

Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites

A.-L. Sutter-Dallay, N. Guédény

La psychiatrie périnatale est une discipline qui se situe à l'interface de la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant. Elle a pour objet d'études les troubles mentaux survenant chez l'un ou l'autre des parents durant la période périnatale, ainsi que les spécificités du développement du fœtus, du nouveau-né et du nourrisson dans ce contexte. En effet, les troubles psychiatriques survenant durant cette période obligent tout particulièrement à prendre en compte des facteurs biologiques et développementaux parallèlement aux dimensions psychodynamiques et socioculturelles, ce qui inscrit résolument cette discipline dans la pratique de soins spécifique au pays considéré.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Psychiatrie périnatale ; Dépressions postnatales ; Psychoses puerpérales ; Développement du nourrisson

Plan

■ Introduction	1
■ Généralités	1
Historique du développement de la psychiatrie périnatale	1
Développement scientifique de la psychiatrie périnatale	2
■ Spécificités de la psychiatrie périnatale	2
Cadre législatif	2
Spécificités cliniques des épisodes psychiatriques périnataux	3
Contexte dyadique - impact des syndromes psychiatriques sur le bébé exposé	3
Importance du travail en réseaux en périnatalité	4
Spécificités des traitements des syndromes psychiatriques pendant la grossesse et le post-partum	5
■ Psychiatrie périnatale : les pères	6
■ Limites du concept de psychiatrie périnatale	6

■ Introduction

La psychiatrie périnatale est une discipline qui étudie les troubles psychiques observés chez un adulte, le plus souvent une femme, durant la période périnatale, et le développement des enfants dans ce contexte. En psychiatrie et en psychologie, la période périnatale est bien plus longue que celle définie par les gynécologues-obstétriciens, qui s'arrête 16 semaines après l'accouchement [1], puisque nous considérons la périnatalité comme s'étendant du début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année du post-partum.

Les dimensions de la dynamique psychique de la grossesse et des processus de parentalité, concernant tant les mères que les pères, largement développées par ailleurs [2, 3] et faisant référence à des processus d'adaptation et non à des processus pathologiques, ne sont donc pas abordées ici.

Comme l'ont souligné Mazet et Lebovici [4], la psychiatrie périnatale permet une double approche : d'une part, les spécificités des troubles mentaux survenant à cette période de la vie, avec le risque de transmission à l'enfant, dimensions qui

renvoient au registre médical ; d'autre part, la continuité développementale du sujet associée au risque transgénérationnel encouru par un nouveau-né ou un nourrisson face à un parent présentant une pathologie mentale, registre qui renvoie davantage à la psychologie développementale et à l'approche psychodynamique. Cette double approche incontournable conditionne une autre particularité de la psychiatrie périnatale : la complexité des thérapeutiques associant un objectif curatif (soigner le parent malade) et un objectif préventif (prévenir le risque de dysfonctionnement dans le processus de parentalisation et dans les relations parents-enfants).

■ Généralités

Historique du développement de la psychiatrie périnatale

Déjà dans l'Antiquité, il avait été remarqué que les femmes avaient une vulnérabilité particulière aux troubles psychiques durant la période périnatale. Au XIX^e siècle, c'est en France, que l'attention se porte pour la première fois de manière scientifique sur les troubles psychiatriques périnataux, à travers les publications d'Esquirol en 1838 [5], et surtout de Louis Victor Marcé, en 1858 [6] avec le *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales*. Malheureusement, malgré cette première approche très fine, l'intérêt porté à ces troubles ne réapparaîtra que plus tard, et dans un premier temps dans les pays anglo-saxons, à travers l'ouverture des premières unités mère-enfant [7, 8]. Le berceau des hospitalisations mère-enfant se situe en effet au Royaume-Uni. Ces expériences ont débuté sous l'impulsion de Douglas [9], Main [10] et Baker [11], à l'initiative d'une patiente qui, en 1948, demanda l'autorisation d'emmener son bébé avec elle durant son hospitalisation. Le « climat » était propice à ce type d'expériences, car l'évacuation des enfants en bas âge lors du Blitz avait participé à révéler les effets potentiellement délétères de la séparation d'un enfant et de sa famille, et fortement orienté l'attention des soignants en périnatalité. De plus, les travaux parallèles des psychanalystes comme M. Klein, d'éthologues comme

K. Lorentz et H. Harlow, de pédiatres-psychanalystes comme D. Winnicott, associés à l'élaboration de la théorie de l'attachement par J. Bowlby, avaient participé à créer un climat propice à ce type d'expériences.

En France, les premières hospitalisations mère-bébé sont attribuées à Racamier en 1961. L'article de cet auteur : *La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum* [12] a été novateur en France. En effet, il y prônait l'hospitalisation conjointe des mères psychotiques et de leur enfant dans le post-partum, suggérant de créer des unités d'hospitalisation pour les mères et leurs enfants, et pensait même qu'un accoucheur devait être rattaché aux hôpitaux psychiatriques. D'autres psychiatres d'adultes comme Lemperière [13] vont continuer le travail de Marcé, parallèlement au développement de la psychiatrie du nourrisson dans les années 1970-1980, par les pédopsychiatres S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé. C'est dans cette dynamique bipartite que la première unité d'hospitalisation à temps plein s'est ouverte à Créteil en 1979, en psychiatrie de l'enfant, puis que des hospitalisations conjointes dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Paul Brousse, à Villejuif, ont été possibles à partir de 1980 [7, 8].

Ainsi, dans le courant anglo-saxon, la porte d'entrée du système est le trouble psychiatrique du parent, et le bébé ou la relation parent-bébé sont envisagés principalement du point de vue des conséquences du trouble ou comme facteur contribuant au déclenchement de la pathologie. Le point de vue français privilégie la dialectique qui existe entre troubles des parents et ceux de l'enfant, dans une perspective essentiellement psychanalytique, sous l'angle de la psychopathologie de l'enfant.

