

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2019

N° : 145

**THÈSE**  
**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État  
Mention D.E.S Psychiatrie

PAR

Marion BARTH  
Née le 8 juillet 1989 à Strasbourg

**La Prévention Précoce en Santé Mentale Périnatale :**  
**Un projet local pour des enjeux nationaux**

**Président de thèse :** Madame le Professeur Carmen SCHRÖDER

**Directeur de thèse :** Madame le Docteur Sarah SANANÈS



1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
 (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Accesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1988) M. MANTZ Jean-Marie
- (1988-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018  
 Année universitaire 2017-2018

HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
 DE STRASBOURG (HUS)  
 Directeur général :  
 M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Selamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
 DOLLFUS Héline Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Selamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRP0 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
GANDOLFI Emanno P0025	RP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS * Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0188	NRP0 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésio- logie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047 (1) (8)	Smb Cons	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédiopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0050	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNDSCH Pierre P0051	RP0 CS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP0 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	Smb Cons	* Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Mathieu P0186	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <del>Bactériologie-Virologie</del> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Ashin P0062	RP0 CS	* Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	* Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0098	RP6 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0097	NRP6 CS	* Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0098	NRP6 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0099	S/mb	* Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les Isotopes in vitro / NHC * Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	* Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0078 (Disponibilité 30.04.18)	NRP6 CU	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
IGNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		* Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0076	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUG et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP6 CS NCS	* Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine * Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'Imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-COOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERGSCMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANDOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	* Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (B) P0088	S/mb Cons	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	* Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPKER Dan P0093	NRP6 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEUX Philippe P0094	NRP6 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - COOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Génologie - Hôpital Civil	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	* Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Fernat P0106	NRP6 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	* Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	* Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme FAILLARD Catherine P0160	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	* Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	* Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option ; Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUET François P0182	NRP6 CS	* Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	* Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil * Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0187	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP0 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VELLON Francis P0155	NRP0 CS	* Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS  CS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil * Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac. de Médecine * Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP0 NCS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dép. 31.07.2019)	NRP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	Smb	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté * Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepleire - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable → 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) → 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) → 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	--	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Amaud M0001		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeirre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepeirre * Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		* Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies Infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies Infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Drapo → 31.12.2018)		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - Virologie (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0001		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeirre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAING Laurent M0099		* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		* Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		* Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Drapo → 15.08.18)	CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILIGETTI Denis M0025		* Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		* Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		* Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC * Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KAGTNER Philippe M0099		* Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine * Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas M0042		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	* Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		* Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dép. → 31.08.2018)		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONGDORFER-WOLF Evelyne M0090		* Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine * Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0048	CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / GCMO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		* Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		* Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAPP Alexander M0053		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0054		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Giles M0057		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme RADOSAWLJEVIC Mirjana M0058		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		* Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les Isotopes / NHC * Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		* Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aïna M0096		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS * Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme BORDET Christelle M0060		* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0030		* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		* Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0075		* Institut d'immunologie / HC * Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		* Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		* Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0118		* Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0160	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0180	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIG / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIED Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0187	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0188	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0088	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	* Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	* Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	* Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	* Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	* Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Centre Antipolison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2018)  
BERTHEL Marc (Gériatrie)  
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)  
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)  
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)  
BELLOOQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédo-psychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREIGS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONGDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine Interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.96	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOGGARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie Infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PAGQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.96
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emilie (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa,Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EIDENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.12	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBO Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREIGER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et readaptation) / 01.09.15
JESEL Michel (Médecine physique et readaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.95
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Généraliste) / 01.09.07	

## Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.55.07.08

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.67.68

- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 45 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.12.80.00

- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.55.11

- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.11.67.68

OMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Grafenstaden Cedex - Tél. : 03.68.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Straus" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## Remerciements

**Madame le Professeur Carmen SCHRÖDER,**

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury. J'ai eu la chance de découvrir la pédopsychiatrie dans votre service durant mon externat. Votre enseignement théorique et clinique, aussi rigoureux que bienveillant, a marqué mon parcours. Veuillez recevoir le témoignage de ma profonde et respectueuse reconnaissance.*

