

---

# Soutenir une équipe de professionnelles de la santé pour le repérage des symptômes dépressifs chez les femmes en période périnatale

**Nicole Beaudet**, Msc, inf., agente de planification, programmation et recherche,  
Direction régionale de santé publique de Montréal CIUSSS Centre-Sud  
Nicole.beaudet.CCSmtl@SSSS.gouv.qc.ca

**Kathleen Gee**, T.S., CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal  
kathleen.gee.dlm@ssss.gouv.qc.ca

**Marie-Ève Boulanger**, Agente de planification, programmation et recherche,  
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal  
marieEve.boulanger.dlm@ssss.gouv.qc.ca

## RÉSUMÉ :

*Ce récit de pratique propose d'examiner le rôle exercé par une travailleuse sociale pour soutenir l'équipe enfance-famille du CLSC Métro (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal) au repérage des symptômes dépressifs chez les femmes en période prénatale et postnatale. Plusieurs études démontrent que la prévalence de la dépression périnatale se situerait entre 9 % et 16 %; pourtant, très peu de futures ou de nouvelles mères font l'objet d'un dépistage. En présentant la démarche qui a permis l'intégration d'un outil de repérage et d'un arbre décisionnel qui guide désormais le travail de l'équipe, les auteures espèrent inspirer la pratique d'autres professionnels.*

## MOTS-CLÉS :

*Dépression prénatale, dépression post-partum, dépistage, symptômes dépressifs, facteurs de risque*

---

## INTRODUCTION

L'objectif de cet article est de présenter la démarche qui a conduit à une amélioration de la pratique d'une équipe enfance-famille, au CLSC Métro, du Centre de santé et services sociaux De la Montagne, en vue de mieux repérer les femmes à risque de dépression périnatale. En 2014, la travailleuse sociale et l'agente de planification, programmation et recherche ont amorcé le travail pour soutenir ce changement de pratique. Elles se sont inspirées de la démarche opérationnelle des laboratoires de promotion de la santé de la Direction régionale de santé publique de Montréal. Sous forme de récit de pratique, cet article décrit le contexte du projet et les étapes franchies. Il traite aussi des différents outils de repérage et de dépistage choisis ainsi que de l'arbre décisionnel élaboré. L'article se conclut sur les moyens à mettre en place pour suivre l'évolution de ce changement de pratique.

### 1. La dépression périnatale

La période entourant la naissance d'un enfant est une période de transition importante dans la vie d'une femme, riche en émotions, en bouleversements et en changements. La dépression périnatale est une dépression mineure ou majeure se déroulant durant la grossesse ou au cours de la première année suivant la naissance (INSPQ, 2014). Les symptômes de la dépression prénatale et postnatale se ressemblent. Les deux peuvent s'accompagner de troubles psychiques. Trois formes de problèmes de santé mentale peuvent apparaître en période postnatale : le syndrome du troisième jour (baby blues), la psychose du post-partum et la dépression post-partum.

La dépression durant la période périnatale est un problème de santé publique important qui peut avoir des conséquences à moyen et long terme tant pour la mère (complications de grossesse, anxiété, idées suicidaires, etc.) que pour le développement de l'enfant (rendement cognitif plus faible, troubles affectifs, repli sur soi, etc.) (Bernard-Bonin, 2004). Au Canada, comme dans les autres pays occidentaux, la prévalence de la

dépression périnatale se situerait entre 9 % et 16 % (Bennett, Coco, Mitchell et al., 2008; INSPQ, 2011; Paulden, 2009; Verreault, Da Costa, Marchand et al., 2014). Certaines populations sont davantage à risque et peuvent présenter des taux atteignant 42 %; c'est le cas notamment des femmes immigrantes (Miszkurka, 2010).

Par conséquent, le dépistage des femmes à risque de dépression périnatale est essentiel afin de prévenir les effets sur l'enfant et la détérioration de la santé de la mère. Peu de femmes sont dépistées, diagnostiquées et traitées (Bosanquet, Bailey, Golbody et al., 2015; Gauthier 2007; Valderrama, 2015), et ce, même si des outils de dépistage efficaces, tels que l'Échelle d'Édinburg<sup>1</sup>, peuvent être utilisés (Zelkowitz, Schinazi, Katofski et al., 2004).

