autoadministrées guidées peuvent aussi réduire l'anxiété (Niveau 2 ●)<sup>155,158,160,216,227,231,232</sup> et certaines données indiquent en particulier l'efficacité d'une TCC interactive guidée pendant la grossesse pour la prise en charge de la tocophobie (Niveau 4 ●)<sup>160</sup>. Les interventions autoadministrées guidées (utilisant Internet ou non) peuvent également prévenir la dépression et l'anxiété prénatales dans les populations à risque, notamment celles présentant des facteurs de risque pour les THAP et/ou des symptômes subsyndromiques (Niveau 3 ●)<sup>238-243</sup>.


### TOC

On en sait peu sur les psychothérapies pour les THAP autres que la dépression et l'anxiété. Une TCC avec exposition et prévention de la réponse est recommandée en présence d'un TOC, étant donné son efficacité bien établie dans les cas de TOC non périnataux<sup>244</sup> et malgré le faible volume de données probantes concernant la TCC en présence d'un TOC périnatal (Niveau 3 ●)<sup>245</sup>.



### TSPT

La prévention secondaire du TSPT à la suite d'un accouchement traumatique a suscité un certain intérêt. Les séances de débrefage psychologique peu après l'événement, où la personne est encouragée à gérer sa réponse affective à l'événement traumatisant, sont inefficaces pour prévenir le TSPT ou pour en traiter les symptômes (Niveau 1, ■ efficacité négative)<sup>246</sup>. Cette observation concorde avec les données obtenues auprès de populations non périnatales<sup>247</sup>. Néanmoins, l'absence de données probantes en faveur du débrefage ne devrait pas empêcher les cliniciens d'offrir

aux patients des éclaircissements concernant les événements entourant un accouchement et de répondre aux questions que se posent les patients. Un certain nombre de données en faveur de l'utilisation d'interventions comportant des éléments de TCC axés sur le traumatisme pour la prévention secondaire du TSPT ont été tirées d'ECR menés auprès de mères d'enfants prématurés qui présentaient des symptômes marqués de TSPT (Niveau 2 <sup>246</sup>). Les ECR d'autres interventions pour prévenir la survenue d'un TSPT après un accouchement traumatique qui ont été inclus dans les revues systématiques sont très hétérogènes et généralement de faible qualité, rendant impossible d'en tirer une recommandation précise<sup>246</sup>.

Diverses psychothérapies sont efficaces pour traiter un TSPT non périnatal (notamment, la thérapie du processus cognitif, la thérapie d'exposition prolongée et la thérapie d'exposition écrite)<sup>248,249</sup>. Cependant, il existe peu de données indiquant quels traitements seraient les plus efficaces dans le cas d'un TSPT périnatal ou de symptômes périnatals de stress post-traumatique, particulièrement si les symptômes du TSPT sont liés à des événements survenus pendant l'accouchement<sup>146,211,250</sup>. Lors d'une étude pilote menée récemment où la thérapie d'exposition écrite a été utilisée pour atténuer les symptômes de TSPT chez des personnes enceintes atteintes d'un TSPT et de troubles liés à l'utilisation de substances, les résultats obtenus ont été prometteurs (Niveau 4 <sup>251</sup>).

### Trouble bipolaire

Il a été démontré que les interventions psychologiques ne maîtrisent pas à elles seules les symptômes d'un TB non périnatal (c'est-à-dire, en l'absence de traitements pharmacologiques) et elles n'ont été que rarement étudiées dans la population périnatale. Néanmoins, d'après les données limitées sur la TCC, sur la thérapie familiale et sur la thérapie interpersonnelle et d'aménagement des rythmes sociaux obtenues auprès de patients atteints d'un TB non périnatal, l'ajout de ces interventions à une pharmacothérapie réduirait les symptômes dépressifs, améliorerait le fonctionnement et préviendrait la réapparition des symptômes (Niveau 2 <sup>7</sup>). On pourrait donc songer à utiliser ces interventions comme thérapies d'appoint pendant la grossesse et le postpartum si les circonstances le permettent (Niveau 4 <sup>7</sup>).

Les interventions psychologiques pour la prévention et le traitement des THAP sont résumées aux tableaux 8 et 9.

### Question 6. Quelles sont les recommandations concernant l'utilisation de pharmacothérapies?

Les traitements médicamenteux sont le plus souvent utilisés pour traiter les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les TOC et le TSPT quand les traitements non pharmacologiques

sont inefficaces, et en première intention quand les symptômes initiaux sont modérés ou sévères. Une pharmacothérapie peut aussi s'employer comme option initiale en présence de symptômes légers si le patient est incapable d'accéder à des interventions psychologiques ou s'il préfère la prise de médicaments à une psychothérapie. Les médicaments constituent le pilier du traitement dans les cas de TB et de psychose du postpartum, quelle que soit la sévérité des symptômes. La plupart des médicaments utilisés pour traiter les THAP ne sont pas strictement prescrits pour la période périnatale, mais la brexanolone, qui s'administre par perfusion intraveineuse, et son homologue oral appelé zuranolone sont de nouveaux médicaments qui ont été approuvés récemment aux États-Unis pour le traitement des cas sévères de DPP. La brexanolone et la zuranolone sont des dérivés neurostéroïdiens de l'allopregnanolone, une hormone qui provient du métabolisme de la progestérone, et leur mode d'action serait lié à la modulation des récepteurs de l'acide gamma-aminobutyrique A (GABA-A), qui jouent un rôle irrefutable dans la physiopathologie de la dépression<sup>252,253</sup>.

Les décisions concernant l'emploi de médicaments pendant la grossesse et l'allaitement demanderont toujours de peser les avantages pour le patient et le fœtus ou le nourrisson d'une part (surtout compte tenu de l'impact défavorable d'une maladie non traitée ou traitée inadéquatement) et les risques possibles de l'exposition de l'enfant aux médicaments pendant la grossesse ou l'allaitement d'autre part (innocuité et tolérabilité). Dans les cas où une pharmacothérapie était en cours avant la grossesse, les décisions seront centrées sur le risque de rechute. Dans d'autres cas, il faudra décider s'il convient d'instaurer une pharmacothérapie lors de la survenue de nouveaux symptômes. Les cliniciens doivent absolument détenir les renseignements les plus récents concernant les risques et avantages des options pharmacologiques afin de pouvoir fournir aux patients et aux êtres chers des renseignements clairs, équilibrés et impartiaux. La prise de décisions peut être optimisée : a) en mettant les patients au courant de toutes leurs options thérapeutiques (y compris l'option de ne suivre aucun traitement), b) en aidant les patients à clarifier leurs valeurs et préférences concernant ces options et c) en accordant tout le temps nécessaire pour la prise des décisions<sup>254,255</sup>. Selon les pratiques exemplaires, il convient de décrire l'efficacité et l'innocuité estimatives en termes absolus si possible (incidence de 1 sur 1000, par exemple), et de reconnaître l'existence d'incertitudes, le cas échéant<sup>256</sup>.

### L'innocuité des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement

Bien qu'il y ait quelques exceptions, la plupart des médicaments psychotropes couramment utilisés sont associés à un degré de risque relativement peu élevé en

**Tableau 8.** Interventions psychologiques pour la prévention des THAP.

	Ligne de traitement	Intervention	Niveau de preuve
Dépression	Première ligne	TCC <sup>a</sup>	
		TIP <sup>a</sup>	
Anxiété	Deuxième ligne	Interventions psychologiques autoadministrées guidées <sup>a</sup>	
	Première ligne	—	
TOC	Deuxième ligne	Interventions psychologiques autoadministrées guidées <sup>a</sup>	
		Données absentes	
TSPT	Première ligne	Interventions comportant des éléments de TCC axés sur le traumatisme <sup>b</sup>	
	Déconseillée	Débriefage psychologique après un accouchement traumatique	
Trouble bipolaire	Première ligne	—	
	Deuxième ligne	—	
	Troisième ligne	TCC d'appoint (prévention d'une rechute)	
		Thérapie familiale d'appoint (prévention d'une rechute)	
	Thérapie d'appoint interpersonnelle et d'aménagement des rythmes sociaux (prévention de rechute)		

Note. TCC = thérapie cognitivo-comportementale; THAP = troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles connexes périnataux; TIP = thérapie interpersonnelle; TOC = troubles obsessionnels-compulsifs; TSPT = trouble de stress post-traumatique.

<sup>a</sup>Si des facteurs de risque pour THAP et/ou des symptômes subsyndromiques de THAP sont présents.

<sup>b</sup>Ajoutées à une pharmacothérapie après un accouchement prématuré.

**Tableau 9.** Interventions psychologiques pour le traitement des THAP.

THAP	Ligne de traitement	Intervention	Niveau de preuve	
Dépression	Première ligne	TCC <sup>a</sup>		
		TIP <sup>a</sup>		
		Thérapies basées sur la pleine conscience <sup>a</sup>		
		TAC <sup>a</sup>		
		Modules de TCC et de TAC sur Internet pour auto-intervention guidée pendant la grossesse		
Anxiété	Deuxième ligne	Modules de TCC et de TAC sur Internet pour auto-intervention guidée pendant le postpartum		
		Première ligne	TCC pour symptômes d'anxiété	
		Thérapies basées sur la pleine conscience pour symptômes d'anxiété		
TOC	Deuxième ligne	Psychothérapies avec éléments de TCC pour symptômes de tocophobie		
		Deuxième ligne	Modules en ligne pour auto-intervention guidée pour symptômes d'anxiété	
		Troisième ligne	TCC interactive guidée pour tocophobie	
TSPT	Troisième ligne	TCC avec éléments d'exposition et prévention de la réponse		
		Psychothérapies centrées sur le traumatisme, fondées sur les données pour les populations non périnatales		
Trouble bipolaire	Troisième ligne	Débriefage psychologique après un accouchement traumatique		
		TCC d'appoint pour EDM et qualité de vie		
		Thérapie familiale d'appoint pour EDM et qualité de vie		
		Thérapie d'appoint interpersonnelle et d'aménagement des rythmes sociaux pour EDM et qualité de vie		

Note. EDM = épisode dépressif majeur; TAC = thérapie d'activation comportementale; TCC = thérapie cognitivo-comportementale; THAP = troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles connexes périnataux; TIP = thérapie interpersonnelle; TOC = troubles obsessionnels-compulsifs; TSPT = trouble de stress post-traumatique.

<sup>a</sup>En présence d'un EDM ou de symptômes dépressifs importants (avec ou sans diagnostic d'EDM).

ce qui concerne leur impact sur l'issue d'une grossesse (y compris le risque d'anomalies congénitales en cas d'exposition pendant le premier trimestre) et sur la croissance du fœtus, et en ce qui concerne les complications d'une grossesse, la santé du nouveau-né et les effets latents sur le développement de l'enfant (p. ex., développement moteur, langagier et socioaffectif). Lors de l'évaluation de l'innocuité d'un médicament pendant la grossesse, il est parfois difficile de distinguer l'impact possible du médicament des effets d'autres médicaments ou interventions (telles que l'exposition à des traitements de fertilité avant la grossesse), des effets de la maladie sous-jacente et d'autres facteurs associés à l'indication du médicament (risque génétique, tabagisme, indice de masse corporelle élevé et autres). Étant donné que les ECR portant sur les psychotropes n'ont pas été menés auprès de personnes enceintes, les meilleures données disponibles proviennent habituellement de grandes études observationnelles, notamment d'études cas/témoins ou par cohortes. Contrairement aux ECR, les études observationnelles peuvent être sujettes à des biais (attribuables à la maladie en soi ou à d'autres facteurs). Une panoplie de méthodes ont été utilisées pour tenter de limiter l'impact de variables confusionnelles (p. ex., en comparant les enfants nés des mêmes parents où seulement l'un des enfants a été exposé au médicament *in utero*, ou en comparant les sujets à des personnes enceintes ayant la même maladie sous-jacente mais n'ayant pas reçu de médicaments pendant la grossesse, etc.). Les recommandations énoncées dans le présent guide de pratique sont fondées sur les données tirées de ces études observationnelles de qualité supérieure. Étant donné qu'il est impossible de garantir l'absence absolue de variables confusionnelles dans les études observationnelles, il restera toujours un certain degré d'incertitude concernant le risque associé aux médicaments prescrits pendant la grossesse.

Similairement, la plupart des psychotropes semblent présenter un risque peu élevé pendant l'allaitement. Les données disponibles sur l'innocuité des médicaments pendant l'allaitement sont principalement tirées de séries de cas et de petites études observationnelles, et il y a souvent moins de renseignements que dans le cas de l'innocuité pendant la grossesse. Cependant, la majorité des psychotropes ont une dose maternelle ajustée au poids (DMAP, synonyme de RID [*relative infant dose*], la dose reçue dans le lait maternel par rapport à la dose reçue par la mère) inférieure à 10%, ce qui est généralement considéré comme un risque minime<sup>257</sup>. Il pourrait néanmoins convenir de prescrire un médicament ayant une DMAP supérieure à 10% s'il ne semble pas conférer de risques. La prudence est de mise chez les enfants prématurés et chez les nourrissons présentant des affections rénales, hépatiques, neurologiques ou d'autres


problèmes de santé importants, particulièrement si le médicament a une longue demi-vie ou des métabolites actifs<sup>258</sup>. Les quelques données selon lesquelles il serait possible de réduire les risques pour le nourrisson en modifiant l'heure des allaitements ou en détruisant le lait maternel pour réduire l'exposition de l'enfant ne sont pas convaincantes.

### Surveillance de la pharmacothérapie

Les protocoles posologiques et de suivi pour la plupart des psychotropes demeurent généralement semblables, que ces agents soient administrés en période périnatale ou non. Les changements physiologiques liés à la grossesse peuvent avoir un impact sur le métabolisme de certains psychotropes, réduisant leur concentration dans le sang<sup>259</sup>.

Dans la plupart des cas, les cliniciens doivent surveiller les patients pour être en mesure de modifier la posologie d'une façon cliniquement appropriée advenant une aggravation des symptômes. L'élimination de la lamotrigine et du lithium augmente pendant la grossesse, revenant au taux prégestationnel assez rapidement après l'accouchement. Ainsi, il est conseillé d'avoir en place des protocoles de suivi particuliers pour la période périnatale (voir Antiépileptiques et Lithium ci-après).



**Antidépresseurs.** Les antidépresseurs s'emploient en première intention pour traiter les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les TOC et le TSPT et servent parfois de thérapie d'appoint dans les cas de dépression bipolaire. La plupart des études concernant l'innocuité pendant la grossesse étaient centrées sur les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), les antidépresseurs tricycliques (ATC) et d'autres antidépresseurs dans leur ensemble ou comme classe (les ISRS, par exemple). Les études portant sur un médicament particulier à l'intérieur d'une classe particulière sont moins nombreuses. Cela veut dire que le plus souvent, il est difficile de connaître la différence entre les médicaments d'une classe particulière sur le plan de l'innocuité. Les données (résumées dans l'encadré 1) démontrent que si les variables confusionnelles liées à l'indication du médicament sont bien gérées, les liens entre d'une part, la plupart des antidépresseurs et d'autre part, la majorité des cas où l'issue de la grossesse est défavorable diminuent significativement<sup>260,261</sup>. Certains experts conseillent de cesser graduellement le traitement antidépresseur quand la date de l'accouchement approche afin de réduire le risque de survenue d'un syndrome d'abstinence néonatale. Bien que les données d'une récente série de cas non randomisée

préconisent cette approche, les données d'études antérieures indiquaient que le risque de détresse respiratoire néonatale était le même si la prise d'antidépresseurs avait cessé 14 jours avant l'accouchement ou non, compte tenu de la sévérité de la maladie de la mère<sup>262,263</sup>. Le CANMAT reconnaît qu'il s'agit d'une question à explorer davantage, mais juge que les avantages de cesser graduellement la prise du médicament pour réduire le risque d'un syndrome d'abstinence néonatale ne l'emportent probablement pas sur les risques d'une aggravation de la maladie maternelle; il est donc déconseillé de réduire les doses du traitement antidépresseur ou d'en cesser l'administration près de la date de l'accouchement (Niveau 4 )

### Encadré 1. Sommaire des données sur l'innocuité des antidépresseurs pendant la grossesse

Preuves de niveau 3  sauf indication contraire

**Complications d'une grossesse :** On ne croit pas que les ISRS accroissent le risque d'avortement spontané, même en tenant compte de la dépression maternelle et d'autres facteurs confusionnels, bien que l'impact sur ce risque soit moins certain avec la venlafaxine, la duloxétine et la mirtazapine<sup>261,264,265</sup>. Il ne semble pas y avoir d'augmentation pertinente du risque d'apparition d'un diabète gestationnel ou d'une hypertension gestationnelle chez les personnes prenant des ISRS, des IRSN, des ATC ou des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) pendant la grossesse<sup>261,265,266</sup>. Les observations concernant les hémorragies postpartum (un problème examiné en raison d'un risque accru de saignement associé à la prise d'antidépresseurs sérotoninergiques chez les personnes non enceintes) sont mixtes, mais d'après les études corrigées pour tenir compte du trouble psychiatrique, l'augmentation des pertes sanguines associée aux ISRS et aux IRSN serait faible (perte sanguine excédentaire d'environ 300 mL) et n'entraînerait ni des complications sévères ni le décès chez la personne enceinte ou le nourrisson<sup>265,267</sup>.

**Anomalies congénitales :** Les ISRS, les IRSN et les ATC en tant que classes ne semblent pas accroître le risque d'anomalies congénitales majeures<sup>261,268</sup>. Il y aurait un risque accru d'anomalies cardiovasculaires dans le cas d'une exposition aux ISRS, aux IRSN et au bupropion pendant le premier trimestre, mais ce risque serait infime en termes absolus (voire nul si les variables confusionnelles sont prises en considération); certaines études ont mentionné la nécessité d'une vigilance légèrement plus marquée avec la paroxétine qu'avec les autres agents de ces classes<sup>269-272</sup>. Les ATC ne semblent pas accroître le risque de façon pertinente<sup>269</sup> . Les seules données concernant la tranlycypromine, un IMAO, sont tirées d'une série de cas, mais des dysmorphies faciales sévères, des malformations cardiaques et des cas de mortalité fœtale ont été signalés (Niveau 4 )<sup>273</sup>.

**Croissance du fœtus :** Bien que les antidépresseurs puissent accroître de façon générale le risque de retard de croissance intra-utérin et d'une gestation écourtée, l'ampleur des réductions est peu susceptible d'être cliniquement significative (<100 grammes et <1 semaine dans la plupart des cas)<sup>265,274-276</sup>.

**Complications néonatales :** L'hypertension artérielle pulmonaire persistante du nouveau-né est une affection rare mais grave qui touche 2 nourrissons sur 1000. Le risque absolu passerait à ~3/1000 chez les fœtus exposés aux ISRS et aux IRSN pendant le troisième trimestre. Parmi les ISRS, la sertraline et l'escitalopram occasionneraient possiblement une hausse moins marquée du risque que la fluoxétine<sup>277</sup>. Jusqu'à 30% des nouveau-nés exposés aux ISRS et aux IRSN pendant la grossesse présentent des symptômes passagers propres au syndrome d'abstinence néonatale, notamment : agitation, détresse respiratoire, irritabilité, perturbation du sommeil, tachycardie et problèmes d'alimentation<sup>278</sup>. Ce syndrome est spontanément résolutif dans la plupart des cas, s'accompagne rarement de complications sévères et se dissipe habituellement en 2 ou 3 jours avec des soins de soutien. Tous les ISRS et IRSN accroissent le risque de survenue de ce syndrome, mais le risque serait le plus élevé avec la paroxétine, la venlafaxine et la fluoxétine<sup>261</sup>.

**La santé de l'enfant à plus long terme :** Le risque de troubles développementaux du langage, de déficiences intellectuelles et d'autres troubles développementaux est de 4 à 5 fois plus élevé avec l'exposition à l'acide valproïque et il semble y avoir une relation dose-réponse. L'exposition à la prégabaline accroîtrait le risque de troubles neurodéveloppementaux (ce médicament est abordé ici puisqu'il est recommandé comme monothérapie en présence d'une anxiété généralisée)<sup>283,302,303</sup>.

En règle générale, les antidépresseurs n'ont pas d'effets indésirables importants sur les nourrissons qui y sont exposés pendant l'allaitement et leur impact sur la production de lait maternel est minime<sup>280</sup>. La demi-vie de la fluoxétine étant plus longue que celle de bon nombre des ISRS, il est préférable de recourir aux médicaments ayant un demi-vie plus courte. Des cas de crises convulsives chez le nourrisson ont été signalés avec le bupropion, bien que ces événements aient peut-être été attribuables à d'autres facteurs et non au médicament en soi. Le seul médicament déconseillé pendant l'allaitement est la doxépine, un ATC, en raison du risque de sédation chez le nourrisson<sup>281</sup>.


**Antiépileptiques.** Les antiépileptiques s'emploient dans le traitement du TB et de certains troubles anxieux. La carbamazépine, la lamotrigine et l'acide valproïque sont les seuls antiépileptiques recommandés comme monothérapies dans le guide de pratique du CANMAT pour le TB. Ils sont abordés individuellement ici dans la mesure où il est possible de dégager des effets particuliers qui diffèrent des effets propres à cette classe de médicaments. L'acide valproïque est associé à une augmentation considérable du risque d'anomalies congénitales (surtout d'anomalies cardiaques et du tube neural) suite à l'exposition pendant le premier trimestre de la grossesse et accroît le risque d'un retard de développement neurologique chez l'enfant suite à l'exposition pendant les deuxième et troisième trimestres (Encadré

2)<sup>282,283</sup>. Par conséquent, l'acide valproïque est *déconseillé* pendant la grossesse. En fait, vu sa tératogénicité connue, cet agent est déconseillé chez toutes les personnes de sexe féminin en âge de procréer en raison de la forte prévalence des grossesses non planifiées. Si une personne prenant de l'acide valproïque se présente déjà enceinte à la clinique ou se présente pour une consultation de planification avant une grossesse, il faudra sérieusement peser la situation et déterminer s'il est possible de changer de médicament sans compromettre la stabilité psychiatrique de la mère. Dans les cas où les autres médicaments essayés n'ont pas été efficaces ou tolérés (ou si la grossesse est presque terminée et le risque de déstabilisation serait élevé si le traitement était interrompu, ne produisant qu'une réduction minimale du risque à ce stade), les cliniciens et les patients doivent aborder de façon rigoureuse les risques et les avantages possibles de poursuivre le traitement avec ce médicament. Bien qu'une revue systématique des risques pour la progéniture associés à l'utilisation de ce médicament par les pères et les autres parents ne donnant pas naissance à l'enfant dépasse la portée de ce guide de pratique, il est important de mentionner la littérature récente explorant les risques possibles d'anomalies congénitales neurodéveloppementales associés à l'utilisation du valproate par les pères. D'après une étude signalée par le comité d'évaluation des risques et de pharmacovigilance de l'Agence européenne des médicaments, l'exposition au valproate due à son utilisation par le père a été associée à un risque accru de troubles neurodéveloppementaux mais non à des anomalies congénitales chez la progéniture<sup>284</sup>. Par contre, les résultats de 2 études indépendantes basées sur une population tenant compte de variables confusionnelles importantes n'indiquaient aucun lien entre l'utilisation du valproate par le père et la présence d'anomalies congénitales ou de problèmes neurodéveloppementaux chez la progéniture<sup>285,286</sup>.

La carbamazépine est associée elle aussi à un risque accru d'anomalies congénitales (probablement proportionnel à la dose). Toutefois, étant donné le risque moins élevé par rapport à l'acide valproïque et la faible possibilité d'effets indésirables sur le plan obstétrique ou neurodéveloppemental, la carbamazépine peut s'employer avec plus de confiance après le premier trimestre<sup>282,283</sup>. L'exposition à la carbamazépine pendant la grossesse accroîtrait le risque d'une carence en vitamine K chez le nourrisson; il convient donc d'administrer de la vitamine K vers la fin de la grossesse pour réduire le risque de saignement chez le nouveau-né<sup>287</sup>. Il n'est généralement pas nécessaire de modifier la posologie de la carbamazépine puisque la grossesse n'a pas d'effet significatif sur les concentrations de ce médicament dans l'organisme<sup>281</sup>.


**Encadré 2. Sommaire des données sur l'innocuité des antiépileptiques pendant la grossesse (concernant ceux indiqués dans le traitement des troubles psychiatriques)**

*Preuves de niveau 3 sauf indication contraire.*

**Complications de la grossesse :** Les médicaments appartenant à la classe des antiépileptiques sont associés à un risque légèrement accru d'hémorragie postpartum et de déclenchement du travail<sup>294</sup>. Étant donné que ces complications sont également associées à l'épilepsie (principalement étudiée pour l'exposition aux antiépileptiques) indépendamment de la pharmacothérapie, il est difficile d'estimer le risque chez la personne enceinte non épileptique ayant un trouble psychiatrique. D'après l'analyse des données sur l'exposition aux antiépileptiques tirées de diverses études, ces médicaments ne semblent pas accroître le risque d'hypertension gestationnelle, de saignement pendant la grossesse, ou d'une césarienne (Niveau 4 <sup>295</sup>).

**Anomalies congénitales :** L'exposition à l'acide valproïque s'accompagne d'un risque accru d'anomalies congénitales majeures, notamment d'anomalies cardiaques (p. ex., communication interauriculaire), d'hypospadias, d'anomalies du tube neural (p. ex., spina bifida, synostose crânienne) et de fissures orales<sup>282,296,297</sup>. Le risque d'anomalies congénitales associé à l'acide valproïque serait jusqu'à, ou plus de, 3 fois plus élevé que dans la population générale. La carbamazépine est associée elle aussi à un risque légèrement accru d'anomalies congénitales, notamment d'anomalies cardiaques, du tube neural, des voies urinaires ainsi que de fissures orales ou de fentes palatines, le risque étant beaucoup moindre par rapport à l'acide valproïque (risque relatif approché de 1,37 pour les données regroupées)<sup>282,296,298</sup>. Le risque d'anomalies congénitales associé à la lamotrigine n'est pas significativement plus marqué que dans la population générale<sup>282</sup>.

**Croissance du fœtus :** Les antiépileptiques en général ont été associés à de légères hausses absolues du risque de petite taille pour l'âge gestationnel et d'un faible poids à la naissance, et à une légère réduction du poids à la naissance (~119 g), mais non de la longueur du nouveau-né ni de la circonférence crânienne<sup>299</sup>. L'utilisation concomitante de plusieurs antiépileptiques accroîtrait ces risques<sup>299</sup>. L'exposition à la carbamazépine serait associée à une croissance réduite de la tête du fœtus<sup>300</sup>.


**Complications néonatales :** L'exposition aux antiépileptiques en général accroîtrait le risque d'admission à l'unité de soins intensifs néonataux et serait associée à un risque accru d'accouchement prématuré, mais les données proviennent surtout de populations atteintes d'épilepsie (cette maladie est elle-même associée à des risques pour la reproduction qui ne s'appliquent pas nécessairement aux populations psychiatriques)<sup>294</sup>. Quand l'exposition à la lamotrigine a été étudiée isolément, elle ne semblait pas être associée à des complications néonatales (Niveau 4 <sup>301</sup>).

**La santé de l'enfant à plus long terme :** Le risque de troubles développementaux du langage, de déficiences intellectuelles et d'autres troubles développementaux est de 4 à 5 fois plus élevé avec l'exposition à l'acide valproïque et il semble y avoir une relation dose-réponse. L'exposition à la prégabaline accroîtrait le risque de troubles neurodéveloppementaux (ce médicament est abordé ici puisqu'il est recommandé comme monothérapie en présence d'une anxiété généralisée)<sup>283,302,303</sup>.

Ni la carbamazépine ni la lamotrigine n'ont été uniformément associées à des risques neurodéveloppementaux, soit de troubles intellectuels, mentaux et comportementaux; les données concernant les autres antiépileptiques sont limitées<sup>283,302,304,305</sup>.

La lamotrigine est l'antiépileptique ayant le profil de risques le plus favorable en ce qui concerne son utilisation pendant la grossesse et l'allaitement<sup>288</sup>. Cependant, son taux d'élimination s'accroît dès la 5<sup>e</sup> semaine de gestation, augmentant de plus de 200% pendant la grossesse chez environ 80% des patients, ce qui rend difficile l'atteinte de concentrations thérapeutiques en temps opportun pendant la grossesse<sup>289,290</sup>. Si la mère prenait déjà la lamotrigine avant la grossesse, la vérification de la concentration de lamotrigine pré-gestationnelle peut aider à déterminer la concentration thérapeutique de base. Ce renseignement peut aider à guider le traitement en cas d'aggravation des symptômes et pourrait servir à modifier la dose de façon proactive pour réduire le risque de rechute<sup>291</sup>. Vu que les concentrations de lamotrigine pré-gestationnelles se rétablissent dans les 2 premières semaines après l'accouchement, la dose peut alors être abaissée à la dose qui était associée à la rémission des symptômes avant la grossesse<sup>289</sup>. Cela est particulièrement important si la patiente prenait une dose élevée (supérieure à 200 mg) avant la grossesse, afin de prévenir des effets secondaires fâcheux ou une toxicité.

Un apport complémentaire d'acide folique, à raison d'au moins 0,4 mg/jour, est recommandé quand des antiépileptiques sont prescrits pendant la grossesse. Les données justifiant un apport plus élevé d'acide folique complémentaire (4 à 5 mg) pour réduire le risque d'anomalies cardiaques ou du tube neural ne sont pas concluantes<sup>292</sup>. Des préoccupations ont été soulevées concernant le risque d'une réduction de l'efficacité de la lamotrigine par l'acide folique chez les populations non périnatales atteintes d'un TB. Il faut donc surveiller la réapparition de symptômes cliniques chez les patients prenant la lamotrigine et un supplément d'acide folique<sup>293</sup>.

D'après une abondance de données, l'exposition à la lamotrigine pendant l'allaitement aurait très peu d'effets indésirables<sup>306</sup>. Les nourrissons allaités présentent des concentrations détectables de carbamazépine, mais seuls des effets indésirables mineurs ont été signalés<sup>307</sup>. Bien que peu d'effets indésirables aient été signalés lors de l'utilisation d'acide valproïque pendant l'allaitement, il est déconseillé d'en commencer l'usage pendant l'allaitement en raison du risque pour une grossesse subséquente, sauf si la situation clinique le justifie, s'il s'agit de la préférence de la patiente et si cette dernière utilise une méthode contraceptive minimisant la probabilité d'une grossesse non planifiée (p. ex., implant contraceptif, dispositif intra-utérin) (Niveau 4 <sup>308</sup>). Une patiente ayant pris de l'acide valproïque pendant toute sa grossesse pourra continuer à le faire si elle choisit d'allaiter son enfant.