Développement scientifique de la psychiatrie périnatale

Dans la continuité de ces premières expériences fondatrices, la psychiatrie périnatale se développera à partir de la fin des années 1970, là aussi sous l'impulsion des psychiatres d'adultes anglo-saxons [14, 15]. La première publication internationale référencée amenant le terme exact de psychiatrie périnatale date de 1972 [16], même si Pitt [17] avait déjà commencé à individualiser le concept de dépression postnatale (DPN) en 1968, et que les premiers articles référencés sur les psychoses puerpérales datent des années 1950 [18-20]. La reconnaissance universitaire et scientifique de la spécialité s'est faite à travers la création de la première chaire de psychiatrie périnatale à Londres, en 1980, à l'Institute of Psychiatry, occupée alors par le professeur R.C. Kumar, l'un des pionniers de la discipline. The Marcé Society, *An international society for the understanding prevention and treatment of mental illness related to childbearing*, a été créée la même année par un groupe de psychiatres anglais rassemblés autour du professeur Kumar.

C'est dans ce contexte qu'à partir des années 1980 apparaît une réelle dynamique de recherche fondatrice de la discipline, à travers l'étude de deux principales pathologies représentant les paradigmes de la psychiatrie périnatale : les DPN et les psychoses puerpérales. Ces deux troubles mentaux semblent, à l'époque, contenir la promesse de la compréhension d'un éventuel déterminisme biologique de la maladie mentale. Ces premières recherches sont quasi exclusivement menées par des psychiatres ou psychologues d'adulte, et la pathologie maternelle est étudiée de manière exclusive, au détriment du bébé ou du contexte psychologique spécifique de cette période d'accèsion à la parentalité. Ces travaux ont eu une dimension exploratoire qui a permis de mettre en évidence le fait que les facteurs biologiques sont davantage impliqués dans la genèse des psychoses puerpérales, alors que l'étiologie des DPN est multifactorielle (facteurs de vulnérabilité biologiques ou développementaux, facteurs culturels, facteurs psychologiques).

À partir des années 1985, les psychiatres et psychologues qui s'intéressent au développement du nourrisson s'approprient la valeur heuristique du paradigme de la DPN maternelle dans l'étude des caractéristiques des relations précoces mère-nourrisson [21, 22].

Parallèlement, un courant scientifique, socioanthropologique et psychosociologique s'est intéressé à la définition de la parentalité selon le contexte culturel, et à la compréhension de l'accèsion à la parentalité comme un changement de rôle nécessitant un ajustement obligatoire dans un temps limité [23], qui sera plus ou moins facilité par le contexte sociologique [24]. En effet, celui-ci contribue aux questions de reconnaissance et d'acceptation par les parents eux-mêmes, par leur famille, et de manière plus large, par les professionnels et la société, de la coexistence de l'arrivée d'un bébé et de la possible apparition d'une souffrance psychique. Dans cette même perspective socioanthropologique et psychosociologique, la réflexion sur la notion de filtre d'accès aux soins et sur les difficultés de détection et d'acceptation d'une prise en charge nécessitant un travail en réseau [25] représente un axe de travail clinique et un courant de recherche toujours très actuel et actif en psychiatrie périnatale [26, 27].

Ces différentes modalités d'approche et de réflexion aboutissent à partir des années 1990 au développement de modèles de compréhension plurifactoriels en référence au modèle *diathesis-stress* développé par Brown et Harris [28], modèles dits « médico-psycho-sociaux » de la psychiatrie périnatale. Ces modèles ont été particulièrement étudiés pour la dépression du post-partum [29, 30] et permettent de mettre en perspective dans la genèse et/ou l'entretien de la pathologie parentale des facteurs de vulnérabilité individuelle (génétiques, biologiques, intrapsychiques), des facteurs d'environnement (événements de vie, contexte culturel), ainsi que l'influence de facteurs interpersonnels, comme par exemple les facteurs liés au bébé. Ces modèles « multientrés » soulignent la nécessité intrinsèque du travail en réseau durant la période périnatale. En effet, les professionnels de la santé mentale ont rarement un accès direct aux femmes présentant un trouble psychique à ce moment là de leur vie. Celles-ci sont en revanche en contact de manière obligatoire avec les professionnels de la périnatalité « non psy ». Le travail de réseau qui unit de nombreuses disciplines médicales (gynécologues, pédiatres, généralistes), paramédicales (sages-femmes, puéricultrices), psychologues, travailleurs sociaux et professionnels des lieux de garde est, après les spécificités cliniques, l'un des fondements de la psychiatrie périnatale.

■ Spécificités de la psychiatrie périnatale

Cadre législatif

La psychiatrie périnatale a vu son cadre législatif se construire à partir des années 1990. Dans la circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative à l'orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, le ministère de la Santé mettait l'accent sur l'importance de la prévention des troubles mentaux de la mère dans le cadre des distorsions du lien mère-enfant et insistait sur la nécessité de favoriser les solutions mère-enfant, entre autres, les unités d'hospitalisation mère-enfant. En 1993, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son « Rapport sur les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes », attirait l'attention sur « l'importance des troubles psychiatriques gravidopuerpéraux et sur l'impérieuse nécessité de conduire des recherches dans ce domaine pour proposer des mesures préventives ». Enfin, la circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 met en place le cadre nécessaire à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité, et la circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006, relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité, fournit des éléments nouveaux, comme la proposition de l'entretien prénatal précoce pour toutes les femmes enceintes, et une organisation de l'accompagnement psychosocial pensé à trois niveaux complémentaires et articulés entre eux :

- un niveau d'intervention sur site correspondant à une action de soins réunissant autour du psychologue/psychiatre tous les professionnels impliqués dans cet accompagnement ;

- un niveau de conseil ou de ressource, situé sur un site ayant une expérience satisfaisante de l'accompagnement périnatal. Le rôle de ce site serait de conseiller les intervenants locaux pour les cas difficiles, ce qui suppose une organisation permettant une disponibilité 24 heures sur 24 ;
- un niveau de pilotage pouvant se situer au sein du réseau ou encore commun à plusieurs réseaux ou encore localisé au sein de la Commission régionale de la naissance (CRN) qui réunit les représentants de chaque discipline concernée par l'accompagnement périnatal et répond à différents objectifs.