## 2. L'équipe Enfance-famille du CLSC Métro et la clientèle périnatale

Le CLSC Métro (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal) est un établissement de santé de première ligne situé en plein cœur de l'île de Montréal. Il couvre les territoires suivants : Ouest de Ville-Marie (Peter-McGill et Milton-Parc) et Westmount. Chaque année, environ 500 naissances sont enregistrées sur ce territoire. Les mères de ces enfants sont généralement bien scolarisées; 79,3 % ont à leur actif 16 ans et plus d'années d'étude (MSSS, 2012). Un nombre important d'entre elles sont immigrantes. En effet, 73,7 % des femmes avec enfants du territoire couvert sont nées à l'extérieur du Canada et près de 42 % d'entre elles ne parlent ni le français ni l'anglais (MSSS, 2012). L'immigration amène souvent un changement de statut social (faible revenu, précarité d'emploi, non-reconnaissance des diplômes, manque de réseau social), et la combinaison de ces facteurs peut placer les mères en situation de vulnérabilité pour la dépression périnatale (Miszkurka, 2010).

L'équipe Enfance-famille du CLSC Métro est une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières, d'une nutritionniste, d'une travailleuse sociale, d'une éducatrice spécialisée, d'une auxiliaire de santé et de services sociaux et d'une agente de planification, programmation et recherche. Ces professionnelles, en plus d'offrir des cours prénataux, suivent régulièrement pendant leur grossesse les femmes vulnérables et admissibles au programme de soutien alimentaire œuf, lait et orange (OLO) et au service intégré en périnatalité et petite enfance (SIPPE)<sup>2</sup>. En période postnatale, le CLSC offre des services de visites à domicile, des cliniques de vaccination, des haltes-allaitement et des ateliers mère-enfant.

Depuis quelques années, la cheffe de programme de l'équipe notait que, bien que les statistiques sur la dépression en périodes prénatale et postnatale soient élevées, très peu de femmes du territoire étaient repérées et dirigées vers la travailleuse sociale. Consciente des données populationnelles du territoire du CLSC (MSSS, 2012) et du fait que le manque de soutien social augmente les risques de symptômes dépressifs pendant et après la grossesse, et ce, plus particulièrement chez les femmes immigrantes (Miszkurka, 2010), elle cherchait à mobiliser son équipe autour de cette problématique. À cet effet, une enquête téléphonique (Beaudet, 2013), effectuée auprès de 17 femmes récemment immigrées du territoire du CLSC Métro qui venaient de donner naissance à un enfant, confirmait leur besoin de soutien émotionnel et social. Le soutien social pour plusieurs d'entre elles se résumait à des communications par internet avec des membres de leur famille. La moitié de ces mères avaient de la difficulté à s'exprimer en français ou en anglais et aucune ne connaissait d'endroit où elles pouvaient rencontrer des femmes vivant une situation similaire.

La cheffe de programme, préoccupée par cette situation, a confié à la travailleuse sociale le mandat de sensibiliser l'équipe aux facteurs de risque ainsi qu'aux symptômes de la dépression périnatale et de les outiller pour le repérage. La cheffe de programme s'engageait, de son côté, à la soutenir en dégageant l'équipe quelques heures par mois pour lui permettre d'accomplir ce mandat.

1. L'échelle d'Édinburg est un questionnaire auto-rapporté, développé en 1987, qui vise spécifiquement à dépister la dépression post-partum. Il est traduit et validé en plusieurs langues, dont le français. Contrairement aux autres outils de dépistage de la dépression, il est adapté à la période périnatale puisqu'il tient compte du contexte particulier de cette période (ex. : manque de sommeil).
2. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont un programme développé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui réunit des professionnels de la santé et des intervenants de groupes communautaires pour offrir aux futurs parents ainsi qu'aux familles de jeunes enfants, dont les parents sont âgés de moins de 20 ans ou vivant en contexte de pauvreté, un soutien durant la grossesse et lors de l'arrivée du bébé jusqu'à son entrée à l'école.