**Antipsychotiques.** Les antipsychotiques atypiques (telles que l'olanzapine, la quétiapine et la rispéridone) constituent le pilier de la pharmacothérapie pour le TB (délire aigu, dépression et psychose du postpartum) et s'emploient aussi dans le traitement du TDM, de certains troubles anxieux,

du TOC et du TSPT, principalement comme thérapie d'appoint. Les antipsychotiques typiques, plus anciens (comme l'halopéridol ou la loxapine), peuvent s'employer dans les cas de manie, d'agitation aiguë sévère ou de psychose du postpartum (voir Question 9). En règle générale, la posologie de l'antipsychotique est similaire à l'intérieur et à l'extérieur de la période périnatale, bien que le métabolisme accru pendant la grossesse et la réapparition de symptômes puissent nécessiter une modification de la dose<sup>309</sup>.

À quelques exceptions près, les antipsychotiques ont typiquement été étudiés en tant que classe plutôt qu'individuellement en ce qui concerne leur innocuité périnatale. La plupart des données portent sur les antipsychotiques typiques ou sur les moins récents des agents atypiques (comme l'olanzapine, la quétiapine et la rispéridone) (Encadré 3). Il existe très peu de renseignements sur l'utilisation périnatale des antipsychotiques injectables à action prolongée, et les données disponibles proviennent surtout d'études de cas et de séries de cas<sup>310,311</sup>. Les antipsychotiques ne semblent pas être associés à un risque accru d'anomalies congénitales, bien que certaines analyses aient établi un lien entre la rispéridone et un risque légèrement accru d'anomalies cardiaques<sup>312,313</sup>. Les antipsychotiques atypiques (particulièrement l'olanzapine et, dans une moindre mesure, la quétiapine) seraient associés à un risque moyennement accru de complications métaboliques telles que le diabète gestationnel et un nourrisson de grosse taille pour son âge gestationnel<sup>314,315</sup>. L'exposition aux antipsychotiques pendant la grossesse serait aussi associée à des retards neurodéveloppementaux passagers chez le nourrisson, mais ne semble pas actuellement être associée à des problèmes de santé ou de développement à plus long terme<sup>316</sup>.

### Encadré 3. Sommaire des données sur l'innocuité des antipsychotiques pendant la grossesse

Preuves de niveau 3  sauf indication contraire.


**Complications de la grossesse :** Les antipsychotiques atypiques à risque élevé d'effets métaboliques sont associés à un risque accru de diabète gestationnel, plus significatif dans le cas de l'olanzapine (RR ~ 1,6) et de la quétiapine (RR ~ 1,3) que dans le cas des autres antipsychotiques atypiques<sup>315</sup>. Les antipsychotiques typiques ou atypiques ne semblent pas être associés à un risque accru d'avortement spontané<sup>317</sup>.

**Anomalies congénitales :** Ni les antipsychotiques typiques ni les antipsychotiques atypiques n'accroîtraient le risque d'anomalies congénitales majeures, mais certaines données évoquent la possibilité d'un risque légèrement accru d'anomalies cardiaques avec la rispéridone (RR ~ 1,3)<sup>312,318</sup>. Les données cumulées concernant la ziprasidone et la lurasidone indiqueraient un profil d'innocuité favorable sans risque accru, mais il faudrait des données supplémentaires dans le cas de la lurasidone<sup>309,312,319</sup>. Les données concernant les antipsychotiques plus récents, comme la cariprazine et l'asénapine, sont trop clairsemées pour en tirer des conclusions cliniques.

**Croissance du fœtus :** Les antipsychotiques atypiques ont été associés à la présence d'un enfant de grosse taille pour son âge gestationnel (RR ~ 1,6)<sup>314</sup>. Les antipsychotiques tant typiques qu'atypiques ont donné lieu à des enfants de petite taille pour leur âge gestationnel et à des retards de croissance intra-utérins<sup>314,320</sup>.

**Complications néonatales :** Il ne semble pas y avoir un risque accru d'accouchement prématuré<sup>320</sup> ou de mortinaissance<sup>317</sup>. Les nourrissons exposés à des antipsychotiques typiques ou atypiques pourraient présenter des symptômes peu après l'accouchement, notamment une détresse respiratoire, une irritabilité et des problèmes gastro-intestinaux pouvant nécessiter l'admission à l'unité des soins intensifs néonataux, mais l'ampleur de l'élévation du risque d'apparition de ces symptômes (ou la contribution de facteurs confusionnels à ce risque) reste à élucider<sup>309</sup>.

**La santé de l'enfant à plus long terme :** L'exposition aux antipsychotiques *in utero* a été associée de façon relativement constante à des retards passagers du développement moteur au cours des quelques premiers mois de la vie et ces effets semblent se dissiper avant l'âge de 2 ans (RR ~ 1,36)<sup>316</sup>. Les antipsychotiques n'ont pas été uniformément associés à des effets indésirables neurodéveloppementaux à long terme (troubles comportementaux, trouble du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et quotient intellectuel) ni à des effets indésirables sur le développement psychomoteur à long terme<sup>320</sup>.

Toutes les données sur l'innocuité des antipsychotiques pendant l'allaitement proviennent de séries de cas ou d'études observationnelles non contrôlées (Niveau 4 ). L'olanzapine et la quétiapine sont les agents pour lesquels le nombre de cas d'utilisation signalés pendant l'allaitement est le plus élevé, et leur profil de risques semble favorable<sup>321,322</sup>. Bien que le nombre de cas signalés soit moins élevé, la rispéridone et l'aripiprazole semblent eux aussi passer très peu dans le lait maternel. Néanmoins, la survenue de réactions néonatales défavorables a été signalée plus fréquemment avec la rispéridone qu'avec les médicaments susmentionnés<sup>323,324</sup>. Plusieurs cas de réduction de la production de lait maternel ont été signalés avec l'aripiprazole, mais les données sont limitées. Il existe peu de données sur l'innocuité de la ziprasidone pendant l'allaitement, encore moins sur l'innocuité des autres antipsychotiques atypiques. La survenue d'effets indésirables chez les nourrissons pendant l'allaitement est signalée plus fréquemment avec les antipsychotiques typiques qu'avec les antipsychotiques atypiques. Par conséquent, une prudence plus marquée est recommandée lors de l'utilisation d'antipsychotiques typiques pendant l'allaitement<sup>325,326</sup>.

**Lithium.** Le lithium est indiqué dans le traitement du TB et comme thérapie d'appoint dans le traitement du TDM. Il serait particulièrement efficace chez un nombre important de personnes ayant des antécédents d'épisodes sévères de trouble bipolaire I. Il faudra donc songer au risque d'une rechute sévère avant de réduire ou d'interrompre les doses de lithium pendant la grossesse. Cela étant dit, l'utilisation du lithium pendant le premier trimestre est associée à un

risque légèrement accru de malformations (y compris la maladie d'Ebstein, une anomalie rare)<sup>327</sup>. Elle a aussi été associée à un risque légèrement accru de complications néonatales, notamment d'accouchement prématuré, d'hypoglycémie chez le nourrisson, d'anomalies dans les valeurs de laboratoire pour la fonction thyroïdienne et la fonction rénale, et de diminution du tonus musculaire; les données indiquant l'absence d'un impact neurodéveloppemental à plus long terme sont assez rassurantes (Encadré 4).


#### Encadré 4. Sommaire des données sur l'innocuité du lithium pendant la grossesse

Preuves de niveau 3  sauf indication contraire.

**Complications de la grossesse :** Il ne semble pas y avoir de corrélation entre l'exposition au lithium et les cas d'avortement spontané, de prééclampsie et d'hémorragie postpartum<sup>328-330</sup>.

**Anomalies congénitales :** L'utilisation pendant le premier trimestre est associée à un risque accru (risque relatif, RR ~ 1,7) d'anomalies cardiovasculaires, notamment de l'anomalie d'Ebstein, qui semble être proportionnel à la dose, mais le risque absolu est peu élevé (un RR de 1,7 ferait passer la plage d'incidence de 1 à 5 à la plage de 2 à 8 cas sur 200 000 naissances)<sup>331</sup>. Aucune association à des anomalies congénitales n'a été clairement dégagée autres que les anomalies cardiaques<sup>329</sup>. Une méta-analyse menée récemment a fait état d'un risque accru d'anomalies congénitales, sans distinguer le risque d'anomalies cardiaques du risque global de malformations<sup>328</sup>.

**Croissance du fœtus :** L'exposition au lithium n'a pas été associée à un faible poids de naissance mais d'après certaines données, il y aurait un risque accru d'avoir un enfant de grosse taille pour son âge gestationnel (RR ~ 2,6)<sup>328-330</sup>.



**Complications néonatales :** D'après les données tirées d'études bien contrôlées, il n'y a aucun risque d'accouchement prématuré<sup>328,330</sup>. Il pourrait y avoir un risque légèrement accru d'hypoglycémie, d'anomalies thyroïdiennes, de diabète insipide néphrogénique et d'hypotonie (Niveau 4 )<sup>332</sup> et une incidence plus élevée de réadmission néonatale de 28 jours aux unités de soins spéciaux pour nouveau-nés (risque relatif approché ~ 1,6)<sup>330</sup>.

**La santé de l'enfant à plus long terme :** Le lithium n'a pas été associé à des résultats défavorables au niveau neurodéveloppemental<sup>316</sup>.



Les changements physiologiques liés à la grossesse, notamment l'augmentation du débit cardiaque et du débit de filtration glomérulaire, accroissent le taux d'élimination du lithium pendant la grossesse, ce qui peut donner lieu à des concentrations de lithium inférieures à la plage thérapeutique et/ou aux concentrations thérapeutiques prégestationnelles, occasionnant parfois la nécessité de modifier les doses du médicament<sup>333,334</sup>. Il n'y a pas de lignes directrices normalisées pour la surveillance des concentrations de lithium pendant la grossesse. Il est conseillé d'en vérifier la concentration lors de la première évaluation ou dans les débuts de la grossesse. Les cliniciens peuvent ensuite vérifier la concentration de lithium une fois par trimestre ou en cas d'apparition de symptômes ou d'effets

secondaires afin de pouvoir modifier les doses au besoin<sup>24,333,335</sup>. Il faudra être prudent lors de tout ajustement posologique (en tenant compte de la nécessité de stabiliser l'humeur) pour limiter le risque d'effets indésirables. Il se peut qu'une posologie à deux prises par jour soit nécessaire pour prévenir les effets secondaires possibles des pics plasmatiques. Le traitement par lithium doit être interrompu dans tous les cas de survenue d'une prééclampsie due à l'altération de la fonction rénale, car cet état accroît significativement le risque de toxicité maternelle/fœtale. Si une interruption prolongée du traitement par lithium s'avère nécessaire, il faudrait songer à prescrire un autre thymorégulateur pour prévenir une rechute. Les patientes présentant une hypertension gestationnelle, qui entrave elle aussi la fonction rénale, doivent être surveillées de près pour prévenir la toxicité. Étant donné la réduction prévue du volume maternel après l'accouchement, la dose pré-gestationnelle (ou une dose inférieure de 150 à 300 mg à la dose prise pendant la grossesse si le traitement a commencé pendant la grossesse) pourra être réinstaurée immédiatement après l'accouchement. Il convient de vérifier la concentration de lithium 5 à 7 jours plus tard, puis de modifier la dose au besoin pour maîtriser les symptômes et atteindre la concentration thérapeutique. Bien qu'il s'agisse d'une question controversée, certains estiment qu'il faut cesser les prises de lithium pendant 24 à 48 heures lors du début du travail afin de prévenir la toxicité maternelle et de réduire l'exposition au lithium par le cordon ombilical au moment de l'accouchement (Encadré 5).



#### Encadré 5. L'interruption des doses de lithium lors du début du travail : données contradictoires

Certains experts préconisent l'interruption des doses pour réduire les risques de toxicité maternelle (due à la réduction du volume maternel après l'accouchement) et d'effets indésirables chez le nouveau-né (dus à l'exposition à des concentrations élevées de lithium par le cordon ombilical)<sup>336</sup>. D'autres ont exprimé leurs préoccupations concernant l'augmentation possible du risque d'une rechute maternelle postpartum si les doses de lithium sont interrompues, jointe à l'avantage minime d'une exposition réduite chez le nourrisson<sup>337</sup>. Il y a effectivement une réduction du volume maternel après l'accouchement, mais une toxicité maternelle immédiate est peu probable en l'absence d'un arrêt des doses. Cela dit, compte tenu de la demi-vie du lithium dans le liquide céphalorachidien, l'interruption des doses pendant 24 à 48 heures ne devrait pas non plus accroître significativement le risque de récurrence d'épisodes<sup>338,339</sup>. Les résultats d'études où des nourrissons ont été exposés à de très fortes concentrations de lithium (1,68 mmol/L en moyenne, 2,6 mmol/L au maximum) ont démontré un risque accru d'effets indésirables chez le nouveau-né (Niveau 4 <sup>336</sup>). Par contre, lors d'une étude de cohorte où 29 nouveau-nés ont été exposés au lithium pendant l'accouchement, il n'y avait pas d'association significative entre une concentration de lithium moyenne de 0,61 (écart type = 0,31) mmol/L et la survenue d'effets indésirables (Niveau 4 <sup>337</sup>). Par conséquent, en l'absence de preuves absolues, les

cliniciens peuvent songer à interrompre les doses de lithium lors du début ou du déclenchement artificiel du travail (ou pendant les 24 heures précédant le moment prévu d'une césarienne) quand la concentration de lithium est de 0,7 mmol/L ou plus, réduisant ainsi la quantité de lithium dans le cordon ombilical sans accroître considérablement le risque d'une rechute maternelle. Il y a lieu de tenir une discussion avec la patiente pour permettre la prise d'une décision éclairée qui tient compte de la sévérité clinique de son état, du risque de rechute et de l'évolution antérieure de la grossesse. L'arrêt des doses de lithium pourrait ne pas convenir chez les patientes présentant un risque très élevé de manie ou de psychose postpartum, ou dans d'autres situations cliniques à risque élevé, notamment où il y a risque de suicide ou d'infanticide (voir Question 9).

L'utilisation du lithium pendant l'allaitement est une autre question qui se débat encore. Le lithium étant excrété par les reins, la fonction rénale immature du nourrisson risque d'entraîner chez lui des concentrations élevées de lithium et les effets indésirables qui en découlent. Bien que les données tirées des premières études étaient préoccupantes, il n'était pas clair si les effets indésirables chez le nourrisson étaient dus à l'exposition pendant l'allaitement ou à l'exposition pendant la grossesse<sup>340</sup>. D'après des données plus récentes, les effets indésirables se limiteraient à de légers cas d'hypotonie spontanément résolutifs et à des anomalies biochimiques passagères ou réversibles (azote uréique sanguin, créatinine, TSH)<sup>340</sup>. Dans le cas des mères suivant un traitement d'entretien par lithium, la décision d'allaiter (plutôt que d'utiliser une préparation commerciale ou du lait maternel de donneuse) doit tenir compte du risque de rechute si l'arrêt du traitement ou le recours à un agent différent est envisagé, de la santé du nourrisson et de la préférence de la patiente<sup>341</sup>. Le CANMAT déconseille l'exposition au lait d'une mère sous lithium dans le cas des nourrissons nés prématurément et dans le cas des nourrissons présentant des anomalies rénales ou des affections susceptibles de causer une déshydratation (Niveau 4 ). L'exposition postnatale au lithium due à l'allaitement pourrait donner lieu à une irritabilité, à une tonicité réduite ou à des problèmes d'alimentation. Par conséquent, le CANMAT recommande de surveiller chez le nourrisson la survenue de tout changement dans le comportement et le tonus musculaire et, le cas échéant, ou en présence de tout autre souci clinique, de vérifier les concentrations de lithium et le fonctionnement du cœur (à l'aide d'un électrocardiogramme), de la thyroïde et des reins (Niveau 4 .

**Sédatifs-hypnotiques.** Les benzodiazépines s'emploient parfois pour gérer une anxiété aiguë et les sédatifs-hypnotiques (c'est-à-dire, les benzodiazépines et les agonistes des récepteurs des benzodiazépines tels que la zoplicone ou le zolpidem) sont

également considérés comme une option thérapeutique dans les cas sévères d'insomnie. Ces médicaments sont conçus pour un usage à court terme seulement, en raison de l'acquisition possible d'une tolérance et d'une dépendance. Il faut peser l'innocuité de ces agents pendant la grossesse et l'allaitement. Bien qu'elle ne soit pas uniformément liée à des malformations fœtales, l'utilisation régulière de benzodiazépines jusqu'au moment de l'accouchement est associée à un risque, chez le nourrisson, de problèmes respiratoires, de somnolence et d'admission à l'unité de soins intensifs néonataux (Niveau 3 )<sup>342,343</sup>. En règle générale, l'utilisation occasionnelle des benzodiazépines (« au besoin ») est moins préoccupante. L'exposition aux agonistes des récepteurs des benzodiazépines pendant la grossesse n'a pas été associée à un risque d'anomalies congénitales, mais serait associée à un risque légèrement accru d'accouchement prématuré, de faible poids de naissance et d'avoir un enfant de petite taille pour son âge gestationnel (Niveau 3 )<sup>344</sup>. On ignore si le risque de survenue de ces circonstances serait moins élevé avec une utilisation périodique plutôt que prolongée.

### Recommandations thérapeutiques

Pour parvenir à des recommandations par ligne de traitement, le comité du CANMAT chargé d'élaborer ce guide de pratique s'est d'abord penché sur les lignes directrices pertinentes s'appliquant aux populations non périnatales, où l'ordre des médicaments est fondé sur l'efficacité et la tolérabilité. Nous avons utilisé les versions les plus récentes des guides de pratique du CANMAT concernant le TDM, les TOC et le TB, les lignes directrices de la Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique concernant les troubles anxieux et celles des départements des Anciens Combattants et de la Défense des États-Unis concernant le TSPT, puisque le guide de pratique canadien le plus récent pour les troubles anxieux et le TSPT remonte à 2014<sup>345-347</sup>. Nous avons classé les options médicamenteuses pour les monothérapies en nous reportant à ces lignes directrices exclusivement, car il existe peu de données probantes sur l'innocuité d'associations médicamenteuses particulières pendant la période périnatale. Compte tenu des considérations propres aux pharmacothérapies périnatales, nous avons positionné les médicaments dans les lignes de traitement jusqu'à l'obtention d'un consensus pour la recommandation à inclure dans le présent guide de pratique (Encadré 6). Pour les recommandations pendant la grossesse, nous avons pris en considération les données sur : a) le risque d'anomalies congénitales (habituellement associé à l'exposition pendant le premier trimestre seulement), les complications gestationnelles et obstétriques, la croissance du fœtus, les complications néonatales et les effets latents sur le développement et b) l'innocuité des médicaments

pendant l'allaitement puisqu'il est préférable de ne pas avoir à changer de médicament peu après l'accouchement, cette période posant le risque le plus élevé de rechute. Pour les recommandations postpartum, nous avons pris en considération l'innocuité pendant l'allaitement et la possibilité d'une future grossesse, car bon nombre de parents prévoient avoir un autre enfant dans un proche avenir et les grossesses non planifiées sont relativement courantes. Nous avons aussi tenu compte d'autres aspects de la tolérabilité maternelle qui sont importants pendant le postpartum. Par exemple, un médicament qui provoque une sédation importante chez la mère ne serait pas idéal étant donné les réveils du nourrisson pendant la nuit et les soins à lui prodiguer pendant la journée, à moins d'avoir le soutien d'aidants.

Les recommandations par ligne de traitement s'appliquent aux patients entreprenant la prise d'un nouveau médicament ou à ceux ayant besoin d'un changement de traitement vu que leur médicament actuel est inefficace, mal toléré ou contre-indiqué en période périnatale. Dans le cas des patients recevant une pharmacothérapie d'entretien, il faut peser le risque d'une rechute en cas d'arrêt ou de substitution du médicament (et ses conséquences possibles) contre les préoccupations concernant l'innocuité du médicament<sup>348</sup>. Généralement, plus la maladie est sévère (nombre d'épisodes, sévérité des symptômes) et plus le délai de réponse au traitement après son instauration était long dans le passé, plus le risque associé à l'arrêt ou à la substitution du médicament est grand. Il est important de noter (voir Encadré 6) qu'en présence d'une bonne maîtrise des symptômes, il n'est habituellement pas sage de remplacer un médicament par un autre en fonction de sa position dans les grilles de lignes de traitement, à moins que le médicament actuel soit accompagné de la mention « déconseillée » en raison de problèmes d'innocuité graves pendant la période périnatale. Dans le cas des patients prenant des médicaments dont les données concernant l'innocuité pendant la grossesse ou l'allaitement sont insuffisantes pour justifier l'inclusion desdits médicaments comme traitement de première, de deuxième ou de troisième ligne, le clinicien devra examiner les antécédents thérapeutiques (les autres médicaments pris dans le passé se sont-ils avérés inefficaces chez le patient?) et la sévérité de la maladie (quel serait le risque d'une rechute en cas d'arrêt ou de substitution du médicament et quelles seraient les conséquences possibles d'une rechute?) pour aider le patient à prendre une décision éclairée en fonction de ses valeurs et préférences. Dans le cas des patients ne prenant aucun médicament à l'heure actuelle mais ayant répondu à un médicament particulier dans le passé, le meilleur agent serait peut-être celui auquel ils ont répondu précédemment, même s'il se trouve dans une ligne de traitement inférieure, à moins qu'il soit clairement contre-indiqué.

### Encadré 6. Explication des grilles de recommandations pharmacothérapeutiques

- Les médicaments sont groupés en options recommandées comme traitement de première, deuxième ou troisième ligne pour chaque THAP.
- Les lignes de traitement ont été créées en tenant compte au départ du positionnement de chaque agent dans les lignes directrices pour l'usage non périnatal, puis en ajoutant, en supprimant ou en déplaçant les agents dans les lignes de traitement en fonction des données probantes sur leur innocuité et efficacité pendant la grossesse et l'allaitement. Par exemple, si 2 médicaments affichaient une efficacité et une tolérabilité semblables dans les populations non périnatales, mais l'un des deux avait des données plus rassurantes concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement, ce dernier était placé dans une ligne de traitement supérieure.
- Les agents sont placés en ordre alphabétique à l'intérieur de chaque ligne de traitement. La colonne réservée à la justification du positionnement explique pourquoi le médicament figure dans cette ligne de traitement. Les cliniciens et les patients peuvent utiliser ces renseignements pour les aider à choisir quel(s) agent(s) essayer en premier à l'intérieur de chaque ligne de traitement. Ces décisions pourraient se fonder sur les antécédents ou sur la réponse ou tolérabilité vécues lors des traitements antérieurs et/ou sur l'importance que le patient accorde aux avantages et aux risques possibles des divers agents.
- Le CANMAT recommande d'essayer les agents d'une ligne de traitement supérieure en premier, mais il pourrait y avoir des raisons particulières de choisir un agent situé dans une ligne de traitement inférieure, notamment la préférence du patient, la réponse ou non-réponse à un traitement antérieur, ou d'autres circonstances cliniques, notamment les suivantes :
  - Chez les personnes dont le traitement médicamenteux actuel maîtrise bien les symptômes, il est habituellement déconseillé de remplacer le(s) médicament(s) par un autre en fonction de sa position dans les grilles, à moins que l'agent actuel y soit désigné comme étant une option « déconseillée ». Un changement de médicament pourrait entraîner une aggravation clinique.
  - Si la patiente prend déjà un médicament pendant la grossesse, il est généralement préférable de continuer après l'accouchement pour réduire le risque d'une aggravation clinique. La quantité de médicament passant dans le lait maternel est significativement moins élevée que celle passant dans le placenta. L'arrêt ou la substitution du médicament immédiatement après l'accouchement présenterait donc peu d'avantages. Habituellement, il n'est pas nécessaire d'apporter des changements pendant l'allaitement à moins que l'état clinique de la patiente soit médiocre, ou que le médicament occasionne des effets indésirables importants chez la patiente ou le nourrisson.

associée à un risque légèrement accru d'effets indésirables sur la grossesse et sur le nourrisson comparativement à une monothérapie, cette dernière est préférable. Les cliniciens sont encouragés à envisager le recours à une dose plus élevée d'un seul médicament (ou à une psychothérapie d'appoint si possible) avant de prescrire une polythérapie. Si la patiente prend déjà 2 agents ou plus, il est recommandé aux cliniciens de bien passer en revue les antécédents de l'indication pour chacun des médicaments et de l'efficacité de chacun, afin de déterminer s'il serait possible de cesser la prise de l'un ou l'autre de ces médicaments sans danger. Par prudence, il est recommandé d'éviter ou de cesser l'exposition à des médicaments qui ne sont pas clairement efficaces. Cependant, la diminution de la dose ou du nombre d'expositions à des médicaments ne devrait pas compromettre la réponse au traitement. Dans le présent guide, vu la pénurie de données probantes sur l'innocuité des associations médicamenteuses, les lignes de traitement présentées sont pour les monothérapies seulement. Étant donné qu'une polythérapie est souvent nécessaire (surtout dans le cas d'une dépression sévère, d'un TOC, d'un TB et/ou d'une psychose du postpartum), les cliniciens auront peut-être à consulter les données disponibles sur l'innocuité des monothérapies ou des classes médicamenteuses pour déterminer l'approche convenant le mieux au patient particulier.

**TDM.** La pharmacothérapie pendant la grossesse est réservée aux personnes ayant un EDM sévère, aux personnes présentant un risque élevé de rechute, aux personnes ne pouvant accéder à une psychothérapie ou n'y répondant pas adéquatement, ou aux personnes préférant utiliser des médicaments. Les personnes suivant déjà un traitement d'entretien à base d'antidépresseurs doivent recevoir des conseils et explications concernant le risque de rechute associé à l'arrêt du médicament pendant la grossesse. L'arrêt de la prise d'antidépresseurs pendant la grossesse a été associé à un risque accru de rechute en présence d'antécédents de dépression plus lourds (épisodes antérieurs multiples, sévérité plus marquée de la dépression), mais les résultats d'études de populations indiquent que le risque de rechute ne serait pas significativement plus élevé dans le cas d'une dépression légère ou modérée<sup>350</sup>. Par ailleurs, il convient de signaler aux patients le risque d'apparition d'un syndrome d'arrêt des antidépresseurs, qui pourrait être particulièrement désagréable si la patiente présente déjà des nausées ou d'autres symptômes physiques pendant sa grossesse. Le seuil pour une pharmacothérapie est moins élevé après l'accouchement car la principale préoccupation est la transmission aux nourrissons dans le lait maternel. Les patientes pourraient choisir de ne pas allaiter leur enfant si elles craignent de l'exposer aux médicaments.

*Considérations portant sur la monothérapie par opposition aux associations médicamenteuses.* Étant donné que l'utilisation concomitante de 2 agents ou plus pendant la grossesse est

*Grossesse.* Les antidépresseurs constituent le pilier du traitement médicamenteux d'un TDM pendant la grossesse




**Tableau 10.** Médicaments pour traiter le trouble dépressif majeur pendant la grossesse.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Citalopram	●	●	Données les plus rassurantes sur l'innocuité parmi tous les antidépresseurs
	Escitalopram	●	●	
	Sertraline	●	●	
Deuxième ligne	Bupropion	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne, et rares cas de crises convulsives du nourrisson si maintenu pendant l'allaitement
	Desvenlafaxine	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de première ligne
	Duloxétine	●	●	Incertitude concernant le risque d'avortement spontané
	Fluoxétine	●	●	Possibilité d'un risque accru de SAN et d'HTAPP du nouveau-né et demi-vie plus longue/passage accru dans le lait maternel si maintenue pendant l'allaitement
	Fluvoxamine	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère aux doses plus élevées
	Mirtazapine	●	●	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne et incertitude concernant le risque d'avortement spontané
	Venlafaxine XR	●	●	Possibilité d'un risque accru de SAN Incertitude concernant le risque d'avortement spontané
Troisième ligne	Paroxétine	●	●	Possibilité d'un risque accru d'anomalies CV et de SAN
	Quétiapine	●	●	Impact sur le métabolisme maternel et fœtal, sédation
	Trazodone	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère aux doses élevées
	Tricycliques <sup>a</sup>	●	●	Problèmes de tolérabilité chez la mère
Données insuffisantes	Agomélatine, dextrométhorphane/bupropion, kétamine, lévomitnacipran, miansérine, milnacipran, moclobémide, phénelzine, réboxétine, tranlycypromine (cas de malformations et de mort fœtale signalés), vilazodone, vortioxétine			

Note. CV = cardiovasculaires; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; HTAPP = hypertension artérielle pulmonaire persistante; IRSN = inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS = inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine; SAN = syndrome d'abstinence néonatale.

aLes antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, clomipramine, désipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline, protriptyline, trimipramine) ne sont pas énumérés individuellement ici puisqu'il est difficile de dégager l'innocuité de chacun des médicaments de cette classe; d'ailleurs, les problèmes de tolérabilité les relèguent au rang inférieur des lignes de traitement (après les ISRS, les IRSN et d'autres) pour l'utilisation non périnatale.

(Tableau 10). Le citalopram, l'escitalopram et la sertraline, recommandés en première intention, sont des médicaments de première ligne à l'extérieur de la période périnatale, sont généralement bien tolérés et ont les données les plus rassurantes concernant l'innocuité pendant la grossesse. Les médicaments affichés dans la deuxième ligne de traitement sont tous des médicaments de première ligne à l'extérieur de la période périnatale, mais ont été abaissés d'un cran ici en raison de quelques problèmes d'innocuité (minimes), de doutes concernant leur innocuité ou d'une tolérabilité moindre par rapport aux médicaments de première ligne. Les cliniciens et les patients peuvent choisir l'un des médicaments de deuxième ligne en fonction de la préférence des patients et de la valeur qu'ils accordent aux divers risques, effets secondaires et avantages présentés. La paroxétine figure parmi les agents de troisième ligne pendant la grossesse en raison de son association plus ou moins constante à un risque accru d'anomalies cardiaques. Néanmoins, il est raisonnable de prescrire la paroxétine si la patiente y a bien répondu jusque-là et la préfère à d'autres agents disponibles. Le cas échéant, une échographie de

niveau II en cours de grossesse est recommandée pour vérifier la présence d'anomalies cardiaques . Les données sur l'innocuité sont insuffisantes dans le cas de plusieurs des médicaments répertoriés, y compris dans le cas de certains agents plus récents et de la tranlycypromine, un IMAO, où les problèmes documentés sont préoccupants (Niveau 4 <sup>273</sup>). Cela ne veut pas dire qu'il faut automatiquement cesser le traitement médicamenteux en question chez les personnes ayant présenté une réponse clinique favorable, mais il faut renseigner les patients. La kétamine, utilisée de plus en plus pour traiter les cas de TDM réfractaires à l'extérieur de la période périnatale, serait particulièrement problématique, et son utilisation devrait être déconseillée pendant la grossesse jusqu'à ce que des données adéquates sur l'innocuité soient disponibles (Niveau 4 <sup>351</sup>).

