

ADULTE – METHODE DE SOINS – CUSM

Avec médicament Sans médicament

HRV Centre de Reproduction du CUSM

Ceci n'est pas une ordonnance médicale

ADULT-CLINICAL PROCEDURE – MUHC

Medication included No medication

RVH MUHC Reproduction Center

This is not a medical order

Titre:	Identification et Référence aux services de Santé Mentale/ Psychiatrie au sein de la mission Santé des Femmes (SF)
Ce document est lié à:	<p>Évaluation et soins des adultes présentant un risque suicidaire</p> <p>Legal Confinement of Adult Patients in the Hospital Setting: Patient's Rights and Nursing Implication: Nursing Protocol - Updated February 2018</p> <p>Politique de double Identification du patient CUSM</p> <p>Ligne directrice sur la documentation des soins infirmiers du CUSM</p> <p>PM 410 POL Mise sous garde en établissement des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental au CUSM</p> <p>PM 410 PRO Mise sous garde en établissement des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental au CUSM</p>

Title:	Identification and referral to Mental Health / Psychiatry services within the Women's Health Mission (WHM)
This document is attached to:	<p>Assessment and Care of Adult Risk Suicide</p> <p>Legal Confinement of Adult Patients in the Hospital Setting: Patient's Rights and Nursing Implication: Nursing Protocol - Updated February 2018</p> <p>MUHC Patient Double Identification Policy</p> <p>MUHC Nursing Documentation Guideline</p> <p>PM 410 POL Institutional Confinement of Persons Whose Mental State Presents a Danger to Themselves or Others at the MUHC</p> <p>PM 410 PRO Institutional Confinement of Persons Whose Mental State Presents a Danger to Themselves or Others at the MUHC</p>

DÉFINITION ET OBJECTIF

Les troubles de l'humeur et de l'anxiété sont les complications les plus fréquentes de la grossesse et de l'accouchement, et sont associés à plusieurs effets négatifs. Ces troubles de l'humeur et de l'anxiété sont parmi les meilleurs prédicteurs de la suicidabilité périnatale. Le suicide est l'une des principales causes de décès dans l'année qui suit l'accouchement, représentant jusqu'à 20 % des décès post-partum à travers le monde. Une intervention et une référence précoces auprès d'une future mère sont bénéfiques pour la mère, le nouveau-né et la famille.

Ce protocole vise à identifier rapidement les problèmes de santé mentale chez les futures mères et à les orienter rapidement vers les ressources hospitalières et communautaires, de la conception au post-partum.

Description des services disponibles

Services de première ligne :

Les Services en santé mentale de première ligne peuvent être accédés à travers:

- L'Accueil psychosocial : Point d'entrée pour accéder aux services psychosociaux offerts au CLSC, pour une variété de besoins tels que santé mentale, détresse psychologique, crise situationnelle, crise familiale, toxicomanie, violence, gestion de la colère, problèmes financiers et éviction de leur résidence.
 - Les patientes peuvent s'y référer par elles-mêmes (pas besoin de référence)
 - Tous les professionnels de la santé (y compris les infirmières) peuvent référer une patiente au GASMA¹ pour une évaluation psychosociale
- Médecins de famille (GP)/ Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)/ Groupes de médecine familiale

Services de deuxième ligne :

- Une référence en psychiatrie d'un médecin/IPS est nécessaire.
- GASMA¹: Point d'entrée pour accéder aux services de deuxième ligne pour une évaluation psychiatrique dans le secteur de la patiente.
 - Le bureau de Consultation Liaison (CL) en psychiatrie du CUSM est un service de deuxième ligne.

Services de troisième ligne :

- Une référence en psychiatrie d'un médecin/IPS est nécessaire.
- Psychiatrie reproductive : pour des problématiques plus complexes (dépression sévère résistante aux thérapies habituelles, trouble bipolaire, etc.) en contexte périnatal.

GASMA¹: Guichet d'accès en santé mentale et dépendance adulte

SVP voir l'Annexe 4 pour connaître quand et comment référer à ces services

OBJECTIFS DE SOINS

Les objectifs de ce protocole sont d'aider les professionnels de la mission SF à:

1. Dépister les troubles de l'humeur et de l'anxiété dans la population périnatale
2. Évaluer les besoins des patientes et les risques liés aux problèmes de santé mentale/psychiatrique
3. Orienter les patientes, en fonction de leurs besoins, vers les services de santé mentale/psychiatrique de l'hôpital ou de la communauté.

DEFINITION AND PURPOSE

Perinatal mood and anxiety disorders are the most common complication of pregnancy and childbirth and are associated with adverse outcomes. These mood and anxiety disorders are among the strongest predictors of perinatal suicidality. Suicide is a leading cause of death for individuals in the first year after childbirth, accounting for up to 20% of global post-partum deaths. Early intervention and referral of a future mother benefit the mother, the newborn and the family.

This protocol aims to address the early identification of mental health issues in prospective mothers and the early referral to hospital and community resources, from conception through to postpartum.

Description of available services

First line services:

Primary Mental Health care services are accessed through the

- "Accueil psychosocial": Entry point to access psychosocial services offered at the CLSC, for a variety of needs such as mental health, psychological distress, situational crisis, family crisis, addiction, violence, anger management, financial problems and eviction.
 - Patient may self-refer (no need for reference)
 - Any healthcare provider (including nurses) can refer patient to GASMA¹ for a psychosocial evaluation
- General practitioners (GP)/Nurse practitioner (NP)/ Family Medicine Groups (FMG).

Second line services:

- A physician/NP referral for psychiatry is needed to access these services.
- GASMA: Entry point for access to second-line mental health services for psychiatric evaluation within the patient's sector.
 - The MUHC Psychiatric Consultation Liaison (CL) is a second-line service.

Third line services:

- A physician/NP referral for psychiatry is needed to access these services.
- Reproductive psychiatry: for more complex problems (severe depression resistant to usual treatment, bipolar disorder, etc.), in perinatal context

¹GASMA: Guichet d'accès en santé mentale et dépendance adulte

Please see Appendix 4 for details on when and how to refer to the services.

GOALS OF CARE

The purpose of this protocol is to assist the WHM health care professionals (HCP) to:

1. Screen for mood and anxiety disorders in the perinatal population
2. Assess patients' needs and the risks associated with mental health/psychiatric issues
3. Refer patients, according to their needs, to mental health/psychiatric services in the hospital or the community.

INTERVENANTS CONCERNÉS

Les professionnels sont responsables de connaître les limites de leur champ d'exercice professionnel.

Ce protocole s'adresse à tous les professionnels de la santé, y compris les obstétriciens, psychiatres, résidents, infirmières, IPS, travailleurs sociaux (TS), psychologues et travailleurs spirituels impliqués dans les soins des patientes de la mission SF qui sont enceintes ou en post-partum, ou qui essaient de concevoir.

L'usage du féminin pour désigner des personnes dans ce document a pour seul but d'alléger le texte. Nous reconnaissions que les patientes peuvent avoir différentes identités de genre.

PATIENTES

Les patientes périnatales du CUSM qui reçoivent des soins au sein du CUSM, y compris :

- Les patientes de l'externe vues au triage du centre des naissances;
- Les patientes de l'externe vues dans les cliniques d'obstétrique (prénatale, postnatale, échographie, etc.);
- Les patientes de l'externe vues au Centre de Reproduction du CUSM (MRC).
- Patientes hospitalisées : Unités antepartum, centre des naissances ou postpartum.

INDICATIONS

Ce protocole doit être utilisé dans deux cas distincts :

- Dépistage systématique de la dépression et de l'anxiété
 - En clinique d'obstétrique, lors du premier rendez-vous des patientes
 - Au centre de naissance et l'unité antepartum, à l'admission des patientes susceptibles d'être hospitalisées plus de 24 heures (pas pour l'accouchement)
 - À l'unité postpartum, lors de l'admission.
- Évaluation sélective des patientes présentant des signes et des symptômes de dépression, d'anxiété, de détresse et/ou d'idées suicidaires, en complément au protocole de prévention du suicide (toutes les unités cliniques).

Lorsqu'un besoin et/ou un risque est identifié, ce protocole peut servir de guide pour orienter les patientes vers les services de santé mentale/psychiatrie du CUSM, de l'hôpital de leur secteur ou de la communauté, selon les besoins (voir Annexe 4 pour comment s'y référer).