Ces circulaires et rapports sont à mettre en perspective avec le Plan d'actions psychiatrie et santé mentale 2003 (proposition n° III-05 et n° III-06) qui soulignait la nécessité de l'existence d'une structure médicopsychologique dans toutes les maternités, et avec les différents plans de périnatalité, notamment le plan 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » qui prévoyait, en particulier dans ses axes « humanité » et « proximité », le recrutement de psychologues travaillant en collaboration étroite avec les équipes d'obstétrique, de médecine néonatale, de psychiatrie de l'enfant et de l'adulte. Ce plan insistait sur leur rôle dans la prise en charge de proximité des situations à haut risque psychique et/ou social. Il soulignait également la nécessité du développement du travail en réseau en périnatalité, et mentionnait « qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constituait un facteur de prévention ». Enfin, il prévoyait la mise en place d'un entretien individuel du quatrième mois. Ces entretiens, qui sont maintenant proposés aux femmes en début de grossesse (« entretien précoce »), visent à « offrir aux parents une écoute attentive de leurs attentes et questions, le recueil précoce des facteurs de stress, [et] ne devraient pas être considérés comme un acte « à part », mais [comme] la porte d'entrée à une réintégration nécessaire de la dimension affective dans le processus humain qu'est la naissance, donnant son plein sens à une démarche attentive de prévention, à l'opposé de toute stigmatisation. » (Extrait du *Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre*, Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement [AFREE]).

Le fil rouge de toutes ces directives législatives est la prévention, la qualité des soins et la promotion de la santé mentale périnatale, basées sur la notion d'interactions et de communication de qualité entre les différents acteurs de la période périnatale.

Le rapport F. Molénat, mission DHOS, rapport de janvier 2004 : « Périnatalité et prévention en santé mentale – Collaboration médicopsychologique en périnatalité » peut être consulté sur le site <http://www.afree.asso.fr>.

Spécificités cliniques des épisodes psychiatriques périnataux

Les études épidémiologiques montrent que la période périnatale est une période de vulnérabilité psychique, notamment en ce qui concerne la régulation des émotions et de l'humeur [31]. Les épisodes dépressifs sont aussi fréquents pendant la grossesse qu'en post-partum, et les femmes ont plus de risques de présenter une maladie mentale sévère dans les trois mois qui suivent la naissance d'un enfant qu'à un autre moment de leur vie : elles ont presque 2 fois plus de risques d'être hospitalisées en milieu psychiatrique dans l'année qui suit une naissance [32].

Les trois grands paradigmes de la psychologie et de la psychopathologie périnatale que sont le *blues*, phénomène considéré comme adaptatif et normal, les DPN et les psychoses puerpérales appartiennent au vaste champ des troubles de l'humeur [31, 33-35]. Les DPN sont à elles seules la source d'un nombre important de travaux [36, 37]. Leur fréquence élevée (13 %), surtout dans les premières semaines du post-partum [38, 39] (risque multiplié par trois), le fait que pour 60 % d'entre elles, il s'agisse du premier épisode, le risque de rechutes deux fois plus élevé dans les 5 ans qui suivent un épisode puerpéral, et la notion de leur impact potentiel sur le développement psychoaffectif des enfants [40], ont largement contribué au

développement de l'idée que la santé mentale en période périnatale représente un problème de santé publique très spécifique. Pourtant, les classifications internationales ne reconnaissent pas les spécificités de ces épisodes de trouble de l'humeur, et il est seulement possible de spécifier que l'épisode a débuté dans les 4 (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders [DSM] IV-TR [41]) à 6 semaines (classification internationale des maladies [CIM]10 [42]) du post-partum, et le débat reste toujours ouvert sur la spécificité de ces troubles. Les psychoses puerpérales sont bien plus rares (1 à 2 ‰ naissances) mais elles sont finalement le seul syndrome de psychiatrie périnatale à être réellement individualisé dans le DSM. Leur clinique très bruyante et leur appartenance au registre des troubles bipolaires de l'humeur justifient probablement leur reconnaissance nosographique.

Pour ce qui est des autres pathologies mentales, comme la schizophrénie ou les troubles de la personnalité, l'état de grossesse ou de suites de couches en eux-mêmes n'ont pas d'impact sur le cours des troubles. En revanche, la situation de parentalité en tant que facteur de stress représente un facteur de risque de décompensation.

Contexte dyadique - impact des syndromes psychiatriques sur le bébé exposé

Le contexte dyadique est l'un des éléments qui participent à la spécificité de la psychiatrie périnatale. Comme le dit Schore [43], « Les premières relations que les nourrissons développent avec leurs partenaires privilégiés et principalement leur mère sont les bases du développement d'une personnalité unique, avec ses capacités adaptatives comme ses vulnérabilités et ses résistances contre les formes particulières de pathologies futures. »

Les mécanismes impliqués dans la médiation des effets délétères des pathologies mentales parentales sur le développement des enfants sont complexes, souvent interdépendants et peuvent avoir des effets directs ou indirects.

Facteurs prénatals

L'un des risques incontournables générés par l'existence d'une pathologie mentale parentale est celui de la transmission. Ainsi, lorsque l'un des parents est atteint de schizophrénie, l'enfant a lui-même un risque augmenté d'un facteur variant de 2 à 20 de développer cette même pathologie (risque en population générale : environ 1 %) [44]. De même, les enfants dont les parents sont atteints de trouble bipolaire de l'humeur auraient un risque d'environ 7 % de présenter un trouble bipolaire [45] (prévalence évaluée entre 1 à 5 % en population générale) avec, pour les troubles de l'humeur graves, un risque de transmission maternelle qui semble plus élevé que le risque de transmission maternelle [46].

Une autre dimension de la transmission est celle liée à la « communication » hormonale par voie transplacentaire, qui concerne principalement l'activité de l'axe hypothalamohypophysaire. Chez l'animal, les études sur le retentissement du stress prénatal suggèrent que le stress maternel pourrait influencer la « programmation » de l'axe hypothalamohypophysaire durant la période fœtale en agissant sur les structures du cerveau en développement, avec des effets susceptibles de perdurer en postnatal [47].