**Madame le Docteur Sarah SANANÈS,**

*Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail. Tu m'as permis de rencontrer pleinement cette magnifique spécialité qu'est la psychiatrie périnatale, en m'associant si généreusement à ton travail, que tu mènes avec passion. Merci pour ta confiance, ton soutien, ta disponibilité et tes précieux conseils, tant dans ce travail que dans l'apprentissage de mon métier.*

**Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY,**

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de siéger dans ce jury. Mon passage dans votre service, au cours de mon externat puis de mon internat, a été des plus formateur. Merci pour le temps que vous consacrez aux étudiants, la qualité de votre enseignement et l'énergie déployée à nous transmettre combien la psychiatrie est une discipline passionnante. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.*

**Monsieur le Professeur Israël NISAND,**

*Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger ce travail. Votre enseignement a profondément marqué mon cursus et a tenu une place importante tant dans mon choix de spécialité que dans ce travail de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.*

**Monsieur le Docteur Michel DUGNAT,**

*Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans ce jury. Me plonger dans ces recherches m'a fait découvrir vos engagements et vos actions, qui font référence et sont des plus inspirants. Vous avez fait évoluer de manière significative tant ma réflexion que ma pratique clinique. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.*

Merci infiniment à mes maîtres et collègues tout au long de mon cursus,

**Aux équipes de Brumath,**

*Vivien*, je tiens à te remercier particulièrement pour ton aide tout au long de ce travail. Ta disponibilité, tes relectures attentives et tes conseils pertinents ont été très précieux. Merci également de la confiance que tu me témoignes en m'accueillant dans ton pôle en tant qu'assistante et de l'énergie que tu as consacrée à la création de ce poste.

Merci à toi **Sophie** pour ton accueil bienveillant à l'Unité Mère-Bébé. L'année passée à tes côtés a été des plus enrichissantes. Je te remercie de ton enseignement et de ta confiance.

**Béatrice**, merci infiniment pour ton enseignement, ton écoute et ton soutien donnés avec tant de bienveillance et de générosité. Tu es une professionnelle remarquable, une personne formidable et une amie précieuse. Je me réjouis de nos échanges à venir !

Merci pour tout **Claude, Mugurel, Olivier, Anne et toute la famille du G01**. Vous avez rendu cette fin d'internat merveilleuse. Un travail de qualité dans une ambiance des plus agréables est votre marque de fabrique. Merci mille fois de m'avoir accueillie si généreusement dans la famille.

**Aux équipes d'Erstein,**

**Dr Steinberg**, je tiens particulièrement à vous remercier. Vous avez eu le souci de me sensibiliser et de me former aux soins précoces. Vous avez considérablement marqué mon parcours. C'est un honneur que d'avoir pu assister à vos consultations, des plus incroyables cliniquement, et d'avoir pu bénéficier de votre enseignement.

Merci infiniment **Grégory** pour l'année de travail passée à tes côtés. Tu as été un directeur de mémoire en or. Merci pour ton enseignement, ton soutien, ta disponibilité et ta confiance. Merci pour tout !

**Aux équipes de Strasbourg,**

Merci particulièrement à vous **Alexandra et Diana** pour votre accueil chaleureux aux urgences, alors que nous n'étions que des « bébés docteurs » Jérémy et moi. Et quelle soirée de fin de stage !

**Joëlle et Rachida**, plus que des collègues vous êtes des amies qui me sont chères, merci pour votre enseignement, nos rigolades et votre soutien.

