



ST JOHN OF GOD
Burwood Hospital



UNSW
AUSTRALIA

Psychiatry
Medicine



Psychiatry
Medicine

Dépistage psychosocial : contexte du dépistage, l'expérience Australienne-

Reseau Perinatal Nouvelle Aquitaine
10 Octobre 2019

Traduction diaporama Elisabeth Glatigny Dallay, RPNA

Prof Marie-Paule Austin

**Chaire St John of God Perinatal & Women's Mental Health, University of New
South Wales**

Director Perinatal Mental Health service Royal Hospital for Women

Sydney, Australia

m.austin@unsw.edu.au



UNSW
UNIVERSITY OF NEW SOUTH WALES

Psychiatry
Medicine





'Périnatalité' dans le contexte de la santé mentale : Définition et implications

- Grossesse et 1ère année (peut être plus long)
- Englobe la morbidité *maternelle* et *infantile*
- Met l'accent sur une approche préventive des troubles postnataux
- Le passage de la simple "dépression postnatale" à un large éventail de conditions au cours de la période périnatale (Marce Position Statement 2014, Australian Clinical Practice Guideline 2017).



Réflexions actuelles sur les épisodes de santé mentale en période périnatale

- Il est important de considérer la période périnatale comme faisant partie d'un continuum de risque et de prévalence à vie pour les épisodes de santé mentale.
- Les rechutes ainsi que les nouveaux épisodes surviennent pendant la grossesse.
- Risque exceptionnel d'apparition d'un nouvel épisode grave au cours des premières semaines postnatales chez un petit pourcentage de femmes - étiologie neuroendocrinienne possible.

Épisodes cliniques Munk-Olsen 2016

comprend depression, anxiété



Psychiatry
Medicine

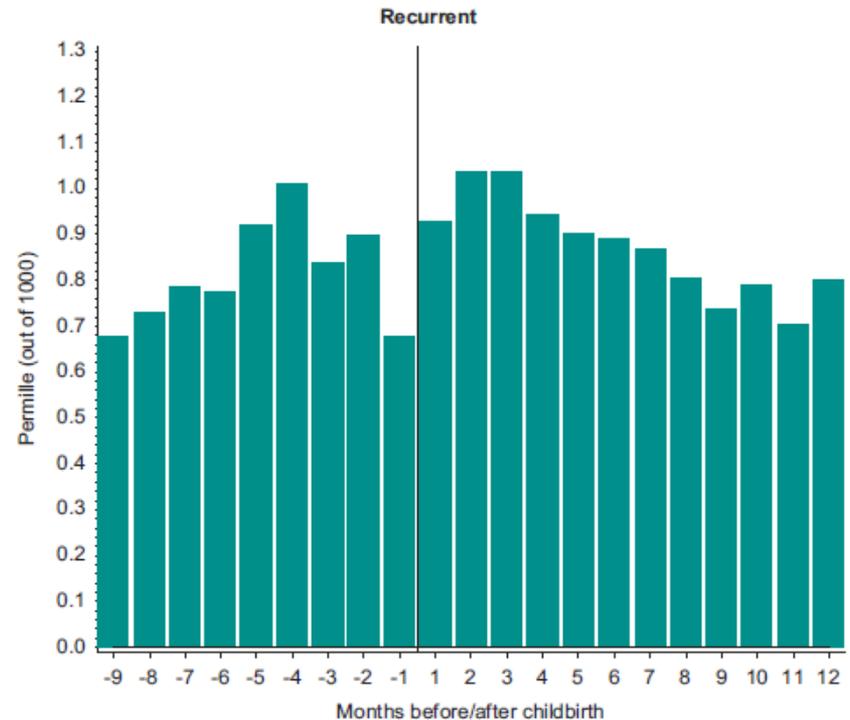
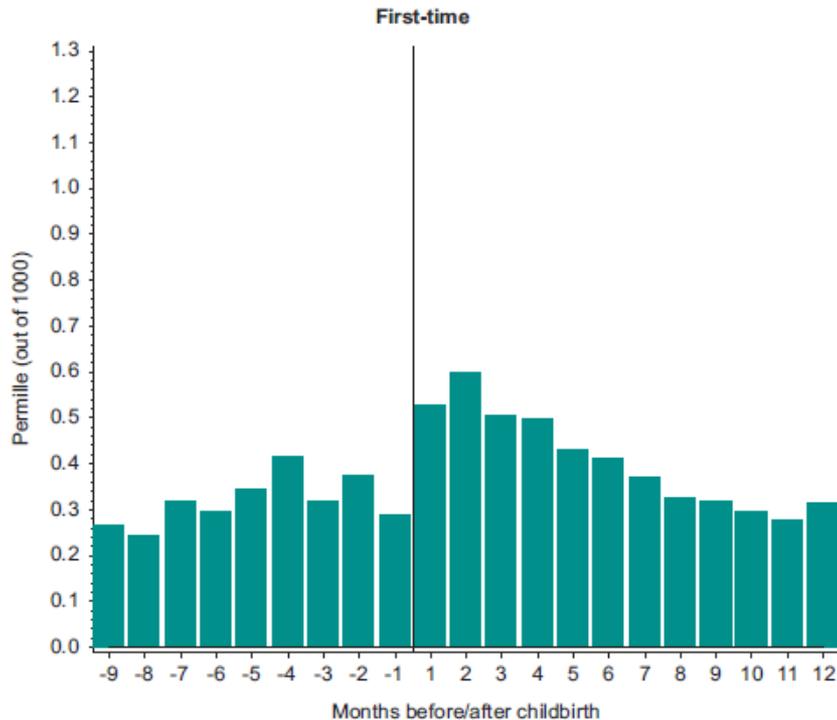


Épisodes récurrents ~ 2x plus fréquents que les premiers épisodes
(comparer 2 graphiques)