**Postpartum.** Comme pendant la grossesse, les antidépresseurs constituent le pilier d'une pharmacothérapie postpartum. Il est normal de s'attendre à ce que l'efficacité

**Tableau 11.** Médicaments pour traiter le trouble dépressif majeur pendant l'allaitement.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve (efficacité vs placebo)		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Citalopram	●	◐	Données les plus rassurantes sur l'innocuité parmi les antidépresseurs
	Escitalopram	●	◐	
	Sertraline	●	◐	
Deuxième ligne	Bupropion	●	◐	Rares cas de crises convulsives du nourrisson
	Desvenlafaxine	●	◐	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne
	Duloxétine	●	◐	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne
	Fluoxétine	●	◐	Demi-vie plus longue et DMAP plus élevée que les agents de 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> ligne, plus d'effets secondaires signalés, aucun problème sévère
	Fluvoxamine	●	◐	Tolérabilité moindre aux doses élevées
	Mirtazapine	●	◐	Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne et risque de sédation maternelle
	Venlafaxine	●	◐	Moins tolérable que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne
Troisième ligne	Paroxétine	●	◐	Rétrogradée en raison du risque accru possible d'anomalies CV lors d'une future grossesse
	Quétiapine	●	◐	Impact sur le métabolisme maternel, sédation
	Trazodone	●	◐	Problèmes de tolérabilité chez la mère aux doses élevées
	Tricycliques (sauf la doxépine)	●	◐	Problèmes de tolérabilité chez la mère
Déconseillée	Doxépine	s.o.	s.o.	Risque d'une sédation excessive chez le nourrisson
Données insuffisantes	Agomélatine, brexanolone, dextrométhorphan/bupropion, kétamine, lévomilnacipran, miansérine, milnacipran, moclobémide, phénelzine, réboxétine, tranlycypromine, vilazodone, vortioxétine, zuranolone			

Note. CV = cardiovasculaires; déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant l'allaitement; DMAP = dose maternelle ajustée au poids; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur la valeur des preuves d'efficacité.



<sup>a</sup>D'après l'un des essais repérés dans la revue systématique de l'efficacité des antidépresseurs contre la DPP ( $n = 58$ ), la thérapie de la résolution de problèmes était supérieure à l'amitriptyline dans le traitement de la dépression postpartum en Afrique (Niveau 2 ●) <sup>353</sup>.

des antidépresseurs pendant la période postpartum soit semblable à celle des périodes non périnatales, mais les données tirées de certains ECR indiquent que les ISRS sont plus efficaces qu'un placebo dans le traitement de la DPP en particulier (Niveau 2 ◐) <sup>352</sup>. En ce qui concerne le traitement pendant l'allaitement, les données sur plusieurs antidépresseurs sont rassurantes quant à leur innocuité pendant l'allaitement et ont permis de guider les recommandations par ligne de traitement (Tableau 11). Le seul antidépresseur déconseillé pendant l'allaitement est la doxépine, un ATC, étant donné qu'il risque de causer une somnolence excessive chez les nourrissons exposés. Les données sur l'innocuité sont insuffisantes dans le cas de la plupart des agents plus récents. Néanmoins, rien n'empêche le clinicien et la patiente de choisir de poursuivre ce traitement s'ils jugent que les bienfaits l'emportent sur les risques. Le cas échéant, il est recommandé de surveiller le nourrisson de près.

Les préoccupations concernant l'exposition du nourrisson au médicament ne s'appliquent pas dans le cas des patientes n'allaitant pas leur enfant. On pourra donc suivre les lignes

directrices générales pour le traitement du TDM, avec la possibilité d'utiliser des pharmacothérapies visant la dépression postpartum en particulier. La brexanolone (i.v.) et la zuranolone (PO) (non disponibles au Canada à l'heure actuelle) sont des analogues synthétiques de l'alloprégnanolone dont l'efficacité contre la DPP a été démontrée lors d'essais ECR, particulièrement dans les cas où la dépression est apparue pendant le 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse ou au cours des 4 premières semaines suivant l'accouchement (Niveau 1 ●) <sup>252,253</sup>. Une réduction des symptômes est observée quelques heures après la prise de brexanolone et quelques jours après l'instauration du traitement par zuranolone. Toutefois, les effets secondaires courants de ces médicaments sont les céphalées, les étourdissements et la somnolence ou la sédation. Par ailleurs, la brexanolone, administrée par perfusion intraveineuse, demande une surveillance continue en milieu hospitalier pendant environ 72 heures en raison du risque d'une sédation excessive et d'une soudaine perte de conscience. Les données sur l'innocuité de ces agents pendant

l'allaitement demeurent insuffisantes. Entretemps, ils offrent une option à l'extérieur de l'allaitement s'ils sont disponibles, si leur administration est faisable et si leur coût est abordable.

Deux ECR de petite envergure ont été menés pour comparer des psychotropes à un placebo (sertraline,  $n=22$ ; nortriptyline,  $n=51$ ) dans la prévention de la DPP chez des personnes euthymiques ayant des antécédents de DPP en l'absence d'une pharmacothérapie. La sertraline a prévenu la DPP (Niveau 3 )<sup>354</sup>, mais la nortriptyline n'a pas eu d'effet protecteur (Niveau 2 )<sup>354</sup>. Étant donné l'incertitude des données disponibles, il est conseillé aux cliniciens d'évaluer le risque de rechute sur une base individuelle au moment de recommander l'instauration ou la réinstauration d'un traitement antidépresseur chez des patients euthymiques ayant des antécédents de DPP.

**Troubles anxieux.** Bien que 7 troubles anxieux soient décrits dans le DSM-5, aucun trouble anxieux strictement périnatal n'y est officiellement reconnu à l'heure actuelle. Dans le cas des personnes suivant une pharmacothérapie d'entretien pendant la grossesse ou pendant la période de préparation prégestationnelle, les principes proposés pour la prise de décisions en présence d'un TDM (voir plus haut) peuvent s'appliquer en présence de troubles anxieux, car il n'y a pas de données portant de façon particulière sur le risque de rechute si la prise des médicaments cesse pendant la grossesse. Il faudra peser les conséquences possibles d'une rechute en fonction de la nature du trouble anxieux et de l'impact possible d'une rechute ou d'une réapparition des symptômes sur le fonctionnement quotidien.

Aucun ECR n'a été mené pour évaluer des pharmacothérapies dans le traitement périnatal de troubles anxieux. Les recommandations énoncées dans le présent guide pour la sélection du médicament initial s'appliquent à l'anxiété généralisée, le trouble anxieux le plus courant pendant la période périnatale, mais les principes pourront être appliqués dans le cas d'autres troubles anxieux en consultant les lignes directrices pour les autres troubles anxieux ainsi que les renseignements présentés ici sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement. Les antidépresseurs sont considérés comme les principales options pharmacothérapeutiques dans les cas d'anxiété généralisée périnatale, alors que des médicaments d'autres classes sont recommandés dans les lignes directrices pour le traitement non périnatal. En raison de sa tératogénicité, l'acide valproïque est déconseillé (Encadré 3) pour traiter l'anxiété généralisée pendant la grossesse (Tableau 12), comme l'est l'utilisation régulière ou quotidienne de benzodiazépines (voir Sédatifs-hypnotiques ci-dessus). Bien qu'aucun des agents utilisés pour traiter un trouble anxieux postpartum

ne soit absolument contre-indiqué, les données existantes sont inadéquates pour recommander la plupart des agents plus récents pendant l'allaitement, et l'instauration de l'acide valproïque est déconseillée en raison du risque pour une future grossesse (Tableau 13).

**TOC.** Aucun ECR n'a été mené pour évaluer des pharmacothérapies dans le traitement périnatal des TOC. Les antidépresseurs qui inhibent le recaptage de la sérotonine (p. ex., les ISRS et la clomipramine, un ATC) sont les piliers du traitement médicamenteux des TOC. Dans les populations non périnatales, les doses plus élevées ont tendance à produire une amélioration symptomatique plus marquée et de meilleurs taux de rémission que les doses peu élevées. Dans le cas de certains médicaments, des doses supérieures à celles recommandées dans la monographie sont parfois nécessaires<sup>355</sup>. Les médicaments recommandés pour traiter les TOC pendant la grossesse et l'allaitement sont énumérés aux tableaux 14 et 15, respectivement. Aucune pharmacothérapie de première ou deuxième ligne figurant dans les lignes directrices les plus récentes du CANMAT pour les TOC ne tombe dans la catégorie « Déconseillée » ou « Données insuffisantes »<sup>356</sup>. Comme dans le cas des troubles anxieux, il n'y a pas de données précises sur le risque de rechute en cas d'arrêt de la pharmacothérapie d'entretien, et les principes du traitement d'une dépression s'appliqueront ici aussi.

**TSPT.** Aucun ECR n'a été mené pour évaluer des pharmacothérapies dans le traitement périnatal du TSPT. Le CANMAT recommande que le traitement pharmacologique d'un TSPT périnatal suive les consignes du guide de pratique pour le traitement d'un TSPT non périnatal. Les lignes directrices pour le traitement d'un TSPT non périnatal recommandent des psychothérapies en première intention (c.-à-d., avant les pharmacothérapies) à moins qu'elles ne soient pas disponibles, que la sévérité de la maladie rende le patient incapable d'y participer sans être stabilisé d'abord avec un médicament, ou que le patient préfère une pharmacothérapie<sup>347</sup>. Quand une pharmacothérapie est utilisée, le guide de pratique américain (mis à jour en 2023) recommande trois antidépresseurs seulement, soit la sertraline, la venlafaxine et la paroxétine, indiquant que les données concernant les autres médicaments sont de faible qualité ou que les bienfaits démontrés ne l'emportent pas sur les torts possibles ou les problèmes de tolérabilité<sup>347</sup>. La fluoxétine faisait partie de cette liste d'agents recommandés dans une version antérieure de ce guide et dans d'autres lignes directrices<sup>347</sup>, mais une revue systématique réalisée récemment a soulevé des questions concernant son efficacité<sup>357</sup>. Compte tenu de ces recommandations, la sertraline serait l'option de première ligne pendant la grossesse pour le traitement pharmacologique périnatal d'un TSPT, la venlafaxine serait l'option de

**Tableau 12.** Médicaments pour traiter l'anxiété généralisée pendant la grossesse.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement	
		Non périnatal	Grossesse		
Première ligne	Escitalopram			Données les plus rassurantes sur l'innocuité parmi les antidépresseurs	
	Sertraline				
Deuxième ligne	Citalopram			Moins de données sur l'efficacité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne, données rassurantes sur l'innocuité Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne, incertitude concernant le risque d'avortement spontané Moins de données sur l'efficacité et possibilité d'un risque accru de SAN et d'HTAPP du nouveau-né, demi-vie plus longue et passage dans le lait maternel si maintenue pendant l'allaitement Risque de SAN plus élevé que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne, incertitude concernant le risque d'avortement spontané	
	Duloxétine				
	Fluoxétine				
	Venlafaxine				
Troisième ligne	Bupropion XL			Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, rares cas de crises convulsives du nourrisson si maintenu pendant l'allaitement	
	Imipramine				Problèmes de tolérabilité chez la mère
	Mirtazapine			Moins de données sur l'efficacité et l'innocuité que les agents des rangs supérieurs, incertitude concernant le risque d'avortement spontané Possibilité d'un risque d'anomalies CV et de SAN plus élevé que les agents des rangs supérieurs	
	Paroxétine				
	Prégabaline				Possibilité d'un impact neurodéveloppemental
	Déconseillée	Quétiapine			Sédation et effets métaboliques chez la mère
		Trazodone			Problèmes de tolérabilité chez la mère aux doses élevées
Benzodiazépines tous les jours		s.o.	s.o.	Problèmes respiratoires, somnolence et admission du nourrisson à l'unité des soins intensifs; associations non constantes à des anomalies congénitales; risque de dépendance chez la mère	
Données insuffisantes	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Risque considérablement plus élevé d'anomalies congénitales et de retard du développement	
	Agomélatine, buspirone, hydroxyzine, vilazodone				

Note. CV = cardiovasculaires; déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; HTAPP = hypertension artérielle pulmonaire persistante; SAN = syndrome d'abstinence néonatale; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

deuxième ligne et la paroxétine, l'option de troisième ligne en raison de son profil de risques (Tableau 16). La sertraline demeure l'option de première ligne recommandée pendant la période postpartum. Si une autre grossesse n'est pas envisagée (et des mesures contraceptives sont en place), la paroxétine peut devenir une option de deuxième ligne comme la venlafaxine (Tableau 17). La prazosine est un médicament qui a été recommandé de façon sporadique dans les guides de pratique pour traiter les cauchemars propres au TSPT. Le CANMAT déconseille l'utilisation périnatale de la prazosine, étant donné que les données sur son usage pendant la grossesse sont limitées, certaines évoquant des effets préoccupants sur le fœtus, et qu'il existe très peu de données sur son innocuité pendant l'allaitement (Niveau 4 <sup>358</sup>).

**Trouble bipolaire.** Bien qu'il n'y ait pas d'ECR portant sur le traitement pharmacologique du TB en période périnatale, le traitement aigu et d'entretien du TB pendant la grossesse et le postpartum repose sur l'utilisation de médicaments, principalement de certains antiépileptiques, d'antipsychotiques et du lithium. Les médicaments particuliers conseillés pourraient différer selon le type de maladie (TB de type I ou de type II), la phase de la maladie, notamment la dépression aiguë et les épisodes maniaques/mixtes, et le traitement d'entretien. Si l'allaitement n'est pas envisagé, les recommandations thérapeutiques pendant le postpartum peuvent se fonder sur celles du guide de pratique général du CANMAT concernant le TB, sauf dans le cas d'une psychose du postpartum (voir Question 9).

**Tableau 13.** Médicaments pour traiter l'anxiété généralisée pendant l'allaitement.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Escitalopram			Données les plus rassurantes sur l'innocuité parmi les antidépresseurs
Deuxième ligne	Sertraline			Moins de données sur l'efficacité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne, mais données rassurantes sur l'innocuité
	Citalopram			
	Duloxétine			Moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne
	Fluoxétine			Demi-vie plus longue et DMAP plus élevée que les agents de 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> ligne, plus d'effets secondaires signalés chez les nourrissons
	Venlafaxine			Moins tolérable que les agents de première ligne
Troisième ligne	Bupropion XL			Moins de données sur l'efficacité, rares cas de crises convulsives du nourrisson
	Imipramine			Problèmes de tolérabilité chez la mère
	Lorazépam			Possibilité de sédation chez le nourrisson
	Mirtazapine			Moins de données sur l'efficacité que les agents de 2 <sup>e</sup> ligne et sédation possible chez la mère
	Paroxétine			Rétrogradée en raison du risque accru possible d'anomalies CV lors d'une future grossesse
	Prégabaline			Peu de données sur l'usage pendant l'allaitement, prudence requise si future grossesse
	Quétiapine			Sédation et effets métaboliques chez la mère
	Trazodone			Problèmes de tolérabilité chez la mère aux doses élevées
Déconseillée	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Mise en route déconseillée pendant l'allaitement en raison du risque pour une future grossesse. Peut se prendre pendant l'allaitement si utilisé pendant la grossesse
Données insuffisantes	Agomélatine, buspirone, hydroxyzine, vilazodone			

Note. CV = cardiovasculaires; déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant l'allaitement; DMAP = dose maternelle ajustée au poids; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

**Tableau 14.** Médicaments pour traiter le trouble obsessionnel-compulsif pendant la grossesse.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Citalopram			Données les plus rassurantes sur l'innocuité, moins de données sur l'efficacité non périnatale
	Escitalopram			Données les plus rassurantes sur l'innocuité
	Fluvoxamine			Données rassurantes sur l'innocuité, tolérabilité maternelle moindre aux doses élevées
	Sertraline			Données les plus rassurantes sur l'innocuité
Deuxième ligne	Clomipramine			Moins bien tolérée que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne, mais données rassurantes sur l'innocuité
	Fluoxétine <sup>a</sup>			Risque de SAN et d'HTAPP du nouveau-né possiblement plus élevé que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne et passage accru dans le lait maternel si maintenue pendant l'allaitement
Troisième ligne	Paroxétine <sup>b</sup>			Possibilité d'un risque accru d'anomalies CV et de SAN
	Venlafaxine <sup>c</sup>			Moins de données sur l'efficacité non périnatale, possibilité d'un risque de SAN plus élevé que les agents de première et deuxième lignes

Note. CV = cardiovasculaires; HTAPP = hypertension artérielle pulmonaire persistante; SAN = syndrome d'abstinence néonatale.

<sup>a</sup>Les doses requises pourraient atteindre 80 mg.

<sup>b</sup>Les doses requises pourraient atteindre 60 mg.

<sup>c</sup>Les doses requises pourraient atteindre 300 mg.

**Tableau 15.** Médicaments pour traiter le trouble obsessionnel-compulsif pendant l'allaitement.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Citalopram	●	◐	Données les plus rassurantes sur l'innocuité, moins de données sur l'efficacité non périnatale
	Escitalopram	●	◐	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
	Fluvoxamine	●	◐	Données rassurantes sur l'innocuité, tolérabilité maternelle moindre aux doses élevées
	Sertraline	●	◐	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
Deuxième ligne	Clomipramine	●	◐	Tolérabilité moindre, moins de données sur l'innocuité que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne
	Fluoxétine <sup>a</sup>	●	◐	Demi-vie plus longue et DMAP plus élevée que les agents de 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> lignes, plus d'effets secondaires signalés, aucun effet sévère
Troisième ligne	Paroxétine <sup>b</sup>	●	◐	Rétrogradée en raison du risque accru possible d'anomalies CV lors d'une future grossesse
	Venlafaxine <sup>c</sup>	◐	◐	Moins efficace que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne, problèmes de tolérabilité chez la mère

Note. CV = cardiovasculaires; DMAP = dose maternelle ajustée au poids.

<sup>a</sup>Les doses requises pourraient atteindre 80 mg.

<sup>b</sup>Les doses requises pourraient atteindre 60 mg.

<sup>c</sup>Les doses requises pourraient atteindre 300 mg.

**Tableau 16.** Médicaments pour le traitement du trouble de stress post-traumatique pendant la grossesse.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Sertraline	●	◐	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
Deuxième ligne	Venlafaxine	●	◐	Possibilité d'un risque plus élevé de SAN que l'agent de 1 <sup>re</sup> ligne
Troisième ligne	Paroxétine	●	◐	Possibilité d'un risque plus élevé d'anomalies CV et de SAN que l'agent de 1 <sup>re</sup> ligne
Déconseillée	Prazosine	s.o.	s.o.	Risque d'effets défavorables sur le fœtus

Note. CV = cardiovasculaires; déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse; SAN = syndrome d'abstinence néonatale; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur la valeur des preuves d'efficacité.

**Tableau 17.** Médicaments pour le traitement du trouble de stress post-traumatique pendant l'allaitement.



Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Sertraline	●	◐	Données les plus rassurantes sur l'innocuité
Deuxième ligne	Paroxétine	●	◐	Moins tolérable que l'agent de 1 <sup>re</sup> ligne, rétrogradée en raison du risque accru possible d'anomalies CV lors d'une future grossesse
	Venlafaxine	●	◐	Moins tolérable que l'agent de première ligne
Données insuffisantes	Prazosine	s.o.	s.o.	

Note. CV = cardiovasculaires; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur la valeur des preuves d'efficacité.


L'encadré 7 présente des perles cliniques concernant le traitement pharmacologique d'un trouble bipolaire périnatal.

**Encadré 7. Perles cliniques pour le traitement médicamenteux du TB périnatal**

Les problèmes médicaux chez la mère peuvent avoir un impact sur le choix d'une pharmacothérapie. Par exemple, les effets métaboliques possibles de la quétiapine et de l'olanzapine les rendraient peu favorables en présence de facteurs de risque pour le diabète gestationnel (p. ex., indice de masse corporelle élevé, antécédents familiaux de diabète de type 2), vu que le diabète accroît le risque de complications gestationnelles et néonatales. Similairement, le lithium serait peu favorable, voire déconseillé, en présence de problèmes rénaux. En présence de nourrissons prématurés ou ayant des problèmes médicaux, il faut tenter d'éviter les médicaments risquant d'avoir des effets indésirables attribuables à l'exposition dans le lait maternel et les agents dépourvus de données. Si cela n'est pas possible, il est recommandé de nourrir l'enfant avec une préparation commerciale plutôt que de cesser l'utilisation d'un agent efficace. L'arrêt d'un traitement efficace accroît significativement le risque de récurrence d'épisodes de TB, particulièrement pendant la période postpartum.

**Maintien du traitement.** Les résultats d'études prospectives non randomisées portant sur le TB démontrent que le maintien de la pharmacothérapie pendant la grossesse réduit significativement le risque de réapparition des symptômes (Niveau 3 <sup>359</sup>). L'arrêt brusque de la prise de thymorégulateurs (antiépileptiques, antipsychotiques, lithium) pendant la grossesse mène à une rechute beaucoup plus rapidement (~2 semaines après l'arrêt du traitement) qu'un arrêt graduel (rechute au bout d'environ 22 semaines) (Niveau 3 <sup>359</sup>). Dans la plupart des cas, le risque associé à l'arrêt du traitement est plus grave que les problèmes d'innocuité possibles associés au maintien du traitement pendant la grossesse, même dans le cas des médicaments susceptibles d'accroître légèrement le risque d'anomalies congénitales et d'autres complications gestationnelles (voir Encadrés 2 à 4). Il faudra signaler aux patientes les divers risques et avantages de leurs médicaments en fonction de leur état clinique et du risque de rechute, mais le CANMAT est d'avis qu'il convient le plus souvent de soutenir les patientes en rémission qui choisissent de poursuivre leur pharmacothérapie pendant la grossesse. L'acide valproïque fait exception. Il faut songer sérieusement à remplacer l'acide valproïque par un autre médicament, même s'il a été efficace jusque-là, en raison du risque accru d'anomalies congénitales et de problèmes neurodéveloppementaux chez la progéniture (voir Encadré 2).

Parmi tous les troubles mentaux, le trouble bipolaire est celui ayant le taux de rechutes le plus élevé pendant la période postpartum, soit de 37% en moyenne<sup>24</sup>. La plupart des rechutes sont sous forme d'épisodes dépressifs non psychotiques, mais dans jusqu'à 1 cas sur 6 (17%), il s'agira

d'épisodes de psychose, de manie ou d'autres manifestations sévères nécessitant une hospitalisation psychiatrique<sup>24</sup>. Le risque d'un épisode thymique aigu postpartum peut atteindre 66% chez les personnes ne prenant pas de médicaments par rapport à 23% chez les personnes prenant des médicaments<sup>24</sup>. Par conséquent, la poursuite du traitement médicamenteux après l'accouchement est fortement recommandée et il est généralement recommandé d'instaurer une pharmacothérapie immédiatement après l'accouchement pour prévenir une rechute chez les patientes n'ayant pas pris de médicaments pendant la grossesse. Il faudra prendre en considération le risque d'effets indésirables chez le nourrisson exposé au médicament pendant l'allaitement (le risque variera selon le médicament prescrit), ainsi que le risque de privation de sommeil chez la mère. Il est normal que la présence d'un nouveau-né occasionne une perturbation du sommeil, mais l'impact est exacerbé si la patiente s'éveille fréquemment la nuit pour allaiter son enfant. C'est pourquoi il faut adapter l'alimentation du nourrisson aux circonstances. Si possible, il convient d'optimiser la durée globale du sommeil et de limiter le nombre d'éveils nocturnes de la patiente en aspirant du lait d'avance (à l'aide d'un tire-lait) ou en utilisant une préparation commerciale ou du lait de donneuse, et en confiant l'alimentation nocturne du nourrisson, entièrement ou en partie, au/à la partenaire, à un membre de la famille, à une doula ou à un/e infirmier/ère (Niveau 4 .

**Traitement aigu des épisodes maniaques et mixtes.** Dans le guide de pratique du CANMAT pour le trouble bipolaire et celui de la International Society for Bipolar Disorders, les monothérapies de première ligne pour traiter une manie aiguë non périnatale sont l'asénapine, l'aripiprazole, la cariprazine, le lithium, la palipéridone, la quétiapine, la rispéridone et l'acide valproïque<sup>7</sup>. La quétiapine (malgré le risque légèrement accru d'effets secondaires métaboliques et sédatifs) et l'aripiprazole (malgré les données moins nombreuses que pour la quétiapine) demeurent les options de première ligne pendant la grossesse en raison de leur profil d'innocuité relativement rassurant (Tableau 18). La rispéridone est reléguée au rang des agents de deuxième ligne en raison d'un risque possible d'anomalies congénitales plus élevé que les agents de première ligne. Le lithium est rétrogradé lui aussi en raison de préoccupations concernant son utilisation sécuritaire et complexe pendant la grossesse, mais il demeure une option importante à considérer en raison de son efficacité pour prévenir les rechutes après la phase aiguë. Bien qu'elles soient limitées, des données existent concernant l'innocuité de la palipéridone pendant la grossesse. Cet agent peut donc s'employer, mais en troisième ligne, après les options susmentionnées pour lesquelles plus de données sont disponibles. L'utilisation périnatale de l'acide valproïque est déconseillée en raison des problèmes d'innocuité. Les données concernant

**Tableau 18.** Médicaments pour le traitement d'une manie aiguë pendant la grossesse.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Aripiprazole			Données sur l'innocuité principalement rassurantes, mais moins abondantes vs la quétiapine
	Quétiapine			Données les plus rassurantes sur l'innocuité, malgré un risque accru possible de diabète gestationnel
Deuxième ligne	Halopérido			Données raisonnablement rassurantes sur l'innocuité, mais tolérabilité maternelle et prévention de rechutes moindres que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne
	Lithium			Hautement efficace, notamment pour prévenir les rechutes, mais risque accru d'effets indésirables multiples et usage complexe pendant la grossesse (voir section Lithium)
	Olanzapine			Risque de diabète gestationnel plus élevé que la quétiapine; à remplacer après l'allaitement en raison d'effets métaboliques
	Rispéridone <sup>b</sup>			Risque accru possible d'anomalies congénitales, ne prévient pas les rechutes aussi efficacement que le lithium
Troisième ligne	Carbamazépine <sup>b</sup>			Risque accru d'anomalies congénitales et de carence en vitamine K
	Chlorpromazine			Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, peu de problèmes d'innocuité autres que ceux propres à la classe de médicaments
	Clonazépam			Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs; l'exposition pendant la grossesse pourrait compromettre le bien-être du fœtus
	Palipéridone			Données sur l'innocuité peu abondantes
	Ziprasidone			Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs et quantité minimale de données sur l'innocuité
Déconseillée	Tamoxifène	s.o.	s.o.	Risque de tératogénicité
	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Augmentation considérable du risque d'anomalies congénitales et de retard du développement
Données insuffisantes	Asénapine, cariprazine, clozapine			

Note. déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

<sup>a</sup>Traitement de première ligne pour les épisodes mixtes aussi.

<sup>b</sup>Le risque d'anomalies congénitales est le principal souci; pourrait donc s'employer en première intention après le premier trimestre.

l'innocuité d'autres agents de première ligne (asénapine, cariprazine) pendant la grossesse ne sont pas suffisantes pour les recommander avec confiance.

Bien qu'elle soit un excellent agent antimaniaque, l'olanzapine est une option de deuxième ligne à l'extérieur de la période périnatale en raison de ses effets métaboliques possibles. Les données concernant l'innocuité de l'olanzapine pendant la grossesse sont relativement rassurantes, malgré un risque accru possible de diabète gestationnel, mais elle peut causer une sédation, ce qui en justifie le positionnement parmi les agents de deuxième ligne. Si elle est utilisée pendant la grossesse, il convient de passer à une option plus favorable sur le plan métabolique après l'allaitement pour prévenir une rechute. L'halopéridol, une autre option de deuxième ligne en période non périnatale, demeure à ce rang en raison de son profil raisonnable concernant les effets sur le système de reproduction. Il y aurait lieu de remplacer l'halopéridol par un autre médicament après la

phase aiguë, étant donné l'absence de données robustes signalant une prévention des rechutes. La carbamazépine et la ziprasidone sont des agents de deuxième ligne en période non périnatale, mais sont reléguées au rang des agents de troisième ligne en période périnatale en raison du risque de malformations et de carence en vitamine K associé à la carbamazépine, et de la quantité limitée de données sur l'innocuité de la ziprasidone. Les autres médicaments de troisième ligne en période non périnatale demeurent au même rang pour un usage périnatal, sauf le tamoxifène, dont l'usage est déconseillé en raison des problèmes d'innocuité (Niveau 4 )<sup>360</sup>. Des recommandations concernant la prise en charge d'une agitation aiguë sont fournies à la Question 9.

Les monothérapies considérées comme options de première ligne pour traiter un épisode mixte de TB tel que défini dans le DSM-IV (l'état du patient correspond simultanément aux critères complets d'une dépression et

**Tableau 19.** Médicaments pour le traitement d'une manie aiguë pendant l'allaitement.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Aripiprazole <sup>a</sup>			Données rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement, mais moins de données que la quétiapine et pourrait réduire la production de lait maternel
	Quétiapine			Données rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement, mais pourrait causer une sédation chez la mère
	Rispéridone			Quelques effets indésirables pendant l'allaitement (plus que la quétiapine)
Deuxième ligne	Carbamazépine			Moins de données sur l'efficacité que les agents du rang supérieur, effets indésirables signalés pendant l'allaitement
	Halopéridol			Tolérabilité maternelle moindre, prévient les rechutes moins que les agents de 1 <sup>re</sup> ligne, effets indésirables sur l'allaitement, réduction possible de la production de lait maternel
	Lithium			Hautement efficace, notamment pour prévenir les rechutes, mais problèmes d'innocuité multiples pendant l'allaitement
	Olanzapine			Données rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement, mais pourrait causer une sédation chez la mère (essayer doses plus faibles) et devra être remplacé à plus long terme vu ses effets métaboliques
	Palipéridone			Pénurie de renseignements, mais il s'agit du métabolite actif de la rispéridone; elle pourrait donc avoir un impact semblable
Troisième ligne	Chlorpromazine			Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, pourrait entraîner une somnolence chez le nourrisson et des effets neurodéveloppementaux, peut réduire la production de lait maternel
	Clonazépan			Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, risque de sédation du nourrisson et d'autres problèmes
	Ziprasidone			Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs et quantité minimale de données sur l'innocuité
Déconseillée	Tamoxifène	s.o.	s.o.	Absence de données sur l'innocuité; peut supprimer la lactation <sup>362</sup>
	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Mise en route déconseillée pendant l'allaitement en raison du risque pour une future grossesse. Peut se prendre pendant l'allaitement si utilisé pendant la grossesse
Données insuffisantes	Asénapine, cariprazine, clozapine			

Note. déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

<sup>a</sup>Traitement de première ligne dans le cas d'épisodes mixtes aussi.

aux critères d'une manie) sont l'asénapine et l'aripiprazole<sup>361</sup>. L'aripiprazole est l'agent de première ligne recommandé pendant la grossesse pour cette indication. À l'heure actuelle, aucun médicament n'est doté de données qui en justifient la recommandation en première intention pour la dépression avec caractéristiques mixtes ou pour la manie avec caractéristiques mixtes telles que définies dans le DSM-5<sup>361</sup>.