**Merci à ma famille,****A Mike,**

*Merci pour ton soutien, ton amour et également ta patience, mise à rude épreuve ces derniers mois ! Tu es un homme, un partenaire et un papa formidable. Quel chemin nous avons déjà parcouru ! Je me réjouis de découvrir et de traverser à tes côtés ce que la vie nous réserve.*

**A Nathan,**

*Tu as bouleversé ma vie, être ta maman est une aventure extraordinaire dont je m'émerveille chaque jour. Te voir grandir et te guider sur ce chemin qui est le tien me remplit de bonheur. Tu es un petit bonhomme incroyable, je suis si fière de toi.*

**A mes parents,**

*Merci d'avoir été à mes côtés tout au long de ces années, de m'avoir soutenue et encouragée. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Merci infiniment.*

**A ma soeur,**

*Tu as été en première ligne de mes moments heureux et moins heureux tout au long de ces années. Je n'oublierai jamais que tu me déposais et me recherchais chaque jour aux ECN ! Tu es une sœur en or et une tata formidable. Tu nous manques, il est grand temps que tu reviennes dans la région !*

**A mes grands-parents,**

*Pour votre amour et votre motivation sans faille à m'encourager. Merci Mamie pour ta joie de vivre et tes Tupperware durant toutes ces années ! Mémé, merci pour toutes nos discussions et tes paroles des plus sages qui m'ont été si précieuses, tu me manques.*

**A mes oncles, tantes, cousins et cousines,**

*Merci pour votre soutien et votre affection. Je te remercie tout particulièrement Corine pour ta précieuse aide et tes relectures attentives de ce travail.*

**A ma belle-famille,**

*Sarada et Sylvain, merci pour votre soutien. Vous êtes des grands-parents formidables. Merci pour votre aide et votre amour au quotidien. Mélissa, belle-sœur et tata hors du commun, merci pour ta joie de vivre communicative et tes encouragements. Merci à toi Mélanie d'être une tata si aimante, je me réjouis que nos bouts de chou soient si complices.*

**Merci à mes amis,**

**A Jérémy,**

*Co-interne exceptionnel, ami en or, que dis-je tonton gâteau et membre à part entière de la famille. Merci pour nos fous-rires incalculables, nos discussions des plus sérieuses et des plus absurdes ! Tu as magnifiquement coloré cet internat. Je m'enthousiasme des moments de partages qui nous attendent.*

**A Elodie et Héloïse,**

*Merci les copines d'avoir ensoleillé toutes ces années d'études. Vous êtes des nanas incroyables et des médecins des plus formidables. On ne se voit définitivement pas assez, il est urgent d'y remédier !*

**A Amandine, Pauline et Hélène,**

*Merci les filles pour toutes ces années de partages sur le terrain et en dehors. Notre fine équipe ne cesse de s'agrandir et je me réjouis de tous ces jolis moments qui nous attendent encore. Merci infiniment pour votre soutien, j'ai énormément de chance de grandir à vos côtés.*

**A vous tous, petits et grands, à qui nous proposons notre aide et des soins,**

*Merci pour votre enseignement ainsi que pour la confiance que vous m'accordez chaque jour.*