Premiers épisodes: un pic postnatal les premiers mois

Épisodes récurrents : noter la faible différence prénatale et postnatale

Outpatient, psychiatric treatment facility





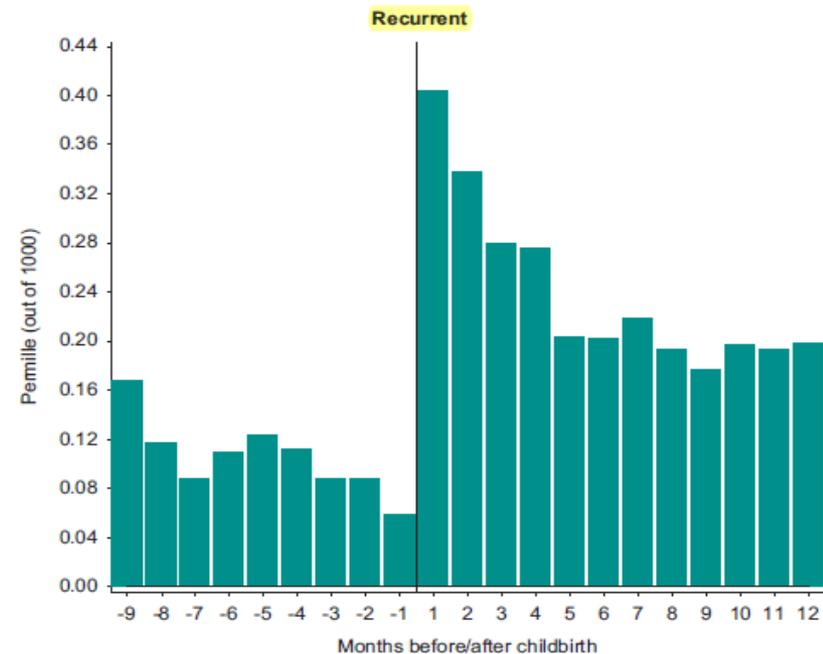
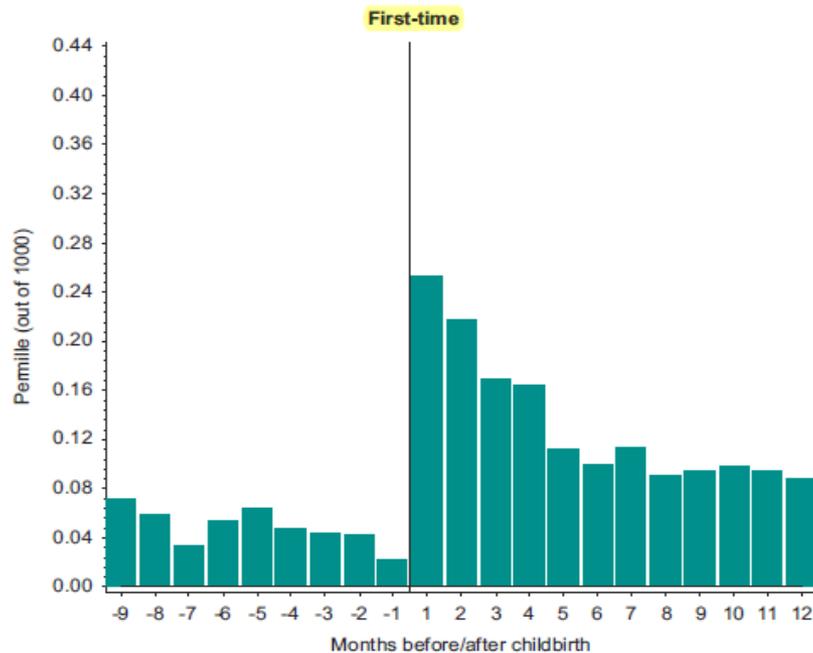
Les admissions en psychiatrie Munk-Olsen 2016

Comprend trouble bipolaire, psychoses et dépression & troubles anxieux sévères

Nombre beaucoup plus important d'admissions en postnatal que pendant la grossesse

- En particulier durant 4 premiers mois postnatal
 - Se retrouve à *la fois* pour les premiers épisodes et les épisodes *récurrent*
- Episodes récurrents ~2 fois plus que 1er épisodes (comparer 2 graphiques)

Admissions, psychiatric treatment facility





Trouble anxieux et trouble dépressif chez les femmes enceintes et en postnatale

Trouble anxieux (Dennis 2017) prévalences:

- Grossesse (2^{ème} & 3^{ème} T) : 13.4%
- Période postnatale (6 mois) : 8.4%

Trouble dépressif : (Gavin 2005; Milgrom 2008) prévalences:

- Grossesse: 7-10%
- Postnatale: ~ 7- 13%

Seulement ~ **1/3 sont nouveaux** (la majorité sont préexistants)

40-50% co-morbidité dépression et trouble anxieux



Psychose Puerperale

Définition:

Nouvel épisode psychotique au début du post-partum (pas de récurrence de maladie mentale grave chronique)

Incidence:

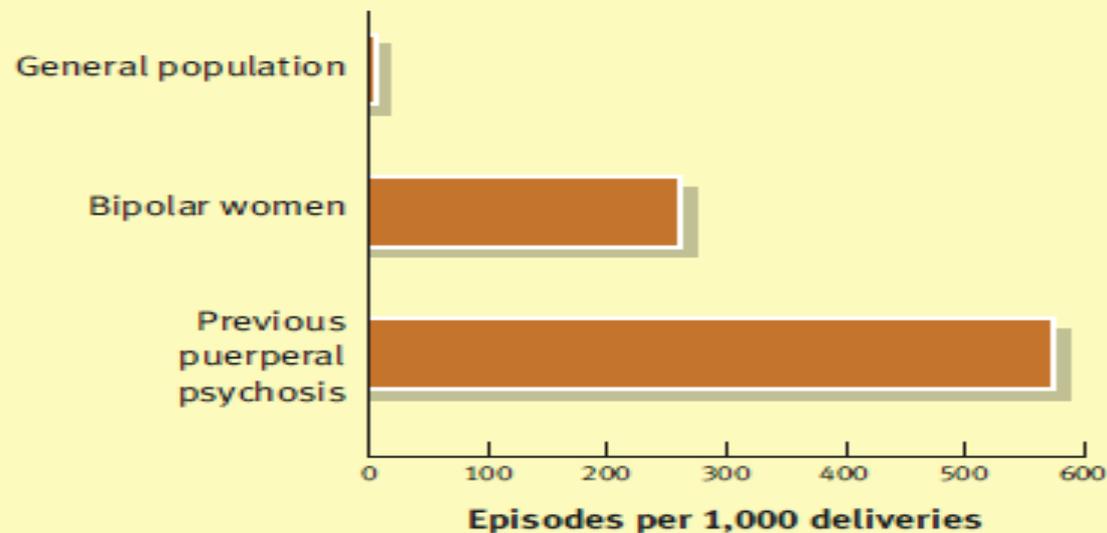
- < 1 /1000 naissance (25/10,000- Munk-Olsen 2016)
- Risque le plus élevé de psychose aiguë dans la vie d'une femme (augmente le risque par 30)