CONTRE-INDICATIONS

Il n'y a pas de contre-indications à l'utilisation de ce protocole.

PROFESSIONALS

Professionals are responsible for knowing the limits of their professional scope of practice.

This protocol is addressed to all health care professionals, including obstetricians, psychiatrists, residents, nurses, NP, social workers (SW), psychologists, and spiritual care workers involved in the care of patients within the WHM who are pregnant or postpartum, or trying to conceive.

The "she/her" pronoun is used in this document for legibility purposes only. We recognize that patients may have different gender identities.

PATIENT POPULATION

MUHC perinatal patients receiving care within the MUHC, including:

- Outpatients seen in the Birthing Centre (BC) Triage;
- Outpatients seen in the Obstetrical clinics (antenatal, postnatal, ultrasound, Early Pregnancy Assessment Clinic, etc.);
- Outpatients seen at the MUHC Reproductive Centre (MRC)
- Inpatients: Antepartum, Birthing Centre, or Postpartum units.

INDICATIONS

This protocol should be used in two distinct instances:

- Systematic screening for depression and anxiety
 - In the Obstetric clinic, at patients' first appointment
 - In Birthing Centre and Antepartum unit, upon admission of patients who may be hospitalized for more than 48h (not for delivery)
 - In Postpartum unit, upon admission.
- Selective assessment of patients exhibiting signs and symptoms of depression, anxiety, distress and/or suicidal ideations, alongside the Suicide prevention protocol (all clinical care areas).

Once a need and/or risk is identified, this protocol can be used as a guide to refer patients to the Mental Health/Psychiatry services within the MUHC, their sector hospital or the community, as indicated (see Appendix 4 for how to refer to them).

CONTRAINDICATIONS

There are no contraindications to the use of this protocol.

MÉDICATION (si nécessaire):

Les patientes qui prennent des médicaments psychiatriques et qui sont enceintes ou prévoient l'être peuvent être orientées vers le service de psychiatrie reproductive du CL pour obtenir des informations sur la sécurité des médicaments pendant la conception, la grossesse et l'allaitement.

Le centre IMAGe (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) est une ressource disponible aux professionnels de la santé en lien avec la prescription de médicaments en grossesse.

- 514 345-2333 – Pour professionnels de la santé seulement
- <https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGE>

Site web du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes: lecrat.fr

ÉLÉMENTS DE L'ACTIVITÉ CLINIQUE

Équipement requis:

- Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) (Annexe 1)
- Fiche d'information pour les patientes (Annexe 2)
- Information pour référer au CLSC/GASMA (Annexe 3)
- Guide de référence pour les professionnels (Annexe 4)
- Soins tenant compte des traumatismes et des violences (Annexe 5)
- FMU 8076 Dépistage du risque suicidaire (voir protocole Prévention du suicide)
- FMU 3692 Formulaire des interventions infirmières (voir protocole Prévention du suicide)
- FMU 8630 Plan de Sécurité Psychiatrie
- FMU 3455 Gestion de cas Obstétrique

Nota Bene: L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) n'a pas été validée pour les patientes avec des problèmes de fertilité.

MEDICATIONS

Patients on psychiatric medications and pregnant or planning a pregnancy can be referred to the CL Reproductive psychiatry for information regarding drug safety during conception, pregnancy and breastfeeding.

The centre IMAGe (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) is a resource available to healthcare professionals for assistance with prescribing medication around pregnancy:

- 514 345-2333 – For healthcare professionals only
- <https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGE>

Centre de Référence sur les Agents Tératogènes website: lecrat.fr

ELEMENTS OF CLINICAL ACTIVITY

Equipment needed:

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Appendix 1).
- Patient Information Sheet (Appendix 2)
- Information to refer to CLSC/GASMA (Appendix 3)
- Referral information guide for professionals (Appendix 4)
- Trauma- and violence-informed approach (Appendix 5)
- FMU 8076 form Screening for Suicide prevention (See Suicide Prevention protocol)
- FMU 3692 form Nursing Intervention sheet (See Suicide Prevention protocol)
- FMU 8630 Psychiatry Safety plan
- FMU 3455 Case management Obstetrics

Nota Bene: The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) has not been validated for patients with fertility issues.

Méthode de soins:

1. Dépistage systématique: La professionnelle donne le formulaire EPDS à la patiente:

- À la première visite à la clinique ou avec son gynécologue/obstétricien
- Dans les 2 premiers jours d'hospitalisation en antepartum
- Dans les 2 premiers jours d'hospitalisation en postpartum

Le EPDS peut être répété à chaque trimestre de grossesse ou selon le jugement de la clinicienne.

2. Dépistage sélectif: Lorsque la professionnelle identifie des préoccupations reliées à la santé mentale de la patiente (tous les secteurs de soins cliniques, incluant salle d'accouchement, clinique d'accès rapide en début de grossesse (EPAC)).

L'information recueillie devrait inclure:

- EPDS score total + réponse à la question 10 (excepté MRC)
- Dépistage
 - Valider les observations préoccupantes avec la patiente
 - Si préoccupations validées, explorer en profondeur les facteurs de stress
 - Si des préoccupations reliées à des idéations suicidaires sont identifiées **ALLER AU Tableau 3**

3. Système de soutien personnel

Soutien professionnel en communauté, tel que médecin de famille, IPS, travailleur social (TS), psychothérapeute ou psychiatre:

- Documenter les informations de contact dans le dossier obstétrical (Feuille 1), dans le formulaire de Gestion de cas (Case management) ou dans Babysentry
- Si la patiente n'a pas de médecin de famille, donner l'information sur comment en demander un à travers son CLSC ou en ligne (Annexe 3)

Les évaluations doivent être menées en utilisant une approche tenant compte des traumatismes et des violences (Annexe 5).

4. Interprétation du score EPDS – Évaluation de la clinicienne et référence

- Le score EPDS, ainsi que le jugement de la clinicienne, guideront les décisions et actions. **Le score à lui seul ne peut pas être le facteur principal dans le processus décisionnel.**
- Si le score EPDS est bas et en l'absence d'idéations suicidaires, la clinicienne qui a des préoccupations quant à la santé mentale d'une patiente pourrait considérer une évaluation par une travailleuse sociale et/ou le service de psychiatrie, après avoir obtenu le consentement de la patiente.

Important: La patiente DOIT être informée de la référence en psychiatrie. Son consentement ou refus doit être documenté sur la référence et dans les notes d'évolution.
En cas de refus, la psychiatrie doit quand même être consultée en présence d'idéations suicidaires ou homicidaires.



Procedure:

1. Systematic screening: The HCP gives the EPDS form to the patient:

- At first visit to the clinic or to their OBGYN physician
- Within the first 2 days of hospitalization in antepartum
- Within the first 2 days of hospitalization in postpartum

The EPDS can be repeated every trimester during pregnancy or according to the clinician's judgment.

2. Selective screening: When the clinician identifies concerns related to the patient's mental health (all clinical care areas).

Information collected should include:

- EPDS total score + answer to Question 10 (except MRC)
- Detection
 - Validate concerning observations with the patient
 - If concerns validated, further explore stressors
 - If concerns regarding suicidal ideations are identified **GO TO Table 3**

3. Personal support system

The clinician should assess the presence of professional support in the community, such as GP, NP, social worker (SW), psychotherapist or psychiatrist:

- Document contact information in the Obstetrical file (Feuille 1), in the patient's Case management Alert in Oacis, or on Babysentry
- If the patient does not have a GP, provide information on how to request one through her CLSC or online (Appendix 3)

Assessments should be performed using a trauma- and violence-informed approach (Appendix 5).

4. Interpretation of the EPDS score - Clinician assessment and Referral

- **The EPDS score, along with the clinician's judgment, will guide decisions and actions. It is not meant to be the decisive factor when making decisions.**
- If the EPDS score is low and in the absence of suicidal ideations, the clinician who has concerns for the patient's mental health, could request a social work and/or psychiatry consult for further evaluation, after obtaining patient's consent.

Important: The patient MUST be informed of the psychiatry referral. Her consent or refusal must be reported and documented on the referral and in the progress notes.
In case of refusal, psychiatry must still be consulted in the case of suicidal or homicidal thoughts.