Pendant l'allaitement, la quétiapine demeure l'option de première ligne pour traiter la manie, malgré ses effets métaboliques et le risque de sédation. L'aripiprazole demeure également au premier rang malgré les données sur l'innocuité moins abondantes que pour la quétiapine et malgré la réduction possible de la production de lait maternel.

Les données sur l'utilisation de la rispéridone pendant l'allaitement sont raisonnablement rassurantes, ce qui en fait une autre option de première ligne. Le risque d'effets

métaboliques et de sédation est plus élevé avec l'olanzapine qu'avec les agents susmentionnés, mais son profil d'innocuité raisonnable pendant l'allaitement en fait une option de deuxième ligne en présence d'une manie aiguë. Pour prévenir les rechutes à plus long terme, il est conseillé de remplacer l'olanzapine par une option plus favorable sur le plan métabolique. Les autres options médicamenteuses sont classées selon leur efficacité non périnatale connue et selon leur profil d'innocuité pendant l'allaitement ou leur impact sur l'allaitement (Tableau 19). Comme dans le cas d'une grossesse, l'aripiprazole est l'agent recommandé en première intention pour traiter les épisodes mixtes aigus pendant l'allaitement.

*Phase dépressive d'un trouble bipolaire de type I.* En présence d'un épisode dépressif aigu du TB de type I, la quétiapine et la lamotrigine sont les options de première ligne

**Tableau 20.** Médicaments pour le traitement d'un épisode dépressif aigu du trouble bipolaire de type I pendant la grossesse.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Lamotrigine			Données rassurantes sur l'innocuité; moins de données sur l'efficacité que la quétiapine
	Quétiapine			Données rassurantes sur l'innocuité, malgré un risque accru possible de diabète gestationnel
Deuxième ligne	Lithium			Risque accru d'effets indésirables multiples et usage complexe pendant la grossesse (voir section Lithium)
	Olanzapine			Données sur l'innocuité pendant la grossesse raisonnablement rassurantes malgré le risque plus élevé de diabète gestationnel que la quétiapine; devra être remplacée à long terme vu ses effets métaboliques
Troisième ligne	Carbamazépine			Moins de données sur l'efficacité que les agents des rangs supérieurs, risque accru d'anomalies congénitales et de carence en vitamine K
Déconseillée	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Risque accru d'anomalies congénitales et de retard du développement
Données insuffisantes	Cariprazine, lurasidone			

Note. déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

recommandées pendant la grossesse, bien qu'il soit parfois difficile d'atteindre des concentrations thérapeutiques (et donc un effet thérapeutique) avec la lamotrigine pendant la grossesse en raison de l'augmentation significative du métabolisme (Tableau 20). Le lithium, prescrit en première intention dans la population non périnatale, est un traitement de deuxième ligne pendant la grossesse en raison de son profil d'innocuité et d'administration. Étant donné la quantité minimale de données sur l'innocuité de la lurasidone pendant la grossesse (c'est un agent de première ligne en période non périnatale), ce médicament n'est pas inclus dans les présentes recommandations. L'acide valproïque et la cariprazine, 2 agents de deuxième ligne pour un traitement non périnatal, sont déconseillés ici en raison de problèmes d'innocuité et de données insuffisantes sur l'innocuité, respectivement. Bien que l'olanzapine soit efficace, elle figure parmi les options de troisième ligne en période non périnatale en raison du risque d'effets secondaires métaboliques. Toutefois, en raison de son profil d'innocuité relativement favorable en ce qui concerne le système de reproduction, elle représente une option de deuxième ligne raisonnable pendant la grossesse, à condition de passer à un médicament ayant un profil métabolique plus bénin après l'allaitement. La carbamazépine est considérée une option de troisième ligne compte tenu de son profil d'efficacité et du risque plus élevé d'anomalies congénitales par rapport à la lamotrigine.

La lamotrigine est une option de première ligne pendant le postpartum, étant donné la normalisation de son métabolisme et son profil d'innocuité favorable pour le système de reproduction pendant l'allaitement (Tableau 21). La quétiapine

occupe la deuxième place parmi les options de première ligne en raison des effets métaboliques possibles chez la mère. Les autres monothérapies suivent le même ordre que les recommandations pendant la grossesse, pour des raisons semblables. Des données sur l'innocuité de la lurasidone commencent à faire surface, indiquant un Niveau de preuve de 2 pour l'efficacité en période non périnatale. Cependant, les données sur l'innocuité pendant l'allaitement ne sont pas encore assez claires pour justifier la recommandation de ce médicament. L'acide valproïque est déconseillé en raison des risques pour une future grossesse chez les personnes en âge de procréer, à moins que la situation clinique en justifie l'emploi, que la patiente dise préférer cet agent et qu'une méthode de contraception très efficace soit utilisée.

*Phase dépressive d'un trouble bipolaire de type II.* Dans le cas d'un épisode dépressif aigu du TB de type II, les recommandations fondées sur l'efficacité non périnatale proposent la quétiapine en première intention, puis la lamotrigine et le lithium comme options de deuxième ligne en raison de leur efficacité plus limitée. Par ailleurs, la lamotrigine est un choix raisonnable en première intention pendant la grossesse en raison de son profil d'innocuité favorable (Tableau 22). Le lithium demeure une option de deuxième ligne en raison des effets indésirables possibles. Pendant le postpartum, il se peut que la lamotrigine soit préférable à la quétiapine, qui est associée à un risque de sédation. Par conséquent, pendant l'allaitement et le postpartum, le CANMAT recommande soit la quétiapine soit la lamotrigine en première intention, puis le lithium comme option de

**Tableau 21.** Médicaments pour le traitement d'un épisode dépressif aigu du trouble bipolaire de type I pendant l'allaitement.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Lamotrigine			Risques minimales pendant l'allaitement, risque minime de sédation maternelle
	Quétiapine			Risques minimales pendant l'allaitement, mais un peu de sédation maternelle
Deuxième ligne	Lithium			Problèmes d'innocuité multiples pendant l'allaitement
	Olanzapine			Données rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement, mais pourrait causer une sédation chez la mère (essayer doses plus faibles) et devra être remplacé à plus long terme vu ses effets métaboliques
Troisième ligne	Carbamazépine			Moins de données sur l'efficacité que les agents du rang supérieur, effets indésirables signalés pendant l'allaitement
Déconseillée	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Mise en route déconseillée pendant l'allaitement en raison du risque pour une future grossesse. Peut se prendre pendant l'allaitement si utilisé pendant la grossesse
Données insuffisantes	Cariprazine, lurasidone			

Note. déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; données insuffisantes = données insuffisantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

**Tableau 22.** Médicaments pour le traitement d'un épisode dépressif aigu du trouble bipolaire de type II pendant la grossesse.
















Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Grossesse	
Première ligne	Lamotrigine			Données rassurantes sur l'innocuité; moins de données sur l'efficacité que la quétiapine
	Quétiapine			Données rassurantes sur l'innocuité, malgré un risque accru possible de diabète gestationnel
Deuxième ligne	Lithium			Risque accru possible d'anomalies cardiovasculaires et d'autres effets sur le fœtus
	Sertraline <sup>a</sup>			Données rassurantes sur l'innocuité (surveiller survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
Troisième ligne	Fluoxétine <sup>a</sup>			Données sur l'innocuité moins rassurantes que la sertraline, risque possible d'HTAPP du nourrisson et de SAN plus élevé que la sertraline (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur); demi-vie plus longue et passage accru dans le lait maternel si utilisée pendant l'allaitement
	Venlafaxine <sup>a</sup>			Données sur l'innocuité moins rassurantes que la sertraline, risque possible d'HTAPP du nourrisson plus élevé que la sertraline (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
	Ziprasidone <sup>b</sup>			Quantité minimale de données sur l'innocuité
Déconseillée	Paroxétine		s.o.	s.o.
	Acide valproïque	s.o.	s.o.	Risque accru d'anomalies congénitales et de retard du développement

Note. déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; HTAPP = hypertension artérielle pulmonaire persistante; SAN = syndrome d'abstinence néonatale; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

<sup>a</sup>Dépression pure, non mixte.

<sup>b</sup>Dépression et hypomanie mixte.

**Tableau 23.** Médicaments pour le traitement d'un épisode dépressif aigu du trouble bipolaire de type II pendant l'allaitement.

Ligne de traitement	Médicament	Niveau de preuve de l'efficacité		Justification du positionnement
		Non périnatal	Postpartum	
Première ligne	Lamotrigine			Moins de données sur l'efficacité que la quétiapine; risques minimes pendant l'allaitement, risque minime de sédation maternelle
	Quétiapine			Efficace, risques minimes pendant l'allaitement mais un peu de sédation maternelle
Deuxième ligne	Lithium			Efficace mais problèmes d'innocuité multiples pendant l'allaitement
	Sertraline <sup>a</sup>			Moins efficace que les agents des rangs supérieurs, données très rassurantes sur l'innocuité pendant l'allaitement (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
Troisième ligne	Fluoxétine <sup>a</sup>			Moins efficace que les agents des rangs supérieurs, demi-vie plus longue et DMAP plus élevée que les agents de 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> lignes, plus d'effets secondaires signalés, aucun effet sévère (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
	Venlafaxine <sup>a</sup>			Moins tolérable que les agents des rangs supérieurs (survenue possible d'une manie provoquée par l'antidépresseur)
	Ziprasidone <sup>b</sup>			Moins efficace que les agents des rangs supérieurs, quantité minime de données sur l'innocuité pendant l'allaitement
Déconseillée	Paroxétine		s.o.	Mise en route déconseillée pendant l'allaitement en raison du risque pour une future grossesse. Peut se prendre pendant l'allaitement si utilisé pendant la grossesse
	Acide valproïque	s.o.	s.o.	

Note. déconseillée = option déconseillée en raison des préoccupations concernant l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement; DMAP = dose maternelle ajustée au poids; s.o. = sans objet puisque les problèmes d'innocuité l'emportent sur les preuves d'efficacité.

<sup>a</sup>Dépression pure, non mixte seulement.

<sup>b</sup>Dépression et hypomanie mixte.

deuxième ligne, le même rang qu'il occupe dans les populations non périnatales (Tableau 23).

Dans le cas d'une dépression sans caractéristiques mixtes, à l'extérieur de la période périnatale, un antidépresseur est parfois utilisé en monothérapie avec prudence et sous une étroite surveillance, même si ce traitement risque parfois de provoquer une manie ou des épisodes mixtes. En raison du risque accru d'une psychose du postpartum en présence d'un TB (même de type II), cette stratégie n'est pas idéale en période périnatale, surtout au cours des 3 premiers mois suivant l'accouchement et surtout en tant que monothérapie sans thymorégulateur (voir Question 9). Cela dit, la sertraline, dotée d'un profil d'innocuité relativement favorable pour le système reproducteur si elle s'emploie pendant la grossesse et l'allaitement, pourrait servir de traitement périnatal de deuxième ligne, préférablement à la suite des options de deuxième ligne plus efficaces. Les cliniciens devraient mettre la patiente (et son/sa partenaire si possible) au courant de la possibilité de la survenue de symptômes maniaques ou mixtes, et devraient élaborer un plan indiquant notamment aux patients comment et à quel moment obtenir un secours urgent.


Les options de troisième ligne sont les autres antidépresseurs, pour lesquels il existe des données sur l'efficacité dans la phase dépressive d'un TB de type II (fluoxétine et venlafaxine), mais dont le profil d'effets sur



le système de reproduction est moins favorable que celui de la sertraline (voir plus haut la section Antidépresseurs et les tableaux des recommandations pour le traitement du TDM). Les précautions décrites ci-dessus concernant le risque de psychose du postpartum associé à la sertraline s'appliqueraient ici aussi. Parmi les monothérapies de troisième ligne destinées aux populations non périnatales, la ziprasidone est une possibilité, compte tenu de ses données rassurantes sur l'innocuité pendant la grossesse et l'allaitement. L'acide valproïque est déconseillé pendant la grossesse et le postpartum en raison des problèmes d'innocuité.

### Question 7. Quelles sont les recommandations concernant le recours à la neuromodulation?


Les traitements qui utilisent la stimulation électrique ou magnétique du système nerveux central s'appellent neuromodulation (ou neurostimulation). Dans les populations non périnatales, les interventions non invasives telles que la stimulation transcrânienne à courant continu (STCC) et la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) s'emploient généralement dans le cas d'un EDM aigu n'ayant pas répondu au traitement initial<sup>7,11</sup>. Ces

interventions sont administrées une ou plus d'une fois par jour pendant plusieurs semaines, ce qui en a limité l'adoption chez certains patients. Ces interventions de neuromodulation non invasives commencent à recevoir de l'attention comme options possibles pendant la période périnatale.

D'après plusieurs ECR, la rTMS produirait très peu d'effets secondaires chez la mère et serait surtout efficace comme thérapie d'appoint en présence d'une DPP n'ayant pas répondu complètement aux antidépresseurs. Cependant, la qualité des données tirées de la plupart de ces essais est limitée (Niveau 2 <sup>363-365</sup>). Étant donné la robustesse des données appuyant son utilité dans les populations non périnatales, une rTMS d'appoint est recommandée dans le cas d'une DPP<sup>11</sup>. Une STCC d'appoint est recommandée comme option de troisième ligne en présence d'une DPP légère ou modérée, car il faudra des données probantes supplémentaires pour en justifier l'usage en période périnatale.

Lors d'un petit ECR portant sur l'utilisation de la rTMS pour traiter une dépression unipolaire pendant la grossesse (en monothérapie et comme thérapie d'appoint ajoutée à la prise d'antidépresseurs;  $n=26$ ), 3 des onze participantes ayant reçu la rTMS ont eu un accouchement peu prématuré, comparativement à aucune des participantes du groupe témoin ayant reçu un traitement fictif ou simulé (Niveau 3 <sup>366,367</sup>). Un autre ECR comptant un petit nombre de sujets ( $n=20$ ), où la STCC a servi de monothérapie contre une dépression unipolaire pendant la grossesse, a donné des résultats prometteurs (Niveau 3 <sup>368-371</sup>). Le recours systématique à la rTMS et à la STCC pour traiter une dépression pendant la grossesse est déconseillé vu que les données concernant leur innocuité pendant la grossesse demeurent limitées à l'heure actuelle. Par ailleurs, nous ne sommes pas actuellement en mesure de formuler des recommandations concernant l'utilisation périnatale de la rTMS ou de la STCC pour traiter l'anxiété, un TOC, un TSPT ou un TB. L'électrochoc, ou électroconvulsothérapie (ECT), s'administre typiquement 2 à 3 fois par semaine, sous anesthésie générale. Cette intervention, qui est incluse dans la catégorie des thérapies de neuromodulation, est associée à plus d'effets indésirables que les traitements moins invasifs. Dans les populations non périnatales, l'ECT s'emploie généralement en présence d'une dépression sévère, d'une manie, d'une psychose et/ou de tendances suicidaires aiguës<sup>7,11</sup>. Une ECT d'entretien est essentielle dans certains cas de dépression réfractaire, et l'ECT aurait un effet particulièrement rapide dans le traitement d'une dépression psychotique aiguë ou d'une manie. Son utilisation est donc importante sur le plan clinique en période périnatale.

Les études portant sur l'innocuité de l'ECT pendant la période périnatale sont strictement des études de cas ou des séries de cas, souvent sans groupes comparateurs. Autrement dit, il n'y a pas d'ECR<sup>372,373</sup>. Les cas signalés d'utilisation de

l'ECT pendant la grossesse se limitent à des cas de dépression sévère, de psychose et de manie (avec et sans pharmacothérapie). L'ECT semble être relativement sécuritaire, même quand elle est administrée pendant le premier trimestre de la grossesse. Les effets indésirables signalés pendant la grossesse comprennent les suivants : arythmie fœtale, bradycardie fœtale, accouchement prématuré, douleurs abdominales, contractions utérines, saignement vaginal, abruption placentae, menace d'avortement spontané et mort fœtale, mais il est difficile de quantifier le risque attribuable à l'ECT dans ces cas à risque élevé (Niveau 3 <sup>370,372,373</sup>).








Compte tenu de ces considérations, l'ECT est une intervention de première ligne appropriée pendant la grossesse dans le cas d'une dépression aiguë avec des caractéristiques psychotiques ou catatoniques sévères, de tendances suicidaires aiguës ou d'une détérioration de l'état physique de la patiente. L'ECT est également recommandée dans les cas sévères de dépression, de manie, d'épisodes mixtes ou de psychose, quand les traitements pharmacologiques ont échoué. L'ECT en cours de grossesse doit s'effectuer en étroite collaboration avec les services d'anesthésie et de soins obstétricaux. Bien que la plupart des anesthésiques généraux et des myorelaxants utilisés dans l'administration de l'ECT soient considérés compatibles avec une grossesse, plusieurs stratégies visant la protection optimale de la patiente et du fœtus ont été recommandées<sup>374</sup>. Elles comprennent l'administration d'antinauséux avant l'intervention, l'ajout de citrate de sodium (oral) pour prévenir l'aspiration, l'évitement d'une hyperventilation avant l'induction (puisque la grossesse en soi occasionne une légère hyperventilation), l'élévation de la hanche droite (surtout après la 20<sup>e</sup> semaine de gestation) pour éviter la compression aorto-cave du débit sanguin placentaire, et la surveillance du fœtus avant, pendant et après l'intervention (notamment une surveillance continue du fœtus pendant l'intervention et pendant un certain temps par la suite, dès qu'il est possible de le faire selon le nombre de semaines de gestation). Selon le stade de la grossesse, il se peut qu'une intubation soit requise pour éviter le risque d'aspiration.


Les risques associés à l'ECT sont moins élevés pendant la période postpartum que pendant la grossesse. Elle peut s'employer pour les cas sévères, comme dans les populations non périnatales, en tenant compte du contexte périnatal (p. ex., le besoin d'aide pour le soin de l'enfant). Il est généralement recommandé de recommencer à allaiter immédiatement après l'anesthésie, puisque le passage des anesthésiques dans le lait maternel est minime<sup>375</sup>.


## Question 8. Quelles sont les recommandations concernant le recours à des options complémentaires?




L'étude du recours aux options complémentaires, parfois regroupées sous la désignation médecine douce, suscite de plus

en plus d'intérêt pour le traitement de la dépression et de l'anxiété dans les populations périnatales<sup>11</sup>. Les recherches concernant l'utilisation périnatale des options complémentaires sont principalement menées auprès de populations présentant des épisodes dépressifs peu sévères (DPP ou EDM en cours de grossesse) ou une élévation des symptômes dépressifs ou anxieux d'après les scores-seuils des échelles de symptômes normalisées. La qualité méthodologique de la littérature disponible étant typiquement faible, il est impossible de recommander telle ou telle option complémentaire comme traitement de première ligne dans le contexte périnatal<sup>376</sup>. Par ailleurs, les données concernant l'utilisation et l'efficacité de certaines options complémentaires, telles que le yoga, l'acupuncture (élément clé de la médecine chinoise traditionnelle) et la consommation d'aliments et de suppléments particuliers, ont été recueillies auprès de sujets provenant de cultures ou de pays particuliers. Par conséquent, elles ne s'appliqueraient pas nécessairement à l'extérieur des milieux où s'est déroulée l'évaluation. Néanmoins, il est cliniquement raisonnable de considérer la possibilité d'utiliser les options complémentaires comme thérapies d'appoint et/ou chez les personnes qui préfèrent ces options, à condition que les options complémentaires envisagées reposent sur des données prometteuses quant à leur profil d'efficacité et relativement favorables quant au profil d'innocuité.

Le yoga peut prévenir ou réduire les symptômes dépressifs pendant la grossesse, pouvant aussi atténuer les symptômes d'une DPP (Niveau 2 ); les données probantes sont mixtes concernant le traitement des personnes présentant un diagnostic clinique d'EDM pendant la grossesse , et concernant la prévention et le traitement de l'anxiété pendant la grossesse<sup>172,178,237,377-391</sup>. Il existe des données démontrant que l'ajout de l'acupuncture à la norme de soins peut atténuer les symptômes dépressifs postpartum, particulièrement ceux d'une DPP (Niveau 2 )<sup>392</sup>. La massothérapie en cours de grossesse (ajoutée à la norme de soins dans certaines études) est efficace pour atténuer les symptômes dépressifs d'un EDM peu sévère ainsi que les symptômes d'anxiété (Niveau 2 )<sup>237,385,386,393,394</sup>. Jointe à la norme de soins, la musicothérapie postpartum fait diminuer les symptômes dépressifs chez les personnes présentant une légère DPP (Niveau 2 )<sup>395-396</sup>. Des effets bénéfiques ont aussi été observés en présence de symptômes anxiodépressifs périnatals (Niveau 2 )<sup>209,237,384,385,395-400</sup>, mais il n'y a pas assez de données probantes pour recommander la musicothérapie dans la prévention des symptômes anxiodépressifs (Niveau 4 ).

Les chercheurs de plusieurs ECR se sont penchés sur l'efficacité des macronutriments et des micronutriments dans le traitement d'une dépression et d'une anxiété périnatales. Dans la seule étude positive, la prise quotidienne de 1000 UI de vitamine D pendant les 6 mois suivant l'accouchement a produit une amélioration des symptômes dépressifs (Niveau 2 )<sup>401</sup>. En présence d'une DPP peu sévère, la prise orale de

safran (à raison de 15 mg deux fois par jour) pendant 8 semaines a produit une amélioration des symptômes dépressifs lors d'une étude ayant un petit nombre de sujets et un risque de biais très élevé (Niveau 3 )<sup>402</sup>. Les essais portant sur l'utilisation des acides gras oméga 3 dans le traitement d'une dépression périnatale ont eu des résultats mixtes. Il est donc impossible d'offrir une recommandation définitive concernant l'utilisation d'acides gras oméga 3 à l'heure actuelle<sup>403</sup>.

Bien que certains de ces éléments nutritifs puissent s'employer à d'autres fins pendant la grossesse ou le postpartum (p. ex., la prise d'acides foliques pour prévenir les anomalies du tube neural pendant la grossesse, ou la supplémentation en fer pour traiter l'anémie), le CANMAT déconseille la consommation d'acides foliques, d'aliments riches en flavonoïdes, ainsi que la prise de suppléments de fer, de sélénium, de calcium, de zinc, de magnésium ou de cuivre pour prévenir ou traiter une dépression en cours de grossesse ou une DPP puisque ces interventions n'ont généralement pas été efficaces contre ces affections (Niveau 2,  efficacité négative)<sup>403</sup>. Le millepertuis est lui aussi déconseillé pendant la grossesse et l'allaitement en raison des données tirées de séries de cas non contrôlées évoquant un risque accru d'effets indésirables (Niveau 4 )<sup>404,405</sup>. Il n'y a pas suffisamment de données pour émettre des recommandations concernant l'aromathérapie<sup>237,387,400,406-410</sup>, la thérapie de relaxation<sup>237,378</sup>, l'hypnose<sup>174</sup> ou les probiotiques (Niveau 4 efficacité négative pour le traitement de la dépression et de l'anxiété en cours de grossesse dans le cas des trois dernières interventions énumérées )<sup>411,412</sup>.

Le tableau 24 résume les recommandations concernant le recours à des options complémentaires pour traiter les symptômes anxiodépressifs.

### Question 9. Quelles sont les recommandations concernant la prise en charge des situations cliniques à risque élevé?

Les cliniciens qui soignent des patients atteints de THAP doivent toujours évaluer le risque que représente la patiente envers soi-même ou autrui, y compris envers le fœtus, le nourrisson ou les enfants plus âgés. Voici des exemples de tableaux cliniques à risque élevé : psychoses passagères aiguës (comme la psychose du postpartum), périodes d'élévation du risque aigu de suicide, intoxication ou agitation aiguës, et autres situations où sévissent des pensées ou des signes évoquant un risque d'automutilation ou d'actions préjudiciables envers autrui, notamment un risque de maltraitance ou de négligence envers les enfants.

Des tableaux cliniques à risque élevé peuvent se présenter chez les personnes n'ayant pas d'antécédents psychiatriques, mais la présence d'antécédents psychiatriques accroît le degré de risque. Lors de l'évaluation de la sécurité, il faut notamment :

**Tableau 24.** Options complémentaires pour le traitement des symptômes anxiodépressifs.

Ligne de traitement	Symptômes dépressifs		Symptômes d'anxiété	
	Intervention	Niveau de preuve	Intervention	Niveau de preuve
Prévention	—	—	—	—
Première ligne	—		—	—
Deuxième ligne	Yoga en cours de grossesse		—	—
Données insuffisantes ou mixtes	Aromathérapie postpartum Musicothérapie postpartum		Musicothérapie postpartum Yoga en cours de grossesse	
Traitement	—	—	—	—
Première ligne	—	—	—	—
Deuxième ligne	Acupuncture d'appoint postpartum <sup>a</sup>		Massothérapie en cours de grossesse	
	Massothérapie en cours de grossesse		Musicothérapie d'appoint en cours de grossesse et postpartum	
	Musicothérapie d'appoint en cours de grossesse et postpartum (a pour postpartum)		—	—
	Vitamine D postpartum		—	—
	Yoga en cours de grossesse et postpartum (a pour postpartum)		—	—
Troisième ligne	Acupuncture en cours de grossesse <sup>a</sup>		Massothérapie postpartum	
	Massothérapie en cours de grossesse <sup>a</sup>		Relaxation en cours de grossesse	
	Safran postpartum <sup>a</sup>		—	—
Déconseillée	Acides foliques, aliments riches en flavonoïdes, fer, sélénium, calcium, zinc, magnésium, cuivre		—	—
	Millepertuis	Problèmes d'innocuité	—	—
Données insuffisantes ou mixtes	Aromathérapie postpartum	—	Aromathérapie postpartum	—
	Hypnose	—	Hypnose	—
	Acides gras oméga 3	—	Probiotiques en cours de grossesse	—
	Probiotiques en cours de grossesse	—	Relaxation	—
	Relaxation	—	Yoga en cours de grossesse	—
	Yoga pour EDM en cours de grossesse	—	—	—

Note. Le niveau de preuve pour le safran postpartum a été rétrogradé, passant au niveau 3 en raison du risque de biais significativement élevé. Vu la faible qualité des données et la difficulté de classer les interventions selon les normes décrites, elles sont toutes inférieures au rang consacré aux options de première ligne. D'appoint = ajoutée à la norme de soins; EDM = épisode dépressif majeur.

<sup>a</sup>Également efficace en présence d'un léger EDM.

- Vérifier la présence de pensées suicidaires, d'une intention et/ou d'un plan de suicide, notamment l'accès aux moyens de l'exécuter (p. ex., médicaments pour une surdose intentionnelle, armes à feu, couteaux).
- Vérifier si un plan de sécurité et d'autres stratégies sont en place pour limiter les risques.
- Vérifier si la personne songe à faire du mal au nourrisson ou à d'autres, et faire la distinction entre ces pensées intrusives incompatibles avec le moi et l'intention de faire du mal.
- Vérifier la présence de symptômes psychotiques, notamment d'idées délirantes, d'hallucinations et/ou de pensées ou de comportements aberrants.
- Vérifier, en posant des questions et en observant, la présence de tout signe d'une incapacité de s'occuper de

soi-même et/ou d'autrui, y compris tout signe de négligence ou de maltraitance envers un enfant.

- Prendre connaissance des antécédents fournis par les proches, notamment par les membres de la famille, pour clarifier le degré de risque; évaluer la capacité de la famille ou du réseau de soutien social de veiller au bien-être de la patiente et du nourrisson, ainsi que la disponibilité et l'utilisation d'autres sources de soutien.

L'aiguillage vers des fournisseurs de soins de santé mentale spécialisés est justifié en toute situation à risque élevé. Il faut parfois recourir aux services d'urgence, en composant le 9-1-1 ou le 9-8-8 (ligne d'aide en cas de crise) au Canada et aux États-Unis et/ou en envoyant le/la patient/e à l'urgence en cas de danger imminent pour le/la patient/e ou




autrui. Les cliniciens doivent se conformer aux guides de pratique professionnelle, aux lois et aux politiques en vigueur dans leur région qui portent sur les institutionnalisations involontaires et sur les circonstances dans lesquelles faire appel aux services de protection de l'enfance.

### Psychose du postpartum

La psychose du postpartum survient à la suite de 1 à 2 naissances sur 1000. Ce trouble mental périnatal présente un degré de risque très élevé en raison de son association au risque de suicide et d'infanticide<sup>413</sup>. Le terme « psychose du postpartum » désigne généralement un mélange particulier de symptômes thymiques et psychotiques fortement associés au TB<sup>414,415</sup>. Les symptômes apparaissent typiquement dans la semaine suivant l'accouchement, et presque toujours au cours des 4 premières semaines du postpartum, bien qu'ils puissent commencer plus tard<sup>416</sup>. Ils peuvent inclure des idées délirantes, des hallucinations, une irritabilité, des sautes d'humeur ou une labilité émotionnelle, la catatonie, de l'agitation et/ou une hyperactivité. Une désorientation, une dépersonnalisation et une déréalisation sont également possibles, mais elles surviennent moins fréquemment que les symptômes thymiques<sup>416</sup>. Il peut y avoir une fluctuation rapide des symptômes, notamment des changements dans l'état de conscience qui évoquent un delirium. Cela peut compliquer le diagnostic, vu l'alternance possible des états psychotiques et non psychotiques. Dans certains cas, la patiente peut présenter des signes d'un trouble de l'attachement.