Chez l'être humain, une littérature de plus en plus fournie souligne l'impact probable du stress chez la mère sur le développement de l'enfant, avec un lien entre l'anxiété et/ou le stress maternel et un impact sur le déroulement de la grossesse (retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, faible poids de naissance, diminution du périmètre crânien, complications périnatales), mais aussi sur la survenue de troubles cognitifs, comportementaux et émotionnels chez les enfants [48]. Il semblerait que l'action du cortisol maternel sur l'axe hypothalamohypophysaire du fœtus soit là aussi l'un des processus déterminants. Ainsi, des « événements » intra-utérins

sont-ils susceptibles d'influencer les modalités de réponse aux événements futurs, même si les expériences de la vie pourront moduler ces effets.

Les recherches dans ce domaine n'en sont qu'à leurs débuts, et d'autres facteurs biologiques anténatals pourraient être impliqués avec, par exemple, les travaux de Côté et al. [49] sur les souris qui suggèrent que la sérotonine périphérique maternelle serait impliquée dans le contrôle de la morphogénèse avant même l'apparition des neurones sérotoninergiques chez le fœtus. Enfin, d'autres travaux suggèrent un impact délétère du stress prénatal maternel sur les compétences sociales des rats, effet qui serait réversible sous l'action de l'ocytocine [50].

Facteurs postnatals

Les pathologies mentales peuvent mener à des actes de carence, voire de maltraitance de par le retentissement de la pathologie sur la capacité des parents à évaluer les besoins des enfants et à y répondre. Au-delà de cette quasi-évidence, il faut souligner que les enfants de parents présentant une pathologie mentale ont un risque plus élevé de décéder précocement de mort subite [51], notamment lorsque les parents, et surtout la mère, présentent des conduites addictives avec dépendance, mais également de décéder prématurément de mort non naturelle, et plus spécifiquement d'homicide [52]. De plus, les personnes présentant des pathologies mentales ont plus de risques d'avoir un statut socioéconomique faible, de ne pas avoir de travail, d'avoir des conflits relationnels et notamment de couple, facteurs en eux-mêmes associés à un risque plus élevé de troubles du développement chez les enfants. Enfin, il faut souligner qu'il existe une fréquence plus élevée des troubles psychiatriques chez les partenaires de femmes présentant elles-mêmes une maladie mentale, augmentant de fait le risque que l'enfant ne puisse pas recevoir les soins adaptés. Enfin, l'impact sur le développement de séparations temporaires ou définitives de la mère, des parents, voire de la globalité de la famille peut être l'une des conséquences indirectes de ces troubles.

En dehors de ces situations dramatiques, les pathologies mentales parentales entravent inévitablement la qualité des processus interactionnels. Les dimensions de chronicité et de sévérité des troubles influencent tout particulièrement le développement des enfants [53]. Ainsi, dans la schizophrénie, les symptômes déficitaires et de désorganisation peuvent générer des défauts d'attention, une entrave à la sensibilité et aux capacités de réponse maternelles, mais aussi parfois des attitudes intrusives. De manière plus générale, l'exposition d'un enfant aux symptômes psychotiques engendre généralement de la confusion et de la peur. Ainsi, la fréquence des troubles de l'attachement et notamment de type anxieux [54, 55] semble augmentée chez les enfants de mères schizophrènes.

À côté de ces pathologies psychotiques graves, le trouble psychique le plus fréquent en post-partum est la DPN. Ce trouble de l'humeur peut également affecter la capacité maternelle à répondre aux stimulations de l'enfant, ainsi que la sensibilité avec laquelle elle répond. Cette altération de la sensibilité maternelle et de la capacité à répondre retentit sur la capacité de régulation mutuelle des interactions au sein de la dyade en atteignant surtout les interactions affectives dans le cadre des DPN, entravant l'accordage affectif [56] des deux partenaires. Ceci met en péril le développement des capacités d'autorégulations émotionnelles du nourrisson, et donc de son développement, qui s'étaient très largement sur la qualité de l'interaction affective.

La littérature suggère que la DPN aurait un impact délétère sur le développement cognitif de l'enfant, notamment lorsqu'elle est sévère, de longue durée ou récurrente et surtout lorsque d'autres facteurs de risque sont associés, comme un statut socioéconomique faible, un niveau d'étude maternel bas et des enfants de sexe mâle et/ou ayant un petit poids de naissance [57-62].

Les travaux concernant le développement socioémotionnel et les troubles du comportement d'enfants de mères déprimées en post-partum mettent en évidence un lien entre troubles du

comportement socioémotionnels chez les enfants et dépression maternelle en post-partum. Ce lien disparaît lorsque les auteurs prennent en compte l'existence d'une dépression maternelle actuelle, les conflits de couple ou les antécédents paternels de troubles psychiatriques.

Lorsque les instituteurs des enfants sont interrogés [53, 63] on trouve une relation entre troubles du comportement socioémotionnels de l'enfant et DPN maternelles, avec là aussi un impact important de la dépression maternelle actuelle, qui serait plus fréquemment associée à des troubles principalement comportementaux, alors que les enfants dont les mères étaient déprimées en post-partum présenteraient plus de problèmes « internalisés », type cognitions dépressives et anxiété.

Le manque d'engagement maternel dans l'interaction serait plus volontiers médiateur de troubles du développement cognitif [59], quand les attitudes intrusives engendreraient plus fréquemment des troubles émotionnels et du comportement d'apparition plus tardive [64].

Les travaux sur les conséquences de la DPN sur l'attachement montrent que les enfants de mère déprimée ont une probabilité significativement plus faible de développer un attachement sécure, avec une légère tendance à développer un attachement plutôt évitant ou désorganisé [65].

Enfin, le « tempérament » de l'enfant peut bien sûr également influencer la qualité des interactions. Un enfant présentant des caractéristiques tempéramentales rendant les interactions difficiles attire plus facilement la critique et l'hostilité des parents [66]. Il a été également démontré que chez des nourrissons de 1 mois, de mauvais scores aux items moteurs, l'irritabilité et les difficultés d'orientation au test de Brazelton augmentent significativement le risque de DPN chez les mères [67-69].

Ainsi, le problème de l'impact de la maladie maternelle sur le développement du bébé et sur le développement du lien d'attachement nécessite-t-il toujours une évaluation soigneuse pour chaque dyade de l'état de la maman, du bébé, du lien et de l'environnement [70].