Tableau 1. Patientes admises, en l'absence de suicidabilité (exclus le triage obstétrical)

EPDS inférieur à 10	<ul style="list-style-type: none"> • Pas nécessaire de consulter un professionnel en santé mentale • Si la patiente demande du soutien: <ul style="list-style-type: none"> • Donner la Fiche d'information (Annexe 2) • Offrir la psychothérapie de groupe et envoyer une référence si elle est d'accord (Annexe 4)
EPDS 10-12 (Possible dépression/ anxiété légère)	<ul style="list-style-type: none"> • Pas nécessaire de consulter un professionnel en santé mentale • Si la patiente demande du soutien: <ul style="list-style-type: none"> • Donner la Fiche d'information (Annexe 2) • Offrir la psychothérapie de groupe et envoyer référence • Référer au CLSC Accueil psychosocial ou Service Enfance-Famille (Annexe 4) • Suggérer un suivi avec GP/IPS/GMF si elles en ont un.
EPDS 13-18 (Dépression/ anxiété modérée probable)	<p>Avec le consentement de la patiente, demander à la TS d'évaluer le besoin d'une:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation psychiatrique <u>avant</u> le congé de l'hôpital <ul style="list-style-type: none"> • Le service CL évalue et décide du suivi • Offrir la psychothérapie de groupe et envoyer référence • Évaluation psychosociale ou psychiatrique <u>après</u> le congé <ul style="list-style-type: none"> • Si patiente a un GP, IPS, psychologue ou psychiatre dans la communauté, s'assurer qu'elle a un rendez-vous de suivi d'ici 4-6 semaines. <ul style="list-style-type: none"> • Si un suivi d'ici 4-6 semaines n'est pas possible, consulter le service CL avant le congé. • Si la patiente n'est pas suivie par médecin/ psychiatrie dans la communauté, Inf./ TS remplit une DSIE • Offrir la psychothérapie de groupe et envoyer référence • Donner la Fiche d'information (Annexe 2) • Patiente peut avoir son congé
EPDS 19 et plus (Dépression sévère probable)	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin ou IPS demande une consultation en psychiatrie <ul style="list-style-type: none"> • Inf./Admin. appelle bureau CL poste 35502 et envoie consultation à clfaxglen@muhc.mcgill.ca • En dehors des heures ouvrables (8h-16h): appeler le psychiatre de garde au site Glen • Le service CL évalue la patiente et décide du suivi • Inf. évalue le comportement et la suicidabilité (Tableau 3)

Table 1. Inpatient units in the absence of suicidality (except Birthing Centre triage)

EPDS less than 10	<ul style="list-style-type: none"> • No need to consult a mental health professional • If patient requests support: <ul style="list-style-type: none"> • Give the Patient information sheet (Appendix 2) • Offer group psychotherapy and send a referral if they agree (Appendix 4)
EPDS 10-12 (Possible mild depression/ anxiety)	<ul style="list-style-type: none"> • No need to see a mental health professional • If patient requests support: <ul style="list-style-type: none"> • Give the Patient information sheet (Appendix 2) • Inform of group psychotherapy and send referral • Refer them to CLSC Accueil psychosocial or Service Enfance-Famille (Appendix 4) • Advise to follow-up with their GP/NP/GMF if they have one.
EPDS 13-18 (Probable moderate depression/ anxiety)	<ul style="list-style-type: none"> • Request the social worker's (SW) involvement to assess the need for: <ul style="list-style-type: none"> • A psychiatric assessment <u>before</u> discharge from the hospital <ul style="list-style-type: none"> • The CL service assesses patient & decides follow-up • Inform of group psychotherapy and send referral • A psychiatric assessment <u>after</u> discharge from the hospital <ul style="list-style-type: none"> • If patient is already followed by a GP, NP, psychologist, psychiatrist in the community, ensure that patient has a follow-up appointment within 4-6 weeks <ul style="list-style-type: none"> • If patient cannot have an appointment within 4-6 weeks, consult CL Psychiatry before discharge • If the patient is not followed in community by GP or psychiatry, SW/RN completes DSIE • Inform of group psychotherapy and send a referral • Give the Patient information sheet (Appendix 2) • Patient can be discharged home
EPDS 19 and above (Probable severe depression)	<ul style="list-style-type: none"> • Obstetric physician or NP writes a consult to CL Psychiatry <ul style="list-style-type: none"> • RN/Admin calls CL office 35502 and sends the consult to clfaxglen@muhc.mcgill.ca • Off hours (8 am-4 pm): page the Psychiatrist on call at the Glen • CL service will assess the patient and decide of follow-up • RN assesses the patient's behavior and suicidality (Table 3)

Table 2. Services en externe, en l'absence de suicidabilité (inclus triage et clinique obstétricale)

EPDS inférieur à 10	<ul style="list-style-type: none"> Pas nécessaire de consulter un professionnel en santé mentale Si la patiente demande du soutien: <ul style="list-style-type: none"> Donner la Fiche d'information (Annexe 2) Offrir la psychothérapie de groupe et envoyer une référence si elle accepte (Annexe 4) Référer à des groupes animés par des pairs (voir Annexe 4)
EPDS 10-12 (Possible dépression/ anxiété légère)	<ul style="list-style-type: none"> Pas nécessaire de consulter un professionnel en santé mentale Si la patiente demande du soutien: <ul style="list-style-type: none"> Donner la Fiche d'information (Annexe 2) Offrir la psychothérapie de groupe et envoyer référence Référer au CLSC Accueil psychosocial (Annexe 4) Suggérer un suivi psychologique avec GP/IPS/GMF si elles en ont.
EPDS 13-18 (Dépression/ anxiété modérée probable)	<p>La patiente doit voir un professionnel en santé mentale ou un médecin de famille dans les 4-6 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> Si patiente a GP/IPS/TS/psychothérapeute/ psychiatre dans la communauté, s'assurer qu'elle a un suivi d'ici 6 semaines. Si elle n'est pas suivie dans la communauté ou ne peut avoir de rendez-vous d'ici 6 semaines, Inf./ TS remplit une DSIE pour suivi psychosocial via GASMA Offrir psychothérapie de groupe et envoyer référence si accepte Donner la Fiche d'information (Annexe 2)
EPDS 19 et plus (Dépression sévère probable)	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer suicidabilité (voir Tableau 3 pour questions de repérage) Donner la Fiche d'information (Annexe 2) Si la patiente a un médecin de famille/ psychiatre dans la communauté, s'assurer qu'elle a un rendez-vous de suivi d'ici 4 semaines Si un rendez-vous d'ici 4 semaines n'est pas disponible ou si la patiente n'est pas suivie dans la communauté, envoyer une consultation pour la psychiatrie reproductive et informer la secrétaire du CL (35502) En plus de référer, offrir psychothérapie de groupe et envoyer référence si accepte Si la patiente accepte, la clinicienne: <ul style="list-style-type: none"> Aide la patiente à appeler un centre de crise durant sa visite en clinique/triage (Annexe 4) Encourage les proches (famille, amis) à aider la patiente à obtenir et se rendre à un rendez-vous rapidement.

Table 2. Outpatient services in the absence of suicidality (includes Birthing centre triage, obstetric clinic)

EPDS less than 10	<ul style="list-style-type: none"> No need to see a mental health professional If patient requests support: <ul style="list-style-type: none"> Give the Patient Information Sheet (Appendix 2) Inform of group psychotherapy and send a referral if agrees May refer to community peer support groups (see Appendix 4)
EPDS 10-12 (Possible mild depression/ anxiety)	<ul style="list-style-type: none"> No need to see a mental health professional If the patient wishes to see a mental health professional: <ul style="list-style-type: none"> Give the Patient Information Sheet (Appendix 2) Inform of group psychotherapy and send a referral if agrees Refer them to CLSC Accueil psychosocial (Appendix 4) Advise to follow-up with their GP/NP/GMF for psychological follow-up if they have one
EPDS 13-18 (Probable moderate depression/ anxiety)	<p>The patient needs to see a mental health professional or a GP/NP within 4-6 weeks</p> <ul style="list-style-type: none"> If patient is already followed by a GP/NP/SW/ psychotherapist/ psychiatrist in the community, ensure that she has a follow-up within 6 weeks If patient cannot have an appointment within 6 weeks or if the patient is not followed in the community, RN/SW completes DSIE for psychosocial follow-up via GASMA Inform of group psychotherapy and send referral if agrees Give the Patient information sheet (Appendix 2)
EPDS 19 and above (Probable severe depression)	<ul style="list-style-type: none"> Evaluate suicidality (see Table 3 for screening questions) Give the Patient Information Sheet (Appendix 2) If patient has a family doctor/psychotherapist/psychiatrist in the community, advise patient to make an appointment within 4 weeks If an appointment within 4 weeks is not available or the patient is not followed in the community, send a consult to Reproductive psychiatry and inform the CL service (35502) In addition to referring, offer group psychotherapy and send a referral if agrees If the patient accepts, the clinician also: <ul style="list-style-type: none"> Assists patient in calling a Crisis center while in triage/clinic (Appendix 4) Encourages close personal contacts (e.g. family member, friend) to support the patient in getting and attending the appointment.