Lors de l'établissement d'un diagnostic possible de psychose du postpartum, il est important de retenir que les symptômes psychotiques tels que les idées délirantes, les hallucinations et la désorganisation des pensées et des comportements peuvent survenir dans plusieurs contextes. Le DSM-5-TR parle de survenue périnatale pour caractériser les épisodes de psychose propres à divers troubles (p. ex., TDM avec caractéristiques psychotiques, TB). Par ailleurs, des symptômes psychotiques s'observent parfois dans le contexte d'un trouble psychotique primaire comme la schizophrénie ou le trouble schizoaffectif, lors d'une intoxication aiguë, ou plus rarement en raison d'une affection médicale générale. Il convient de se pencher sur ce diagnostic différentiel. Les recommandations thérapeutiques seront différentes si une meilleure explication du tableau clinique serait la présence d'une dépression majeure avec caractéristiques psychotiques, d'une intoxication aiguë ou d'un épisode psychotique attribuable à une affection médicale générale, plutôt que la présence d'une psychose du postpartum. Pour écarter toute cause organique, il faut réaliser un examen physique et neurologique complet, ainsi que les analyses biochimiques de base, y compris l'analyse toxicologique de l'urine. Il se peut que des tests de laboratoire supplémentaires et/ou l'utilisation d'EEG ou de neuro-imagerie soient indiqués s'il y a soupçon clinique



d'épilepsie/de crises, d'un traumatisme crânien ou d'autres affections médicales graves, notamment celles pouvant causer des symptômes neuropsychiatriques (p. ex., encéphalite anti-NMDAr ou syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible).




**Prévention.** Les facteurs de risque qui prédisposent le plus à une psychose du postpartum sont la présence d'antécédents personnels et familiaux de TB, et le fait d'avoir vécu une psychose du postpartum dans le passé<sup>24,416-418</sup>. Par conséquent, pendant ou même avant la grossesse, il convient de renseigner les personnes ayant des antécédents personnels (ou familiaux) de TB ou de psychose du postpartum sur leur risque. La privation de sommeil pourrait précipiter la survenue de symptômes psychotiques dans ce groupe, bien qu'un besoin de sommeil réduit puisse aussi être signe précurseur d'une manie psychotique<sup>419</sup>. Il convient d'offrir un plan de traitement destiné à prévenir une psychose, proposant notamment une pharmacothérapie prophylactique et des stratégies pour protéger le sommeil (Niveau 4 <sup>419</sup>). Le lithium semble avoir les meilleures données dans la prévention d'une psychose du postpartum (probablement chez des personnes ayant des antécédents de psychose du postpartum et de trouble bipolaire de type I) (Niveau 4 <sup>420</sup>). Toutefois, les personnes dont le TB est en rémission et qui suivent un traitement antimaniaque ou anti-psychotique approprié pendant la grossesse devraient continuer cette pharmacothérapie d'entretien pendant le postpartum (Niveau 4 ). Il faudra dans tous les cas surveiller la patiente de près à la suite de l'accouchement pour repérer tout nouveau symptôme. Il y aurait peut-être lieu de prolonger le séjour à l'hôpital pour permettre de surveiller la patiente et de mettre en œuvre des stratégies d'amélioration du sommeil, surtout si la patiente présente les premiers signes d'une détresse psychologique et/ou ne bénéficie pas d'un soutien social approprié.

La primiparité, ainsi que les complications de la grossesse et de l'accouchement, notamment la prééclampsie, ont également été relevées comme facteurs associés à une psychose du postpartum, mais chez la plupart des personnes primipares et celles ayant des complications obstétriques, une psychose du postpartum ne survient pas. Aucune recommandation n'est donc présentée à cet égard<sup>24,416-418</sup>.

**Prise en charge.** L'apparition de symptômes psychotiques postpartum exige une évaluation urgente et nécessite presque toujours un traitement immédiat en milieu hospitalier. Il faut absolument évaluer les risques auxquels sont exposés la patiente psychotique, le nouveau-né, les autres enfants à la maison et les autres membres de la famille. Étant donné les risques aigus associés à la psychose du postpartum, il n'est pas rare que l'allaitement doive être interrompu pour le bien de la patiente et du nourrisson. Les cliniciens devront fournir des renseignements pertinents et

un soutien continu à la patiente, à la famille et aux autres membres du réseau de soutien de la patiente. Les personnes présentant une psychose possible et manifestant des pensées d'automutilation et/ou songeant à faire du mal au bébé ne doivent pas être laissées seules, surtout avec le bébé, tant qu'une évaluation complète des risques n'aura pas été réalisée (Niveau 4 ). Il convient d'élaborer des mesures de sécurité et un plan d'action avec la patiente et les membres de son réseau de soutien. Ce plan doit comporter la participation active et soutenue de professionnels de la santé mentale. Il faudra surveiller de près l'exécution du plan et en poursuivre l'application jusqu'à ce que les symptômes psychotiques se soient entièrement dissipés (Niveau 4 <sup>213</sup>.



Pour bien gérer le trouble primaire et les troubles psychiatriques concomitants possibles, et pour prévenir la récurrence de la psychose, il convient de personnaliser le traitement de la psychose du postpartum. La recommandation initiale pour un traitement aigu est de prescrire un antipsychotique avec ou sans la prise intermittente d'une benzodiazépine (comme le lorazépam) pour gérer l'insomnie et/ou pour réduire l'agitation (Niveau 4 <sup>420</sup>). Le lithium pourrait être ajouté pour améliorer la réponse au traitement et en raison de son efficacité démontrée pour prévenir les rechutes, tout en tenant compte de la préférence de la patiente et des considérations concernant l'utilisation du lithium pendant l'allaitement (Niveau 4 ) (voir Question 6)<sup>420</sup>. L'électrochoc (ECT) est une option si un traitement rapide est nécessaire, si la réponse à la pharmacothérapie est inadéquate, ou si la patiente a répondu à l'ECT dans le passé (voir Question 7)<sup>420</sup>. Dans le contexte d'un TB connu, le traitement d'une psychose aiguë du postpartum doit tenir compte de la réponse antérieure aux médicaments. Le cas échéant, le clinicien pourra se reporter aux lignes de traitement pour une manie aiguë dans la section portant sur le trouble bipolaire (voir Question 6)<sup>7</sup>.

Une fois que l'épisode aigu de psychose du postpartum a été traité, il faudra exercer un suivi assidu et prévoir des rendez-vous en consultation externe, préférablement auprès de professionnels spécialisés en santé mentale, pendant au moins 6 à 12 mois. La prise de l'agent antimaniaque devra continuer pendant 12 mois au minimum pour prévenir une rechute (Niveau 4 <sup>420</sup>). Il importe également d'optimiser le soutien social et de solliciter l'appui du ou de la partenaire, de la personne soignante et/ou des membres du réseau de soutien pendant la phase post-aiguë (Niveau 4 <sup>420</sup>). Le soutien par les pairs serait une ressource précieuse pendant la période de rétablissement (Niveau 4 <sup>420</sup>).

### Agitation aiguë

La survenue d'une agitation aiguë en présence des THAP, allant des symptômes signalés par le patient aux symptômes observables d'impatience, d'instabilité psychomotrice et d'agressivité, serait surtout attendue dans le


contexte d'un épisode maniaque ou psychotique, mais une agitation aiguë peut aussi survenir lors de crises interpersonnelles aiguës ou en lien avec d'autres étiologies qu'il faudra gérer selon le cas (p. ex., une affection médicale, une intoxication par une substance psychoactive ou le sevrage d'une telle substance).

Aucun ECR n'a été réalisé concernant la prise en charge d'une agitation aiguë associée aux THAP. Une approche séquentielle est recommandée, comportant des mesures de plus en plus restrictives (Niveau 4 <sup>421,422</sup>, comme suit : La première étape dans le cas d'une personne coopérative est la désescalade verbale. La prochaine étape consiste à proposer un médicament oral. Une benzodiazépine peut s'employer dans ce cas, le lorazépam étant préféré aux benzodiazépines à action prolongée. Une monothérapie est préférable, mais si l'agitation est particulièrement sévère, surtout dans le contexte de symptômes psychotiques, un antipsychotique peut être coadministré avec une benzodiazépine. Si la personne prend déjà un antipsychotique, la dose pourra être optimisée. Dans certains cas, le clinicien peut prescrire un antipsychotique à prendre « au besoin ». L'olanzapine se présente sous une forme qui se dissout rapidement ainsi que sous une forme qui s'administre par injection intramusculaire. La quétiapine a un effet calmant mais elle met plus de temps à agir et se présente sous forme orale seulement. La ziprasidone a aussi été proposée comme possibilité pour obtenir une réponse rapide, mais les données concernant son innocuité périnatale sont moins nombreuses<sup>423</sup>. Les antipsychotiques typiques sont moins favorisés en psychiatrie générale, mais l'utilisation périnatale de l'halopéridol (offert sous forme orale ou sous forme injectable pour administration par voie intramusculaire ou intraveineuse) présente très peu de risques et est donc acceptable; la loxapine est une autre option raisonnable, mais son profil d'innocuité en période périnatale est moins connu que celui de l'halopéridol<sup>424</sup>. S'il y a un risque imminent de violence, il se peut que le recours à des moyens de contention soit nécessaire. Le cas échéant, il faudra être prudent dans le positionnement des sangles, surtout si des sangles à 4 points sont employées pendant le deuxième ou troisième trimestre de la grossesse, afin d'éviter la compression de la veine cave. Les appareils de contention devraient s'employer le moins longtemps possible, et leur usage devrait s'accompagner d'une surveillance du fœtus si possible (Niveau 4 <sup>421</sup>).

### Risque de suicide

Des pensées suicidaires surviendraient chez jusqu'à 8% des personnes enceintes ou sur le point de donner naissance à un enfant<sup>425</sup>. Dans la plupart des cas, les pensées suicidaires ne mènent pas à une tentative de suicide, et dans de nombreux cas, le fait d'être enceinte ou d'avoir un enfant est un facteur protecteur contre le suicide<sup>426</sup>. Néanmoins, bien que la mortalité maternelle soit relativement rare, le suicide est l'une des principales causes de décès pendant la période

périnatale d'après les données provenant de plusieurs pays<sup>427</sup>. Le risque de suicide semble être le plus élevé pendant les épisodes aigus d'une dépression sévère, les épisodes maniaques/mixtes aigus, les épisodes psychotiques aigus et/ou lors d'une intoxication aiguë par une substance ou l'alcool. Dans le cas des patients atteints de THAP, toute évaluation de la santé mentale et tout rendez-vous de suivi doivent comporter des questions concernant l'existence de pensées suicidaires. Le simple fait de se renseigner ainsi ou de surveiller la survenue de pensées suicidaires n'accroît pas la probabilité de pensées ou d'actions suicidaires. Certains des questionnaires normalisés qui sont utilisés le plus fréquemment en clinique (EPDS et PHQ-9, par exemple) contiennent un item consacré aux pensées suicidaires, d'où leur utilité auprès des patients à risque.

En l'absence de données probantes concernant la période périnatale en particulier, il est recommandé d'utiliser une approche semblable à celle utilisée dans les populations non périnatales pour évaluer et gérer le risque de suicide (Niveau 4 <sup>11</sup>). L'évaluation consiste à poser des questions détaillées concernant la présence, la fréquence et la persistance des pensées suicidaires, à découvrir si la personne a dressé un plan de suicide et a l'intention ou les moyens de l'exécuter, et à vérifier les chances de succès du suicide envisagé. Les personnes ayant un plan détaillé, l'intention et les moyens de l'exécuter, notamment des moyens particulièrement mortels, présenteraient un risque beaucoup plus élevé que les personnes dépourvues de ces caractéristiques. La présence de pensées suicidaires dans le contexte d'une psychose ou d'une intoxication aiguë représenterait elle aussi une situation à risque élevé. Il est important de toujours poser des questions suffisamment précises pour déterminer si la patiente a l'intention de mettre fin à la vie du fœtus ou du nourrisson.

L'optimisation du traitement du THAP sous-jacent est un élément essentiel dans la gestion du risque de suicide. Il faut hospitaliser (contre leur gré si nécessaire) les personnes présentant un risque élevé ou imminent de suicide. Autrement, la gestion d'un tel cas exige une vigilance assidue, l'optimisation du soutien social et une étroite surveillance de la part des partenaires, des membres de la famille et des soignants. Les mesures préventives comprennent la privation de l'accès aux moyens de se suicider (p. ex., en retirant tous les objets tranchants de son environnement, en surveillant l'utilisation des médicaments en raison du risque de mésusage ou de surdose, etc.). Les cliniciens peuvent travailler avec les patients et les membres de leur réseau de soutien à repérer les signes avertisseurs et à créer une liste de stratégies et de ressources auxquelles accéder advenant la survenue de pensées suicidaires (p. ex., sources de soutien disponibles en tout temps, notamment les services téléphoniques comme le 9-8-8 aux États-Unis et au Canada et le service d'urgence le plus près de chez soi). Il convient de passer les plans de sécurité en revue lors de chaque rendez-vous de suivi et de les modifier au besoin.

### *Pensées d'actes préjudiciables contre le nourrisson*

Il arrive fréquemment pendant la période postpartum que la mère ait des pensées où elle s'imagine en train de faire du mal à son nourrisson<sup>428</sup>. Dans la plupart des cas, ces pensées sont intrusives et involontaires et ne posent pas de danger.

Si la patiente confie au soignant qu'elle a des pensées où elle fait du mal à son nourrisson, le soignant doit évaluer ces pensées à fond avant de faire appel aux services de protection de l'enfance, au cas où leur intervention ne soit pas nécessaire. La présence de pensées ou d'images intrusives involontaires récurrentes évoquant des actes préjudiciables intentionnels contre le nourrisson mais provoquant de la détresse chez la mère, en l'absence d'une véritable intention ou d'un réel désir de faire du mal à l'enfant (on parle alors de pensées incompatibles avec le moi), constituerait en quelque sorte un symptôme obsessionnel et présenterait un faible risque pour le nourrisson<sup>428</sup>. Ces pensées incompatibles avec le moi sont très bouleversantes et de nombreuses patientes, particulièrement celles provenant de groupes de la population ayant fait l'objet de discrimination au sein des services de soins de santé, hésitent à les divulguer en raison de leur honte, de la crainte des préjugés et/ou parce qu'elles craignent que les autorités s'emparent de leur enfant<sup>429</sup>. Lors de l'entretien où le clinicien vérifie l'existence de pensées d'actes préjudiciables contre le nourrisson, il pourrait renseigner la patiente sur ce phénomène et mettre le risque en contexte pour réduire les obstacles à la divulgation. Par exemple, le clinicien peut expliquer à la patiente que la survenue de ce type de pensées est courante et qu'habituellement, elles ne sont dangereuses que dans le contexte d'une psychose du postpartum ou de tendances suicidaires.

Le danger pour le nourrisson est à son maximum dans les cas suivants : quand la patiente exprime son intention de faire du mal à son enfant, quand la mère ne semble pas être bouleversée par ses pensées de nuire à l'enfant (pensées compatibles avec le moi), ou quand les pensées surviennent chez une personne atteinte de psychose ou à risque de suicide<sup>430</sup>.


Par exemple, les patientes présentant une psychose du postpartum pourraient croire que leur nourrisson est sous l'emprise d'un esprit malin ou d'un extraterrestre et que le seul moyen d'échapper à cette situation terrifiante est de tuer l'enfant. Une mère présentant une dépression sévère et des pensées suicidaires pourrait se dire que son nourrisson souffrirait si elle mourait. Le cas échéant, elle pourrait être sincèrement convaincue qu'elle ferait bien d'inclure son enfant dans ses projets de suicide. Dans l'une ou l'autre de ces situations, la mère ne doit pas être laissée seule avec le nourrisson ou les autres enfants, et il faut lui obtenir un traitement sans tarder (Niveau 4). Il peut arriver que des actes préjudiciables contre le nourrisson soient commis spontanément ou impulsivement sous l'effet d'une extrême frustration. Les cliniciens doivent toujours être attentifs pour déceler le moindre signe de maltraitance et/ou de négligence envers l'enfant.


## Question 10. Quelles sont les recommandations concernant la gestion de la santé mentale du père ou de la partenaire?

La plupart des études portant sur les THAP chez le parent ne donnant pas naissance à l'enfant sont centrées sur la dépression chez le père, où la prévalence de symptômes dépressifs périnataux cliniquement significatifs se situe entre 8 et 10%. Les facteurs de risque sont semblables à ceux de la dépression maternelle, notamment des antécédents de maladie mentale et de stressors psychosociaux tels qu'un bouleversement dans les relations interpersonnelles et une instabilité financière<sup>55,432</sup>. Le chômage est un facteur de risque indépendant dans ce groupe, occupant une place moins importante dans les cas de dépression maternelle décrits dans la littérature<sup>55,432</sup>. Il y a une étroite corrélation entre la dépression maternelle et la dépression paternelle, la première étant un facteur de risque puissant pour une dépression paternelle<sup>55,432,433</sup>. L'anxiété chez les pères a aussi été étudiée, révélant divers taux de prévalence mais une prévalence estimative globale de symptômes d'anxiété cliniquement significatifs d'environ 11% pendant la période périnatale<sup>434</sup>. D'après certaines données, la prévalence augmenterait pendant la période prénatale, atteignant son maximum immédiatement après l'accouchement et diminuant par la suite<sup>432</sup>. La dépression paternelle et, dans une moindre mesure, l'anxiété paternelle sont associées à un risque légèrement accru de problèmes affectifs et comportementaux chez les enfants, même en tenant compte de la santé mentale de la mère<sup>435-437</sup>.

Il existe moins d'information concernant les THAP chez les personnes ne donnant pas naissance à l'enfant qui appartiennent à une minorité sexuelle cisgenre (p. ex., personnes lesbiennes, bisexuelles ou queer) ou à une minorité de genre (p. ex., personnes transgenre ou non binaires). D'après certaines données, la prévalence de symptômes dépressifs périnataux serait plus élevée dans ces groupes<sup>48,438,439</sup>. Ces populations auraient des défis particuliers à relever pendant la transition au parentage, notamment lors du recours à un système de soins de santé hétéronormatif, et en raison du stress d'être en position minoritaire ou invisible<sup>438-440</sup>. Il y a peu de renseignements sur l'impact possible de facteurs tels que la race, l'ethnicité, la culture et la langue sur la santé mentale de ces groupes<sup>439</sup>.

Similairement, on en sait peu sur la prévalence des THAP autres que la dépression et l'anxiété chez les pères ou partenaires, bien qu'en théorie le risque de rechute pourrait être élevé pour d'autres troubles (y compris le TB) pendant la période périnatale, étant donné le stress dû à la privation de sommeil et à d'autres facteurs dans la transition au rôle parental.

Il est recommandé aux cliniciens, notamment à ceux qui soignent la mère ou l'enfant, de prêter attention à la santé mentale du père ou de la partenaire (Niveau 4 ). Il se

peut que le père ou la partenaire hésite à divulguer ses problèmes de santé mentale en raison d'un manque de connaissances à ce sujet, de la crainte d'être jugé/e, des préjugés ou parce qu'il/elle accorde plus d'importance à l'expérience que vit la personne donnant naissance à l'enfant<sup>441</sup>. Le recours aux échelles normalisées pourrait aider à détecter une dépression et de l'anxiété. L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS), dont les scores-seuils vont de 7 à 10, offre une sensibilité/spécificité raisonnable (soit de 0,87/0,71 pour un score-seuil de 7 à 0,71/0,86 pour un score-seuil de 10) pour repérer une dépression probable chez le père. Elle peut donc s'employer pour faciliter le dépistage (Niveau 3 )<sup>442</sup>, bien que son efficacité auprès d'autres coparents ne soit pas connue<sup>442</sup>.

Lors des revues systématiques, aucun ECR portant sur le traitement de la dépression chez les pères ou coparents n'a été repéré<sup>443</sup>. Les interventions ciblaient généralement les populations non cliniques, étaient de nature psychoéducatrice et visaient le bien-être du père indirectement (c'est-à-dire par l'entremise de la mère ou de l'enfant ou en ciblant la relation du couple), donnant des résultats équivoques. Les revues systématiques ciblant les cas d'anxiété périnatale chez les pères ont dégagé elles aussi des interventions principalement psychoéducatrices auprès de populations non cliniques<sup>444,445</sup>. Dans certains des ECR évaluant l'anxiété paternelle, les groupes ayant reçu une intervention présentaient des symptômes d'anxiété légèrement moins intenses que les sujets témoins, mais on ignore si les interventions ont prévenu la survenue de THAP diagnostiquables<sup>444</sup>. Les données concernant le traitement de coparents appartenant à une minorité sexuelle ou de genre sont limitées mais l'accès à des soins appropriés est entravé par un manque de services de santé mentale et de sources de soutien (notamment de soutien par les pairs) spécialement adaptés ou sensibles aux expériences uniques vécues par les coparents faisant partie d'une minorité sexuelle ou de genre<sup>438</sup>.

## Discussion et sommaire

Le présent guide de pratique du CANMAT vise à offrir aux cliniciens des lignes directrices complètes et systématiques pour la prise en charge des THAP. L'élaboration de recommandations a parfois été ardue, surtout en raison des lacunes dans la littérature disponible en ce qui concerne l'efficacité et l'innocuité des divers traitements dans la population périnatale globale et dans les sous-populations particulières. Par ailleurs, il y a une pénurie d'études comparant les diverses modalités thérapeutiques (p. ex., comparant une thérapie à une pharmacothérapie, ou comparant divers types de thérapie et divers types de médicaments). Nous espérons que le présent guide encouragera la poursuite des travaux de recherche dans ce domaine. De meilleures données probantes sont requises, particulièrement en ce qui a trait aux troubles où persistent de l'incertitude et de la controverse et à ceux pauvres en données portant sur la période

périnatale, tels que le TOC, le TSPT et le TB, et dans une moindre mesure, les troubles anxieux. Bien que des efforts aient été déployés pour tenter d'améliorer les critères diagnostiques de certaines affections mentales périnatales, notamment en ajoutant la mention d'une survenue périnatale dans le DSM-5, nous encourageons les cliniciens et les spécialistes à reconnaître davantage les aspects uniques d'autres troubles en période périnatale tels que l'anxiété, le TOC et la psychose ainsi que l'erreur qu'ils commettraient en limitant la survenue d'une DPP aux 4 premières semaines suivant l'accouchement. De plus, la nécessité de mener des recherches supplémentaires auprès de certaines sous-populations est claire, notamment auprès des personnes de diverses identités de genre ou sexuelles, auprès des personnes racialisées et auprès des pères, partenaires ou coparents. La littérature dynamique à ces propos demande d'être constamment mise à jour. Nous osons espérer que ce premier guide de pratique du CANMAT consacré aux THAP servira de fondement pour de futures mises à jour et pour l'élaboration de lignes directrices ultérieures. Nous espérons également que le document actuel servira de modèle pour l'élaboration de lignes directrices cliniques portant sur des troubles mentaux et comportementaux qui dépassaient la portée du présent guide de pratique (autisme, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, troubles alimentaires, troubles de la personnalité, troubles de l'usage d'une substance psychoactive et de l'alcool, entre autres).

### Remerciements

Nous remercions les membres de notre comité consultatif de leur apport important à ce projet, notamment de leur examen consciencieux des ébauches du guide (voir Supplément 1); la bibliothécaire-conseil Kimberley Aslett d'avoir peaufiné et dirigé la recherche documentaire; et Catherine Auger-Morin, Ashna Jalan et Vishva Shah d'avoir aidé à la sélection et à la revue de la littérature. Nous remercions Monique Durette pour la traduction. Merci aussi à Serge Beaulieu, Sébastien Prat et Charlotte Hansen pour leur assistance.

### Déclaration des conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ci-dessous les conflits d'intérêts possibles en ce qui concerne la recherche menant à cet article et la paternité et/ou la publication de cet article : Simone N. Vigod déclare avoir droit à des redevances de UpToDate Inc. à titre d'auteure de documentation concernant la dépression et la grossesse et elle joue un rôle prépondérant ou fiduciaire dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le CANMAT et Marcé of North America. Benicio N. Frey déclare jouer un rôle prépondérant dans le conseil du CANMAT. Lucy C. Barker déclare jouer un rôle prépondérant ou fiduciaire dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour Marcé of North America. Serge Beaulieu déclare avoir obtenu des subventions ou contrats du consortium Lundbeck-Otsuka et de Diamantis, des honoraires d'expert-conseil d'Otsuka, de Lundbeck, d'Idorsia, d'Abbvie, d'Eisai et de Janssen, des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services

de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation, de la part d'Otsuka, d'Abbvie et de Janssen; il participe à un comité de surveillance des données et de la sécurité ou à un conseil consultatif pour l'étude AIFRED et joue un rôle prépondérant ou fiduciaire dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le CANMAT et relief.ca. Hilary K. Brown n'a rien à déclarer. Elisa Brietzke déclare jouer un rôle prépondérant ou fiduciaire dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le CANMAT. Jaime Charlebois n'a rien à déclarer. Crystal T. Clark déclare avoir reçu des honoraires d'experte-conseil de Seven Starling, de Biogen et de Six Sense Strategy, des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation, de la part de Deloitte, ainsi qu'un appui financier du American Board of Psychiatry and Neurology pour la participation à des réunions et/ou pour les déplacements; elle joue un rôle prépondérant ou fiduciaire dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le conseil d'administration de Marcé of North America et pour le conseil d'administration de Marcé International. Cindy-Lee Dennis n'a rien à déclarer. Deborah Da Costa n'a rien à déclarer. Brittany D. Ellington n'a rien à déclarer. Nichole Fairbrother déclare avoir obtenu des subventions ou contrats des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Women's Health Research Institute, des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation pour les spécialistes d'Austin en anxiété et TOC, un appui financier pour la participation à des réunions et/ou pour les déplacements de la part du Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé et de la Society for Reproductive and Infant Psychology, et pour la participation aux conférences du Canadian National Perinatal Research Meeting; elle participe à un comité de surveillance des données et de la sécurité ou à un conseil consultatif pour Maternal OCD, et joue un rôle prépondérant ou fiduciaire dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le UBC Women's Health Research Cluster, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, le Women's Health Research Institute et le Canadian Perinatal Mental Health Collaborative. Cathleen Fleury n'a rien à déclarer. Sheryl M. Green déclare avoir droit à des redevances à titre d'auteure d'un ouvrage sur la santé mentale périnatale. Sophie Grigoriadis déclare avoir obtenu des subventions ou contrats de la Lotte & John Hecht Memorial Foundation, des redevances ou droits d'utilisation de UptoDate pour la dépression en cours de grossesse et de l'Association des pharmaciens du Canada et de Norton pour des chapitres sur la dépression, des honoraires d'experte-conseil de la part de l'Association canadienne de protection médicale et Goodmans LLP, et des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation de la part de LifeSpeak. Sidney H. Kennedy déclare jouer un rôle prépondérant ou fiduciaire dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour CB Solutions et le CANMAT. Raymond W. Lam déclare avoir obtenu des subventions ou contrats de Brain Canada, du CANMAT, des Instituts de recherche en santé du Canada, de la Fondation VGH-UBCH, du BC Leading Edge Endowment Fund, de MITACS, de l'Institut ontarien du cerveau, de la Fondation Michael Smith pour la recherche en

santé, de Healthy Minds Canada, de Unity Health, du Vancouver Coastal Health Research Institute et de Grands Défis Canada, des honoraires d'expert-conseil de la part de Neurotorium, d'Otsuka, de Bausch et d'AbbVie, des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation pour Otsuka, Carnot, le Shanghai Mental Health Center et l'Association canadienne de protection médicale, et un appui financier pour la participation à des réunions et/ou pour les déplacements de la part de la Asia-Pacific Economic Cooperation, de Neurotorium et de GenomeBC; il joue un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour Genome BC, CB Solutions et le CANMAT. Nicole L. Létourneau n'a rien à déclarer. Roumen V. Milev déclare avoir obtenu des subventions ou contrats de CAN-BIND, des IRSC, de Janssen, de l'Institut ontarien du cerveau, de Lundbeck, de Lallemand HS et de Nubiyota, des honoraires d'expert-conseil et des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation, de la part d'AbbVie, d'Eisai, de Neonmind, de Janssen et de Lallemand; il participe à un comité de surveillance des données et de la sécurité ou à un conseil consultatif pour Janssen, Lundbeck, AbbVie et Biogen, et joue un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le CANMAT et CANBIND Solutions. Tim F. Oberlander n'a rien à déclarer. Sagar V. Parikh déclare avoir obtenu des subventions ou contrats de Sage Pharma, de Merck Pharma, de Janssen Pharma et d'Aifred, des honoraires d'expert-conseil de Sage Pharma, de Janssen, de Mensante et de Myriad/Assurex, des honoraires de conférencier d'Otsuka et de la compagnie de FMC Medscape, et des honoraires pour sa participation à un comité de surveillance des données et de la sécurité ou à un conseil consultatif de la part de Boehringer Ingelheim et d'Otsuka; il joue un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le National Network of Depression Centers et le CANMAT et il détient des actions ou des options sur actions de Mensante. Arun V. Ravindran déclare jouer un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le CANMAT. Zainab Samaan déclare avoir obtenu des subventions ou contrats des IRSC et des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation de la part de l'Association des psychiatres de l'Ontario; elle joue un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le CANMAT. Ayal Schaffer déclare avoir reçu des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation de la part d'AbbVie et d'Otsuka, et joue un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour la International Society for Bipolar Disorders et le CANMAT. Verinder Sharma déclare avoir obtenu des subventions ou contrats d'AMOSO et du Pooler Charitable Fund, ainsi que des redevances ou droits d'utilisation de l'Alliance Otsuka-Lundbeck. Daisy R. Singla n'a rien à déclarer. Donna E. Stewart déclare avoir droit à des redevances ou droits d'utilisation de UpToDate à titre d'auteur de














documentation concernant la dépression et la grossesse, et déclare avoir été rémunérée par l'Association canadienne de protection médicale pour son témoignage d'experte; elle a reçu un appui financier de l'Association mondiale de psychiatrie pour la participation à des réunions et/ou pour les déplacements. Valerie H. Taylor déclare jouer un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le CANMAT. Lesley A. Tarasoff n'a rien à déclarer. Patricia Tomasi n'a rien à déclarer. Lianne M. Tomfohr-Madsen déclare n'avoir aucun renseignement financier à divulguer à titre de cofondatrice de Tomfohr & Roos eHealth Consulting. Smadar V. Tourjman déclare avoir obtenu des subventions ou contrats de DiaMentis et d'AbbVie, des honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation, et pour sa participation à un comité de surveillance des données et de la sécurité ou à un conseil consultatif, de la part d'AbbVie, d'Eisai, d'Idorsia, d'Elvium, de Lundbeck, d'Otsuka, de Sunovion, de Janssen, de Takeda et de Pfizer; elle joue un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le CANMAT et la CADDRA. Michael Van Ameringen déclare avoir obtenu des subventions ou contrats du Michael G. DeGroote Centre for Medicinal Cannabis Research, d'Elvium, de Biohaven, de Clairvoyant et d'Otsuka, des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation, de la part d'AbbVie, de Lundbeck, de Pfizer et de Takeda, et pour sa participation à un comité de surveillance des données et de la sécurité ou à un conseil consultatif, de la part d'AbbVie, de Lundbeck, d'Otsuka, de Bausch Health, de Biogen, de Biron et de Boehringer Ingelheim; il joue un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour le International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders, le réseau de recherche sur les troubles obsessionnels-compulsifs du European College of Neuropsychopharmacology et le CANMAT. Ryan J. Van Lieshout n'a rien à déclarer. Lakshmi N. Yatham déclare avoir obtenu des subventions ou contrats d'AbbVie et de Sumitomo, des honoraires d'experte-conseil d'Allergan, d'Alkermes, de Sumitomo, d'Intracellular Therapies, de Lundbeck, de Merck, de Xenon, de Sunovion et de LivNova, des versements ou honoraires pour des conférences, présentations, services de conférenciers, ainsi que pour la rédaction de manuscrits ou des activités de formation, de la part de Sumitomo Pharma et de Sanofi; elle participe à un comité de surveillance des données et de la sécurité ou à un conseil consultatif pour Alkermes et elle joue un rôle prépondérant ou fiducial dans d'autres conseils, sociétés, comités ou groupes de défense d'intérêts pour la Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique, Neurotorium, la International Bipolar Foundation, la Depression and Bipolar Support Alliance et le CANMAT; elle déclare avoir reçu des appareils, de la documentation, des médicaments, des textes médicaux, des cadeaux ou d'autres services de PBG Biopharma.