### 3. La démarche : inspirée du modèle des laboratoires de promotion de la santé

La travailleuse sociale, pour répondre à la demande, s'est inspirée des travaux réalisés au laboratoire de promotion de la santé soutenu par la Direction de santé publique de Montréal (Tremblay, Richard, Broussel et al., 2013). Ce laboratoire visait le développement de compétences et le changement de pratiques des intervenants. Conçu selon une approche participative et réflexive, il proposait d'accompagner l'équipe dans une démarche de planification et d'implantation d'une nouvelle intervention. L'équipe avait déjà expérimenté avec succès cette démarche dans un projet de soutien aux mères immigrantes (Beudet, 2016). La travailleuse sociale leur a donc proposé de reprendre les mêmes étapes de travail.

#### 3.1 Échange sur l'expérience, lecture d'articles pertinents et discussion

La première étape fut donc de permettre aux membres de l'équipe d'échanger sur la problématique et de partager leurs expériences de praticiennes. L'équipe a, par la suite, pris connaissance et discuté des articles scientifiques recensés par la travailleuse sociale<sup>3</sup>. Cet exercice cherchait à améliorer les connaissances de l'équipe sur la dépression prénatale et postnatale et à uniformiser la compréhension du problème. Il a aussi permis d'identifier les principaux facteurs de risque sur les plans individuel et environnemental (INSPQ, 2011; Miszkurka, 2010) et de vérifier la capacité de chacune à repérer les futures et nouvelles mères qui pourraient avoir rapidement besoin d'une intervention (Dennis et Dowswell, 2013). Le tableau 1 présente les principaux facteurs de risque qui font consensus dans la littérature.

**Tableau 1 : Principaux facteurs de risque individuels et environnementaux**

Facteurs de risque	
Individuels	Environnementaux
<ul style="list-style-type: none"><li>• Antécédent de troubles mentaux dans la famille (prédisposition biologique)</li><li>• Antécédent de troubles mentaux avant la grossesse</li><li>• Expériences traumatisantes pendant l'enfance</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conditions de vie stressantes (pauvreté, déménagement, séparation, perte d'emploi)</li><li>• Manque de soutien social (conjoint ou entourage)</li><li>• Immigration récente</li></ul>

Les lectures visaient aussi à sensibiliser les professionnelles aux symptômes dépressifs et plus particulièrement durant la période postnatale. Elles permettaient de distinguer les symptômes du baby blues, qui surviennent de 3 à 4 jours après la naissance du bébé et qui peuvent durer jusqu'à deux semaines, des changements de comportements et d'humeur associés à la dépression postnatale. Le tableau 2 présente la différenciation des signes et symptômes (INSPQ, 2011).

**Tableau 2 : Signes et symptômes du baby blues et de la dépression postnatale**

Baby Blues	Dépression postnatale
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sautes d'humeur</li><li>• Crises de larmes</li><li>• Tristesse, irritabilité, anxiété, sentiment d'être dépassée</li><li>• Difficultés de concentration</li><li>• Perte d'appétit</li><li>• Fatigue ou manque d'énergie</li><li>• Troubles du sommeil</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humeur triste ou irritable</li><li>• Fatigue ou perte d'énergie</li><li>• Perte d'intérêt et de plaisir</li><li>• Agitation ou ralentissement psychomoteur</li><li>• Troubles du sommeil</li><li>• Diminution ou augmentation du poids</li><li>• Difficultés de concentration ou indécision</li><li>• Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité</li><li>• Idées suicidaires</li></ul>

#### 3.2 Choix d'un outil de repérage

Dans cette seconde étape, l'équipe a échangé sur le rôle qu'elle se voyait jouer dans le dépistage des femmes à risque de dépression en période périnatale. À la lumière des facteurs de risque et des symptômes identifiés précédemment, l'équipe était persuadée qu'elle pouvait effectuer le repérage, c'est-à-dire identifier