Toutes ces connaissances débouchent sur une question éthique majeure, qui est toujours la préoccupation centrale des professionnels de la santé périnatale devant ces situations de pathologie mentale parentale : quelles sont les capacités réelles de ces parents à fournir les soins parentaux à leur bébé maintenant et dans l'avenir, et donc l'éventuelle nécessité de séparer le bébé de ses parents, ou au contraire la possibilité de construire un projet permettant à la fois la sécurité physique et psychique de l'enfant auprès de ses parents. Ces évaluations reposent, entre autres, sur le concept de *parenting* qui a été élaboré dans le contexte du *children act* de 1989, en Angleterre. Il s'agit de l'élaboration d'éléments d'évaluation clinique qui contribuent à aider les instances judiciaires à prendre les décisions concernant le bien-être de l'enfant [71]. Cette évaluation comporte plusieurs dimensions : la relation du parent au rôle de parent, la relation du parent avec l'enfant, quelles sont les influences familiales, et entre autres la contribution de l'enfant à la relation parentale ? Dans ce cadre, les interactions avec le monde extérieur sont essentielles à évaluer, et notamment les réseaux de soutien disponibles et la possibilité pour les parents de bénéficier d'une aide thérapeutique. Ce guide de l'évaluation concrétise la spécificité de l'évaluation en psychiatrie périnatale qui est toujours dyadique et transactionnelle.

Importance du travail en réseaux en périnatalité

Comme nous l'avons souligné précédemment, la psychiatrie périnatale est indissociable de la pratique en réseau [1, 27]. Les éventuels troubles parentaux sont repérés d'abord par les professionnels « non psy » des circuits de soins en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie et par les acteurs médicosociaux. La période périnatale est un moment de rencontre et de dépistage des facteurs de vulnérabilité éventuels pour la santé mentale des parents et pour le développement physique et émotionnel

optimal de l'enfant, à l'occasion de temps institutionnalisés : par exemple dans les Protections maternelles et infantiles (PMI), les maternités, lors des Commissions techniques et enfance ou des staffs pluridisciplinaires qui réunissent des professionnels de champs différents. Il existe également des moments obligatoires de contact avec les professionnels de la santé périnatale de la femme et de l'enfant que sont les examens obligatoires pour la mère et le bébé, et depuis peu, la possibilité d'avoir un entretien prénatal précoce du début de grossesse, ainsi que deux séances de suivi postnatal par une sage-femme destinées aux femmes en situation de vulnérabilité, entre le huitième jour après la naissance et la date de consultation postnatale.

La psychiatrie périnatale en France pose de manière spécifique le problème de la détection des pathologies mentales. Les professionnels doivent non seulement aider à la détection de ces pathologies périnatales psychiatriques, mais aussi prendre des décisions d'adresse qui sont difficiles : faut-il adresser ou non à un psychiatre ? Si oui à quelle structure ? Il existe des questionnaires de dépistage, notamment l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, traduit et validé en français [72], qui est particulièrement adapté à la situation et destiné à aider les professionnels non « psy » au diagnostic de DPN.

Spécificités des traitements des syndromes psychiatriques pendant la grossesse et le post-partum

Différentes institutions et organisation des soins

Pour l'enfant, qui, a priori, n'est pas malade, l'avenir dépend beaucoup de la rapidité et de la qualité des soins que l'on pourra apporter à sa mère. Les prises en charge en unité mère-enfant représentent l'une de ces modalités.

Les principes de fonctionnement et de soins propres aux unités mère-enfant ont été développés ailleurs [7, 8, 73]. Le fondement de la réflexion autour d'une demande d'hospitalisation mère-enfant est celui de la finalité de cette prise en charge. Il peut s'agir de prévention, de soin, d'évaluation, mais également de mise en place d'une protection du bébé. Ce qui est primordial, c'est de définir les objectifs de l'hospitalisation avec les différents intervenants.

L'indication typique de l'hospitalisation mère-enfant à temps plein est la survenue chez la mère d'un trouble psychiatrique aigu. Le plus souvent, il s'agit d'un trouble de l'humeur avec ou sans caractéristiques psychotiques. Dans ces situations, une alternative thérapeutique est de prolonger la durée de l'hospitalisation dans le service de maternité, ou de faire réhospitaliser la mère et l'enfant dans le service de maternité où s'est déroulé l'accouchement. C'est une pratique très intéressante qui représente une alternative généralement efficiente à l'hospitalisation conjointe en milieu psychiatrique, mais il faut que les troubles maternels soient d'intensité modérée, et qu'une équipe de soins psychiatrique en périnatalité soit disponible pour accompagner les équipes obstétricale et pédiatrique.

Il peut s'agir d'une patiente enceinte présentant une pathologie mentale (troubles psychotiques chroniques, troubles de la personnalité, antécédents de troubles de l'humeur ou de décompensation périnatale), pour qui le risque de rechute rend judicieuse une hospitalisation mère-enfant préventive dans les suites de couches. Ces situations nécessitent toujours un suivi conjoint obstétrical, pédiatrique, psychiatrique et social, au sein d'une collaboration en réseau très étroite des différents partenaires. L'hospitalisation conjointe n'est que l'un des éléments du futur de la prise en charge, avec une fonction d'étayage symbolique rassurante pour la patiente et les professionnels. Notons que, si la patiente nécessite une hospitalisation psychiatrique durant la grossesse, certaines unités mère-enfant peuvent recevoir des femmes enceintes, ou travaillent en très étroite collaboration avec des services de psychiatrie de l'adulte. En effet, la prise en charge de ces patientes nécessite une bonne connaissance des risques liés à la prescription des psychotropes durant la grossesse et des réseaux de soins spécialisés.

Des prises en charge en hôpital de jour sont également possibles, soit pour les femmes qui, après une hospitalisation à temps plein, nécessitent encore un soutien rapproché, soit pour celles dont la gravité de la pathologie est suffisamment invalidante pour nécessiter un étayage plus important que celui qui pourrait se faire en ambulatoire ou au domicile.

Les femmes souffrant de troubles plus légers ou de troubles spécifiques du lien mère-enfant seront généralement suivies au sein de services de consultations spécialisées ou par des services d'hospitalisation à domicile. Ces deux derniers types de structure sont avant tout axés sur la prise en charge de pathologies du très jeune enfant en relation avec des troubles relationnels précoces mère-enfant, et sont généralement rattachés à des services de pédopsychiatrie.