## Financement

Les auteurs ont déclaré avoir reçu l'appui financier suivant pour la recherche, la paternité et/ou la publication de cet article : Ce projet a bénéficié du soutien de Santé Canada par l'entremise du Programme des politiques et des stratégies en matière de soins de

santé (numéro d'octroi 2324-HQ-000007). Les analyses, conclusions, opinions et affirmations ci-incluses sont strictement celles des auteurs et ne reflètent pas celles des sources de données ou de financement; il ne faut en déduire aucune promotion.

### Identifiants ORCID

Simone N. Vigod  <https://orcid.org/0000-0002-2736-9639>  
 Benicio N. Frey  <https://orcid.org/0000-0001-8267-943X>  
 Sophie Grigoriadis  <https://orcid.org/0000-0003-3461-6850>  
 Lucy C. Barker  <https://orcid.org/0000-0002-7907-383X>  
 Hilary K. Brown  <https://orcid.org/0000-0002-8690-5841>  
 Cindy-Lee Dennis  <https://orcid.org/0000-0002-0135-7242>  
 Verinder Sharma  <https://orcid.org/0000-0002-9885-8245>  
 Serge Beaulieu  <https://orcid.org/0000-0001-6921-3870>  
 Sidney H. Kennedy  <https://orcid.org/0000-0001-5339-7185>  
 Raymond W. Lam  <https://orcid.org/0000-0001-7142-4669>  
 Sagar V. Parikh  <https://orcid.org/0000-0003-4817-3042>  
 Arun V. Ravindran  <https://orcid.org/0000-0002-1655-2753>  
 Ryan J. Van Lieshout  <https://orcid.org/0000-0001-7244-0222>

### Bibliographie

1. Statistique Canada. Santé mentale maternelle au Canada, 2018/ 2019 (Aperçu diffusé le 24 juin 2019). Version anglaise consultée le 14 mars 2024. [https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190624/dq19\\_0624b-eng.htm](https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190624/dq19_0624b-eng.htm)
2. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(4):18r12527. doi:10.4088/JCP.18r12527
3. Howard LM, Molyneux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;384(9956):1775-88. doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
4. Stein A, Pearson RM, Goodman SH et coll. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800-19. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0
5. Institute of Medicine (US) Committee. Standards for developing trustworthy clinical practice guidelines. Dans Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, dirs. *Clinical practice guidelines we can trust*. États-Unis : National Academies Press; 2011.
6. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-60. doi:10.1177/0706743716659417
7. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(2):97-170. doi:10.1111/bdi.12609
8. Brotto LA, Galea LAM. Gender inclusivity in women's health research. *BJOG*. 2022;129(12):1950-52. doi:10.1111/1471-0528.17231
9. Partnership for Women's Health Research Canada (PWHRC) et Women's Health Research Institute (WHRI). Beyond the Binary in Canada Guide. Pathways toward equitable research with people who experience sex and gender-based health inequities. Partnership for Women's Health Research Canada, 2024. [https://pwhr.org/wp-content/uploads/2024/12/BTB\\_PWHRC\\_Oct\\_29\\_2024-1.pdf](https://pwhr.org/wp-content/uploads/2024/12/BTB_PWHRC_Oct_29_2024-1.pdf).
10. Yawn BP, Pace W, Wollan PC et coll. Concordance of Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) and patient health questionnaire (PHQ-9) to assess increased risk of depression among postpartum women. *J Am Board Fam Med*. 2009;22(5):483-91. doi:10.3122/jabfm.2009.05.080155
11. Lam RW, Kennedy SH, Adams C et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults. *Can J Psychiatry*. 2024;69(9):641-87.
12. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA et coll. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383-94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026
13. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE et coll. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Br Med J*. 2008;336(7650):924-26. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD
14. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
15. Bai Y, Li Q, Cheng KK et coll. Prevalence of postpartum depression based on diagnostic interviews: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2023;2023:8403222. doi:10.1155/2023/8403222. doi:10.1155/2023/8403222
16. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
17. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315-23. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179
18. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(8):907-20. doi:10.1111/aogs.13138
19. Fairbrother N, Collardeau F, Albert AYK et coll. High prevalence and incidence of obsessive-compulsive disorder among women across pregnancy and the postpartum. *J Clin Psychiatry*. 2021;82(2):20m13398. doi:10.4088/JCP.20m13398
20. Hudepohl N, MacLean JV, Osborne LM. Perinatal obsessive-compulsive disorder: epidemiology, phenomenology, etiology, and treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24(4):229-37. doi:10.1007/s11920-022-01333-4

21. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(4):377-85. doi:10.4088/JCP.12r07917
22. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;208:634-45. doi:10.1016/j.jad.2016.10.009
23. Masters GA, Hugunin J, Xu L et coll. Prevalence of bipolar disorder in perinatal women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2022;83(5):21r14045. doi:10.4088/JCP.21r14045
24. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(2):117-27. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15010124
25. Vanderkruik R, Barreix M, Chou D et coll. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):272. doi:10.1186/s12888-017-1427-7
26. Munk-Olsen T, Jones I, Laursen TM. Birth order and postpartum psychiatric disorders. *Bipolar Disord*. 2014;16(3):300-307. doi:10.1111/bdi.12145
27. Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I. Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: a review. *Brain Sci*. 2021;11(1):47. doi:10.3390/brainsci11010047
28. Al-Abri K, Edge D, Armitage CJ. Correction to: prevalence and correlates of perinatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58(11):1591. doi:10.1007/s00127-023-02468-2
29. Al-Abri K, Edge D, Armitage CJ. Prevalence and correlates of perinatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58(11):1581-90. doi:10.1007/s00127-022-02386-9
30. Azami M, Badfar G, Soleymani A, Rahmati S. The association between gestational diabetes and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019;149:147-55. doi:10.1016/j.diabres.2019.01.034
31. Bayrampour H, Vinturache A, Hetherington E, Lorenzetti DL, Tough S. Risk factors for antenatal anxiety: a systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol*. 2018;36(5):476-503. doi:10.1080/02646838.2018.1492097
32. Brown HK, Qazilbash A, Rahim N, Dennis CL, Vigod SN. Chronic medical conditions and peripartum mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2018;187(9):2060-68. doi:10.1093/aje/kwy080
33. Fu T, Wang C, Yan J, Zeng Q, Ma C. Relationship between antenatal sleep quality and depression in perinatal women: a comprehensive meta-analysis of observational studies. *J Affect Disord*. 2023;327:38-45. doi:10.1016/j.jad.2023.01.125
34. Maghami M, Shariatpanahi SP, Habibi D et coll. Sleep disorders during pregnancy and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Int J Dev Neurosci*. 2021;81(6):469-78. doi:10.1002/jdn.10118
35. Michalczyk J, Milosz A, Soroka E. Postpartum psychosis: a review of risk factors, clinical picture, management, prevention, and psychosocial determinants. *Med Sci Monit*. 2023;29:e942520. doi:10.12659/MSM.942520
36. Pereira D, Pessoa AR, Madeira N, Macedo A, Pereira AT. Association between premenstrual dysphoric disorder and perinatal depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2022;25(1):61-70. doi:10.1007/s00737-021-01177-6
37. Reilly TJ, Roberts E, De La Bastida VC Sagnay, McGuire P, Dazzan P, Cullen AE. Systematic review of the association between adverse life events and the onset and relapse of postpartum psychosis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1154557. doi:10.3389/fpsy.2023.1154557
38. Kjeldsen MM Zacher, Bricca A, Liu X, Frokjaer VG, Madsen KB, Munk-Olsen T. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(10):1004-13. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.2400
39. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
40. Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, Dennis CL. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2015;70:67-82. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.08.010
41. Mitchell A Roddy, Gordon H, Atkinson J et coll. Prevalence of perinatal anxiety and related disorders in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2023;6(11):e2343711. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.43711
42. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-48. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
43. Mukherjee S, Trepka MJ, Pierre-Victor D, Bahelah R, Avent T. Racial/ethnic disparities in antenatal depression in the United States: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2016;20(9):1780-97. doi:10.1007/s10995-016-1989-x
44. Black KA, MacDonald I, Chambers T, Ospina MB. Postpartum mental health disorders in indigenous women: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(10):1470-78. doi:10.1016/j.jogc.2019.02.009
45. Owais S, Faltyn M, Johnson AVD et coll. The perinatal mental health of indigenous women: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry*. 2020;65(3):149-63. doi:10.1177/0706743719877029
46. Brown HK, Vigod SN, Fung K et coll. Perinatal mental illness among women with disabilities: a population-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(11):2217-28. doi:10.1007/s00127-022-02347-2
47. Mitra M, Iezzoni LI, Zhang J, Long-Bellil LM, Smeltzer SC, Barton BA. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities.

- Matern Child Health J. 2015;19(2):362-72. doi:10.1007/s10995-014-1518-8
48. Kirubarajan A, Barker LC, Leung S et coll. LGBTQ2S+ childbearing individuals and perinatal mental health: a systematic review. *BJOG*. 2022;129(10):1630-43. doi:10.1111/1471-0528.17103
49. Nielsen-Scott M, Fellmeth G, Opondo C, Alderdice F. Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;306:71-79. doi:10.1016/j.jad.2022.03.032
50. Fairbrother N, Albert A, Collardeau F, Keeney C. The Childbirth Fear Questionnaire and the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire as screening tools for specific phobia, fear of childbirth. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4647. doi:10.3390/ijerph19084647
51. Sanjari S, Chaman R, Salehin S, Goli S, Keramat A. Update on the global prevalence of severe fear of childbirth in low-risk pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Int J Women Health Rep Sci*. 2022;10(1):3-10.
52. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL et coll. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*. 2006;295(5):499-507. doi:10.1001/jama.295.5.499
53. Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):233-42. doi:10.1016/S2215-0366(16)00003-1
54. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry*. 2004;49(11):726-35. doi:10.1177/070674370404901103
55. Wang D, Li YL, Qiu D, Xiao SY. Factors influencing paternal postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;293:51-63. doi:10.1016/j.jad.2021.05.088
56. Shay M, MacKinnon AL, Metcalfe A et coll. Depressed mood and anxiety as risk factors for hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2020;50(13):2128-40. doi:10.1017/S0033291720003062
57. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L et coll. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(4):e321-e341. doi:10.4088/JCP.12r07968
58. Jarde A, Morais M, Kingston D et coll. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(8):826-37. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0934
59. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*. 2017;342:154-66. doi:10.1016/j.neuroscience.2015.09.001
60. Kim S, Park M, Ahn S. The impact of antepartum depression and postpartum depression on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Clin Nurs Res*. 2022;31(5):866-80. doi:10.1177/10547738211053507
61. Bind RH, Biaggi A, Bairead A et coll. Mother-infant interaction in women with depression in pregnancy and in women with a history of depression: the psychiatry research and motherhood - depression (PRAM-D) study. *BJPsych Open*. 2021;7(3): e100. doi:10.1192/bjo.2021.52
62. Dadi AF, Miller ER, Mwanri L. Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):416. doi:10.1186/s12884-020-03092-7
63. Jacques N, de Mola CL, Joseph G. Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;243:201-208. doi:10.1016/j.jad.2018.09.055
64. Ayers S, Bond R, Webb R, Miller P, Bateson K. Perinatal mental health and risk of child maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2019;98:104172. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104172
65. Baird H, Harris RA, Jr Santos HP. The effects of maternal perinatal depression on child IQ: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2023;27(9):1489-1502, doi:10.1007/s10995-023-03715-3
66. Rogers A, Obst S, Teague SJ et coll. Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2020;174(11):1082-92. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.2910
67. Grigoriadis S, Graves L, Peer M et coll. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(5):17r12011. doi:10.4088/JCP.17r12011
68. Grigoriadis S, Graves L, Peer M et coll. A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(5):543-56. doi:10.1007/s00737-018-0930-2
69. Khajehei M, Swain JA, Li R. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women in Australia. *Br J Midwifery*. 2023;31(12):686-94. doi:10.12968/bjom.2023.31.12.686
70. Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish national birth cohort. *BJOG*. 2009;116(10):1350-55. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x
71. Mohamed MA, Elhelbawy A, Khalid M, AbdAllatif LA, Lialy HE. Effects of bipolar disorder on maternal and fetal health during pregnancy: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):617. doi:10.1186/s12884-023-05924-8
72. Rusner M, Berg M, Begley C. Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):331. doi:10.1186/s12884-016-1127-1
73. Sachdeva J, Nagle Yang S, Gopalan P et coll. Trauma informed care in the obstetric setting and role of the perinatal psychiatrist: a comprehensive review of the literature. *J Acad*

- Consult Liaison Psychiatry. 2022;63(5):485-96. doi:10.1016/j.jaclp.2022.04.005
74. Abuse Substance and Mental Health Services Administration (SAMHSA). TIP 57 trauma-informed care in behavioural health services, HHS Publication No. (SMA) 15-4420. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2015.
75. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
76. Sharma V, Singh P, Baczynski C, Khan M. A closer look at the nosological status of the highs (hypomanic symptoms) in the postpartum period. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(1):55-62. doi:10.1007/s00737-020-01023-1
77. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(4):410-20. doi:10.1177/0884217504266915
78. Goldfinger C, Green SM, Furtado M, McCabe RE. Characterizing the nature of worry in a sample of perinatal women with generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2020;27(2):136-45. doi:10.1002/cpp.2413
79. Thiel F, Ein-Dor T, Dishy G, King A, Dekel S. Examining symptom clusters of childbirth-related posttraumatic stress disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018;20(5):18m02322. doi:10.4088/PCC.18m02322
80. Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile. Care pathway for the management of perinatal mental health. 2024. Version anglaise consultée le 7 août 2024. <https://www.pcmch.on.ca/perinatal-mental-health/>
81. Johnson A, Stevenson E, Moeller L, McMillian-Bohler J. Systematic screening for perinatal mood and anxiety disorders to promote onsite mental health consultations: a quality improvement report. *J Midwifery Womens Health*. 2021;66(4):534-39. doi:10.1111/jmwh.13215
82. Cox J. Thirty years with the Edinburgh postnatal depression scale: voices from the past and recommendations for the future. *Br J Psychiatry*. 2019;214(3):127-29. doi:10.1192/bjp.2018.245
83. Park SH, Kim JI. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;307(5):1331-45. doi:10.1007/s00404-022-06525-0
84. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD, Groupe DESDE. Accuracy of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Br Med J*. 2020;371:m4022. doi:10.1136/bmj.m4022
85. Thombs BD, Levis B, Lyubenova A et coll. Overestimation of postpartum depression prevalence based on a 5-item version of the EPDS: systematic review and individual participant data meta-analysis. *Can J Psychiatry*. 2020;65(12):835-44. doi:10.1177/0706743720934959
86. Gliklich RE, Leavy MB, Cosgrove L et coll. Harmonized outcome measures for use in depression patient registries and clinical practice. *Ann Intern Med*. 2020;172(12):803-809. doi:10.7326/M19-3818
87. Wang L, Kroenke K, Stump TE, Monahan PO. Screening for perinatal depression with the patient health questionnaire depression scale (PHQ-9): a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;68:74-82. doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.12.007
88. Smith RD, Shing JSY, Lin J, Bosanquet K, Fong DYT, Lok KYW. Meta-analysis of diagnostic properties of the Whooley questions to identify depression in perinatal women. *J Affect Disord*. 2022;315:148-55. doi:10.1016/j.jad.2022.07.026
89. Ayers S, Coates R, Sinesi A et coll. Assessment of perinatal anxiety: diagnostic accuracy of five measures. *Br J Psychiatry*. 2024;224(4):132-38. doi:10.1192/bjp.2023.174
90. Barkham M, Bewick B, Mullin T et coll. The CORE-10: a short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counsel Psychother Res*. 2013;13(1):3-13. doi:10.1080/14733145.2012.729069.
91. Coates R, Ayers S, de Visser R, Thornton A. Evaluation of the CORE-10 to assess psychological distress in pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*. 2020;38(3):311-23. doi:10.1080/02646838.2019.1702631
92. Force USPST, Barry MJ, Nicholson WK et coll. Screening for anxiety disorders in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. 2023;329(24):2163-70. doi:10.1001/jama.2023.9301
93. Sinesi A, Cheyne H, Maxwell M, O'Carroll R. The Stirling antenatal anxiety scale (SAAS): development and initial psychometric validation. *J Affect Disord Rep*. 2022;8:100333. doi:10.1016/j.jadr.2022.100333
94. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open*. 2019;5(1):e5. doi:10.1192/bjo.2018.75
95. Fairbrother N, Albert A, Keeney C, Tchir D, Cameron RB. Screening for perinatal OCD: a comparison of the DOCS and the EPDS. *Assessment*. 2023;30(4):1028-39. doi:10.1177/10731911211063223
96. Williams ME, Strobino DM, Holliday CN. Measuring post-traumatic stress after childbirth: a review and critical appraisal of instruments. *J Reprod Infant Psychol*. 2023;41(5):599-613. doi:10.1080/02646838.2022.2030052
97. Clark CT, Sit DK, Driscoll K et coll. Does screening with the MDQ and EPDS improve identification of bipolar disorder in an obstetrical sample? *Depress Anxiety*. 2015;32(7):518-26. doi:10.1002/da.22373
98. Frey BN, Simpson W, Wright L, Steiner M. Sensitivity and specificity of the mood disorder questionnaire as a screening tool for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(11):1456-61. doi:10.4088/JCP.12m07856
99. Merrill L, Mittal L, Nicoloso J, Caiozzo C, Maciejewski PK, Miller LJ. Screening for bipolar disorder during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(4):579-83. doi:10.1007/s00737-015-0527-y

100. Sharma V, Khan M, Corpse C, Sharma P. Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression. *Bipolar Disord.* 2008;10(6):742-47. doi:10.1111/j.1399-5618.2008.00606.x
101. Chessick CA, Dimidjian S. Screening for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(3):233-48. doi:10.1007/s00737-010-0151-9
102. Force USPST, Barry MJ, Nicholson WK et coll. Screening for depression and suicide risk in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA.* 2023;329(23):2057-67. doi:10.1001/jama.2023.9297
103. Leung SS, 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):292-301. doi:10.1093/pubmed/fdq075
104. El-Den S, Pham L, Anderson I et coll. Perinatal depression screening: a systematic review of recommendations from member countries of the organisation for economic co-operation and development (OECD). *Arch Womens Ment Health.* 2022;25(5):871-93. doi:10.1007/s00737-022-01249-1
105. Lang E, Colquhoun H, LeBlanc JC et coll. Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. *CMAJ.* 2022;194(28):E981. doi:10.1503/cmaj.220290
106. Kingston D, McDonald S, Tough S, Austin MP, Hegadoren K, Lasiuk G. Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: a population based survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:67. doi:10.1186/1471-2393-14-67
107. Puryear LJ, Nong YH, Correa NP, Cox K, Greeley CS. Outcomes of implementing routine screening and referrals for perinatal mood disorders in an integrated multi-site pediatric and obstetric setting. *Matern Child Health J.* 2019;23(10):1292-98. doi:10.1007/s10995-019-02780-x
108. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG clinical practice guideline No. 4. *Obstet Gynecol.* 2023;141(6):1232-61. doi:10.1097/AOG.0000000000005200
109. Jia S, Zhi M, Liu J, Liu J, Jiang L, Zhu Y. Evidence summary on the timing and frequency of screening for perinatal depression. *Ann Palliat Med.* 2021;10(10):10896-903. doi:10.21037/apm-21-2675
110. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111. doi:10.1016/j.jad.2005.12.051
111. Skoog M, Hallstrom IK, Vilhelmsson A. Health care professionals' experiences of screening immigrant mothers for postpartum depression - a qualitative systematic review. *PLoS One.* 2022;17(7):e0271318. doi:10.1371/journal.pone.0271318
112. Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JR. Reliability and validity of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:72. doi:10.1186/s12884-016-0859-2
113. Salehi A, Zhang M, Kithulegoda N, Vigod S, Ivers N. Validation of the culturally adapted Edinburgh postpartum depression scale among east Asian, southeast Asian and south Asian populations: a scoping review. *Int J Ment Health Nurs.* 2023;32(6):1616-35. doi:10.1111/inm.13202
114. Chan AW, Reid C, Skeffington P, Marriott R. A systematic review of EPDS cultural suitability with indigenous mothers: a global perspective. *Arch Womens Ment Health.* 2021;24(3):353-65. doi:10.1007/s00737-020-01084-2
115. Ivary F Rahmani, Fanaei S, Ghahremani S et coll. A systematic review of psychometric properties of the Edinburgh postnatal depression scale in Iranian population. *Int J Pediatr.* 2019;7(5):9497-505. doi:10.22038/ijp.2019.36747.3202
116. Kozhimannil KB, Trinacty CM, Busch AB, Huskamp HA, Adams AS. Racial and ethnic disparities in postpartum depression care among low-income women. *Psychiatr Serv.* 2011;62(6):619-25. doi:10.1176/ps.62.6.pss6206\_0619
117. Smith M Sambrook, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open.* 2019;9(1):e024803. doi:10.1136/bmjopen-2018-024803
118. Schmied V, Black E, Naidoo N, Dahlen HG, Liamputtong P. Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: a meta-ethnographic study. *PLoS One.* 2017;12(3):e0172385. doi:10.1371/journal.pone.0172385
119. Webb R, Uddin N, Ford E et coll. Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(6):521-34. doi:10.1016/S2215-0366(20)30467-3
120. Tarasoff LA, Lunskey Y, Welsh K et coll. Unmet needs, limited access: a qualitative study of postpartum health care experiences of people with disabilities. *J Adv Nurs.* 2023;79(9):3324-36. doi:10.1111/jan.15642
121. Gaskin K, James H. Using the Edinburgh postnatal depression scale with learning disabled mothers. *Community Pract.* 2006;79(12):392-96.
122. Jones A. Help seeking in the perinatal period: a review of barriers and facilitators. *Soc Work Public Health.* 2019;34(7):596-605. doi:10.1080/19371918.2019.1635947
123. Bacciaglia M, Neufeld HT, Neiterman E, Krishnan A, Johnston S, Wright K. Indigenous maternal health and health services within Canada: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):327. doi:10.1186/s12884-023-05645-y
124. Greenfield M, Darwin Z. Trans and non-binary pregnancy, traumatic birth, and perinatal mental health: a scoping review. *Int J Transgend Health.* 2021;22(1-2):203-16. doi:10.1080/26895269.2020.1841057
125. Tobin CL, Di Napoli P, Beck CT. Refugee and immigrant women's experience of postpartum depression: a meta-synthesis. *J Transcult Nurs.* 2018;29(1):84-100. doi:10.1177/1043659616686167

126. Wittkowski A, Patel S, Fox JR. The experience of postnatal depression in immigrant mothers living in western countries: a meta-synthesis. *Clin Psychol Psychother.* 2017;24(2):411-27. doi:10.1002/cpp.2010
127. Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(3):449-62. doi:10.1007/s00737-017-0723-z
128. Webb R, Uddin N, Constantinou G et coll. Meta-review of the barriers and facilitators to women accessing perinatal mental healthcare. *BMJ Open.* 2023;13(7):e066703. doi:10.1136/bmjopen-2022-066703
129. Jidong DE, Husain N, Roche A et coll. Psychological interventions for maternal depression among women of African and Caribbean origin: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2021;21(1):83. doi:10.1186/s12905-021-01202-x
130. Ponting C, Mahrer NE, Zelcer H, Dunkel Schetter C, Chavira DA. Psychological interventions for depression and anxiety in pregnant Latina and black women in the United States: a systematic review. *Clin Psychol Psychother.* 2020;27(2):249-65. doi:10.1002/cpp.2424
131. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med.* 2006;166(21):2314-21. doi:10.1001/archinte.166.21.2314
132. Byatt N, Xu W, Levin LL, Moore Simas TA. Perinatal depression care pathway for obstetric settings. *Int Rev Psychiatry.* 2019;31(3):210-28. doi:10.1080/09540261.2018.1534725
133. Klatter CK, van Ravesteyn LM, Stekelenburg J. Is collaborative care a key component for treating pregnant women with psychiatric symptoms (and additional psychosocial problems)? A systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2022;25(6):1029-39. doi:10.1007/s00737-022-01251-7
134. Prom MC, Denduluri A, Philpotts LL et coll. A systematic review of interventions that integrate perinatal mental health care into routine maternal care in low- and middle-income countries. *Front Psychiatry.* 2022;13:859341. doi:10.3389/fpsy.2022.859341
135. Saldanha IJ, Adam GP, Kanaan G et coll. Delivery strategies for postpartum care: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2023;142(3):529-42. doi:10.1097/AOG.0000000000005293
136. Byatt N, Straus J, Stopa A, Biebel K, Mittal L, Moore Simas TA. Massachusetts child psychiatry access program for moms: utilization and quality assessment. *Obstet Gynecol.* 2018;132(2):345-53. doi:10.1097/AOG.0000000000002688
137. Rivero-Santana A, Perestelo-Perez L, Alvarez-Perez Y et coll. Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;294:391-409. doi:10.1016/j.jad.2021.07.008
138. NHS England, NHS Improvement, National Collaborating Centre for Mental Health. The perinatal mental health care pathways. National Health Service (NHS) England. Publié en mai 2018. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/05/perinatal-mental-health-care-pathway.pdf>
139. Sawrikar V, Stewart E, LaMonica HM et coll. Using staged care to provide “right care first time” to people with common affective disorders. *Psychiatr Serv.* 2021;72(6):691-703. doi:10.1176/appi.ps.202000145
140. Delgadillo J, Ali S, Fleck K et coll. Stratified care vs stepped care for depression: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(2):101-108. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.3539
141. DiSanza CB, Geller PA, Bonacquisti A, Posmontier B, Horowitz JA, Chiarello LA. A stepped care model of patient navigation to enhance engagement with perinatal mental health care. *Health Equity.* 2020;4(1):484-88. doi:10.1089/heq.2020.0077
142. Kukreti P, Ransing R, Raghuvver P et coll. Stepped care model for developing pathways of screening, referral, and brief intervention for depression in pregnancy: a mixed-method study from development phase. *Indian J Soc Psychiatry.* 2022;38(1):12-20.
143. Olin SS, McCord M, Stein REK et coll. Beyond screening: a stepped care pathway for managing postpartum depression in pediatric settings. *J Womens Health (Larchmt).* 2017;26(9):966-75. doi:10.1089/jwh.2016.6089
144. Reproductive Care Program of Nova Scotia. Care pathway for the management of perinatal mental health and addictions. Juillet 2021. Consulté le 7 août 2024. <https://rcp.nshealth.ca/resources-reports/perinatal-mental-health>
145. Ashford MT, Olander EK, Ayers S. Computer- or web-based interventions for perinatal mental health: a systematic review. *J Affect Disord.* 2016;197:134-46. doi:10.1016/j.jad.2016.02.057
146. Nillni YI, Mehralzade A, Mayer L, Milanovic S. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:136-48. doi:10.1016/j.cpr.2018.06.004
147. Meredith C, McKerchar C, Lacey C. Indigenous approaches to perinatal mental health: a systematic review with critical interpretive synthesis. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26(3):275-93. doi:10.1007/s00737-023-01310-7
148. Robertson K, Wells R. Black with ‘baby blues’: a systematic scoping review of programs to address postpartum depression in African American women. *Matern Child Health J.* 2023;27(3):413-25. doi:10.1007/s10995-023-03589-5
149. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Genève; 2022. Consulté le 7 août 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
150. Clarke K, King M, Prost A. Psychosocial interventions for perinatal common mental disorders delivered by providers who are not mental health specialists in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2013;10(10):e1001541. doi:10.1371/journal.pmed.1001541
151. Rahman A, Fisher J, Bower P et coll. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and

- meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(8):593-601. doi:10.2471/BLT.12.109819
152. Prina E, Ceccarelli C, Abdulmalik JO et coll. Task-sharing psychosocial interventions for the prevention of common mental disorders in the perinatal period in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry.* 2023;69(7):1578-91. doi:10.1177/00207640 231174451
153. Singla DR, Lawson A, Kohrt BA et coll. Implementation and effectiveness of nonspecialist-delivered interventions for perinatal mental health in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(5):498-509. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4556
154. Wang TH, Pai LW, Tzeng YL, Yeh TP, Teng YK. Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Nurs Open.* 2021;8(5):2117-130. doi:10.1002/nop2.764
155. Bayrampour H, Trieu J, Tharmaratnam T. Effectiveness of ehealth interventions to reduce perinatal anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2019; 80(1):18r12386. doi:10.4088/JCP.18r12386
156. Canfield SM, Canada KE. Systematic review of online interventions to reduce perinatal mood and anxiety disorders in underserved populations. *J Perinat Neonatal Nurs.*2023; 37(1):14-26. doi:10.1097/JPN.0000000000000658
157. Chen C, Wang X, Xu H, Li Y. Effectiveness of digital psychological interventions in reducing perinatal depression: a systematic review of meta-analyses. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26(4):423-39. doi:10.1007/s00737-023-01327-y
158. Ching H, Chua JYX, Chua JS, Shorey S. The effectiveness of technology-based cognitive behavioral therapy on perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2023;20(5):451-64. doi:10.1111/wvn.12673
159. Dol J, Richardson B, Murphy GT, Aston M, McMillan D, Campbell-Yeo M. Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial outcomes: a systematic review. *JBIS Synth.* 2020;18(1):30- 55. doi:10.11124/JBISRIR-D-19-00191
160. Evans K, Rennick-Egglestone S, Cox S, Kuipers Y, Spiby H. Remotely delivered interventions to support women with symptoms of anxiety in pregnancy: mixed methods systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2022;24(2): e28093. doi:10.2196/28093
161. Hanach N, de Vries N, Radwan H, Bissani N. The effectiveness of telemedicine interventions, delivered exclusively during the postnatal period, on postpartum depression in mothers without history or existing mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery.* 2021;94:102906. doi:10.1016/j.midw.2020. 102906
162. Lewkowitz AK, Whelan AR, Ayala NK et coll. The effect of digital health interventions on postpartum depression or anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2024;230(1):12-43. doi:10.1016/j.ajog.2023.06.028
163. Liu X, Huang S, Hu Y, Wang G. The effectiveness of telemedicine interventions on women with postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2022;19(3):175-90. doi:10.1111/wvn. 12576
164. Silang KA, Sohal PR, Bright KS et coll. Ehealth interventions for treatment and prevention of depression, anxiety, and insomnia during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *JMIR Ment Health.* 2022;9(2):e31116. doi:10.2196/31116
165. Zhao L, Chen J, Lan L et coll. Effectiveness of telehealth interventions for women with postpartum depression: systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2021;9(10):e32544. doi:10.2196/32544
166. Battle CL, Howard MM. A mother-baby psychiatric day hospital: history, rationale, and why perinatal mental health is important for obstetric medicine. *Obstet Med.* 2014;7(2):66-70. doi:10.1177/1753495X13514402
167. Connellan K, Bartholomaeus C, Due C, Riggs DW. A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(3):373-88. doi:10.1007/s00737-017-0718-9
168. Geller PA, Posmontier B, Horowitz JA, Bonacquisti A, Chiarello LA. Introducing mother baby connections: a model of intensive perinatal mental health outpatient programming. *J Behav Med.* 2018;41(5):600-13. doi:10.1007/s10865-018-9974-z
169. Gillham R, Wittkowski A. Outcomes for women admitted to a mother and baby unit: a systematic review. *Int J Womens Health.* 2015;7:459-76. doi:10.2147/IJWH.S69472
170. Xue WQ, Cheng KK, Xu D, Jin X, Gong WJ. Uptake of referrals for women with positive perinatal depression screening results and the effectiveness of interventions to increase uptake: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e143. doi:10.1017/S2045796020000554
171. Harris SA, Harrison M, Hazell-Raine K, Wade C, Eapen V, Kohlhoff J. Patient navigation models for mental health of parents expecting or caring for an infant or young child: a systematic review. *Infant Ment Health J.* 2023;44(4):587-608. doi:10.1002/imhj.22075
172. Mai S-y, Liu Y, He H-c, Yan X-y. The effects of different exercise programs on the prevention of perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *CEOG.* 2023; 50(1):9. doi:10.31083/j.ceog5001009
173. Yuan M, Chen H, Chen D et coll. Effect of physical activity on prevention of postpartum depression: a dose-response meta-analysis of 186,412 women. *Front Psychiatry.* 2022; 13:984677. doi:10.3389/fpsy.2022.984677
174. Baskar T, Mahajan MN, Gaikwad J. Interventions for postpartum depression: systematic review. *NeuroQuantology.* 2022;20(14):1136-46. doi:10.4704/nq.2022.20.14
175. Morres ID, Tzouma NA, Hatzigeorgiadis A et coll. Exercise for perinatal depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in perinatal

- health services. *J Affect Disord.* 2022;298(Pt A):26-42. doi:10.1016/j.jad.2021.10.124
176. Pentland V, Spilsbury S, Biswas A, Mottola MF, Paplinskie S, Mitchell MS. Does walking reduce postpartum depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Women Health.* 2022;31(4):555-63. doi:10.1089/jwh.2021.0296
  177. Saligheh M, Hackett D, Boyce P, Copley S. Can exercise or physical activity help improve postnatal depression and weight loss? A systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(5):595-611. doi:10.1007/s00737-017-0750-9
  178. Wang J, Carru C, Sedda S, Fiori PL, Li Z, Chen Z. Comparative impact of exercise-based interventions for postpartum depression: a Bayesian network meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024;165(1):67-75. doi:10.1002/ijgo.15091
  179. Liu X, Wang G, Cao Y. Physical exercise interventions for perinatal depression symptoms in women: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2022;13:1022402. doi:10.3389/fpsyg.2022.1022402
  180. Sanchez-Polan M, Silva-Jose C, Franco E et coll. Prenatal anxiety and exercise. Systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2021;10(23):5501. doi:10.3390/jcm10235501
  181. Hunter LP, Rychnovsky JD, Yount SM. A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38(1):60-68. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00309.x
  182. Lu Q, Zhang X, Wang Y et coll. Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2021;58:101436. doi:10.1016/j.smrv.2021.101436
  183. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med.* 2015;16(4):483-88. doi:10.1016/j.sleep.2014.12.006
  184. Montgomery-Downs HE, Stremler R, Insana SP. Postpartum sleep in new mothers and fathers. *Open Sleep J.* 2013;6(1):M11:87-97. doi:10.2174/1874620901306010087
  185. Park J, Kim SY, Lee K. Effectiveness of behavioral sleep interventions on children's and mothers' sleep quality and maternal depression: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2022;12(1):4172. doi:10.1038/s41598-022-07762-8
  186. Sasaki N, Yasuma N, Obikane E et coll. Psychoeducational interventions focused on maternal or infant sleep for pregnant women to prevent the onset of antenatal and postnatal depression: a systematic review. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2021;41(1):2-13. doi:10.1002/npr2.12155
  187. Bei B, Milgrom J, Ericksen J, Trinder J. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep.* 2010;33(4):531-38. doi:10.1093/sleep/33.4.531
  188. Lawson A, Murphy KE, Sloan E, Uleryk E, Dalfen A. The relationship between sleep and postpartum mental disorders: a systematic review. *J Affect Disord.* 2015;176:65-77. doi:10.1016/j.jad.2015.01.017
  189. Swanson LM, Flynn H, Adams-Mundy JD, Armitage R, Arnedt JT. An open pilot of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women with postpartum depression. *Behav Sleep Med.* 2013;11(4):297-307. doi:10.1080/15402002.2012.683902
  190. Zheng X, Zhu Z, Chen J et coll. Efficacy of cognitive behavioural therapy for insomnia or sleep disturbance in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res.* 2023;32(2):e13808. doi:10.1111/jsr.13808
  191. Li X, Fang L, Guan L, Zhang J, Zheng M, Zhu D. The effects of light therapy on depression and sleep in women during pregnancy or the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav.* 2023;13(12):e3339. doi:10.1002/brb3.3339
  192. Opie RS, Uldrich AC, Ball K. Maternal postpartum diet and postpartum depression: a systematic review. *Matern Child Health J.* 2020;24(8):966-78. doi:10.1007/s10995-020-02949-9
  193. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2021;18(1):162. doi:10.1186/s12978-021-01209-5
  194. Huang R, Yan C, Tian Y et coll. Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;276:788-96. doi:10.1016/j.jad.2020.06.048
  195. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):63. doi:10.1186/s12888-021-03684-3
  196. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *Br Med J.* 2005;331(7507):15. doi:10.1136/bmj.331.7507.15
  197. Dennis CL. Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):97-111. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.008
  198. Hight NJ, The Expert Working Group and Expert Subcommittees. Mental health care in the perinatal period: Australian Clinical Practice Guideline. Flemington, VIC, Australia: Centre of Perinatal Excellence (COPE); 2023. [https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2023/06/COPE\\_2023\\_Perinatal\\_Mental\\_Health\\_Practice\\_Guideline.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2023/06/COPE_2023_Perinatal_Mental_Health_Practice_Guideline.pdf)
  199. Fang Q, Lin L, Chen Q et coll. Effect of peer support intervention on perinatal depression: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022;74:78-87. doi:10.1016/j.genhosppsy.2021.12.001
  200. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to prevent perinatal depression: evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA.* 2019;321(6):588-601. doi:10.1001/jama.2018.20865
  201. Carter R, Cust F, Boath E. Effectiveness of a peer support intervention for antenatal depression: a feasibility study. *J Reprod Infant Psychol.* 2020;38(3):259-70. doi:10.1080/02646838.2019.1668547
  202. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Lau Y, Dennis CL, Chan YH. Evaluation of a technology-based peer-support intervention program for preventing postnatal depression (part 1):

- random-ized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2019;21(8): e12410. doi:10.2196/12410
203. Sufredini F, Catling C, Zugai J, Chang S. The effects of social support on depression and anxiety in the perinatal period: a mixed-methods systematic review. *J Affect Disord.* 2022;319:119-41. doi:10.1016/j.jad.2022.09.005
204. Buultjens M, Farouque A, Karimi L, Whitby L, Milgrom J, Erbas B. The contribution of group prenatal care to maternal psychological health outcomes: a systematic review. *Women Birth.* 2021;34(6):e631-e642. doi:10.1016/j.wombi.2020.12.004
205. Force USPST, Curry SJ, Krist AH et coll. Interventions to prevent perinatal depression: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA.* 2019;321(6):580-87. doi:10.1001/jama.2019.0007
206. He L, Soh KL, Yu J, Chen A, Dong X. Effect of family-centered interventions for perinatal depression: an overview of systematic reviews. *Front Psychiatry.* 2023;14:1094360. doi:10.3389/fpsy.2023.1094360
207. Hong K, Hwang H, Han H et coll. Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *Women Birth.* 2021;34(3):219-30. doi:10.1016/j.wombi.2020.04.002
208. Iwata H, Mori E, Maehara K, Harada N, Saito A. Effectiveness of parenting education for expectant primiparous women in Asia: a systematic review. *JBIS Synth.* 2021;19(3):523-55. doi:10.11124/JBISRIR-D-19-00327
209. Laccetta G, Di Chiara M, De Nardo MC, Terrin G. Symptoms of post-traumatic stress disorder in parents of preterm newborns: a systematic review of interventions and prevention strategies. *Front Psychiatry.* 2023;14:998995. doi:10.3389/fpsy.2023.998995
210. Park S, Kim J, Oh J, Ahn S. Effects of psychoeducation on the mental health and relationships of pregnant couples: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:103439. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103439
211. Stevens NR, Miller ML, Puetz AK, Padin AC, Adams N, Meyer DJ. Psychological intervention and treatment for posttraumatic stress disorder during pregnancy: a systematic review and call to action. *J Trauma Stress.* 2021;34(3):575-85. doi:10.1002/jts.22641
212. Xiao X, Loke AY. The effects of co-parenting/intergenerational co-parenting interventions during the postpartum period: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2021;119:103951. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103951
213. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). UK: National Institute for Health and Care Excellence; Publié en décembre 2014, mis à jour en février 2020. Consulté le 12 décembre 2024. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
214. Leonard R, Linden M, Grant A. Effectiveness of family-focused home visiting for maternal mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2021;28(6):1113-127. doi:10.1111/jpm.12715
215. McCabe JE, Wickberg B, Deberg J, Davila RC, Segre LS. Listening visits for maternal depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2021;24(4):595-603. doi:10.1007/s00737-020-01101-4
216. Clinkscales N, Golds L, Berlouis K, MacBeth A. The effectiveness of psychological interventions for anxiety in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother.* 2023;96(2):296-327. doi:10.1111/papt.12441
217. Cuijpers P, Franco P, Ciharova M et coll. Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2023;53(6):2596-608. doi:10.1017/S0033291721004529
218. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(2):CD001134. doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
219. Leng LL, Yin XC, Ng SM. Mindfulness-based intervention for clinical and subthreshold perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Compr Psychiatry.* 2023;122:152375. doi:10.1016/j.comppsy.2023.152375
220. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord.* 2015;177:7-21. doi:10.1016/j.jad.2015.01.052
221. Webb R, Bond R, Romero-Gonzalez B, Mycroft R, Ayers S. Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2021;51(12):1964-77. doi:10.1017/S0033291721002324
222. Zimmermann M, Julce C, Sarkar P et coll. Can psychological interventions prevent or reduce risk for perinatal anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2023;84:203-214. doi:10.1016/j.genhosppsy.2023.08.005
223. Pettman D, O'Mahen H, Blomberg O, Svanberg AS, von Essen L, Woodford J. Effectiveness of cognitive behavioural therapy-based interventions for maternal perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):208. doi:10.1186/s12888-023-04547-9
224. Babiy Z, Layton H, Savoy CD et coll. One-day peer-delivered cognitive behavioral therapy-based workshops for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2024;93(2):129-40. doi:10.1159/000536040
225. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD et coll. Effect of online 1-day cognitive behavioral therapy-based workshops plus usual care vs usual care alone for postpartum depression: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(11):1200-1207. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2488
226. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD et coll. In-person 1-day cognitive behavioral therapy-based workshops for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2023;53(14):1-11. doi:10.1017/S0033291723000454

227. Lara-Cinisomo S, Ramirez Olarte A, Rosales M, Barrera AZ. A systematic review of technology-based prevention and treatment interventions for perinatal depression and anxiety in Latina and African American women. *Matern Child Health J.* 2021;25(2):268-81. doi:10.1007/s10995-020-03028-9
228. Li X, Laplante DP, Paquin V, Lafortune S, Elgbeili G, King S. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2022;92:102129. doi:10.1016/j.cpr.2022.102129
229. Nair U, Armfield NR, Chatfield MD, Edirippulige S. The effectiveness of telemedicine interventions to address maternal depression: a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare.* 2018;24(10):639-50. doi:10.1177/1357633X18794332
230. Loughnan SA, Joubert AE, Grierson A, Andrews G, Newby JM. Internet-delivered psychological interventions for clinical anxiety and depression in perinatal women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2019;22(6):737-50. doi:10.1007/s00737-019-00961-9
231. Loughnan SA, Wallace M, Joubert AE, Haskelberg H, Andrews G, Newby JM. A systematic review of psychological treatments for clinical anxiety during the perinatal period. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(5):481-90. doi:10.1007/s00737-018-0812-7
232. Chae J, Kim HK. Internet-based prenatal interventions for maternal health among pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Child Youth Serv Rev.* 2021;127:106079. doi:10.1016/j.childyouth.2021.106079
233. Amani B, Merza D, Savoy C et coll. Peer-delivered cognitive-behavioral therapy for postpartum depression: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2021;83(1):21m13928. doi:10.4088/JCP.21m13928
234. Huh K, Layton H, Savoy CD et coll. Online public health nurse-delivered group cognitive behavioral therapy for postpartum depression: a randomized controlled trial during the COVID-19 pandemic. *J Clin Psychiatry.* 2023; 84(5):22m14726. doi:10.4088/JCP.22m14726
235. Merza D, Layton H, Savoy C et coll. Online peer-delivered 1-day cognitive behavioral therapy-based workshops for postpartum depression: a pilot study. *J Clin Psychiatry.* 2023; 84(1):22br14574. doi:10.4088/JCP.22br14574
236. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD et coll. Public health nurse-delivered group cognitive behavioural therapy for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Can J Psychiatry.* 2022;67(6):432-40. doi:10.1177/07067437221074426
237. Dominguez-Solis E, Lima-Serrano M, Lima-Rodriguez JS. Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: a systematic review. *Midwifery.* 2021;102:103126. doi:10.1016/j.midw.2021.103126
238. Gureje O, Oladeji BD, Montgomery AA et coll. High-versus low-intensity interventions for perinatal depression delivered by non-specialist primary maternal care providers in Nigeria: cluster randomised controlled trial (the EXPONATE trial). *Br J Psychiatry.* 2019;215(3):528-35. doi:10.1192/bjp.2019.4
239. Milgrom J, Schembri C, Ericksen J, Ross J, Gemmill AW. Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *J Affect Disord.* 2011;130(3):385-94. doi:10.1016/j.jad.2010.10.045
240. O'Mahen H, Himle JA, Fedock G, Henshaw E, Flynn H. A pilot randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. *Depress Anxiety.* 2013;30(7):679-87. doi:10.1002/da.22050
241. O'Mahen HA, Richards DA, Woodford J et coll. Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med.* 2014;44(8):1675-89. doi:10.1017/S0033291713002092
242. Trevillion K, Ryan EG, Pickles A et coll. An exploratory parallel-group randomised controlled trial of antenatal guided self-help (plus usual care) versus usual care alone for pregnant women with depression: DAWN trial. *J Affect Disord.* 2020;261:187-97. doi:10.1016/j.jad.2019.10.013
243. Vanobberghen F, Weiss HA, Fuhr DC et coll. Effectiveness of the thinking healthy programme for perinatal depression delivered through peers: pooled analysis of two randomized controlled trials in India and Pakistan. *J Affect Disord.* 2020;265:660-68. doi:10.1016/j.jad.2019.11.110
244. Reid JE, Laws KR, Drummond L et coll. Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry.* 2021;106:152223. doi:10.1016/j.comppsy.2021.152223
245. Challacombe FL, Salkovskis PM, Woolgar M, Wilkinson EL, Read J, Acheson R. A pilot randomized controlled trial of time-intensive cognitive-behaviour therapy for postpartum obsessive-compulsive disorder: effects on maternal symptoms, mother-infant interactions and attachment. *Psychol Med.* 2017;47(8):1478-88. doi:10.1017/S0033291716003573
246. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(6):648-56. doi:10.1111/aogs.13291
247. Stileman HM, Jones CA. Revisiting the debriefing debate: does psychological debriefing reduce PTSD symptomology following work-related trauma? A meta-analysis. *Front Psychol.* 2023;14:1248924. doi:10.3389/fpsyg.2023.1248924
248. Coventry PA, Meader N, Melton H et coll. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med.* 2020;17(8):e1003262. doi:10.1371/journal.pmed.1003262
249. DeJesus CR, Trendel SL, Sloan DM. A systematic review of written exposure therapy for the treatment of posttraumatic

- stress symptoms. *Psychol Trauma*. 2024. Prépublication en ligne. doi:10.1037/tra0001659
250. Jones KA, Freijah I, Brennan SE et coll. Interventions from pregnancy to two years after birth for parents experiencing complex post-traumatic stress disorder and/or with childhood experience of maltreatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;5(5):CD014874. doi:10.1002/14651858.CD014874. pub2
251. Nillni YI, Baul TD, Paul E, Godfrey LB, Sloan DM, Valentine SE. Written exposure therapy for treatment of perinatal PTSD among women with comorbid PTSD and SUD: a pilot study examining feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;83:66-74. doi:10.1016/j.genhosppsych.2023.04.013
252. Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Gunduz-Bruce H et coll. Effect of zuranolone vs placebo in postpartum depression: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(9):951-59. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1559
253. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenbergr R et coll. Brexanolone injection in postpartum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet*. 2018;392(10152):1058-70. doi:10.1016/S0140-6736(18)31551-4
254. Vigod SN, Hussain-Shamsy N, Stewart DE et coll. A patient decision aid for antidepressant use in pregnancy: pilot randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2019;251:91-99. doi:10.1016/j.jad.2019.01.051
255. Broughton LC, Medlicott NJ, Smith AJ. Effectiveness of patient decision aids in women considering psychotropic medication use during pregnancy: a literature review. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(4):569-78. doi:10.1007/s00737-021-01118-3
256. Hoffmann TC, Bakhit M, Durand MA, Perestelo-Perez L, Saunders C, Brito JP. Basing information on comprehensive, critically appraised, and up-to-date syntheses of the scientific evidence: an update from the international patient decision aid standards. *Med Decis Making*. 2021;41(7):755-67. doi:10.1177/0272989X21996622
257. Sprague J, Wisner KL, Bogen DL. Pharmacotherapy for depression and bipolar disorder during lactation: a framework to aid decision making. *Semin Perinatol*. 2020;44(3):151224. doi:10.1016/j.semperi.2020.151224
258. Kronenfeld N, Berlin M, Shaniv D, Berkovitch M. Use of psychotropic medications in breastfeeding women. *Birth Defects Res*. 2017;109(12):957-97. doi:10.1002/bdr2.1077
259. Schoretsanitis G, Spigset O, Stingl JC, Deligiannidis KM, Paulzen M, Westin AA. The impact of pregnancy on the pharmacokinetics of antidepressants: a systematic critical review and meta-analysis. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2020;16(5):431-40. doi:10.1080/17425255.2020.1750598
260. Besag FMC, Vasey MJ. Should antidepressants be avoided in pregnancy? *Drug Saf*. 2023;46(1):1-17. doi:10.1007/s40264-022-01257-1
261. Eleftheriou G, Zandonella Callegher R, Butera R et coll. Consensus panel recommendations for the pharmacological management of pregnant women with depressive disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(16):6565. doi:10.3390/ijerph20166565
262. Robakis TK, Miyares S, Bergink V. Risks and benefits of pre-delivery taper in pregnant women taking antidepressants. *Acta Psychiatr Scand*. 2024;150(5):355-59. doi:10.1111/acps.13593
263. Warburton W, Hertzman C, Oberlander TF. A register study of the impact of stopping third trimester selective serotonin reuptake inhibitor exposure on neonatal health. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(6):471-79. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01490.x
264. Kjaersgaard MI, Parner ET, Vestergaard M et coll. Prenatal antidepressant exposure and risk of spontaneous abortion - a population-based study. *PLoS One*. 2013;8(8):e72095. doi:10.1371/journal.pone.0072095
265. Desaunay P, Eude LG, Dreyfus M et coll. Benefits and risks of antidepressant drugs during pregnancy: a systematic review of meta-analyses. *Paediatr Drugs*. 2023;25(3):247-65. doi:10.1007/s40272-023-00561-2
266. Gumusoglu SB, Schickling BM, Vignato JA, Santillan DA, Santillan MK. Selective serotonin reuptake inhibitors and pre-eclampsia: a quality assessment and meta-analysis. *Pregnancy Hypertens*. 2022;30:36-43. doi:10.1016/j.preghy.2022.08.001
267. Skalkidou A, Sundstrom-Poromaa I, Wikman A, Hesselman S, Wikstrom AK, Elenis E. SSRI use during pregnancy and risk for postpartum haemorrhage: a national register-based cohort study in Sweden. *BJOG*. 2020;127(11):1366-73. doi:10.1111/1471-0528.16210
268. Gao SY, Wu QJ, Sun C et coll. Selective serotonin reuptake inhibitor use during early pregnancy and congenital malformations: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of more than 9 million births. *BMC Med*. 2018;16(1):205. doi:10.1186/s12916-018-1193-5
269. De Vries C, Gadzhanova S, Sykes MJ, Ward M, Roughead E. A systematic review and meta-analysis considering the risk for congenital heart defects of antidepressant classes and individual antidepressants. *Drug Saf*. 2021;44(3):291-312. doi:10.1007/s40264-020-01027-x
270. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L et coll. Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(4):e293-e308. doi:10.4088/JCP.12r07966
271. Lou ZQ, Zhou YY, Zhang X, Jiang HY. Exposure to selective noradrenalin reuptake inhibitors during the first trimester of pregnancy and risk of congenital malformations: a meta-analysis of cohort studies. *Psychiatry Res*. 2022;316:114756. doi:10.1016/j.psychres.2022.114756
272. Turner E, Jones M, Vaz LR, Coleman T. Systematic review and meta-analysis to assess the safety of bupropion and varenicline in pregnancy. *Nicotine Tob Res*. 2019;21(8):1001-1010. doi:10.1093/ntr/nty055
273. Kennedy D, Webster WS, Hill M, Ritchie HE. Abnormal pregnancy outcome associated with high-dose maternal

- tranylcypromine therapy: case report and literature review. *Reprod Toxicol.* 2017;69:146-49. doi:10.1016/j.reprotox.2017.02.012
274. Biffi A, Cantarutti A, Rea F, Locatelli A, Zanini R, Corrao G. Use of antidepressants during pregnancy and neonatal outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *J Psychiatr Res.* 2020;124:99-108. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.02.023
275. Vlenterie R, van Gelder M, Anderson HR et coll. Associations between maternal depression, antidepressant use during pregnancy, and adverse pregnancy outcomes: an individual participant data meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2021;138(4):633-46. doi:10.1097/AOG.0000000000004538
276. Xing D, Wu R, Chen L, Wang T. Maternal use of antidepressants during pregnancy and risks for adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2020;137:110231. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110231
277. Masarwa R, Bar-Oz B, Gorelik E, Reif S, Perlman A, Matok I. Prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin norepinephrine reuptake inhibitors and risk for persistent pulmonary hypertension of the newborn: a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(1):57e1-57e13. doi:10.1016/j.ajog.2018.08.030.
278. Wang J, Cosci F. Neonatal withdrawal syndrome following late in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Psychother Psychosom.* 2021;90(5):299-307. doi:10.1159/000516031
279. Rommel AS, Bergink V, Liu X, Munk-Olsen T, Molenaar NM. Long-term effects of intrauterine exposure to antidepressants on physical, neurodevelopmental, and psychiatric outcomes: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(3):19r12965. doi:10.4088/JCP.19r12965
280. Eleftheriou G, Zandonella Callegher R, Butera R et coll. Consensus panel recommendations for the pharmacological management of breastfeeding women with postpartum depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(5):551. doi:10.3390/ijerph21050551
281. Hale TWK. K. Hale's medications and mothers' milk 2023: a manual of lactational pharmacology. Springer Publishing Company; 2023.
282. Veroniki AA, Cogo E, Rios P et coll. Comparative safety of antiepileptic drugs during pregnancy: a systematic review and network meta-analysis of congenital malformations and prenatal outcomes. *BMC Med.* 2017;15(1):95. doi:10.1186/s12916-017-0845-1
283. Coste J, Blotiere PO, Miranda S et coll. Risk of early neurodevelopmental disorders associated with in utero exposure to valproate and other antiepileptic drugs: a nationwide cohort study in France. *Sci Rep.* 2020;10(1):17362. doi:10.1038/s41598-020-74409-x
284. Agence européenne des médicaments. Potential risk of neurodevelopmental disorders in children born to men treated with valproate medicines: PRAC recommends precautionary measures. 2024. Consulté le 12 janvier 2024. <https://www.ema.europa.eu/en/news/potential-risk-neurodevelopmental-disorders-children-born-men-treated-valproate-medicines-prac-recommends-precautionary-measures>
285. Christensen J, Trabjerg BB, Dreier JW. Valproate use during spermatogenesis and risk to offspring. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2414709. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.14709
286. Tomson T, Muraca G, Razaz N. Paternal exposure to antiepileptic drugs and offspring outcomes: a nationwide population-based cohort study in Sweden. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2020;91(9):907-13. doi:10.1136/jnnp-2020-323028
287. Kazmin A, Wong RC, Sermer M, Koren G. Antiepileptic drugs in pregnancy and hemorrhagic disease of the newborn: an update. *Can Fam Physician.* 2010;56(12):1291-92.
288. Pinheiro EA, Stika CS. Drugs in pregnancy: pharmacologic and physiologic changes that affect clinical care. *Semin Perinatol.* 2020;44(3):151221. doi:10.1016/j.semperi.2020.151221
289. Karanam A, Pennell PB, French JA et coll. Lamotrigine clearance increases by 5 weeks gestational age: relationship to estradiol concentrations and gestational age. *Ann Neurol.* 2018;84(4):556-63. doi:10.1002/ana.25321
290. Polepally AR, Pennell PB, Brundage RC et coll. Model-based lamotrigine clearance changes during pregnancy: clinical implication. *Ann Clin Transl Neurol.* 2014;1(2):99-106. doi:10.1002/acn3.29
291. Clark CT, Wisner KL. Treatment of peripartum bipolar disorder. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45(3):403-17. doi:10.1016/j.ogc.2018.05.002
292. Tomson T, Battino D, Bromley R et coll. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the international league against epilepsy task force on women and pregnancy. *Epileptic Disord.* 2019;21(6):497-517. doi:10.1684/epd.2019.1105
293. Geddes JR, Gardiner A, Rendell J et coll. Comparative evaluation of quetiapine plus lamotrigine combination versus quetiapine monotherapy (and folic acid versus placebo) in bipolar depression (CEQUEL): a 2(2) factorial randomised trial. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(1):31-39. doi:10.1016/S2215-0366(15)00450-2
294. Viale L, Allotey J, Cheong-See F et coll. Epilepsy in pregnancy and reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2015;386(10006):1845-52. doi:10.1016/S0140-6736(15)00045-8
295. Gedzelman E, Meador KJ. Antiepileptic drugs in women with epilepsy during pregnancy. *Ther Adv Drug Saf.* 2012;3(2):71-87. doi:10.1177/2042098611433192
296. Tomson T, Battino D, Bonizzoni E et coll. Comparative risk of major congenital malformations with eight different antiepileptic drugs: a prospective cohort study of the EURAP registry. *Lancet Neurol.* 2018;17(6):530-38. doi:10.1016/S1474-4422(18)30107-8