Pronostic: suivi à long terme des psychoses puerpérales (Munk-Olsen 2013) : 15% se transforme en trouble bipolaire

Antécédents psychiatriques & Risque psychose Puerperale



Rates of puerperal psychosis per 1000 deliveries for women in the general population, bipolar women and women who have suffered a previous episode of bipolar affective puerperal psychosis



Taux de psychose puerpérale pour 1 000 accouchements:

- Dans la population Générale- < 0.1%
- - chez femmes Bipolaires ~ 25%
- chez femmes avec antécédent psychose puerpérale 50-60%.

De Jones et al; *Medicine* 2008; 36: p460.-

Décès maternel par suicide



Psychiatry
Medicine



Rapport MBRRACE-UK 2016- taux Mort Mat 2,2/100 000

Le suicide est la principale cause de tous les décès maternels lorsqu'il est mesuré au cours de la 1^o année postnatale.

Décès maternels postnatals précoces 2/100 000 **cardiaques**

Décès jusqu'à un an après la naissance : 2/100 000 **suicides**

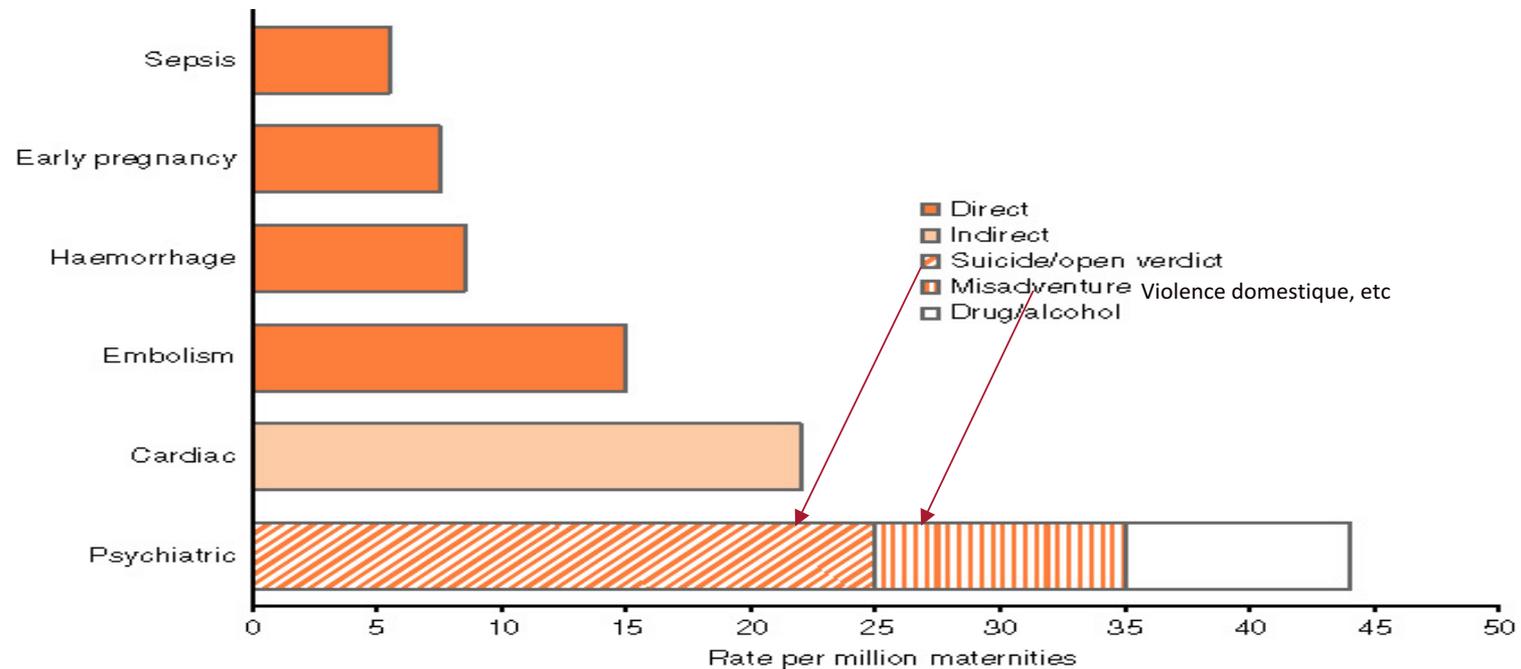
Suicide femmes (pop/n générale) ~ 5/100 000

Appleby 1989: 70 fois plus de risques de suicide chez les femmes atteintes d'une **maladie mentale grave** (MMG) au cours de la première année postnatale que chez les femmes sans MMG.

Humphrey 2016: Les décès maternels dus au suicide sont les seuls à **augmenter** alors que les causes physiques de décès diminuent (sur les 4 dernières décennies).