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	25
PARTIE 1. NOTRE ABORD CLINIQUE DE LA PSYCHIATRIE PERINATALE .....	26
<b>I. Contextualisation .....</b>	<b>26</b>
<b>II. Des mères, des pères, des bébés .....</b>	<b>28</b>
1. Mme B. et Bakari : la sévérité des troubles psychiatriques périnatals.....	28
1.1 Contexte et motif de première consultation.....	28
1.2 Eléments biographiques et d’anamnèse.....	29
1.3 Antécédents .....	30
1.4 Prise en charge gynéco-obstétricale et pédiatrique .....	30
1.5 Eléments cliniques .....	31
1.6 Discussion.....	35
2. Mme A. et Aline : le manque de repérage précoce des troubles psychiques périnatals .....	37
2.1 Contexte et motif de première consultation.....	37
2.2 Eléments biographiques et d’anamnèse.....	38
2.3 Antécédents .....	38
2.4 Prise en charge gynéco-obstétricale et pédiatrique .....	39
2.5 Eléments cliniques .....	41
2.6 Discussion.....	45
3. Mme N. et Nolan : les limites du travail en réseau en santé mentale périnatale.....	46
3.1 Contexte et motif de première consultation.....	46
3.2 Eléments biographiques et d’anamnèse.....	47
3.3 Antécédents .....	47
3.4 Prise en charge gynéco-obstétricale et pédiatrique.....	48
3.5 Eléments cliniques .....	49
3.6 Discussion.....	53
4. Mme P. et Paul : des soins curatifs efficaces, des soins préventifs insuffisants.....	55
4.1 Contexte et motif de première consultation.....	55
4.2 Eléments biographiques et d’anamnèse.....	55
4.3 Antécédents .....	56
4.4 Prise en charge gynéco-obstétricale et pédiatrique .....	56
4.5 Eléments cliniques .....	58
4.6 Discussion.....	62
<b>III. Problématisation.....</b>	<b>64</b>

PARTIE 2. LA SANTE MENTALE PERINATALE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE .....	67
<b>I. Les spécificités de la psychiatrie périnatale .....</b>	<b>67</b>
1. Essai de définition.....	67
1.1 La périnatalité : une période de vie, un champ professionnel .....	67
1.2 La parentalité : un processus psychique .....	68
1.3 La psychiatrie périnatale : une discipline .....	70
2. Abord historique : une spécialité récente et en construction .....	71
2.1 Les premières expériences cliniques .....	71
2.2 L'approche scientifique.....	73
2.3 L'élaboration d'une pensée commune en périnatalité.....	76
<b>II. La sévérité des troubles psychiatriques périnataux : épidémiologie .....</b>	<b>77</b>
1. Les troubles psychopathologiques maternels.....	77
1.1 Les dépressions périnatales .....	77
1.1.1 La dépression post-partum.....	77
1.1.1.1 Des insuffisances nosographiques .....	77
1.1.1.2 Un trouble fréquent .....	78
1.1.1.3 Des spécificités sémiologiques.....	79
1.1.1.4 Une évolution à risque .....	81
1.1.1.5 Des facteurs de risque connus .....	81
1.1.1.6 Des soins curatifs spécialisés efficaces .....	83
1.1.2 La dépression anténatale .....	85
1.1.2.1 Un trouble fréquent .....	85
1.1.2.2 Une évolution à risque .....	86
1.1.2.3 Des facteurs de risque connus .....	86
1.1.2.4 Des soins curatifs spécialisés efficaces .....	87
1.1.3 Le post-partum blues .....	87
1.1.3.1 Un trouble fréquent .....	87
1.1.3.2 Des spécificités sémiologiques.....	87
1.1.3.3 Une évolution à risque .....	88
1.1.3.4 Des soins curatifs spécialisés efficaces .....	88
1.2 Les psychoses puerpérales.....	89
1.2.1 Des troubles sévères .....	89
1.2.2 Des spécificités sémiologiques.....	89
1.2.3 Une évolution à risque .....	90
1.2.4 Des facteurs de risque connus .....	91
1.2.5 Des soins curatifs spécialisés efficaces .....	91