Tableau 3. Présence d'automutilation et/ou d'idées suicidaires (toutes les patientes)

Réponse positive à Q10 EPDS OU Patiente en détresse OU Personnel inquiet par rapport à des idées suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer la réponse à la question 10 OU • Valider la situation de détresse avec la patiente • Aller à la prochaine étape
Poser les QUESTIONS DE REPÉRAGE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous des idées suicidaires en ce moment? 2. Au cours des derniers mois avez-vous pensé au suicide? 3. Avez-vous essayé de vous enlever la vie dans la dernière année? 4. Avez-vous des pensées de faire du mal à votre bébé ou à d'autres personnes?
Repérage négatif – Non à toutes les questions	<ul style="list-style-type: none"> • Patientes admises: Procéder tel que EPDS 19 ou plus • Patientes en externe: Procéder tel que EPDS 19 ou plus, mais doivent voir médecin de famille/psychiatre d'ici 1-2 semaines
Repérage positif ou Réponse ambiguë aux questions de repérage 1 ou 2 ou 3 ou 4	<ul style="list-style-type: none"> • Compléter l'évaluation du risque suicidaire FMU 8076 <p>Patiente admise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place mesures de sécurité pour mère/bébé prn • Envoyer une consultation urgente en Psychiatrie (Annexe 4) <p>Patiente en externe:</p> <p>Risque faible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appeler Centre de Prévention du Suicide pour déterminer niveau de danger • Si suivie par GP/IPS/psychiatre, faire prendre rendez-vous. Sinon référer au GASMA • Mobiliser son entourage si elle consent • Proposer de télécharger l'application Mes Outils Suicide.ca et de remplir un plan de sécurité qui lui servira de ressource. <p>Risque modéré /élevé/ ou refus d'être transférée à l'urgence (ED)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas laisser patiente seule. Sécuriser l'environnement. • Médecin signe Garde Préventive si refuse un transfert à l'urgence • Appeler un Code Blanc (55555) si nécessaire • Accompagner la patiente à l'urgence HRV (appeler 32725) <p>Centre de Reproduction McGill</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appeler 911 pour amener la patiente à l'urgence* • Interagir et bâtir une relation avec patiente • Prendre note de l'apparence, vêtements pour donner description à la police si elle quitte avant l'arrivée de la police • Rester avec elle jusqu'à l'arrivée du 911 • Offrir à la patiente d'appeler le CPSM pour du soutien.

Table 3. Presence of self-harm and/or suicidal ideations (inpatients and outpatients)

Positive answer to EPDS Q10 OR Patient distress OR Staff concern for suicidal thoughts	<ul style="list-style-type: none"> • Explore answer to question 10 OR • Validate observed distress with patient • Go to next step
Ask SCREENING QUESTIONS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do you have suicidal thoughts right now? 2. In the past few months, have you thought about suicide? 3. In the last year, have you attempted to end your life? 4. Do you have thoughts about harming your baby or others?
Negative screening - No to all questions	<ul style="list-style-type: none"> • Inpatients: Proceed as EPDS 19 or above • Outpatients: Proceed as EPDS 19 or above however should see a GP/psychiatrist within 1-2 weeks
Positive screening Positive or unclear answer to screening questions 1 OR 2 OR 3 OR 4	<ul style="list-style-type: none"> • Complete suicide risk assessment. FMU 8076 <p>Inpatient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implement safety measures for mother/ newborn prn • Send urgent consult to CL Psychiatry (Appendix 4) <p>Outpatient:</p> <p>Low risk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Call Centre de Prévention du Suicide with patient to determine dangerousness. • If has GP/NP/Psychiatrist, have her book an appointment. Otherwise refer to GASMA. • Mobilize her support system with her consent • Offer patient to download the Mes Outils Suicide.ca app and fill out a safety plan as a resource for them. <p>Moderate risk / High risk /or refusal to go to ED:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do not leave patient alone. Secure environment. • Physician signs Preventive Confinement if refuses transfer to ED • Call Code White (55555) if needed • Escort patient to RVH ED (call charge nurse 32725) <p>McGill Reproductive Center</p> <ul style="list-style-type: none"> • Call 911 to bring patient to the ED* • Interact and build relation with patient • Take note of appearance, clothing to give description to police if leaves before the police arrives • Stay with her until 911 come to accompany her to ED

* Seul un officier de police peut amener une personne à l'hôpital contre son gré. Seules les cliniques disposant d'installations appropriées pour garder une personne contre son gré peuvent faire une demande de Confinement/Garde en établissement. Le MRC ne dispose pas de ces installations à ce jour. Pour plus d'informations consulter le PM 410 PRO - Mise sous garde en établissement.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Patientes avec un historique de schizophrénie ou de trouble bipolaire

- Si la patiente prend des psychotropes, le nouveau-né doit être évalué par un pédiatre qui doit considérer la nécessité d'un suivi par un pédiatre en communauté.
- S'assurer que la patiente a un psychiatre traitant et noter ses coordonnées dans l'outil de gestion de cas.
- Conseillez à la patiente d'avoir des rendez-vous réguliers avec son psychiatre traitant, tous les 3 mois au minimum, et dans les 1 à 3 mois suivant l'accouchement.
- Prévoir de prolonger l'hospitalisation de la patiente pendant 3 jours après l'accouchement pour la surveiller. Il y a un risque élevé de psychose post-partum dans les 3 premiers jours.
- Pendant que la patiente est hospitalisée et présente des symptômes psychiatriques, il faut demander une consultation psychiatrique au bureau C-L.
- Envoyer une DSIE pour informer le CLSC que la patiente aura besoin de soutien additionnel avec le bébé.

DOCUMENTATION DANS LE DOSSIER

- L'EPDS fait partie du dossier de la patiente, dans le cadre de l'évaluation globale de la patiente
- La clinicienne qui a demandé au patient de remplir l'EPDS ou de répondre aux questions de dépistage du suicide est tenue de documenter les réponses dans ses notes d'évolution, ainsi que ses interventions et les références effectuées.
- En présence d'idées suicidaires, la clinicienne est chargée de documenter toutes les informations qui concernent la suicidabilité, les interventions effectuées et la réponse de la patiente.
- Le médecin qui réfère la patiente vers un service de psychiatrie est tenu d'indiquer sur le formulaire de référence et dans le dossier de la patiente que celle-ci a été informée du plan de suivi et qu'elle y a consenti.
- Dans le centre de naissance, les unités antepartum et postpartum, le personnel peut utiliser l'onglet Évaluation de la santé mentale dans Centricity Perinatal.

Les patientes ayant vécu un deuil périnatal peuvent avoir besoin de soutien pendant leur hospitalisation et après leur sortie de l'hôpital :

- Appeler le service de soins spirituels pédiatrique pour offrir un soutien à la patiente et à sa famille (24 heures sur 24, 7 jours sur 7)
- Offrir le soutien des travailleuses sociales (heures ouvrables)
- Proposer de référer à Le Phare - Enfants et familles pour un suivi à la maison. Les documents sont dans les dossiers sur le deuil périnatal/ sur le site web interne de la Mission SF.

- Offer patient to call the CPSM for support.

* Only a police officer can bring a person to the hospital against their will. Only clinics with appropriate facilities to keep a person against their will may apply Confinement/Garde en établissement. The MRC currently does not have these facilities (MESS, 2025). For more information consult the PM 410 PRO - Procedure for confinement in health and social services institutions.