Ainsi, une unité mère-enfant seule, cela n'existe pas. Elles peuvent être considérées comme le niveau 3 du soin psychique en périnatalité, et si elles servent de pivot référent, c'est le réseau qui, dans les meilleurs des cas, s'est constitué en anténatal depuis les services de maternité avec les équipes d'obstétrique et qui se continue pendant et après l'hospitalisation avec les services de pédiatrie, de PMI, les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adulte, les services sociaux et les équipes éducatives, qui permet de fournir la continuité des soins si importante pour l'enfant, mais également pour la mère.

Traitements psychotropes

Les risques inhérents à la prise de psychotropes durant la grossesse et l'allaitement sont surtout liés aux risques de passage de ces traitements lors des échanges placentaires ou dans le lait. Un consensus émerge sur la nécessité de l'information soigneuse de la patiente des bénéfices et des risques. Pendant la grossesse, les éléments pour la décision sont : le risque de rechute pour la mère, le risque tératogène pour le bébé avec certains produits notamment certains thymorégulateurs [74, 75], le risque de sevrage ou de retentissement du produit pour le bébé à la naissance. On recommande classiquement le choix des médicaments les plus anciennement connus, prescrits aux doses minimales, une surveillance minutieuse de la grossesse (échographie pratiquée par des échographistes « de référence ») et du bébé à la naissance. Si la mère allaite, les éléments sur lesquels se fondent la réflexion bénéfice/risque sont l'évaluation des bienfaits de l'allaitement sur les relations au sein de la dyade, le risque de rechute pour la mère, surtout lié à la privation de sommeil, et pour le bébé le risque d'effets à court terme, et du retentissement sur sa vigilance et sa capacité à s'alimenter. Soulignons l'absence quasi complète de données sur les éventuels effets à long terme des traitements psychotropes. Enfin, les caractéristiques du bébé entrent en compte : il doit être en bonne santé, et la prématurité, les dysfonctionnements hépatiques ou rénaux représentent des contre-indications. La prescription doit s'accompagner d'une surveillance clinique minutieuse du bébé, nécessitant une collaboration pédiatre-psychiatre rapprochée [76].

Traitements psychothérapeutiques

Les effets des psychothérapies ne sont pas plus évalués durant la période périnatale qu'aux autres périodes de la vie. Néanmoins, les objectifs sont toujours doubles avec d'une part l'approche des troubles maternels et d'autre part, la prise en compte de l'enfant et du lien. En France, l'approche d'inspiration psychanalytique centrée sur le lien mère-bébé est la plus fréquente, et les traitements psychothérapeutiques mère-enfant psychodynamiques sont les plus développés [77]. L'une des très rares études à ce propos [78, 79] comparant des mères déprimées soignées dès la sixième semaine de post-partum soit par des entretiens de guidance simples, soit par des psychothérapies d'inspiration analytique, soit par des thérapies cognitivocomportementales montre que ces trois types de traitement permettent une amélioration rapide et significative des mères ; également que les enfants dont les mères déprimées sont traitées rapidement présentent une amélioration de leurs

difficultés relationnelles avec leur mère, à l'inverse des contrôles (déprimées non traitées), et que la qualité de l'attachement à la mère est meilleure si celle-ci est guérie à 4 mois et demi post-partum. Chez les enfants de ces mères déprimées, certains symptômes, tels les troubles du sommeil, de l'alimentation ou les pleurs ne sont pas améliorés par les prises en charge précoces. De même la qualité des interactions entre la mère et son enfant n'est pas améliorée par le traitement de la dépression de la mère, alors qu'elle peut l'être par l'amélioration de la qualité du soutien conjugal. En revanche, on note une influence positive sur la demande d'attention, les capacités à gérer les séparations, le jeu, la tendance à un attachement sécure et la qualité globale de la relation, sur laquelle les thérapies cognitivocomportementales semblent d'efficacité supérieure à celle des entretiens de guidance et des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Ce travail souligne encore une fois que seule une analyse très fine de la pathologie, mais également du milieu sociofamilial et des particularités de chaque dyade mère-enfant est nécessaire pour définir le mode de traitement adapté à chaque cas.

Indépendamment de cette double approche psychiatrique et psychologique, les prises en charge en psychiatrie périnatale ont des points communs : les soins par des professionnels en santé mentale lorsqu'ils sont nécessaires sont toujours le complément d'une aide « primaire », concrète et émotionnelle, fournie par les professionnels de santé primaire au sein d'une pratique de réseau. Plus que dans les autres spécialités de la santé mentale, la prise en compte des choix des mères dans le traitement qui leur est proposé est essentielle, car c'est la condition préalable à une bonne alliance thérapeutique et à une bonne compliance, sans lesquelles ces prises en charge, qui débouchent parfois sur des soins à long cours au moins pour la mère, ne sont pas possibles [72].

■ Psychiatrie périnatale : les pères

La psychiatrie périnatale ne commence que depuis peu à étudier les troubles éventuels présentés par les pères. Ainsi, jusqu'aux années 1990 [36], le père est surtout étudié comme facteur de soutien ou de vulnérabilité pour sa partenaire malade. Puis, petit à petit, des travaux apparaissent concernant la psychologie de la paternité en elle-même [80, 81] ainsi que sur la psychopathologie des pères. Ainsi, les études de Ballard et al. [82] montrent que les partenaires de femmes présentant une DPN ont plus de risque d'être déprimés eux aussi. Lovestone et Kumar [83] montrent que la moitié des partenaires de mères présentant un trouble grave du post-partum type psychose puerpérale, qui sont vues en unité mère-enfant, présente un diagnostic psychiatrique. Les études récentes [84] montrent qu'environ 10 % des pères présentent un épisode dépressif dans les 3 mois du post-partum. De nouveau se posent les questions de la spécificité de cette pathologie. Le risque supplémentaire qu'elle induit pour la mère ainsi que ses effets directs sur les interactions père-enfant et donc le développement des bébés sont des facteurs encore peu étudiés, mais qui ont bien évidemment une grande importance dans les soins psychiques périnataux.