3. Cox, 1987; INSPQ, 2011; Miszkurka, 2010; Wisner, Parry et Piontek, 2002; Zelkowitz, 2008.

précocement les femmes qui ont besoin d'une consultation plus approfondie. Pour ce faire, l'outil retenu devait être simple, acceptable pour les futures et les nouvelles mères, compréhensible pour celles de cultures différentes, efficace et utilisable en quelques minutes. Guidées par leurs lectures<sup>4</sup>, les membres de l'équipe se sont intéressées au questionnaire de Whooley et Arroll (Arroll, Goodyear, Kerse et al., 2005; Wooley, Avins, Miranda et al., 1997) (tableau 3). Ce dernier répondait à l'ensemble de leurs exigences. Pour s'assurer de leur choix, les professionnelles ont consulté une psychiatre qui a confirmé qu'il s'agissait d'un bon outil de repérage. L'équipe était toutefois consciente des limites du questionnaire<sup>5</sup> (Darwin, 2015).

Les professionnelles ont aussi réalisé qu'elles devraient dorénavant se montrer plus vigilantes envers le repérage des signes et symptômes de la dépression ainsi que plus sensibles aux différents contextes culturels, ethniques et religieux (Fournier, Roberge et Brouillet, 2012) et exercer leur habileté à développer une relation de confiance avec les futures et les nouvelles mères pour identifier celles qui auraient besoin d'être dirigées vers la travailleuse sociale.

**Tableau 3 : Questions de Whooley et Arroll**

Anglais	Français *Traduction libre
During the past month, have you been bothered by :	Au cours du dernier mois, vous êtes-vous sentie :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feeling down, depressed or hopeless?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triste, déprimée ou désespérée?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Having little interest or pleasure in doing things?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans intérêt ou plaisir à réaliser des tâches de la vie quotidienne?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• If yes to either 1 or 2, would you like help with these issues?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous avez répondu oui à une des deux questions, désirez-vous recevoir de l'aide?</li> </ul>