SPECIAL CONSIDERATIONS

Patients with a history of schizophrenia or bipolar disorder

- If the patient takes psychotropic medications, the newborn needs a pediatrician evaluation, who should consider referring the newborn to a community pediatrician for follow-up
- Make sure the patient has a treating psychiatrist and write down contact information in the case management tool
- Advise the patient to have regular appointments with her treating psychiatrist, every 3 months at a minimum, and within 1-3 months postpartum
- Plan to prolong the patient's hospitalization for 3 days after delivery for monitoring. There is a high risk for a postpartum psychosis in the first 3 days postpartum.
- While the patient is on the inpatient unit and exhibiting psychiatric symptoms, request a psychiatric consultation to the C-L Mental Health/Psychiatry office.
- Send DSIE to inform CLSC that the patient will require additional support with the baby.

DOCUMENTATION IN CHART

- The EPDS is part of the patient's chart, as part of the patient's overall assessment.
- The health professional that had the patient fill the EPDS or answer the suicide screening questions is responsible to document the answers in the progress notes, as well as any interventions and referrals done.
- In the presence of suicidal ideations, the clinician is responsible to document all information collected with regards to suicidality, interventions completed and the patient's response.
- The physician making a referral to Psychiatry is responsible to document on the referral form and in the patient's chart that the patient was informed and has consented to the follow-up plan.
- In the Birthing Centre, Antepartum and Postpartum units, staff can use the Mental health evaluation tab in Centricity Perinatal

Patients with a perinatal loss may require emotional and psychological support while hospitalized and after discharge:

- Call Pediatric Spiritual care service to offer support to patient and family (24/7)
- Offer support from social workers (business hours)
- Offer to refer to Le Phare – Enfants et familles for follow-up when home. Documents are in the perinatal loss binders or on the WHM website.

- o Soutien gratuit et illimité aux individus, aux couples, aux enfants et à toute personne touchée par la perte périnatale (suivi au CUSM)
- o Virtuel ou en personne
- o En tout temps après la perte
- Remplir une DSIE pour informer le CLSC du deuil périnatal

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

Les sujets suivants doivent être abordés avec les patientes et les familles selon la situation:

- Fiche d'information sur les stratégies et le soutien en matière de santé mentale (Annexe 2)
- Le « blues » du post-partum
- Dépression post-partum (mère et partenaire)
- Avantages de la thérapie de groupe (rompre l'isolement social; ne pas avoir à raconter son histoire si l'on n'en a pas envie)

- o Free, unlimited support to individuals, couples, children and anyone affected by the perinatal loss (followed at MUHC)
- o Virtual or in person
- o Anytime after the loss
- Complete DSIE to inform CLSC of perinatal loss

TEACHING PROGRAM

The following topics should be broached with patients and families according to the situation:

- Information sheet for mental health strategies and support (Appendix 2)
- Post-partum “blues”
- Post-partum depression (mother and partner)
- Benefits of group therapy (breaking social isolation; don't have to share their story if they don't wish to)

AUTEUR PRINCIPAL:

Sophia Kapellas, RN, MScN, Advanced practice nurse, Women's Health Mission

Gabrielle Garrel, RN, MScN, Advanced practice nurse, Mental Health and Psychiatry, Psychiatry Consultation Liaison Team

CONSULTANTS:

Rahel Giorghis, MD, FRCSC, FRCPC, Consultation-liaison and Reproductive Mental Health Psychiatry

Elisabeth Chailloux, RN, MScN, CSI Obstétrique

Benoit Cousineau, RN, Directeur adjoint, Urgences et Santé mentale, Direction des services professionnels et multidisciplinaires

Malisa Khongkham, RN, Nurse manager, Maternity and Obstetrics clinics

Fady Mansour, MD, FRCSC, Chief of Obstetrics, Women's Health Mission

Chantal Martel, PhD, Psychologist, Women's Health Mission

Ingrid Merzbacher-Boucher, RN, Nurse manager Labor & Delivery

MISE À JOUR

La révision du document se fait dans un délai maximal de quatre ans ou plus tôt si les données probantes ou les besoins de la pratique clinique changent.

RÉFÉRENCES

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Éducaloi. (2025). La garde préventive : Pour une situation urgente. <https://educaloi.qc.ca/capsules/garde-preventive-situation-urgente/>
- Gouvernement du Québec. (2024). Planifier et déployer des actions et des services concertés en prévention du suicide. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-247-01W.pdf>
- Jahan, N., Went, T. R., Sultan, W., Sapkota, A., Khurshid, H., Qureshi, I. A., & Alfonso, M. (2021). Untreated depression during pregnancy and its effect on pregnancy outcomes: a systematic review. *Cureus*, 13(8).
- Kobylski, L. A., Keller, J., Molock, S. D., & Le, H. N. (2023). Preventing perinatal suicide: an unmet public health need. *The Lancet Public Health*, 8(6), e402.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2024). Outils de promotion d'une santé mentale positive en périnatalité. Publication no : 24-918-08W
- Li, X., Fang, L., Guan, L., Zhang, J., Zheng, M., & Zhu, D. (2023). The effects of light therapy on depression and sleep in women during pregnancy or the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*, 13(12), e3339.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale. (2025). Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Retrieved August 14th, 2025 from <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/p-38.001> (Articles 6 et 8)
- Stein, Alan et al. (2018). Mitigating the effect of persistent postnatal depression on child outcomes through an intervention to treat depression and improve parenting: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, Volume 5, Issue 2, 134 – 144
- Vigod, S. N., Frey, B. N., Clark, C. T., Grigoriadis, S., Barker, L. C., Brown, H. K., ... & Van Lieshout, R. J. (2025). 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 périnatals. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 07067437241303031.
- Wathen, C.N. & Varcoe, C. (2021). Trauma- & Violence-Informed Care (TVIC): A Tool for Health & Social Service Organizations & Providers. London, Canada
- Xu, H., Liu, R., Wang, X., & Yang, J. (2023). Effectiveness of aerobic exercise in the prevention and treatment of postpartum depression: Meta-analysis and network meta-analysis. *Plos one*, 18(11), e0287650.

PROCESSUS D'APPROBATION

Approbation institutionnelle

Comités		Date [aaaa-mm-jj]	
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de révision de la pratique clinique adulte (acronyme anglophone CPRC)		2025-09-04	
<input type="checkbox"/> Comité de pharmacologie des sites adultes (P&T) (si pertinent)		NA	
<input type="checkbox"/> Table des directeurs (si pertinent)			
Historique des versions (à compléter par l'administration)			
Version	Description	Auteur/responsable	Date
No 1	Création	Sophia Kapellas, RN, MScN, Advanced practice nurse, Women's Health Mission	2019-01-28
No 2	Révision	Sophia Kapellas, RN, MScN, Advanced practice nurse, Women's Health Mission	2025-09-05
No	Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modifications, etc.)	Acronyme direction, Nom fonction	
No	Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modifications, etc.)	Acronyme direction, Nom fonction	

Annexe 1 - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre



Mission Santé des femmes

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS¹)

DATE (AAAA/MM/JJ): _____

Nous reconnaissons que beaucoup d'émotions peuvent survenir pendant la conception, la grossesse, l'accouchement, le postpartum et l'éducation des enfants. Nous nous intéressons à votre bien-être et nous utilisons ce formulaire pour avoir une idée de comment vous vous sentez et pour démarrer une conversation.

► Veuillez choisir la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti **DURANT LES 7 DERNIERS JOURS**, pas seulement de ce que vous ressentez aujourd'hui.