Décès maternels (grossesse & année postpartum) par million de maternités pour les principales causes de décès; British CEMD 2000–02



Dysrégulation émotionnelle & Trouble Personnalité 'Borderline'



Deviens une préoccupation importante en périnatalité en raison de l'impact sur l'adaptation au rôle parental et à la sécurité de l'attachement du nourrisson

Dysrégulation émotionnelle: réactions émotionnelles rapides/excessives observées surtout lorsque la personne est stressée.

- une caractéristique essentielle du trouble de la personnalité borderline

Trouble Personnalité Borderline: tendance envahissante à l'instabilité des émotions, des relations, du sentiment d'identité et d'un mauvais contrôle des impulsions + dysfonctionnements graves. (Fossati 2016).

- La prévalence chez les femmes de ≥ 25 ans serait de 2,7% (Quirk et al 2016)

- Comorbidité: anxiété, troubles dépressifs, addiction, etc.

• Dysrégulation émotionnelle et personnalité borderline sont souvent associés à un traumatisme antérieur ou à une parentalité dysfonctionnelle (Fossati 2016).



Dysrégulation émotionnelle, troubles de la personnalité borderline et conséquences chez l'enfant

- Les mères présentant des symptômes de trouble de la personnalité borderline - y compris la dysrégulation émotionnelle - sont plus susceptibles de s'engager dans un processus parental **insensible, surprotecteur ou hostile**. (Eyden et al 2016).
- **Conséquences négatives chez les enfants :** dépression, problèmes de comportement, attachement insecure et troubles de la régulation émotionnelle (Eyden et al 2016).



Santé mentale pendant la grossesse et résultats chez les nouveau-nés

Importante cohorte (ALSPAC N~12 000): femmes dans le top 15% de symptômes d'anxiété et dépression sont associées avec:

- ↑ risque de troubles de la régulation chez le nourrisson et de réactivité au stress
- ↑ risque hyperactivité à 4 & 9 ans
- ↑ risque de troubles mentaux jusqu'à l'adolescence : 12,5% contre 7,5% à 13 ans (O'Donnell 2014).

Ceci est indépendant du statut socioéconomique, des antécédents obstétricaux, de la dépression postnatale (EPDS répété à 6 semaines et 33 mois).





Programme de dépistage

Quelles sont les principales composantes d'un programme de dépistage ?

- *Problème courant*
- *Dépistage validé*
- *Règles concernant la prise en charge des " résultats positifs au dépistage".*
- *Parcours de soin*
- *Options de traitement efficaces*



Pré-requis pour un 'Programme de dépistage' (1)

CONDITION X (ex. Dépression)

- Dépistage d'un état cliniquement important et répandu.
- Facteur(s) de risque clair(s) et/ou symptômes précoces - peuvent être identifiés

TEST DE DEPISTAGE POUR X

- simple, acceptable, outil validé avec un score seuil ("cutoff")

PARCOURS DE SOINS ET TRAITEMENT DE L'ÉTAT X

- Offre de parcours de soins clairs
- Présence d'intervention(s) efficace(s) pour l'état



Pré-requis pour un programme de dépistage (2)

L'ÉTHIQUE ET LA LOGISTIQUE DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE

- Sur le plan éthique, il DOIT y avoir des parcours de soins avant de pouvoir entreprendre le dépistage.
- Une politique est nécessaire concernant qui se voit offrir quel traitement.
- Formation de tout le personnel entreprise avant la participation
- Dotation en personnel et gestion adéquates du programme
- Assurer l'égalité d'accès et la faisabilité du programme.



Pré-requis pour un programme de dépistage (3)

Dans l'idéal:

- Le programme devrait être rentable sur le plan économique.
- Établir la collecte de données au début du programme pour une évaluation adéquate de l'efficacité du programme.



Qu'en est-il de l'évaluation plus large du risque psychosocial dans le contexte périnatal ?



Le dépistage universel de la dépression pendant la " période périnatale " a suscité un vif débat. *Facteurs influençant le débat :*

- La tension entre le besoin clinique et le manque de données probantes rigoureuses*.
- Le manque de compréhension des limites du dépistage
- L'accent indu mis sur le dépistage de la dépression seulement
- Le besoin d'équilibrer les coûts (système vs. femmes)
- Le besoin de fixer des seuils *d'optimisation des ressources*.
- L'exactitude du test de dépistage, de l'examineur, etc .

* English National Screening Committee (2010)-

- a constaté un manque de rapport coût-efficacité (Paulden 2009);
- déconseillé d'utiliser l'EPDS

Entre-temps, l'idée d'une **évaluation psychosociale universelle** ne fait que commencer à prendre forme, hormis en Australie.

L'opportunité



- Dans de nombreux pays, la périnatalité offre une opportunité d'éducation et d'enquête de routine sur les problématiques psychosociales via les soins prénataux.
- L'intégration de l'évaluation psychosociale au sein des services de **maternité et en postpartum** la rend plus acceptable pour les femmes et mène à un programme de soins plus cohérent.
- Les futurs ou nouveaux parents sont souvent très motivés pour demander de l'aide pour le bien de leur enfant.
- **Possibilité d'intervention précoce**



Arguments pour une évaluation psychosociale universelle

Malgré l'impact significatif sur les résultats maternels, infantiles et familiaux et les *taux comparables de morbidité physique et mentale chez les femmes en période périnatale*, il y a un manque d'enquête psychosociale systématique (comparativement au dépistage physique).

Sans systèmes en place :

< 20 % de femmes interrogées sur leur santé émotionnelle

< 20 % demanderont de l'aide pour des problèmes de santé psychologique

~ 10% de celles qui ont besoin de soins de santé mentale l'obtiennent.