### 3.3 Élaboration d'un arbre décisionnel

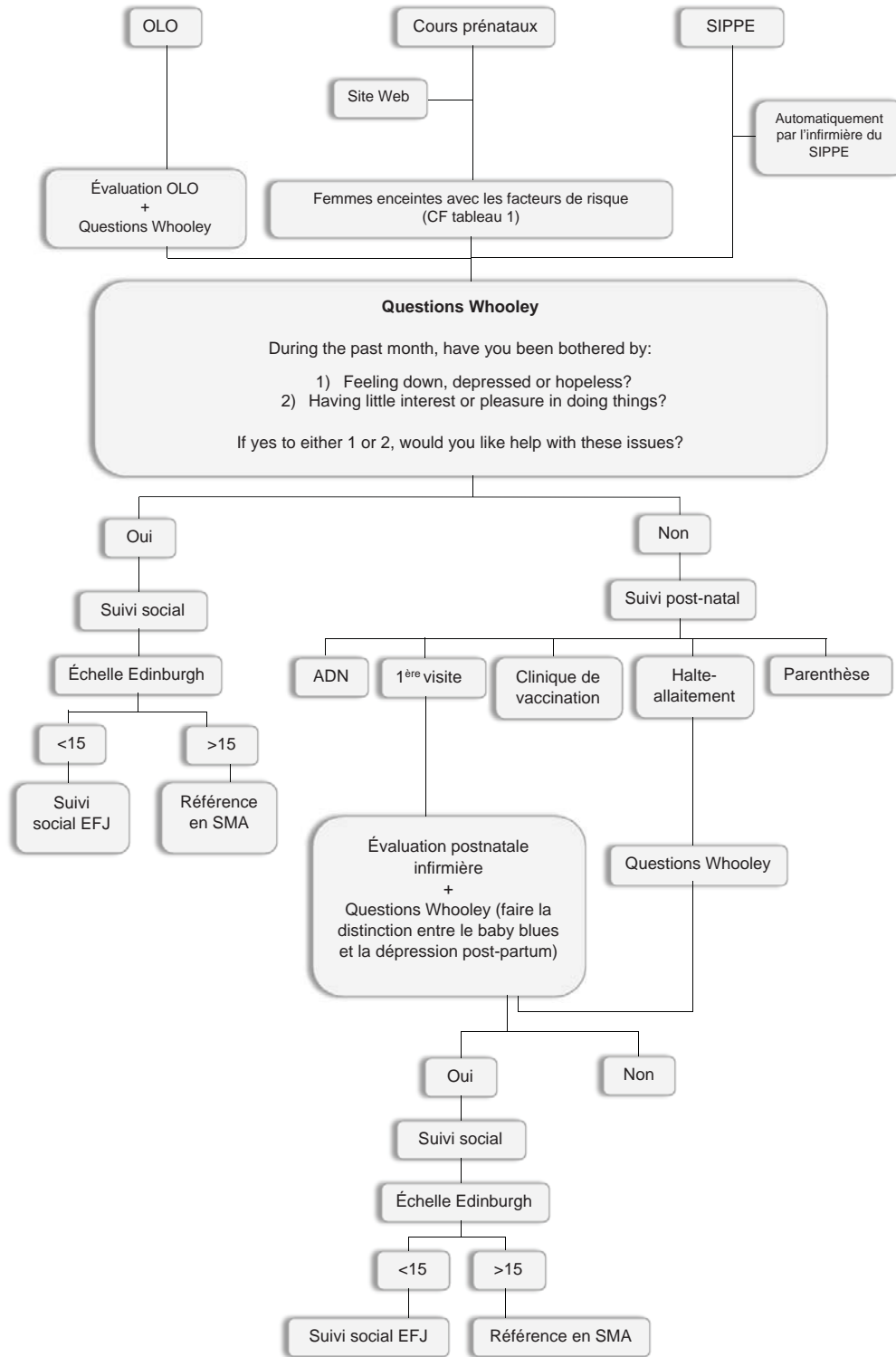
Forte de ses connaissances, l'équipe a réfléchi à la façon d'utiliser judicieusement le questionnaire de Whooley et Arroll. En période prénatale, les professionnelles ont statué qu'elles l'emploieraient pour toutes les futures mères inscrites aux programmes OLO et SIPPE puisqu'elles vivent dans des conditions difficiles, ainsi que pour celles qui présenteraient des facteurs de risque. En période postnatale, l'équipe ciblerait également les mères qui rencontreraient un ou plusieurs facteurs de risque. Elle les questionnerait lors de la visite à domicile ainsi que pendant les haltes-allaitement, les cliniques de vaccination et les ateliers mère/enfant. Les professionnelles ont aussi discuté des suites à donner lorsqu'une future ou nouvelle mère répondrait positivement à une ou l'autre des questions.

Au fil de leur réflexion, il leur est clairement apparu que dans cette éventualité, elles devraient avoir recours à un clinicien habilité à faire des évaluations plus poussées en santé mentale. Elles anticipaient aussi que cette référence pourrait être difficile et qu'elles devraient soutenir la future ou nouvelle mère pour que celle-ci accepte de consulter. La ligne de conduite entérinée fut donc, dans un premier temps, de faire appel à la travailleuse sociale pour une évaluation psychosociale et la passation de l'échelle d'Edinburgh, outil validé et utilisé dans le dépistage de la dépression postnatale (Zelkowitz, Saucier, Wang et al., 2008). Selon le résultat de cette évaluation, la travailleuse sociale ferait le suivi ou le transfert à l'équipe de Santé Mentale Adulte ou au médecin de famille. La figure 1 présente l'arbre décisionnel élaboré.

4. Arroll, 2003; Bosanquet, Bailey, Gilbody et al., 2015; Fournier, Roberge et Brouillet, 2012, NICE, 2008; Whooley, Avins, Miranda et al., 1997.

5. Le questionnaire Whooley et Arroll aurait une bonne sensibilité, c'est-à-dire qu'il permet de repérer une proportion importante de femmes présentant des symptômes de dépression post-partum. Par contre, la spécificité est moindre; il peut identifier des femmes avec des symptômes autres que des symptômes dépressifs.