297. Jentink J, Loane MA, Dolk H et coll. Valproic acid monotherapy in pregnancy and major congenital malformations. *N Engl J Med.* 2010;362(23):2185-93. doi:10.1056/NEJMoa0907328
298. Kaplan YC, Demir O. Use of phenytoin, phenobarbital carbamazepine, levetiracetam, lamotrigine and valproate in pregnancy and breastfeeding: risk of major malformations, dose-dependency, monotherapy vs polytherapy, pharmacokinetics and clinical implications. *Curr Neuropharmacol.* 2021;19(11):1805-24. doi:10.2174/1570159X19666210211150856
299. Lavu A, Vaccaro C, Zusman E et coll. Antiseizure medication use during pregnancy and neonatal growth outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2024;90(8):1827-37. doi:10.1111/bcp.15752310
300. Margulis AV, Hernandez-Diaz S, McElrath T et coll. Relation of in-utero exposure to antiepileptic drugs to pregnancy duration and size at birth. *PLoS One.* 2019;14(8):e0214180. doi:10.1371/journal.pone.0214180
301. Cohen-Israel M, Berger I, Martonovich EY, Klinger G, Stahl B, Linder N. Short- and long-term complications of in utero exposure to lamotrigine. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(1):189-94. doi:10.1111/bcp.13437
302. Haskey C, Galbally M. Mood stabilizers in pregnancy and child developmental outcomes: a systematic review. *Aust NZ J Psychiatry.* 2017;51(11):1087-97. doi:10.1177/0004867417726175
303. Kellogg M, Meador KJ. Neurodevelopmental effects of anti-epileptic drugs. *Neurochem Res.* 2017;42(7):2065-70. doi:10.1007/s11064-017-2262-4
304. Adams J, Janulewicz PA, Macklin EA et coll. Neuropsychological effects in children exposed to anticonvulsant monotherapy during gestation: phenobarbital, carbamazepine, and phenytoin. *Epilepsy Behav.* 2022;127:108533. doi:10.1016/j.yebeh.2021.108533
305. Meador KJ, Cohen MJ, Loring DW et coll. Cognitive outcomes at age 3 years in children with fetal exposure to antiseizure medications (MONEAD study) in the USA: a prospective, observational cohort study. *Lancet Neurol.* 2023;22(8):712-22. doi:10.1016/S1474-4422(23)00199-0
306. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Lamotrigine. National Library of Medicine. 2023. Consulté le 26 juin 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501268/>
307. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Carbamazepine. National Library of Medicine. 2022. Consulté le 26 juin 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501271/>
308. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006. Valproic Acid. [Mis à jour le 15 septembre 2024]. Consulté le 7 août 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501274/>
309. Betcher HK, Montiel C, Clark CT. Use of antipsychotic drugs during pregnancy. *Curr Treat Options Psychiatry.* 2019;6(1):17-31. doi:10.1007/s40501-019-0165-5
310. Eleftheriou G, Butera R, Sangiovanni A, Palumbo C, Bondi E. Long-acting injectable antipsychotic treatment during pregnancy: a case series. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4). doi:10.3390/ijerph20043080
311. Reinstein SA, Cosgrove J, Malekshahi T, Deligiannidis KM. Long-acting injectable antipsychotic use during pregnancy: a brief review and concise guide for clinicians. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(6):20ac13597. doi:10.4088/JCP.20ac13597
312. Huybrechts KF, Hernandez-Diaz S, Paterno E et coll. Antipsychotic use in pregnancy and the risk for congenital malformations. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(9):938-46. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1520
313. Vigod SN, Gomes T, Wilton AS, Taylor VH, Ray JG. Antipsychotic drug use in pregnancy: high dimensional, propensity matched, population based cohort study. *Br Med J.* 2015;350:h2298. doi:10.1136/bmj.h2298
314. Heinonen E, Forsberg L, Norby U, Wide K, Kallen K. Antipsychotic use during pregnancy and risk for gestational diabetes: a national register-based cohort study in Sweden. *CNS Drugs.* 2022;36(5):529-39. doi:10.1007/s40263-022-00908-2
315. Wang Z, Wong ICK, Man KKC, Alfageh BH, Mongkhon P, Brauer R. The use of antipsychotic agents during pregnancy and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2021;51(6):1028-37. doi:10.1017/S003329171900401X
316. Poels EMP, Schrijver L, Kamperman AM et coll. Long-term neurodevelopmental consequences of intrauterine exposure to lithium and antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(9):1209-30. doi:10.1007/s00787-018-1177-1
317. Coughlin CG, Blackwell KA, Bartley C, Hay M, Yonkers KA, Bloch MH. Obstetric and neonatal outcomes after antipsychotic medication exposure in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015;125(5):1224-35. doi:10.1097/AOG.0000000000000759
318. Wang Z, Brauer R, Man KKC, Alfageh B, Mongkhon P, Wong ICK. Prenatal exposure to antipsychotic agents and the risk of congenital malformations in children: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2021;87(11):4101-4123. doi:10.1111/bcp.14839
319. Cohen LS, Church TR, Freeman MP et coll. Reproductive safety of lurasidone and quetiapine: update from the national pregnancy registry for psychiatric medications. *J Womens Health (Larchmt).* 2023;32(4):452-62. doi:10.1089/jwh.2022.0310
320. Wang Z, Chan AYL, Coghill D et coll. Association between prenatal exposure to antipsychotics and attention-deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, preterm birth, and small for gestational age. *JAMA Intern Med.* 2021;181(10):1332-40. doi:10.1001/jamainternmed.2021.4571
321. Pacchiarotti I, Leon-Caballero J, Murru A et coll. Mood stabilizers and antipsychotics during breastfeeding: focus on bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016;26(10):1562-78. doi:10.1016/j.euroneuro.2016.08.008
322. Uguz F. Second-generation antipsychotics during the lactation period: a comparative systematic review on infant safety. *J*

- Clin Psychopharmacol. 2016;36(3):244-52. doi:10.1097/JCP.0000000000000491
323. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Risperidone. National Library of Medicine. 2024. Consulté le 26 juin 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501095/>.
  324. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Aripiprazole. National Library of Medicine. 2024. Consulté le 26 juin 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501016/>.
  325. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Haloperidol. National Library of Medicine. 2023. Consulté le 26 juin 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500910/>.
  326. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Chlorpromazine. National Library of Medicine. 2022. Consulté le 26 juin 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501540/>
  327. Galea J, Ellul S, Schembri A, Schembri-Wismayer P, Calleja-Agius J. Ebstein anomaly: a review. *Neonatal Netw.* 2014;33(5):268-74. doi:10.1891/0730-0832.33.5.268
  328. Fornaro M, Maritan E, Ferranti R et coll. Lithium exposure during pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis of safety and efficacy outcomes. *Am J Psychiatry.* 2020;177(1):76-92. doi:10.1176/appi.ajp.2019.19030228
  329. Hastie R, Tong S, Hiscock R et coll. Maternal lithium use and the risk of adverse pregnancy and neonatal outcomes: a Swedish population-based cohort study. *BMC Med.* 2021; 19(1):291. doi:10.1186/s12916-021-02170-7
  330. Munk-Olsen T, Liu X, Viktorin A et coll. Maternal and infant outcomes associated with lithium use in pregnancy: an international collaborative meta-analysis of six cohort studies. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(8):644-52. doi:10.1016/S2215-0366(18)30180-9
  331. Paterno E, Huybrechts KF, Bateman BT et coll. Lithium use in pregnancy and the risk of cardiac malformations. *N Engl J Med.* 2017;376(23):2245-54. doi:10.1056/NEJMoA1612222
  332. Poels EMP, Bijma HH, Galbally M, Bergink V. Lithium during pregnancy and after delivery: a review. *Int J Bipolar Disord.* 2018;6(1):26. doi:10.1186/s40345-018-0135-7
  333. Clark CT, Newmark RL, Wisner KL, Stika C, Avram MJ. Lithium pharmacokinetics in the perinatal patient with bipolar disorder. *J Clin Pharmacol.* 2022;62(11):1385-92. doi:10.1002/jcph.2089
  334. Westin AA, Brekke M, Molden E, Skogvoll E, Aadal M, Spigset O. Changes in drug disposition of lithium during pregnancy: a retrospective observational study of patient data from two routine therapeutic drug monitoring services in Norway. *BMJ Open.* 2017;7(3):e015738. doi:10.1136/bmjopen-2016-015738
  335. Deligiannidis KM, Byatt N, Freeman MP. Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: a review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. *J Clin Psychopharmacol.* 2014;34(2):244-55. doi:10.1097/JCP.0000000000000087
  336. Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, Ritchie JC, Cohen LS, Stowe ZN. Lithium placental passage and obstetrical outcome: implications for clinical management during late pregnancy. *Am J Psychiatry.* 2005;162(11):2162-70. doi:10.1176/appi.ajp.162.11.2162
  337. Molenaar NM, Poels EMP, Robakis T, Wesseloo R, Bergink V. Management of lithium dosing around delivery: an observational study. *Bipolar Disord.* 2021;23(1):49-54. doi:10.1111/bdi.12955
  338. Girard F, Suhara T, Sassa T et coll. 7Li 2d CSI of human brain on a clinical scanner. *MAGMA.* 2001;13(1):1-7. doi:10.1007/BF02668644
  339. Renshaw PF, Wicklund S. In vivo measurement of lithium in humans by nuclear magnetic resonance spectroscopy. *Biol Psychiatry.* 1988;23(5):465-75. doi:10.1016/0006-3223(88)90018-2.
  340. Imaz ML, Torra M, Soy D, Garcia-Esteve L, Martin-Santos R. Clinical lactation studies of lithium: a systematic review. *Front Pharmacol.* 2019;10:1005. doi:10.3389/fphar.2019.01005
  341. Galbally M, Bergink V, Vigod SN et coll. Breastfeeding and lithium: is breast always best? *Lancet Psychiatry.* 2018;5(7):534-36. doi:10.1016/S2215-0366(18)30085-3
  342. Grigoriadis S, Graves L, Peer M et coll. Benzodiazepine use during pregnancy alone or in combination with an antidepressant and congenital malformations: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2019;80(4):18r12412. doi:10.4088/JCP.18r12412
  343. Grigoriadis S, Graves L, Peer M et coll. Pregnancy and delivery outcomes following benzodiazepine exposure: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry.* 2020;65(12):821-34. doi:10.1177/0706743720904860
  344. Grigoriadis S, Alibrahim A, Mansfield JK, Sullovey A, Robinson GE. Hypnotic benzodiazepine receptor agonist exposure during pregnancy and the risk of congenital malformations and other adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;146(4):312-24. doi:10.1111/acps.13441
  345. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS et coll. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - version 3. Part I: anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2023;24(2):79-117. doi:10.1080/15622975.2022.2086295
  346. Katzman MA, Bleau P, Blier P et coll. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14(Suppl 1):S1. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1
  347. Schnurr PP, Hamblen JL, Wolf J et coll. The management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder: synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2024;177(3):363-74. doi:10.7326/M23-2757
  348. Robiyanto R, Roos M, Bos JHJ, Hak E, van Puijenbroek EP, Schuiling-Veninga CCM. Switching pattern and dose adjustment of antidepressants before and during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26(5):685-96. doi:10.1007/s00737-023-01355-8

349. Kallen B, Reis M. Neonatal complications after maternal concomitant use of SSRI and other central nervous system active drugs during the second or third trimester of pregnancy. *J Clin Psychopharmacol.* 2012;32(5):608-14. doi:10.1097/JCP.0b013e3182668568
350. Bayrampour H, Kapoor A, Bunka M, Ryan D. The risk of relapse of depression during pregnancy after discontinuation of antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(4):19r13134. doi:10.4088/JCP.19r13134
351. Pacilio RM, Lopez JF, Parikh SV, Patel PD, Geller JA. Safe ketamine use and pregnancy: a nationwide survey and retrospective review of informed consent, counseling, and testing practices. *J Clin Psychiatry.* 2024;85(3):24m15293. doi:10.4088/JCP.24m15293
352. Brown JVE, Wilson CA, Ayre K et coll. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2(2):CD013560. doi:10.1002/14651858.CD013560.pub2
353. Chibanda D, Shetty AK, Tshimanga M, Woelk G, Stranix-Chibanda L, Rusakaniko S. Group problem-solving therapy for postnatal depression among HIV-positive and HIV-negative mothers in Zimbabwe. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2014;13(4):335-41. doi:10.1177/2325957413495564
354. Molyneux E, Telesia LA, Henshaw C, Boath E, Bradley E, Howard LM. Antidepressants for preventing postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;4(4):CD004363. doi:10.1002/14651858.CD004363.pub3
355. Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF, Pittenger C. Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* 2010;15(8):850-55. doi:10.1038/mp.2009.50
356. Van Ameringen M, Fineberg N, Dell'Osso B, Hollander E. New International Treatment Guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. Dans les Actes du 34<sup>e</sup> congrès mondial de neuropsychopharmacologie (CINP) tenu à Montréal, QC, Canada, du 7 au 10 mai 2023.
357. Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;3(3):CD002795. doi:10.1002/14651858.CD002795.pub3
358. Davidson AD, Bhat A, Chu F, Rice JN, Nduom NA, Cowley DS. A systematic review of the use of prazosin in pregnancy and lactation. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021;71:134-36. doi:10.1016/j.genhosppsych.2021.03.012
359. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ et coll. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry.* 2007;164(12):1817-24. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06101639.
360. Buonomo B, Brunello A, Noli S et coll. Tamoxifen exposure during pregnancy: a systematic review and three more cases. *Breast Care (Basel).* 2020;15(2):148-56. doi:10.1159/000501473
361. Yatham LN, Chakrabarty T, Bond DJ et coll. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and international society for bipolar disorders (ISBD) recommendations for the management of patients with bipolar disorder with mixed presentations. *Bipolar Disord.* 2021;23(8):767-88. doi:10.1111/bdi.13135
362. Tamoxifen. *Drugs and Lactation Database (LactMed®).* 2006.
363. Lee HJ, Kim SM, Kwon JY. Repetitive transcranial magnetic stimulation treatment for peripartum depression: systematic review & meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):118. doi:10.1186/s12884-021-03600-3
364. Liu C, Pan W, Jia L et coll. Efficacy and safety of repetitive transcranial magnetic stimulation for peripartum depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res.* 2020;294:113543. doi:10.1016/j.psychres.2020.113543
365. Peng L, Fu C, Xiong F et coll. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on depression symptoms and cognitive function in treating patients with postpartum depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res.* 2020;290:113124. doi:10.1016/j.psychres.2020.113124
366. Kim DR, Wang E, McGeehan B et coll. Randomized controlled trial of transcranial magnetic stimulation in pregnant women with major depressive disorder. *Brain Stimul.* 2019;12(1):96-102. doi:10.1016/j.brs.2018.09.005
367. Miuli A, Pettoroso M, Stefanelli G et coll. Beyond the efficacy of transcranial magnetic stimulation in peripartum depression: a systematic review exploring perinatal safety for newborns. *Psychiatry Res.* 2023;326:115251. doi:10.1016/j.psychres.2023.115251
368. Konstantinou GN, Vigod SN, Mehta S, Daskalakis ZJ, Blumberger DM. A systematic review of non-invasive neurostimulation for the treatment of depression during pregnancy. *J Affect Disord.* 2020;272:259-68. doi:10.1016/j.jad.2020.03.151
369. Laurin A, Nard N, Dalmont M et coll. Efficacy and safety of transcranial electric stimulation during the perinatal period: a systematic literature review and three case reports. *J Clin Med.* 2022;11(14):4048. doi:10.3390/jcm11144048
370. Pacheco F, Guiomar R, Brunoni AR et coll. Efficacy of non-invasive brain stimulation in decreasing depression symptoms during the peripartum period: a systematic review. *J Psychiatr Res.* 2021;140:443-60. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.06.005
371. Vigod SN, Murphy KE, Dennis CL et coll. Transcranial direct current stimulation (tDCS) for depression in pregnancy: a pilot randomized controlled trial. *Brain Stimul.* 2019;12(6):1475-83. doi:10.1016/j.brs.2019.06.019
372. Calaway K, Coshal S, Jones K, Coverdale J, Livingston R. A systematic review of the safety of electroconvulsive therapy use during the first trimester of pregnancy. *J ECT.* 2016;32(4):230-35. doi:10.1097/YCT.0000000000000330
373. Coshal S, Jones K, Coverdale J, Livingston R. An overview of reviews on the safety of electroconvulsive therapy administered during pregnancy. *J Psychiatr Pract.* 2019;25(1):2-6. doi:10.1097/PRA.0000000000000359
374. Ward HB, Fromson JA, Cooper JJ, De Oliveira G, Almeida M. Recommendations for the use of ECT in pregnancy: literature review and proposed clinical protocol. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(6):715-22. doi:10.1007/s00737-018-0851-0

375. ASA Committee on Obstetric Anesthesia. Statement on resuming breastfeeding after anesthesia. American Society of Anesthesiologists, 2019. Consulté le 26 juin 2024. <https://www.openanesthesia.org/keywords/lactation-and-anesthesia/>
376. Chow R, Huang E, Li A et coll. Appraisal of systematic reviews on interventions for postpartum depression: systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):18. doi:10.1186/s12884-020-03496-5
377. Corrigan L, Moran P, McGrath N, Eustace-Cook J, Daly D. The characteristics and effectiveness of pregnancy yoga interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):250. doi:10.1186/s12884-022-04474-9
378. Gargari MA, Esmailpour K, Mirghafourvand M, Nourizadeh R, Mehrabi E. Effects of psychoeducation interventions on perceived childbirth fear and anxiety by pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Int J Women Health Rep Sci*. 2021;9(4):230-37.
379. Kolomanska D, Zarawski M, Mazur-Bialy A. Physical activity and depressive disorders in pregnant women - a systematic review. *Medicina (B Aires)*. 2019;55(5):212. doi:10.3390/medicina55050212
380. Kwon R, Kasper K, London S, Haas DM. A systematic review: the effects of yoga on pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;250:171-77. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.03.044
381. Lin IH, Huang CY, Chou SH, Shih CL. Efficacy of prenatal yoga in the treatment of depression and anxiety during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5368. doi:10.3390/ijerph19095368
382. Min W, Jiang C, Li Z, Wang Z. The effect of mindfulness-based interventions during pregnancy on postpartum mental health: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023;331:452-60. doi:10.1016/j.jad.2023.03.053
383. Wang G, Liang C, Sun G. Yoga's therapeutic effect on perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Danub*. 2022;34(2):195-204. doi:10.24869/psyd.2022.195
384. Yu X, Liu Y, Huang Y, Zeng T. The effect of nonpharmacological interventions on the mental health of high-risk pregnant women: a systematic review. *Complement Ther Med*. 2022;64:102799. doi:10.1016/j.ctim.2022.102799
385. Zhu Y, Wang R, Tang X, Li Q, Xu G, Zhang A. The effect of music, massage, yoga and exercise on antenatal depression: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;292:592-602. doi:10.1016/j.jad.2021.05.122
386. Smith CA, Shewamene Z, Galbally M, Schmied V, Dahlen H. The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;245:428-39. doi:10.1016/j.jad.2018.11.054
387. McCloskey RJ, Reno R. Complementary health approaches for postpartum depression: a systematic review. *Soc Work Ment Health*. 2019;17(1):106-28. doi:10.1080/15332985.2018.1509412.
388. Villar-Alises O, Martinez-Miranda P, Martinez-Calderon J. Prenatal yoga-based interventions may improve mental health during pregnancy: an overview of systematic reviews with meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1556. doi:10.3390/ijerph20021556
389. Jiang X, Li H, Wang D, Shan L, Wang F, Kang Y. Efficacy of nondrug interventions in perinatal depression: a meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;317:114916. doi:10.1016/j.psychres.2022.114916
390. Liu L, Liu C, Liu X, Yang Y. Summary of the effect of an exercise intervention on antenatal depression and the optimal program: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):293. doi:10.1186/s12884-023-05629-y
391. Jarbou NS, Newell KA. Exercise and yoga during pregnancy and their impact on depression: a systematic literature review. *Arch Womens Ment Health*. 2022;25(3):539-59. doi:10.1007/s00737-021-01189-2
392. Tong P, Dong LP, Yang Y, Shi YH, Sun T, Bo P. Traditional Chinese acupuncture and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *J Chin Med Assoc*. 2019;82(9):719-26. doi:10.1097/JCMA.0000000000000140
393. Hall HG, Cant R, Munk N et coll. The effectiveness of massage for reducing pregnant women's anxiety and depression; systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2020;90:102818. doi:10.1016/j.midw.2020.102818
394. Mueller SM, Grunwald M. Effects, side effects and contraindications of relaxation massage during pregnancy: a systematic review of randomized controlled trials. *J Clin Med*. 2021;10(16):3485. doi:10.3390/jcm10163485
395. Wu Q, Liu Z, Pang X, Cheng L. Efficacy of five-element music interventions in perinatal mental health and labor pain: a meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2020;40:101217. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101217
396. Yang WJ, Bai YM, Qin L et coll. The effectiveness of music therapy for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;37:93-101. doi:10.1016/j.ctcp.2019.09.002
397. Kongsam M, D'Souza SRB, Praharaj SK et coll. Effectiveness of music on perinatal anxiety among pregnant women and newborn behaviors: a systematic review and narrative synthesis. *Indian J Psychol Med*. 2023;45(6):565-72. doi:10.1177/02537176231167077
398. Lin CJ, Chang YC, Chang YH et coll. Music interventions for anxiety in pregnant women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Med*. 2019;8(11):1884. doi:10.3390/jcm8111884
399. Abera M, Hanlon C, Daniel B et coll. Effects of relaxation interventions during pregnancy on maternal mental health, and pregnancy and newborn outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2024;19(1):e0278432. doi:10.1371/journal.pone.0278432
400. Widiasih R, Rais Y, Fithriyah N, Damayanti D, Puspitasari NR. Intervention for preventing postpartum depression: a

- systematic review of studies in Indonesia. *Br J Midwifery*. 2021;29(7):410-13. doi:10.12968/bjom.2021.29.7.410.
401. Rouhi M, Rouhi N, Mohamadpour S, Tajrishi HP-R. Vitamin D reduces postpartum depression and fatigue among Iranian women. *Br J Midwifery*. 2018;26(12):787-93. doi:10.12968/bjom.2018.26.12.787
402. Tabeshpour J, Sobhani F, Sadjadi SA et coll. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of saffron stigma (*Crocus sativus* L.) in mothers suffering from mild-to-moderate postpartum depression. *Phytomedicine*. 2017;36:145-52. doi:10.1016/j.phymed.2017.10.005
403. Tsai Z, Shah N, Tahir U et coll. Dietary interventions for perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 2023;117(6):1130-42. doi:10.1016/j.ajcnut.2023.03.025
404. Lee A, Minhas R, Matsuda N, Lam M, Ito S. The safety of St. John's wort (*Hypericum perforatum*) during breastfeeding. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(8):966-68. doi:10.4088/jcp.v64n0818
405. Schafer W, Wentzell N, Schink T, Haug U. Characterization of pregnancies exposed to St. John's wort and their outcomes: a claims data analysis. *Reprod Toxicol*. 2021;102:90-97. doi:10.1016/j.reprotox.2021.04.005
406. Abera M, Hanlon C, Daniel B et coll. Effects of relaxation interventions during pregnancy on maternal mental health, and pregnancy and newborn outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2024;19(1):e0278432. doi:10.1371/journal.pone.0278432
407. Hu TM, Lee SH, Loh EW. Effectiveness of aromatherapy for intrapartum and postpartum emotional problems among parturient women: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Jpn J Nurs Sci*. 2022;19(3):e12471. doi:10.1111/jjns.12471
408. Rezaie-Keikhaie K, Hastings-Tolsma M, Bouya S et coll. Effect of aromatherapy on post-partum complications: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;35:290-95. doi:10.1016/j.ctcp.2019.03.010
409. Shamsunisha Y, Arunesh A, Pandiaraja M, Venugopal V, Poonguzhali S, Kuppusamy M. Aromatherapy for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *J Family Reprod Health*. 2023;17(1):1-7. doi:10.18502/jfrh.v17i1.11970
410. Tsai SS, Wang HH, Chou FH. The effects of aromatherapy on postpartum women: a systematic review. *J Nurs Res*. 2020;28(3):e96. doi:10.1097/jnr.0000000000000331
411. Desai V, Kozyrskyj AL, Lau S et coll. Effectiveness of probiotic, prebiotic, and synbiotic supplementation to improve perinatal mental health in mothers: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2021;12:622181. doi:10.3389/fpsy.2021.622181.
412. Trifkovic KC, Micetic-Turk D, Kmetec S et coll. Efficacy of direct or indirect use of probiotics for the improvement of maternal depression during pregnancy and in the postnatal period: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare*. 2022;10(6):970. doi:10.3390/healthcare10060970
413. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987;150:662-73. doi:10.1192/bjp.150.5.662
414. Kim JH, Choi SS, Ha K. A closer look at depression in mothers who kill their children: is it unipolar or bipolar depression? *J Clin Psychiatry*. 2008;69(10):1625-31. doi:10.4088/jcp.v69n1013
415. Kimmel M, Thippeswamy H, Kamperman A et coll. Cross-continental collaboration for understanding postpartum major depression with psychotic features. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:996501. doi:10.3389/fgwh.2022.996501
416. Sharma V, Mazmanian D, Palagini L, Bramante A. Postpartum psychosis: revisiting the phenomenology, nosology, and treatment. *J Aff Disor Rep*. 2022;10:100378. doi:10.1016/j.jadr.2022.100378
417. Albers SM, Wen T, Monk C et coll. Postpartum psychosis during delivery hospitalizations and postpartum readmissions, 2016-2019. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023;5(5):100905. doi:10.1016/j.ajogmf.2023.100905
418. Sharma V, Wood KN, Weaver B, Mazmanian D, Thomson M. Occurrence of postpartum manic or mixed episodes in women with bipolar I disorder: a systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord*. 2024;26(3):240-48. doi:10.1111/bdi.13405
419. Carr C, Borges D, Lewis K et coll. Sleep and postpartum psychosis: a narrative review of the existing literature. *J Clin Med*. 2023;12(24):7550. doi:10.3390/jcm12247550
420. Jairaj C, Seneviratne G, Bergink V, Sommer IE, Dazzan P. Postpartum psychosis: a proposed treatment algorithm. *J Psychopharmacol*. 2023;37(10):960-70. doi:10.1177/02698811231181573
421. Aftab A, Shah AA. Behavioral emergencies: special considerations in the pregnant patient. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(3):435-48. doi:10.1016/j.psc.2017.05.017
422. Wilson MP, Nordstrom K, Shah AA, Vilke GM. Psychiatric emergencies in pregnant women. *Emerg Med Clin North Am*. 2015;33(4):841-51. doi:10.1016/j.emc.2015.07.010
423. Prager LM, Ivkovic A. Emergency psychiatry. Dans : Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, dirs. *The Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry*. 2<sup>e</sup> édition. Philadelphie: Elsevier Inc.; 2016, pp. 937- 49.
424. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996;153(5):592-606. doi:10.1176/ajp.153.5.592
425. Xiao M, Hu Y, Huang S, Wang G, Zhao J, Lei J. Prevalence of suicidal ideation in pregnancy and the postpartum: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;296:322-36. doi:10.1016/j.jad.2021.09.083
426. Legazpi PCC, Rodriguez-Munoz MF, Olivares-Crespo ME, Izquierdo-Mendez N. Review of suicidal ideation during pregnancy: risk factors, prevalence, assessment instruments and consequences. *Psicol Reflex Crit*. 2022;35(1):13. doi:10.1186/s41155-022-00220-4
427. Kobylski LA, Keller J, Molock SD, Le HN. Preventing perinatal suicide: an unmet public health need. *Lancet Public Health*. 2023;8(6):e402. doi:10.1016/S2468-2667(23)00092-0

428. Fairbrother N, Collardeau F, Woody SR, Wolfe DA, Fawcett JM. Postpartum thoughts of infant-related harm and obsessive-compulsive disorder: relation to maternal physical aggression toward the infant. *J Clin Psychiatry*. 2022; 83(2):21m14006. doi:10.4088/JCP.21m14006
429. Challacombe FL, Wroe AL. A hidden problem: consequences of the misdiagnosis of perinatal obsessive-compulsive disorder. *Br J Gen Pract*. 2013;63(610):275-76. doi:10.3399/bjgp13X667376
430. Brok EC, Lok P, Oosterbaan DB, Schene AH, Tendolkar I, van Eijndhoven PF. Infant-Related intrusive thoughts of harm in the postpartum period: a critical review. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(8):e913-e923. doi:10.4088/JCP.16r11083
431. Rao WW, Zhu XM, Zong QQ et coll. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: a comprehensive meta-analysis of observational surveys. *J Affect Disord*. 2020;263:491-99. doi:10.1016/j.jad.2019.10.030
432. Ansari NS, Shah J, Dennis CL, Shah PS. Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(7):1186-99. doi:10.1111/aogs.14109
433. Thiel F, Pittelkow MM, Wittchen HU, Garthus-Niegel S. The relationship between paternal and maternal depression during the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2020;11:563287. doi:10.3389/fpsy.2020.563287
434. Leiferman JA, Farewell CV, Jewell J et coll. Anxiety among fathers during the prenatal and postpartum period: a meta-analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2021;42(2):152-61. doi:10.1080/0167482X.2021.1885025
435. Cheung K, Theule J. Paternal depression and child externalizing behaviors: a meta-analysis. *J Fam Psychol*. 2019;33(1):98-108. doi:10.1037/fam0000473
436. Cui C, Li M, Yang Y, Liu C, Cao P, Wang L. The effects of paternal perinatal depression on socioemotional and behavioral development of children: a meta-analysis of prospective studies. *Psychiatry Res*. 2020;284:112775. doi:10.1016/j.psychres.2020.112775
437. Sweeney S, Wilson C. Parental anxiety and offspring development: a systematic review. *J Affect Disord*. 2023;327:64-78. doi:10.1016/j.jad.2023.01.128
438. Abelsohn KA, Epstein R, Ross LE. Celebrating the “other” parent: mental health and wellness of expecting lesbian, bisexual, and queer non-birth parents. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2013;17(4):387-405. doi:10.1080/19359705.2013.771808.
439. Darwin Z, Domoney J, Iles J, Bristow F, Siew J, Sethna V. Assessing the mental health of fathers, other co-parents, and partners in the perinatal period: mixed methods evidence synthesis. *Front Psychiatry*. 2020;11:585479. doi:10.3389/fpsy.2020.585479
440. Soled KRS, Niles PM, Mantell E, Dansky M, Bockting W, George M. Childbearing at the margins: a systematic meta-synthesis of sexual and gender diverse childbearing experiences. *Birth*. 2023;50(1):44-75. doi:10.1111/birt.12678
441. Davenport C, Lambie J, Owen C, Swami V. Fathers’ experience of depression during the perinatal period: a qualitative systematic review. *JBIEvid Synth*. 2022;20(9):2244-302. doi:10.11124/JBIES-21-00365
442. Shafian AK, Mohamed S, Nasution Raduan NJ, Hway Ann AY. A systematic review and meta-analysis of studies validating Edinburgh postnatal depression scale in fathers. *Heliyon*. 2022;8(5):e09441. doi:10.1016/j.heliyon.2022. e09441
443. Goldstein Z, Rosen B, Howlett A, Anderson M, Herman D. Interventions for paternal perinatal depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2020;265:505-10. doi:10.1016/j.jad.2019.12.029
444. Fisher ML, Sutcliffe P, Southern C, Grove AL, Tan BK. The effectiveness of interventions for the prevention or treatment of paternal perinatal anxiety: a systematic review. *J Clin Med*. 2022;11(22):6617. doi:10.3390/jcm11226617
445. Ghaffari SF, Elyasi F, Mousavinasab SN, Shahhosseini Z. A systematic review of clinical trials affecting anxiety, stress and fear of childbirth in expectant fathers. *Nurs Open*. 2021;8(4):1527-37. doi:10.1002/nop2.681