■ Limites du concept de psychiatrie périnatale

La psychiatrie périnatale représente un champ récent de la psychiatrie : il ne semble plus possible de douter de la nécessité de cette approche particulière. Ses multiples spécificités en font un paradigme possible de la complexité du « syndrome psychiatrique » [72]. En prenant en compte simultanément, sur une période donnée, les perspectives développementales, psychologiques, sociologiques et culturelles, associées à la notion de fonctionnement interpersonnel, elle permet un champ d'étude infini, tout en réimposant l'idée qu'aucun trouble mental ne

peut être considéré en dehors du contexte de survenue et de ses liens avec le fonctionnement psychique du sujet. Par sa compréhension multifactorielle des troubles, elle oblige à une prise en compte des logiques multiples d'une situation et conduit les professionnels de la santé périnatale au développement de projets de soins multifocaux, qui se traduit actuellement en France par la mise en place d'un travail de réflexion collaborative des trois sociétés savantes en psychiatrie et psychologie périnatale que sont la Société Marcé francophone (www.marce-francophone.asso.fr), la World Association for Infant Mental Health (WAIMH) francophone (www.psynem.necker.fr/Waimh/Francophone/) et la Société francophone de psychologie périnatale (www.afree.asso.fr).



■ Références

- [1] Missonier S. Psychiatrie périnatale. In: Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F, editors. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 2000. p. 562-5.
- [2] Houzel D. *Les enjeux de la parentalité*. Paris: Erès; 1999.
- [3] Bydlowsky M. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF; 1997.
- [4] Mazet P, Lebovici S. *Psychiatrie périnatale*. Paris: PUF; 1998.
- [5] Esquirol E. *Traité des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*. 1838.
- [6] Marcé LV. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris: L'Harmattan; 2002.
- [7] Sutter AL, Bourgeois M. *Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale*. Paris: PUF; 1996.
- [8] Chardeau P, Lafont V. Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie*, 37-170-A-10, 2007.
- [9] Douglas G. Psychotic mothers. *Lancet* 1956;2:124.
- [10] Main TF. Mothers with children in a psychiatric hospital. *Lancet* 1958; 2:845-7.
- [11] Baker AA, Morisson M, Game JA. Admitting schizophrenic mothers with their baby. *Lancet* 1961;2:237-9.
- [12] Racamier PC, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol Psychiatr (Paris)* 1961;26:525-70.
- [13] Lemperière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie*, 37-660-A-10, 1984.
- [14] Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
- [15] Brockington I. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- [16] Thelander HE. Maternal guilt, prenatal and perinatal insults, and psychiatric guidance. *Pediatrics* 1972;50:342.
- [17] Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968; 114:1325-35.
- [18] Morin P, Guilly P, Badin J, Choukroun J. Etiology of certain puerperal psychoses. *Bull Fed Soc Gynecol Obstet Lang Fr* 1952;4:600-2.
- [19] Balduzzi E. Puerperal, psychosis; attempted pathogenic interpretation. *Encephale* 1951;40:11-43.
- [20] Gayral L, Ferrier Y, Gleizes L. Puerperal psychoneuroses; treatment and prognosis. *Toulouse Med* 1950;51:323-36.
- [21] Murray L, Cooper PJ, Stein A. Postnatal depression and infant development. *BMJ* 1991;302:978-9.
- [22] Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendell D, Schanberg S, et al. Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non-depressed adults. *Child Dev* 1988;59:1569-79.
- [23] Stern G, Kruckman L. Multidisciplinary perspectives on postpartum depression: an anthropological critic. *Soc Sci Med* 1983;17:1027-41.
- [24] Thurtle V. Postnatal depression: the relevance of sociological approaches. *J Adv Nurs* 1995;22:416-24.
- [25] Whitton A, Warner E, Appleby L. Maternal thinking and the treatment of postnatal depression. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:73-8.
- [26] Dugnat M. Résistance à la prévention, reconnaissance de la périnatalité psychique. *Info Psy* 2004;80:611-7.
- [27] Dugnat M. Santé mentale et psychiatrie périnatale : renouveler l'approche de la prévention. *Dialogue Can Philos Assoc* 2002;157:29-41.
- [28] Brown GW, Harris T. Disease, distress and depression. A comment. *J Affect Disord* 1982;4:1-8.