**Figure1 : Arbre décisionnel**



### 3.4 Suivi du projet

Afin d'effectuer un suivi relatif au changement de pratique, la travailleuse sociale a répertorié pendant le premier mois l'utilisation du questionnaire et en a fait un bilan. L'équipe a identifié 18 femmes à risque. Parmi elles, trois avaient répondu positivement à une ou l'autre des questions de Whooley et Arroll, deux avaient accepté un suivi psychosocial et une avait refusé. Pour les 15 autres qui avaient des facteurs de risque importants, trois avaient été dirigées vers un groupe de soutien communautaire, une était en relation étroite avec l'infirmière et une dernière était suivie en psychiatrie. Ces quelques données ont démontré que la démarche avait favorisé un changement de la pratique et un meilleur suivi de la clientèle. Les membres de l'équipe ont constaté que le simple fait de poser les questions de Whooley et Arroll a augmenté leur sensibilité à cette problématique. La travailleuse sociale souhaite continuer à recenser le nombre de mères qui ont répondu positivement au questionnaire, les facteurs de risque, les symptômes qui ont servi à les repérer ainsi que le suivi effectué par les professionnelles. Le recueil de ces données lui permettrait d'encourager le partage d'expériences et de soutenir, à plus long terme, la motivation de l'équipe envers cette pratique.

### CONCLUSION

Les préoccupations de la cheffe de programme, son engagement à donner du temps de réflexion à son équipe et sa confiance en la capacité de la travailleuse sociale ont permis de mener ce projet à terme. Pour s'améliorer et innover, les membres de l'équipe avaient besoin d'être soutenues. Les lectures, les échanges, la mise en commun de leurs connaissances et de leur expertise les ont incitées à s'interroger sur les besoins de leur clientèle et à mieux comprendre la dépression périnatale, ses facteurs de risque, ses symptômes et les moyens de la repérer. Cette démarche participative et réflexive a favorisé la mise en place d'une approche mieux concertée et l'adhésion de l'équipe à un changement de pratique professionnelle. Le filet de sécurité qui entoure maintenant les mères du territoire couvert est plus robuste et offre un meilleur soutien.

L'équipe est fière de ce changement de pratique. À l'automne 2015, la Direction de la santé publique de Montréal a invité la travailleuse sociale et l'agente de planification, programmation et recherche à présenter le projet lors d'une activité de formation intitulée « Dépression périnatale et développement de l'enfant : collaborer pour mieux prévenir ». Pour les instigatrices du projet, il s'agissait d'une belle valorisation de leur travail et d'un rayonnement gratifiant pour leur équipe. Elles se proposent maintenant de partager cette expérience avec les autres équipes enfance-famille de leur CIUSSS et de rédiger un feuillet d'information à l'intention des familles.

### ABSTRACT:

*This narrative proposes to examine the role of the social worker in support of the Child, Youth and Family Team of the CLSC Metro (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal) screening for prenatal and postnatal symptoms of depression. Several studies have shown that the prevalence of perinatal depression ranges from 9 to 16 %. However, few mothers or mothers-to-be are screened. The authors hope to inspire the practice of other professionals by presenting the approach that facilitated the integration of a pre-screening tool into clinical practice and a decision tree that helped guide this Team's work.*

### KEYWORDS:

*Prenatal depression, postnatal depression, screening, depressive symptoms, risk factors*

---

### RÉFÉRENCES

- Arroll B., K. N. (2003). « Screening for depression during and after pregnancy », Committee Opinion n° 453, *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 394-395.
- Arroll B., Goodyear, S., Kerse, N., Fishman, T. et J. Gunn (2005) « Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice : diagnostic validity study », *The BMJ*, <http://www.bmj.com/content/331/7521/884>. Consulté le 4 mai 2016.
- Beaudet, N. (2013). *Projet pilote : appel téléphonique*, Rapport interne de la Direction de santé publique de Montréal et CSSS de la Montagne.