1.3	Le suicide maternel en période périnatale .....	93
2.	Les impacts sur l'enfant .....	94
2.1	Les répercussions infantiles des dépressions périnatales.....	95
2.1.1	Les impacts de la dépression anténatale.....	95
2.1.1.1	Les complications fœtales .....	95
2.1.1.2	Les complications néonatales .....	96
2.1.2	Les impacts de la dépression post-partum.....	97
2.1.2.1	Les troubles des interactions précoces .....	97
2.1.2.2	Les troubles du développement .....	98
2.1.2.3	Les impacts à long terme.....	98
2.2	Les répercussions infantiles des psychoses puerpérales .....	99
2.2.1	La transmission des troubles .....	99
2.2.2	Les complications obstétricales et néonatales .....	99
2.2.3	Les troubles des interactions précoces .....	100
2.2.4	Les troubles du développement .....	101
2.3	L'ultime risque : l'infanticide .....	102
2.3.1	Quelques définitions .....	102
2.3.2	Des passages à l'acte rares, mais bien réels.....	102
2.3.3	Des facteurs de risque connus .....	103
3.	Les troubles psychopathologiques paternels.....	104
3.1	Des troubles mal connus.....	104
3.1.1	Les troubles dépressifs périnataux.....	104
3.1.1.1	Des spécificités sémiologiques.....	104
3.1.1.2	Des troubles fréquents .....	104
3.1.1.3	Des facteurs de risque démontrés .....	105
3.1.2	Les troubles psychotiques puerpéraux .....	105
3.1.2.1	Des spécificités sémiologiques.....	105
3.1.2.2	Une fréquence des troubles mal connue .....	106
3.1.2.3	Des facteurs de risque mal connus .....	106
3.2	Des répercussions infantiles majeures.....	106
3.3	Un défaut de prise en charge .....	107
<b>III.</b>	<b>Les enjeux médico-économiques de la santé mentale en périnatalité.....</b>	<b>108</b>

PARTIE 3. LA PREVENTION PRECOCE EN SANTE MENTALE PERINATALE .....	110
<b>I. La prévention : définitions et spécificités .....</b>	<b>110</b>
1. La prévention en santé .....	110
2. La prévention en santé mentale : ses particularités .....	111
3. La prévention en santé mentale périnatale : ses spécificités .....	111
<b>II. Un état des lieux en demi-teinte .....</b>	<b>113</b>
1. Un cadre réglementaire et des directives nationales pertinents .....	113
1.1 Les plans de santé publique .....	114
1.1.1 Le plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité.....	114
1.1.2 Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 .....	116
1.2 Les circulaires .....	118
1.2.1 La circulaire du 4 juillet 2005 : la collaboration médico-psychologique en périnatalité.....	118
1.2.2 La circulaire du 30 mars 2006 : le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité.....	121
1.3 Les recommandations de 2005 de la Haute Autorité de Santé : la préparation à la naissance et à la parentalité .....	124
2. Des résultats très insuffisants .....	130
2.1 Un manque de repérage et de prise en charge des familles vulnérables .....	130
2.2 Un défaut de mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce et de la préparation à la naissance et à la parentalité .....	132
2.3 Des inégalités territoriales importantes d'accès à des soins spécifiques .....	132
3. Des limites et obstacles .....	134
3.1 Un manque de moyens .....	134
3.2 Un défaut de formation et de diffusion des bonnes pratiques .....	135
3.3 Des insuffisances dans le domaine de la recherche .....	138
3.4 Au total, un changement de culture difficile à instaurer .....	139
<b>III. Les perspectives et réflexions actuelles .....</b>	<b>141</b>
1. L'impulsion de la démarche du Royaume-Uni .....	141
1.1 Une mobilisation nationale .....	141
1.2 Les objectifs de la Maternal Mental Health Alliance MMHA .....	143
1.3 De premiers résultats prometteurs .....	144
2. Une nouvelle dynamique en France .....	146
2.1 Les évolutions nécessaires en santé mentale périnatale.....	146
2.2 Les objectifs de la psychiatrie périnatale en France .....	147
2.3 Un moment propice au changement.....	148