DURANT LES 7 DERNIERS JOURS:

<p>1. J'ai pu rire et voir les choses du bon côté</p> <p><input type="checkbox"/> Autant que d'habitude (0) <input type="checkbox"/> Pas tout à fait autant (1) <input type="checkbox"/> Beaucoup moins souvent (2) <input type="checkbox"/> Pas du tout (3)</p>	<p>6. Je me suis sentie dépassée par les évènements</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations (3) <input type="checkbox"/> Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude (2) <input type="checkbox"/> Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations (1) <input type="checkbox"/> Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude (0)</p>
<p>2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir</p> <p><input type="checkbox"/> Autant que d'habitude (0) <input type="checkbox"/> Plutôt moins que d'habitude (1) <input type="checkbox"/> Beaucoup moins que d'habitude (2) <input type="checkbox"/> Presque pas du tout (3)</p>	<p>7. J'ai des difficultés à dormir même quand j'ai la possibilité de le faire</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps (3) <input type="checkbox"/> Oui, parfois (2) <input type="checkbox"/> Pas très souvent (1) <input type="checkbox"/> Non, jamais (0)</p>
<p>3. Je me suis reproché d'être responsable quand les choses allaient mal</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps (3) <input type="checkbox"/> Oui, parfois (2) <input type="checkbox"/> Pas très souvent (1) <input type="checkbox"/> Non, jamais (0)</p>	<p>8. Je me suis senti(e) triste ou malheureux (se)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps (3) <input type="checkbox"/> Oui, assez souvent (2) <input type="checkbox"/> Pas très souvent (1) <input type="checkbox"/> Non, pas du tout (0)</p>
<p>4. Je me suis sentie anxieuse ou inquiète sans raison</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais (0) <input type="checkbox"/> Pas très souvent (1) <input type="checkbox"/> Oui, parfois (2) <input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps (3)</p>	<p>9. Je me suis sentie tellement malheureuse que j'ai pleuré</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps (3) <input type="checkbox"/> Oui, assez souvent (2) <input type="checkbox"/> Seulement de temps en temps (1) <input type="checkbox"/> Non, jamais (0)</p>
<p>5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raison</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, vraiment souvent (3) <input type="checkbox"/> Oui, parfois (2) <input type="checkbox"/> Non, pas très souvent (1) <input type="checkbox"/> Non, pas du tout (0)</p>	<p>10. L'idée de mettre fin à ma vie m'est déjà passée par la tête</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, assez souvent (3) <input type="checkbox"/> Parfois (2) <input type="checkbox"/> Presque jamais (1) <input type="checkbox"/> Jamais (0)</p>

► SVP, ADDITIONNEZ LES POINTS DE CHAQUE QUESTION POUR AVOIR LE SCORE TOTAL: _____

Avez-vous déjà reçu un diagnostic par un professionnel de la santé de:

<input type="checkbox"/> Dépression majeure	<input type="checkbox"/> Trouble anxieux	<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez SVP:
<input type="checkbox"/> Dépression du postpartum	<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire	

¹ Adapté de: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.



Women's Health Mission
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS¹)

DATE (YYYY/MM/DD): _____

There are many different feelings and experiences during conception, pregnancy, birth, postpartum, and parenting. We care about you, and we use this form to check in and as a starting point for conversations.

► Please select the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

IN THE PAST 7 DAYS:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things <input type="checkbox"/> As much as I always could (0) <input type="checkbox"/> Not quite as much now (1) <input type="checkbox"/> Definitely not as much now (2) <input type="checkbox"/> Not at all (3)	6. I have felt overwhelmed <input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all (3) <input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual (2) <input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well (1) <input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever (0)
2. I have looked forward to things <input type="checkbox"/> As much as I ever did (0) <input type="checkbox"/> Somewhat less than I used to (1) <input type="checkbox"/> Definitely less than I used to (2) <input type="checkbox"/> Hardly at all (3)	7. I have had difficulty sleeping even when I have the opportunity to sleep <input type="checkbox"/> Yes, most of the time (3) <input type="checkbox"/> Yes, sometimes (2) <input type="checkbox"/> Not very often (1) <input type="checkbox"/> No, never (0)
3. I have blamed myself when things went wrong <input type="checkbox"/> Yes, most of the time (3) <input type="checkbox"/> Yes, sometimes (2) <input type="checkbox"/> Not very often (1) <input type="checkbox"/> No, never (0)	8. I have felt sad or miserable <input type="checkbox"/> Yes, most of the time (3) <input type="checkbox"/> Yes, quite often (2) <input type="checkbox"/> Not very often (1) <input type="checkbox"/> No, not at all (0)
4. I have felt anxious or worried for no reason <input type="checkbox"/> No, not at all (0) <input type="checkbox"/> Hardly ever (1) <input type="checkbox"/> Yes, sometimes (2) <input type="checkbox"/> Yes, very often (3)	9. I have felt so unhappy that I have been crying <input type="checkbox"/> Yes, most of the time (3) <input type="checkbox"/> Yes, quite often (2) <input type="checkbox"/> Only occasionally (1) <input type="checkbox"/> No, never (0)
5. I have felt scared or panicky for no reason <input type="checkbox"/> Yes, quite a lot (3) <input type="checkbox"/> Yes, sometimes (2) <input type="checkbox"/> No, not much (1) <input type="checkbox"/> No, not at all (0)	10. The thought of ending my life has occurred to me <input type="checkbox"/> Yes, quite often (3) <input type="checkbox"/> Sometimes (2) <input type="checkbox"/> Hardly ever (1) <input type="checkbox"/> Never (0)

► PLEASE ADD UP YOUR SCORE ON EACH QUESTION TO OBTAIN A TOTAL SCORE: _____

Have you ever been diagnosed by a health professional with:

<input type="checkbox"/> Major depressive disorder	<input type="checkbox"/> Anxiety disorder	<input type="checkbox"/> Other, please specify: _____
<input type="checkbox"/> Postpartum depression	<input type="checkbox"/> Bipolar disorder	

¹ Adapted from: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

Pour des symptômes de dépression ou d’anxiété légère, vous pouvez:

- Prendre des Omega-3s (EPA 1g deux fois par jour)
- Débuter la luminothérapie (10 000 lux, lumière blanche, 30-60 min par jour, au réveil, pendant 6 semaines)
- Exercice: 30 minutes d’activité modérée au moins 3 fois par semaine
- Thérapies de groupe (gratuites):
 - ❖ **Groupe du CUSM pour femmes enceintes/ accouchées vivant avec une dépression ou l’anxiété.** Dirigé par une psychologue. Demandez à votre infirmière ou médecin d’envoyer une référence.
 - ❖ **Groupe de soutien par les pairs en santé mentale post-partum:** pour les femmes enceintes ou ayant accouché souffrant de dépression ou d’anxiété. Pour s’inscrire,appelez au 514-485-7814 ou envoyez un courriel à info@womensortherise.ca
- Ressource en ligne - **Toi, Moi, Bébé:**
 - ❖ 10 modules gratuits pour gérer votre stress et vos émotions.
→ Visitez <https://toimoibebe.ca/>

***** Il est important d’aviser votre médecin de famille que vous avez débuté ces traitements pour assurer un suivi régulier concernant votre réponse aux traitements par un professionnel de la santé.**

Pour des symptômes de dépression ou d’anxiété modérée, vous pouvez:

- Débuter tous les traitements pour une dépression légère mentionnés ci-dessus. Ils peuvent vous aider.
- Chercher et commencer de la **psychothérapie** (les listes d’attente peuvent varier)
 - ❖ Votre programme d’aide aux employés paie souvent au moins 4-5 séances par année.
 - ❖ Le CLSC offre parfois des séances de psychothérapie gratuitement
 - ❖ Centre St-Pierre: 514-524-3561
 - ❖ Clinique de Santé Émotionnelle (Thérapie cognitivo-comportementale) 514-485-7772
 - ❖ Consulter l’Ordre des Psychologues du Québec pour trouver un thérapeute: 1-800-561-1223
- Consultez votre médecin pour commencer des **médicaments antidépresseurs**. Durant la grossesse et en postpartum, les médicaments suivants sont de bonnes options pour la dépression. Vous devriez les prendre pour 6 mois à 1 an: Sertraline; Citalopram; Escitalopram.

***** Si votre condition ne s’améliore pas après avoir essayé ces traitements pendant 3 mois, il est important de consulter un psychiatre (à travers votre CLSC ou une consultation d’un médecin).**

Pour des symptômes de dépression ou d’anxiété sévères OU si vous avez idées suicidaires:

- ◊ **Vous devez consulter un professionnel en santé mentale de manière urgente.**
- ◊ Débutez un ou plusieurs des traitements mentionnés ci-dessus pour une dépression légère ou modérée. Ils peuvent vous aider.
- ◊ Si vous avez déjà un médecin de famille, un psychologue ou un psychiatre, veuillez prendre un rendez-vous urgent et les informer de votre situation.
 - ★ Si vous ne trouvez pas de rendez-vous dans les prochaines 24 heures, présentez-vous à l’urgence la plus proche de chez vous.
 - ★ **Si vous avez des idées constantes de suicide ou si vous pensez à faire du mal à quelqu’un d’autre:**
 - **Présentez-vous immédiatement à l’urgence la plus proche de chez vous**
 - **Appelez un centre de crise en tout temps, jour et nuit:**
 - ◊ Centre de Prévention du Suicide de Montréal: 1 866 277-3553; Texto 535353; Chat suicide.ca
 - ◊ TRACOM: 514-483-3033