- [29] O'Hara MW. The nature of post partum disorders. In: Murray L, Cooper PJ, editors. *Postpartum depression and childhood development*. New York: Guilford Press; 1997. p. 3-1.
- [30] Milgrom J, Martin PR, Negri L. *Treating postnatal depression. A psychological approach for health care practitioners*. Chichester: Wiley; 2000.
- [31] Heim A, Heim N, Philippe HJ, Nuss P, Ferreri M. Troubles psychiatriques du post-partum. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-110-B-10, 2000.
- [32] Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995;**166**:191-5.
- [33] Darves-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 2001.
- [34] Sutter-Dallay AL, Dallay D, Verdoux H. Psychic disorders during pregnancy and post-partum. *Rev Prat* 2004;**54**:1137-9.
- [35] Sutter AL, Lacaze I, Loustau N, Paulais JY, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;**163**:524-8.
- [36] Guedeny N. Les dépressions du post-partum : sémiologie et diagnostic. In: Guedeny A, Allillaire JF, editors. *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris: Masson; 2001. p. 73-92.
- [37] Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008;**16**:24.
- [38] O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Warner MW. Controlled prospective study of post-partum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J Abnorm Psychol* 1991;**100**:63-73.
- [39] Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;**163**:27-31.
- [40] Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998;**316**:1884-6.
- [41] DSM IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Texte révisé* (Washington DC, 2000). Paris: Masson; 2003.
- [42] CIM10 Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes. Genève: OMS; 1993.
- [43] Schore AN. *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale NJ: Erlbaum; 1994.
- [44] Li X, Sundquist J, Sundquist K. Age-specific familial risks of psychotic disorders and schizophrenia: a nation-wide epidemiological study from Sweden. *Schizophr Res* 2007;**97**:43-50.
- [45] Scourfield J, McGuffin P. Familial risks and genetic counselling for common psychiatric disorders. *Adv Psychiatr Treat* 1999;**5**:39-45.
- [46] Currier D, Mann MJ, Oquendo MA, Galfalvy H, Mann JJ. Sex differences in the familial transmission of mood disorders. *J Affect Disord* 2006;**95**:51-60.
- [47] Talge NM, Neal C, Glover V. Early stress, translational research and prevention science network: fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry* 2007;**48**:245-61.
- [48] Phillips DI. Programming of the stress response: a fundamental mechanism underlying the long-term effects of the fetal environment? *J Intern Med* 2007;**261**:453-60.
- [49] Côté F, Fligny C, Bayard E, Launay JM, Gershon MD, Mallet J, et al. Maternal serotonin is crucial for murine embryonic development. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007;**104**:329-34.
- [50] Lee PR, Brady DL, Shapiro RA, Dorsa DM, Koenig JI. Prenatal stress generates deficits in rat social behavior: reversal by oxytocin. *Brain Res* 2007;**1156**:152-67.
- [51] King-Hele SA, Abel KM, Webb RT, Mortensen PB, Appleby L, Pickles AR. Risk of sudden infant death syndrome with parental mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2007;**64**:1323-30.
- [52] Webb RT, Pickles AR, Appleby L, Mortensen PB, Abel KM. Death by unnatural causes during childhood and early adulthood in offspring of psychiatric inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 2007;**64**:345-52.
- [53] Lyons-Ruth K, Zoll D, Connell D, Grunebaum HU. The depressed mother and her one-year-old infant: environment, interaction, attachment and infant development. In: *Maternal depression and infant disturbance. New directions for child development*. San Francisco CA: Jossey-Bass; 1986. p. 61-82.
- [54] Näslund B, Persson-Blennow I, McNeil TF, Kaij L, Malmquist-Larsson A. Deviations on exploration, attachment, and fear of strangers in high-risk and control infants at one year of age. *Am J Orthopsychiatry* 1984;**54**:569-77.
- [55] Snellen M, Mack K, Trauer T. Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;**33**:902-11.
- [56] Stern DN. *Le monde interpersonnel du nourrisson, une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: PUF; 1989.
- [57] Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995;**25**:165-81.
- [58] Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;**42**:871-89.
- [59] Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;**37**:927-35.
- [60] Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;**42**:623-36.
- [61] Petterson SM, Albers AB. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev* 2001;**72**:1794-813.
- [62] Sutter-Dallay AL, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Infant Behav Dev* 2009 (soumis).
- [63] Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. *Br J Psychiatry* 1998;**172**:58-63.
- [64] Morrell J, Murray L. Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;**44**:489-508.
- [65] Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;**41**:737-46.
- [66] Quinton D, Rutter M. Parents with children in care. Current circumstances and parenting. *J Child Psychol Psychiatry* 1984;**25**:211-29.
- [67] Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Dev Med Child Neurol* 1996;**38**:109-19.
- [68] Field T. The treatment of depressed mothers and their infants. In: Murray L, Cooper P, editors. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford; 1997. p. 221-37.
- [69] Sutter AL, Murray L, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Newborn behavior and risk of postnatal depression in the mother. *Infancy* 2003;**4**:589-602.
- [70] Kumar RC. Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson « l'enfant de n'importe qui ». *Devenir* 2001;**13**:47-75.
- [71] Reder P, Lucey C. Significant issues in the assessment of parenting. In: Reder P, Lucey C, editors. *Assessment of parenting. Psychiatric and psychological contributions*. London: Routledge; 1995. p. 3-17.
- [72] Guédény N, Jeammet P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir* 2001;**13**:51-64.
- [73] Nezelof S, Cazas O, Sutter-Dallay AL, Glangeaud N. Hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;**163**:529-34.
- [74] Nordon C, Sutter AL, Verdoux H. Prise en charge des femmes souffrant d'un trouble bipolaire de la conception au post-partum. *Presse Med* 2007;**36**:1913-8.
- [75] Sutter-Dallay AL, Dallay D, Garay R. Prise en charge du trouble bipolaire chez la femme en âge de procréer. *Inf Psychiatr* 2008;**84**:1-7.
- [76] Sutter-Dallay AL. Pathologie psychiatrique et grossesse : prise en charge thérapeutique. In: D'Ercole C, Collet M editors. *Pathologie psychiatrique et grossesse*. 37^{es} Journées nationales de médecine périnatale; 2007. p. 3-16.
- [77] Cramer B. Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In: Murray L, Cooper PJ, editors. *Postpartum depression and childhood development*. New York: Guilford Press; 1997. p. 237-64.
- [78] Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry* 2003;**182**:420-7.

- [79] Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 2003;**182**: 412-9.
- [80] Bydlowsky M. Parenté maternelle et parenté paternelle. *Esprit du Temps-Adolescence* 2006;**55**:33-42.
- [81] Condon J. What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Aust Fam Physician* 2006;**35**:690-2.
- [82] Ballard C, Davis R, Dean C. Postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1994;**164**:782-8.
- [83] Lovestone S, Kumar R. Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *Br J Psychiatry* 1993;**163**:210-6.
- [84] Pinheiro RT, Magalhães PV, Horta BL, Pinheiro KA, da Silva RA, Pinto RH. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatr Scand* 2006;**113**:230-2.

Pour en savoir plus

- Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, ministère de la Santé et de l'Action humanitaire.
- Circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005, relative à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité, ministère de la Santé et des Solidarités.
- Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006, relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité, Bulletin officiel 2006-4.
- Rapport F. Molénat, mission DHOS, rapport de janvier 2004 : « Périnatalité et prévention en santé mentale – Collaboration médicopsychologique en périnatalité. <http://www.afree.asso.fr/Rapport%20final%20230204%20FM.pdf>.

A.-L. Sutter-Dallay, Psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier, docteur ès sciences en psychologie (alsutter@ch-perrens.fr).
Pôle universitaire de psychiatrie adulte, Réseau de psychiatrie périnatale, Centre hospitalier Charles Perrens, 121, rue de la Béchade, 33000 Bordeaux, France.

N. Guédénéy, Pédopsychiatre, praticien hospitalier, docteur ès sciences de la vie.
Département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune, Centre médicopsychologique, Institut mutualiste Montsouris, 45, rue de la Harpe, 75005 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Sutter-Dallay A.-L., Guédénéy N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-20, 2010.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos / Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations



Cas clinique