PARTIE 4. LE DEVELOPPEMENT LOCAL D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION EN SANTE MENTALE PERINATALE .....	151
<b>I. Le rappel de notre problématique.....</b>	<b>151</b>
<b>II. Un état des lieux.....</b>	<b>152</b>
1. Des dispositifs de soins curatifs opérants, des dispositifs de soins préventifs insuffisants.	152
1.1 La présentation générale du pôle de pédopsychiatrie .....	152
1.2 La présentation des unités de psychiatrie périnatale.....	153
1.2.1 La population concernée .....	153
1.2.2 L'équipe de soins.....	153
1.2.3 Les dispositifs de soins .....	153
1.2.4 Les temps institutionnels.....	154
1.2.5 Le travail en réseau .....	155
2. La prévention en psychiatrie périnatale : histoire d'un objectif ancien .....	156
2.1 La naissance de l'unité mère-bébé .....	156
2.2 Le développement du travail en réseau : obstacles et limites .....	157
2.2.1 La collaboration avec les pédiatres .....	157
2.2.2 La collaboration avec la maternité.....	158
2.2.3 La collaboration avec les services de Protection Maternelle et Infantile et les services sociaux .....	159
2.2.4 La collaboration avec les psychiatres .....	160
2.2.5 La collaboration avec l'Aide Sociale à l'Enfance .....	160
2.3 Des avancées fragiles .....	161
3. Une nouvelle dynamique locale propice au changement .....	163
3.1 Un abord neuf de la psychiatrie périnatale au sein du service .....	163
3.2 Une démarche de sensibilisation, d'information et de formation des partenaires locaux	165
3.3 Une inscription dans l'élan, les réflexions et les recherches nationales.....	166
<b>III. Notre projet : développer localement la prévention précoce en santé mentale périnatale</b>	<b>167</b>
1. La genèse du projet .....	167
2. Les objectifs.....	169
3. Les bénéficiaires .....	170
4. Les moyens : la création d'un poste d'assistant spécialiste partagé .....	171
4.1 Description du dispositif .....	171
4.2 Les objectifs.....	172
4.3 Les missions.....	173
4.3.1 Une activité clinique.....	173
4.3.2 Une activité d'information et de formation aux équipes.....	174

4.3.3	Une activité de recherche.....	174
CONCLUSION .....		177
ANNEXES.....		179
<b>ANNEXE 1. Echelle EPDS « Edinburgh Postnatal Depression Scale ».....</b>		<b>179</b>
<b>ANNEXE 2. Règles de prescription des psychotropes en cas de grossesse et/ou d'allaitement ..</b>		<b>181</b>
<b>ANNEXE 3. Les facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse. Recommandations de la Haute Autorité de Santé HAS.....</b>		<b>182</b>
BIBLIOGRAPHIE .....		183

## INTRODUCTION

---

La psychiatrie périnatale est un champ récent de la psychiatrie. Il ne semble plus possible de douter que cette discipline, à la frontière de la psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie, nécessite une approche spécifique. Si les professionnels en périnatalité portent une attention croissante à la santé mentale des mères, la priorité reste malgré tout donnée à un abord plus technique de la grossesse et de la naissance. Une approche plus globale des familles en période périnatale, intégrant davantage le souci du bien-être psychique des parents et de leur enfant, apparaît fondamentale.

Nous rencontrons ces mères, ces pères et ces bébés en souffrance psychique alors que nous travaillons une année au sein d'une unité mère-bébé dans le cadre de notre internat. Bien que nous ayons la chance d'évoluer dans une région particulièrement riche en unités de soins conjoints et que nous ayons pu bénéficier d'une formation en psychiatrie périnatale au cours de notre cursus médical, c'est par cette expérience de terrain que nous avons le sentiment de découvrir pleinement ce domaine très spécifique de la psychiatrie.

Cet abord clinique de la santé mentale périnatale suscite chez nous de nombreuses interrogations, tant sur la sévérité des troubles psychiatriques périnataux, leurs impacts potentiellement dramatiques sur l'enfant et le devenir de ces familles, que sur les spécificités de leurs prises en charge, notamment là où la précocité des soins semble décisive.

Nous présentons dans ce travail nos réflexions, recherches et propositions quant à cette problématique qui nous anime depuis :

Quels sont les enjeux d'une politique de prévention précoce en santé mentale périnatale ?