Rapport Santé mentale et santé de la reproduction

Organisation Mondiale de la Santé 2009

“recommande que les facteurs de risque de mauvaise santé mentale soient évalués dans le cadre des soins de santé périnataux primaires courants’



Recommandations en matière de santé mentale périnatale

- 2011 & 2017 Recommandations **Australienne**
- 2018 **Canadian** Obstetric Society adopte les recommandations Australienne.
- 2012 SIGN **Ecoissaises**
- 2009 & 2014 NICE **Britanniques** : poser régulièrement des questions sur les antécédents de maladie mentale grave et la dépression actuelle ; ajouter des questions sur la violence familiale, l'abus dans l'enfance & autres facteurs de risque psychosociaux





Evaluation Psychosociale

Dresse un tableau *multidimensionnel* de la situation psychosociale de la femme → décisions concernant les meilleures options de soins (Johnson et al 2013).

Facteurs de risque psychosociaux complets, y compris les antécédents en matière de santé mentale

N'a **pas pour objectif** d'identifier les femmes souffrant d'une éventuelle dépression actuelle; Mais d'aider à *identifier les personnes à risque accru ou présentant des symptômes précoces de troubles en santé mentale* qui bénéficieraient d'une surveillance (EPDS) ou d'une orientation vers un spécialiste en santé mentale.



Objectifs de l'évaluation psychosociale intégrée dans le contexte de la période Périnatale

L'évaluation psychosociale universelle dans le cadre des services de maternité/pédiatrie existants fait la promotion de:

- *Soins holistiques*
- *Dépistage précoce*
- *Éducation : pour la mère et la sage-femme*
- *Fourniture d'un traitement précoce*
- *Promotion de la continuité des soins*



Notons bien que

Même si la femme ne veut pas partager son histoire, le fait d'être interrogée sur son bien-être émotionnel lui permet de savoir que le clinicien s'intéresse à cet aspect de sa santé.

Elle se confiera peut-être à son clinicien lors d'une prochaine visite



Les outils de mesure de l'évaluation psychosociale

- **Symptômes** de dépression et d'anxiété ; détresse au cours de la *dernière semaine*

Edinburgh Postnatal* Depression Scale (EPDS Cox 1989)

* s'emploie a travers la periode Perinatale

- **Facteurs de risque psychosociaux : contextuel**

Antenatal Risk Questionnaire ANRQ (Austin 2004);
2017 + Qs violence domestique & abus de substance

L'ANRQ est maintenant traduit en mandarin, en arabe, en italien, en espagnol et en français (cf. E. Glatigny Dallay).

AnteNatal Risk Questionnaire (ANRQ) - Aperçu général



Psychiatry
Medicine



- Questionne les principaux facteurs de risque psychosociaux associés à une morbidité accrue en santé mentale et à une interaction mère-enfant sous-optimale.
- *Auto-questionnaire* ou administration par un *clinicien* –
- prend environ 5-10 minutes lorsqu'aucun point n'est validé.
- *Peut être utilisé avant OU après l'accouchement.*
- *Contient 12 points notés : Score maximum de 5/question*
- *Peut être utilisé noté ou non - le score n'est qu'indicatif.*

Acceptabilité: Un sondage auprès du personnel et des femmes a révélé que le questionnaire était *très acceptable* pour tous

Il a été utilisé par plus de 60 000 femmes de notre maternité au cours des 20 dernières années

NAME: _____ DOB: _____ DATE _____

The questions below are designed to help you and your clinician understand whether you may benefit from some extra support during this time of change. You may find some questions challenging, but please choose the answers that best apply to you. There are **no right or wrong answers**.

Please complete all questions, unless instructed to SKIP a question. Once you have completed the questions, your clinician will discuss your responses with you. If you have any concerns about any of the questions, please let your clinician know.

Total

Psychiatry
Medicine



<p>Q1 Have you ever had a period of 2 weeks or more when you felt particularly worried, miserable or depressed?</p> <p>If Yes, did this:</p> <p>Q1a) Seriously interfere with your work or your relationships with friends and family?</p> <p>Q1b) Lead you to seek professional help?</p> <p>Did you see a: psychiatrist <input type="checkbox"/> psychologist/counsellor <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> Did you take tablets/herbal medicine? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></p> <p>Q1c) Do you have <u>any other history of mental health problems?</u> e.g. eating disorders, psychosis, bipolar, schizophrenia No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></p> <p><i>If No, SKIP to Q1c</i> <i>If Yes, please answer Q1a, Q1b and Q1c</i></p> <p>Not at all <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> Quite a lot <input type="checkbox"/> Very much <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></p> <p>→ If yes, name of professional: _____</p> <p>→ If yes, list medication(s): _____</p> <p>→ If yes, please list other mental health problems: _____</p>	<p>UNSCORED</p>
<p>Q2 Is your relationship with your partner an emotionally supportive one?</p>	<p>Very much <input type="checkbox"/> Quite a lot <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Not at all <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No partner <input type="checkbox"/></p>	
<p>Q3 Have you had any stresses, changes or losses in the last 12 months? (eg. only: separation, domestic violence, job loss, bereavement etc.)</p> <p>If Yes:</p> <p>Q3a) How distressed were you by these stresses, changes or losses?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></p> <p><i>If No, SKIP to Q4</i> <i>If Yes, please answer Q3a</i></p> <p>If yes, please specify:</p> <p>Not at all <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> Quite a lot <input type="checkbox"/> Very much <input type="checkbox"/></p>	
<p>Q4 Would you generally consider yourself a worrier?</p>	<p>Not at all <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> Quite a lot <input type="checkbox"/> Very much <input type="checkbox"/></p>	
<p>Q5 In general, do you become upset if you do not have order in your life? (eg. regular timetable, tidy house)</p>	<p>Not at all <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> Quite a lot <input type="checkbox"/> Very much <input type="checkbox"/></p>	
<p>Q6 Do you feel you will have people you can depend on for support with your baby?</p>	<p>Very much <input type="checkbox"/> Quite a lot <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Not at all <input type="checkbox"/></p>	

Now you are having a baby, you may be starting to think about your own childhood and what it was like:

<p>Q7 Were you emotionally abused when you were growing up?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></p>	
<p>Q8 Have you <u>ever</u> been sexually <input type="checkbox"/> or physically <input type="checkbox"/> abused?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></p>	
<p>Q9 When you were growing up, did you feel your mother was emotionally supportive of you?</p>	<p>Very much <input type="checkbox"/> Quite a lot <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Not at all <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No mother <input type="checkbox"/></p>	