- Beaudet, N. (2016). « Soutenir les mamans immigrantes », *Perspective infirmière*, janvier/février, vol. 13, n° 1, 52-55.
- Bennett, I., Coco, A., Coyne, J. C., Mitchell, A. J., Nicholson, J., Johnson, E., Horst, M. et S. Ratcliffe (2008). « Efficiency of a two-item pre-screen to reduce the burden of depression screening in pregnancy and postpartum : an IMPLICIT Network study », *Journal of the American Board*, vol. 21 n° 4, 317-325.
- Bernard-Bonnin, A.-C. (2004). « La dépression de la mère et de le développement de l'enfant », *Pediatric Child Health*, vol. 9, n° 8, 589-598.
- Bosanquet, K. A., Bailey, D., Gilbody, S., Harden, M., Manea, L., Nutbrown, S. et D. McMillan (2015). « Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression : a diagnostic meta-analysis ». *BMJ open*. <http://bmjopen.bmj.com/content/5/12/e008913.full>. Consulté le 4 mai 2016.
- Cox, J. H. (1987). « Detection of postnatal depression : Development of 10-item Edinburgh Postnatal depression Scale », *British Journal of Psychiatry*, vol. 150, n° 6, 782-786.
- Darwin Z, M. L. (2015). « Identification of women at risk of depression in pregnancy : using women's accounts to understand the poor specificity of the Whooley and Arroll case finding questions in clinical practice », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 19, n° 1, 41-49.
- Dennis C.L. et T. Dowswell (2013). « Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, n° 2.
- Fournier, L., Roberge, P. et H. Brouillet (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intervention des intervenants de première ligne*, Montréal : Centre de recherche du CHUM.
- Gauthier, L. (2007). « La dépression postnatale chez les mères : plus qu'un simple baby blues », *Psychologie Québec*, mai 2007.
- INSPQ (2011, septembre). *Principaux problèmes et troubles de santé mentale en période périnatale : les baby blues*, extrait du site de l'INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/sante-mentale.pdf> . Consulté le 24 août 2016.
- INSPQ (2014). *Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez l'adulte*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Miszkurka, M. G. (2010). « Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant woman in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, sept-oct., vol. 10, n° 5, 358-364.
- MSSS (2012). *Fichiers des naissances vivantes, Section du Fascicule 2 : Caractéristiques des mères de nouveau-nés à Montréal, Fichier du CSSS de la Montagne*, Montréal, <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/axes-dintervention/tout-petits/evolution-des-naissances>. Consulté le 24 août 2016.
- NICE (2013). *Guide to the methods of technology appraisal 2013*, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-193396861>. Consulté le 24 août 2016.
- Paulden, M. P. (2009). « Scening for postnatal depression in primary care : cost effectiveness analysis », *BMJ open*, n° 340, <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b5203>. Consulté le 4 mai 2016.
- Tremblay, M. C., Richard, L., Brousselle, A. et N. Beaudet (2013). « Learning reflexively from a health promotion professional development program in Canada », *Health Promotion International*, vol. 29, n° 3, 538-548.
- Valderrama, A. et S. Deblois (2015). « Dépression en période périnatale et prévention », *Conférence présentée dans le cadre de l'Activité régionale de formation de la Direction de la santé publique de Montréal (DSP)*, Montréal, Canada, 20 octobre 2015.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M. et S. Khalifé (2014). « Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol. 35, n° 3, 84-91.
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J. et W. S. Browner (1997). « Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, n° 7, 439-445.
- Wisner, K. L., Parry, B. L. et C. M. Piontek (2002). « Postpartum Depression », *The New England Journal of Medicine*, vol. 347, n° 3, 104-199.
- Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J. F., Valenzuela, M., Westreich, R. et J. Dayan (2004). « Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women », *Transcultural psychiatry*, décembre, vol. 41, n° 4, 445-464.
- Zelkowitz, P., Saucier, J. F., Wang, T., Katofsky, L., Valenzuela, M. et R. Westreich (2008). « Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 11, n° 1, 1-11.