Pour le deuil périnatal: Recevez un soutien illimité et gratuit au Phare – Enfants et Familles

→ Appelez au 514-787-8804; 514-787-8818 ou par courriel au psychosocial@phare-lighthouse.com

Rejoignez un groupe de soutien par les pairs: visitez <https://crl-rho.org/coeurage/>

Patient information sheet: Mental health strategies and community resources

If you are having symptoms of possible mild depression or anxiety, you can do any of the following

- Take Omega-3s (EPA1 g two times per day)
- Start Light therapy (10 000 lux, white light, 30-60 min min per day in the morning for 6 weeks)
- Exercise: 30 minutes of moderate activity at least 3 times per week
- Group therapies (free):
 - ❖ **MUHC Coping with depression and anxiety during pregnancy or postpartum:**
Support group for pregnant/ postpartum women suffering from depression or anxiety.
→ Ask your nurse or doctor to send a referral
 - ❖ **Post-Partum Mental Health Peer Support Group:**
Peer support group for women suffering from depression or anxiety in pregnancy or postpartum.
→ To register, email info@womenontherise.ca or call 514-485-7814.
- Online resource - **Toi, Moi, Bébé:**
10 free modules to learn how to manage your stress and emotions.
→ Visit: <https://toimoibebe.ca/en/>

***** Please advise your family doctor that you are starting these treatments and ensure regular follow-up with a health professional regarding your response to treatment.**

If you are having symptoms of probable, moderate depression or anxiety, you can:

- **Start any or all the treatments above for mild depression or anxiety.** They can be helpful for you.
- Find and start formal individual **psychotherapy**. Psychotherapy wait lists can be variable.
 - ❖ Your work Employee Support Program will usually pay for at least 4-5 sessions per year
 - ❖ Your local CLSC may be able to provide individual therapy services for free
 - ❖ Centre St-Pierre: 514-524-3561
 - ❖ Emotional Health CBT clinic: 514-485-7772
 - ❖ Consult the Ordre des Psychologues du Québec to find a therapist near you: 1-800 561-1223
- Consult a doctor and consider starting **antidepressant medications**. During pregnancy and postpartum, the following medications are good options for depression. You should take them for 6 months to 1 year:
 - ❖ Sertraline; Citalopram; Escitalopram.

***** If you show no response to these treatments after 3 months, please ask to be referred to a psychiatrist (this can be done through your CLSC or a doctor can write a referral for you).**

If you are having symptoms of probable, severe depression or anxiety AND/OR thinking of hurting yourself or others:

- ◊ **You have to consult a mental health professional urgently.**
- ◊ Start any or all the treatments above for mild depression or anxiety. They can be helpful for you.
- ◊ If you already have a family doctor, psychologist or psychiatrist, please book an urgent appointment and advise them of your condition.
 - ★ If you don't have an appointment within 24 hours, go to the nearest emergency room
 - ★ **If thoughts of hurting yourself or others become too intense for you:**
 - **Go to the nearest emergency room as soon as possible**
 - **Call a crisis center anytime, day or night:**
 - ◊ Suicide Prevention Centre of Montreal: 1 866 277-3553; Text 535353; Chat suicide.ca
 - ◊ TRACOM: 514-483-3033

For perinatal loss, receive free unlimited support from Le Phare – Enfants et Familles

→ Call 514-787-8804; 514-787-8818 or send an email to psychosocial@phare-lighthouse.com

Join a peer support group - Center for reproductive loss – Visit: <https://crl-rho.org/coeurage/?lang=en>

Annexe 3

Référence pour services dans la communauté – Community services referral

Trouver un médecin de famille (à travers le CSLC) / Looking for a family doctor

- **Si la patiente n'a pas de médecin de famille, elle doit faire les arrangements à travers le CLSC/ sur Internet:**
https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/GRL/LM_GuichAccesMdFamCitoy/fr
- If patient does not have a family doctor ask them to make arrangements to request one through CLSC or online:
https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/GRL/LM_GuichAccesMdFamCitoy/en

CLSC - Service Enfance-Famille

Chaque CLSC a une offre de service différente qui inclut souvent:

- Soutien et enseignement concernant les soins du bébé
- Soutien et enseignement sur l'alimentation du bébé et suivi nutritionnel pour les femmes enceintes ou les enfants ayant des besoins spécifiques par une nutritionniste
- Suivi de croissance et du développement
- Soutien aux familles nouvellement immigrées
- Suivi psychosocial ou psychoéducatif au besoin
- Halte-allaitement

Each CLSC offers different services that often include:

- Baby care support and education
- Baby feeding support and education and nutritional follow-up by a nutritionist for expectant moms or kids with special needs
- Growth and development monitoring
- Support for recent immigrant families
- Psychosocial or psychoeducational follow-up, where necessary

Prise en charge en psychiatrie deuxième ligne / Requesting second-line psychiatric evaluation

Quoi inclure dans la demande de consultation / What to include in the request for consultation:

- **Niveau d'urgence pour la demande** - Level of urgency for the request:
SVP voir la patiente dans les ____ semaines / Please see patient within ____ weeks.
- **Le consentement de la patiente**/ Patient's consent for the referral
- **Historique médical pertinent**/ Pertinent medical history
- **Liste de médicaments (psychiatriques et autres)**/ List of the medication (psychiatric and others)
- **Services spécifiques requis**/ Specific services required
- **Score selon Échelle Postnatale de Dépression d'Edimbourg (EPDS)**/ EPDS score: ____
- **Évaluations psychiatriques si pertinent**/ Psychiatric evaluations if applicable;

Annexe 4 - Guide d'information sur les références - Referral information guide

Services	Quand consulter When to consult	Comment référer How to refer
Service de Consultation-Liaison (CL) Psychiatrie/Consultation-Liaison Psychiatry service	Évaluation psychiatrique durant l'hospitalisation Inpatient psychiatric assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin ou IPS écrit consultation incluant leur évaluation - Agente administrative/Infirmière appelle bureau CL #35502 et envoie la consultation à clfaxglen@muhc.mcgill.ca - Patiente admise avec idéations suicidaires soir/nuit/fin de semaine: contacter Psychiatre de garde pour Glen - Obstetric physician or NP writes a referral to CL including the description of their assessment - RN/Admin calls the CL office 35502 and sends the consult to clfaxglen@muhc.mcgill.ca - Admitted patient with suicidal ideations evening/night/weekend: page Psychiatrist on call at Glen through Locating
Psychiatrie Reproductive Psychiatry	Évaluation en externe de la santé mentale et traitement en période périnatale. Outpatient mental health evaluation and treatment in perinatal period	Send consult by email to sante.femme-santementale@muhc.mcgill.ca
CL Infirmière de Liaison nurse	Référence pour 2e ligne en dehors de Montréal/Laval Second line referral outside of Montreal/	Appeler/Call 38057
Groupe de Psychologie HME Dirigé par Psychologue Psychology group MCH Run by Psychologist	Patiante enceinte/postpartum du CUSM demandant soutien en gestion de dépression/anxiété MUHC pregnant/postpartum patient who requests support to cope with depression/anxiety	<p>Envoyer consultation (infirmière ou médecin) par Oacis ou par courriel à elizabeth.shore@muhc.mcgill.ca</p> <p>Send consult (RN or physician) through Oacis or by email to elizabeth.shore@muhc.mcgill.ca</p>
Psychologie sessions individuelles Psychology individual sessions	Surtout pour patientes hospitalisées et occasionnellement pour faire le pont jusqu'à prise en charge du GASMA Mostly for Inpatients and occasionally bridge at discharge until seen by GASMA	<p>Seuls les psychiatres du CL peuvent référer une patiente pour des sessions individuelles limitées par un psychologue du CUSM</p> <p>Only the CL or Reproductive psychiatrists can refer a patient for limited individual sessions by an MUHC Psychologist</p>
CLSC Accueil Psychosocial	Aide/ soutien psychologique par TS/ Psychological support by SW	DSIE ou patiente elle-même en contactant son CLSC DSIE or patient contacts her CLSC on her own
Mécanisme d'Accès en Santé Mentale Adulte (GASMA)	Besoin de services psychiatriques de deuxième ligne en communauté Need for second-line referral in the community	DSIE
Le Phare Enfants et Familles	Patiante/famille avec deuil périnatal Patient/family with a perinatal loss	Envoyer formulaire à psychosocial@phare-lighthouse.com Email form to psychosocial@phare-lighthouse.com
Toi, moi, bébé	Plateforme s'adressant aux futurs et nouveaux parents. Le programme vise à prévenir anxiété/dépression postpartum. Online platform for future and new parents. The program aims to prevent postpartum anxiety and depression.	Toimoibebe.ca Toimoibebe.ca/en
Centre de santé autochtone Tiohtià:ke Indigenous Health Centre of Tiohtià:ke	Soutien pour Autochtones urbains de Montréal Support for urban Indigenous people of Montreal	info@ihct.ca 514-482-8557
Lignes d'assistance téléphonique d'urgence 24/7 (Centres de crise) Crisis hotlines/centers 24/7	<p>Détresse psychologique Psychological distress</p> <p>Idéations suicidaires/ Suicidal ideations Centre de prévention du suicide (CPSM) Partout au Québec/ All of Quebec</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TRACOM: 514-483-3033 - 811 option#2 (Psychosocial) - Hope for wellness 1-855-242-3310 (Inuktitut, Cree, Ojibway) - Wiichihiituuwin Helpline 1-833-632-4357 (Cree) - Kamatsiaqtut Helpline 1-800-265-3333 (Inuit) - SOS Violence conjugale 1-800-363-9010 <p>Tel: 1-866-APPELLE (1-866-277-3553) Texto: 535353 Clavardage/ chat: suicide.ca</p>