ADDITIONAL QUESTIONS UNSCORED- please circle

I feel safe with my current partner Not at all A little Sometimes Quite a lot Very much

I think that I (or my partner) may have a problem with drugs or alcohol Not at all A little Sometimes Quite a lot Very much

UNSCORED



ANRQ items- Key Psychosocial Risk Factors

Q1 **Antécédents de dépression *significantive*** (fonctionnement altéré, demande d'aide)

Q2 Soutien émotionnel du **partenaire**

Q3 **Stress/perte** importants (12 derniers mois) causant de la détresse

Q4 & Q5 : **Personnalité vulnérable** : anxieuse ou perfectionniste

Q6 Soutien avec bébé

Préambule: *‘Maintenant que vous allez avoir un bébé, vous commencez peut-être à penser à vos premières années’:*

Q7 Soutien affectif de la **mère en grandissant**

Q8 **Violence psychologique** en grandissant

Q9 **Violence physique et/ou sexuelle** à tout moments

Questions supplement (2017) à propos de : la violence familiale, la consommation de substances, être sans-abri, la protection de l'enfance.



Évaluation du risque psychosocial et du risque de dépression : Recommandations Australiennes

- Assurer une formation adéquate des cliniciens à l'utilisation des outils.
- Évaluer en *début de grossesse (fin 1^{er} T)*
- Répéter en période *postnatale (à 6-8 semaines)*
- Combiner l'**EPDS** (symptômes actuels) et l'**ANRQ** (facteurs psychosociaux)
- **Discutez avec la femme** des risques encourus;
- fournir de l'information sur le *parcours de soin*

ANRQ - peut être utilisé avec ou sans notation



Il y a 3 manières de l'utiliser:

1) **Score total** ≥ 23 (= presence de 3-4 facteurs de risque)

2) Lorsque le **score total est faible** MAIS que la femme a:

- des antécédents importants de **problèmes de santé mentale** ou de **traumatisme pendant l'enfance**
- ou souffre actuellement de **violence conjugale**, ou d'**abus de substance**.

3) Comme **moyen de commencer la conversation** (non noté)

Les femmes ayant un score ≥ 23 ont un risque 6,3 fois plus important de dépression ou d'anxiété (que les femmes ayant un score < 23).



Le Système de Santé Australien

- Soins de santé universels gratuits pour la maternité et la petite enfance –
- les soins prénataux dans le système public sont dispensés par des sages-femmes
- Les sages-femmes procèdent au dépistage lors de la première visite à la Clinique (~ 15 semaines).
- Les sages-femmes bénéficient du soutien d'une **infirmière en santé mentale** qui peut les orienter vers une clinique psychiatrique au besoin.
- Des **recommandations claires** Assurant que les parcours de soins sont en place dans les maternités et la communauté pendant la période périnatale.

Initiatives Australiennes

Santé mentale périnatale 2001-2019



Psychiatry
Medicine



2001- 2005 Programme national de recherche sur la dépression postnatale

2008 Plan d'action national périnatal de santé mentale : évaluation psychosociale universelle, formation des professionnels + définition de parcours génériques.

2009-15 Initiative Nationale contre la Dépression Périnatale NPDI: financement de séances spécifiques de conseils en santé mentale périnatale; mise en place de recommandations cliniques; programmes de formation; postes de coordonnateur

2011 Recommandations nationales de pratique clinique (CPGL)

2017 Révision des Recommandation nationales de pratique clinique (CPGL)

2017 Incitations pour les obstétriciens et les médecins traitant de dépister les femmes enceintes et en période postnatale

2018 Accès des cliniciens aux outils de dépistage en ligne (EPDS et ANRQ) via le site Australien *COPE* (Centre Of Perinatal Excellence)

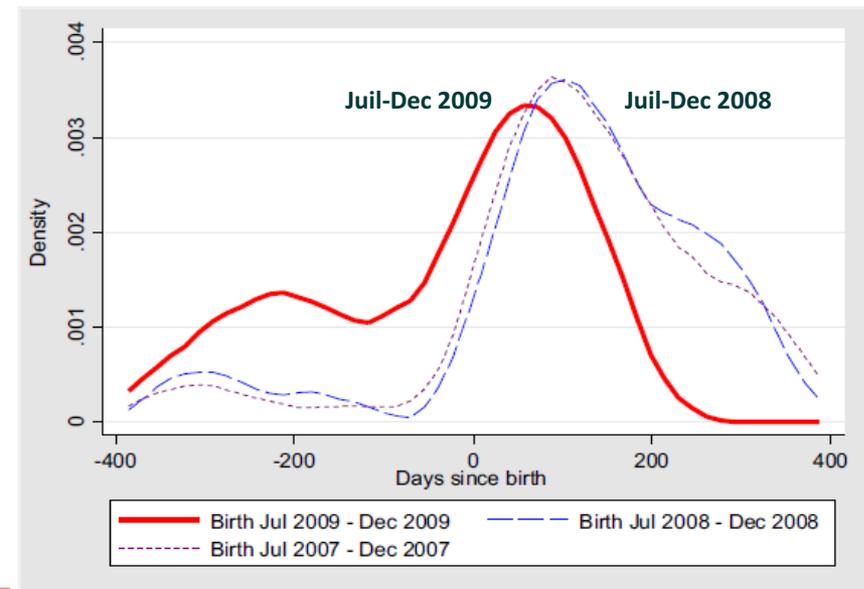
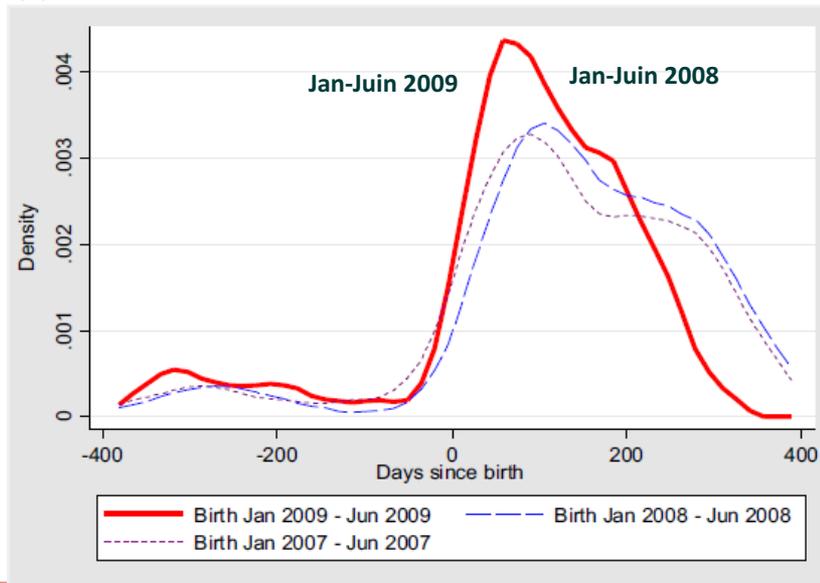
2019 second financement pour la formation et la mise en œuvre à l'échelle nationale des Recommandation nationales de pratique clinique CPGL

Évaluation de la NPDI (1)



Changement dans le taux d'admission en hospitalisation psychiatrique *pre/post* le NPDI.

- le NPDI a *réduit l'admission à l'hôpital psychiatrique* jusqu'à 50 % au cours de la première année **postnatale**
- cette réduction était la plus importante pour les troubles d'adaptation.
- *Conclusion* : Le NPDI semble être associé à moins d'admissions à l'hôpital psychiatrique en période postnatale;
- Nos résultats suggèrent que la détection précoce (pendant la grossesse) des troubles psychiatriques (par le dépistage) pourrait entraîner un traitement plus précoce des patientes.



Évaluation de la NPDI (2)

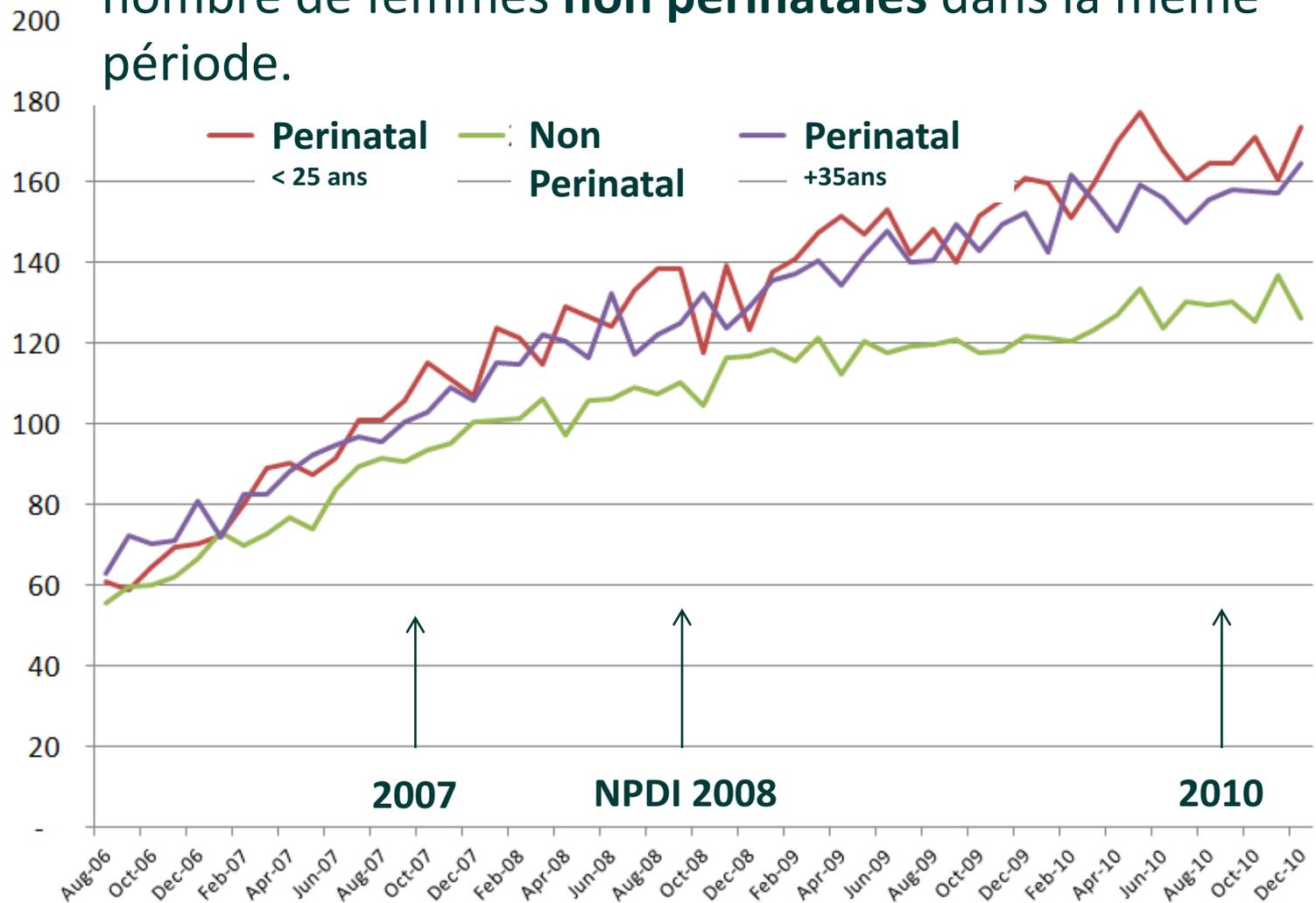


Changement dans les consultations périnatales en santé mentale dans la communauté.