Annexe 5 - Soins tenant compte des traumatismes et des violences (STCTV)

Adapté de Wathen, C.N. & Varcoe, C. (2021). Trauma- & Violence-Informed Care (TVIC): A Tool for Health & Social Service Organizations & Providers. London, Canada.

Un traumatisme constitue l'expérience ainsi que la réponse à un événement négatif (ou à une série d'événements) qui dépasse les capacités d'adaptation de la personne. Les événements sont traumatisants en raison des interactions complexes entre la neurobiologie de la personne, ses expériences antérieures de traumatisme et de violence, et l'influence des structures communautaires et sociales globales. **Les traumatismes peuvent influencer le comportement.** Par exemple, des expériences négatives dans l'enfance peuvent entraîner des effets à long terme, comme le stress, l'anxiété, la dépression, les comportements à risque et l'usage de substances. **Les réponses aux traumatismes et aux violences**, comme l'usage de substances et des troubles de santé mentale, sont prévisibles lorsque les personnes font face à des événements menaçants, surtout quand les iniquités et les violences structurelles perdurent.

Un traumatisme peut aussi résulter de ce qui n'arrive pas, tel que la non-reconnaissance et l'inaction des systèmes face aux violences vécues par les personnes.

Les soins tenant compte des traumatismes (STCT) apportent une sécurité aux usagers, dans la mesure où ils permettent de comprendre les effets des traumatismes et leurs liens étroits avec la santé et le comportement; il ne s'agit pas de faire ressortir ou de traiter les traumatismes. **Les soins tenant compte des traumatismes et des violences (STCTV)** élargissent la notion des STCT en prenant en considération les effets croisés des violences systémiques et interpersonnelles et des iniquités structurelles dans la vie de la personne, et mettent l'accent sur les violences historiques et actuelles, et leurs effets traumatisants.

Les **STCTV** constituent **une approche universelle** visant à ce que toutes les personnes, notamment celles qui font face à la stigmatisation, au racisme et à d'autres formes de discrimination, ne subissent pas d'autres préjudices à travers vos soins. Cela nous pousse, en tant que prestataires de services, à examiner nos biais, nos préjugés et nos croyances et à travailler dans un esprit d'humilité et d'humanité. Cela suppose aussi qu'il n'est pas nécessaire pour nous de connaître les violences ou les traumatismes spécifiques vécus par les personnes: ainsi **tout le monde reçoit des soins sécuritaires et respectueux**.

Les Quatre Principes des STCTV

Comprendre les violences et les traumatismes subis ainsi que leurs effets sur la vie et le comportement des personnes

- Tenir compte de l'historique et de ses effets ('signaux d'alerte')
- Traiter la divulgation de traumas avec délicatesse :
 - croire la personne
 - affirmer et valider son expérience
 - se préoccuper de sa sécurité et de son bien-être

Créer des environnements émotionnellement et physiquement sécuritaires pour tous

- Créer un espace et des processus d'admission accueillants; insister sur la confidentialité et les priorités de la personne
- Adopter une approche sans jugement (faire en sorte que les gens se sentent dignes et acceptés)
- Tisser des liens et favoriser la confiance
- Communiquer clairement les informations et les attentes

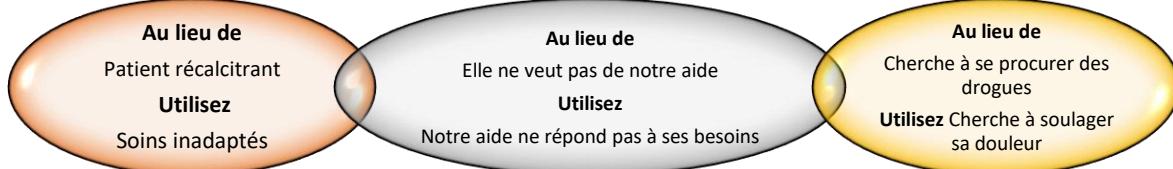
Favoriser les choix, la collaboration et la connexion

- Encourager la prise de décision partagée et la participation
- Offrir des vrais choix et des soins significatifs pour la personne
- Envisager des solutions dans un esprit de collaboration
- Faire preuve d'écoute active et privilégier l'avis de la personne

Soutenir les personnes selon une approche axée sur les forces et le renforcement des capacités

- Prévoir suffisamment de temps pour des interactions significatives
- Souligner les forces de la personne et l'aider à les identifier
- Comprendre les effets des conditions historiques et structurelles
- Enseigner des techniques pour se calmer, se concentrer et reconnaître les éléments déclencheurs

Les mots comptent!



Trauma- & Violence-Informed care (TVIC)

Adapted from Wathen, C.N. & Varcoe, C. (2021). *Trauma- & Violence-Informed Care (TVIC): A Tool for Health & Social Service Organizations & Providers*. London, Canada.

Trauma is both the experience of, and a response to, an overwhelmingly negative event or series of events. Events are traumatic due to complex interactions between someone's neurobiology, their previous experiences of trauma and violence, and the influence of broader community and social structures.

Trauma can impact behaviour. For example, adverse childhood experiences can have long-term effects including stress, anxiety, depression, risky behaviours and substance use. **Responses to trauma and violence**, including substance use and poor mental health, are predictable when people face highly threatening events, especially when inequities and structural violence are ongoing

Trauma can also result from what doesn't happen, for example when systems fail to recognize and respond to people's violence experiences.

Trauma-informed care (TIC) creates safety for service users by understanding the effects of trauma, and its close links to health and behaviour; it is not about eliciting or treating people's trauma. **Trauma- and violence-informed care (TVIC)** expands on this to account for the intersecting impacts of systemic and interpersonal violence and structural inequities on a person's life, emphasizing both historical and ongoing violence and their traumatic impacts.

TVIC is a universal approach to ensure that all people, especially those who face stigma, racism and other forms of discrimination, are not further harmed in your care. It requires us – as individual providers and organizational leaders - to examine our own assumptions and beliefs and work from a place of humility and humanity. Practicing in this way also means that disclosure or knowledge of people's specific experiences of trauma/violence is not necessary – **everyone gets respectful, safe care**.

The Four Principles of TVIC

Understand trauma, violence and its impacts on people's lives and behavior

- Be mindful of personal histories and possible effects ('red flags')
- Handle disclosures of trauma appropriately:
 - believe the person
 - affirm and validate their experience
 - express concern for their safety and well-being

Create emotionally and physically safe environments for all clients and providers

- Create a welcoming space; emphasize confidentiality and the person's priorities
- Take a non-judgmental approach (make people feel accepted and deserving)
- Foster connection and trust
- Provide clear information and expectations

Foster opportunities for choice, collaboration and connection

- Encourage shared decision making and participation
- Provide real and meaningful care choices
- Consider choices collaboratively
- Actively listen, and privilege the person's voice

Use a strengths-based and capacity building approach to support clients

- Allow sufficient time for meaningful engagement
- Recognize and help people identify strengths
- Acknowledge the effects of historical and structural conditions
- Teach skills for calming, centering and recognizing triggers

Language matters!