- Le nombre de femmes qui ont eu accès aux consultations en santé mentale est passé de 88 à 141 /1 000 entre 2007 et 2010 en Moyenne.
Ceci est plus marqué pour les femmes de < 25ans et > 35 ans (voir fig).
- Ceci était *plus important pour les consultations prénatales* que pour les consultations postnatales, ce qui suggère une détection prénatale plus précoces avec un dépistage psychosocial de routine.
- Cela reflète les résultats obtenus lors de notre étude sur le taux d'hospitalisation pré/postnatal.

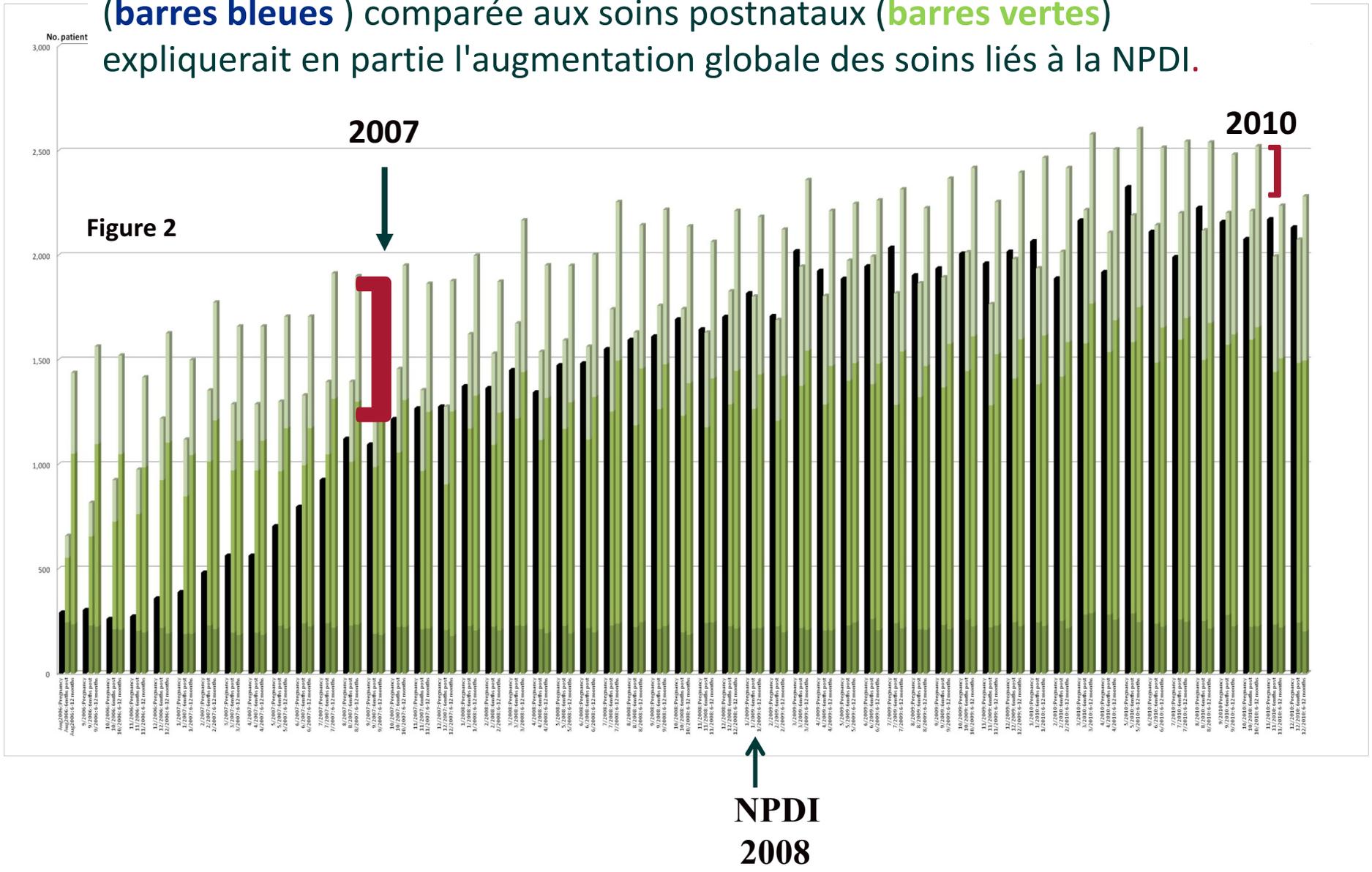


Nombre de femmes **périnatales** (sur 1000) ayant accès aux consultations en santé mentale comparé au nombre de femmes **non périnatales** dans la même période.





L'augmentation plus importante des soins de santé mentale prénataux (barres bleues) comparée aux soins postnataux (barres vertes) expliquerait en partie l'augmentation globale des soins liés à la NPDI.





Références évaluations ANRQ & NPDI

- Austin, M.-P. Middleton, P., Reilly, N. M., & Highet, N. J. (2013). Detection and management of mood disorders in the maternity setting: The Australian Clinical Practice Guidelines. *Women and birth*, 26, 2-9.
- Austin, M.-P., Colton, J., Priest, S., Reilly, N., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013) The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women & Birth*, 26, 17-25.
- Lee, WS.... Austin, M-P (2019): "Policy Impacts of the Australian National Perinatal Depression Initiative: Psychiatric Admission in the First Postnatal Year." *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 46 : 277-287.
- Chambers, ... Austin, M.-P. (2017) Mental health consultations in the perinatal period: a cost-analysis of Medicare services provided to women a period of intense mental health reform in Australia. *Australian Health Review*, 42(5), 524-521.



Remerciements - Australian Clinical Practice Guidelines 2017

- Prof Bryanne Barnett
- Prof Anne Buist
- Dr Nicole Highet
- Prof Jeannette Milgrom
- Dr Nicole Reilly
- Dr Anne Sved-Williams

Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group (2017) Mental healthcare in the perinatal period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Australia Centre for Perinatal Excellence publication.

Thank-you; Questions?