## **PARTIE 1. NOTRE ABORD CLINIQUE DE LA PSYCHIATRIE PERINATALE**

---

### **I. Contextualisation**

A la fin de notre internat de spécialité en psychiatrie, nous avons travaillé une année au sein d'une Unité Mère-Bébé. C'était notre volonté de découvrir, à ce moment de notre parcours, la prise en charge des mères présentant des troubles mentaux et celle de leur bébé.

Ce champ de la psychiatrie avait toujours été teinté d'un certain mystère pour nous. En effet, durant notre cursus médical général, la question très spécifique des troubles psychiatriques maternels est finalement assez peu abordée, tandis que rapidement au cours de notre internat de spécialité, nos expériences cliniques nous interpellent.

Alors que nous travaillons initialement en psychiatrie adulte, nous rencontrons les troubles psychiatriques maternels principalement en urgence durant les gardes hospitalières. La présence de ces mères en souffrance psychique et de leur bébé s'accompagne systématiquement d'une ambiance particulière. Les psychiatres adultes sont régulièrement démunis devant la présence de ce bébé qui accompagne la mère. L'évaluation des troubles psychiatriques maternels apparaît complexe, les difficultés quant aux possibilités de prise en charge dyadiques sont fréquentes, tandis que la charge émotionnelle pour les professionnels est constante.

Plus tard dans notre internat, nous découvrons les spécificités de la pédopsychiatrie. Nous recroisons alors la question de la santé mentale des mères. Ce sont ici davantage les mères de bébés qui ne vont pas bien ou qui risqueraient d'aller mal. Notre manière d'aborder ces situations change et, d'une vision centrée sur les troubles psychiatriques de la mère, nous

décalons notre regard pour observer ce bébé qui est en souffrance et analyser la relation entre la mère et son enfant. Si nous constatons la difficulté des psychiatres adultes à aborder la souffrance du bébé qui accompagne la mère, nous observons également la difficulté des pédopsychiatres à aborder la psychopathologie de la mère qui accompagne l'enfant.

C'est à ce stade de nos réflexions en matière de santé mentale périnatale que nous décidons d'aller travailler au sein d'une Unité Mère-Bébé. Cette unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant s'articule avec une unité ambulatoire de soins périnataux, incluant un hôpital de jour mère-enfant et un centre médico-psychologique proposant des consultations spécialisées en psychiatrie périnatale. Ces unités spécialisées en santé mentale périnatale s'inscrivent dans un intersecteur de pédopsychiatrie, dont nous développerons la présentation plus loin dans ce travail.

**Quelles réflexions et interrogations notre rencontre clinique avec la psychiatrie périnatale suscite-t-elle ?**

## **II. Des mères, des pères, des bébés**

### **1. Mme B. et Bakari : la sévérité des troubles psychiatriques périnataux**

#### **1.1 Contexte et motif de première consultation**

Madame B. nous est adressée en consultation par les urgences psychiatriques, pour évaluation des troubles psychiatriques maternels, dans les suites d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Dans le même temps, les pédiatres du service des nourrissons où est hospitalisé l'enfant, nous contactent pour nous informer de leur inquiétude concernant la mère et la relation mère-enfant et interrogent d'emblée la possibilité d'une hospitalisation mère-bébé.

Bakari a alors trois mois et demi, il présente un syndrome polymalformatif en cours d'investigation. Il est hospitalisé d'emblée après sa naissance, dans le service des nourrissons d'un des Centres Hospitaliers du département. Le premier retour au domicile s'effectue après plusieurs mois d'hospitalisation. Au bout de quelques jours, le couple consulte aux urgences pédiatriques et Bakari est réhospitalisé une nuit pour déshydratation. Une dizaine de jours plus tard madame fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, ingérant les traitements de son fils. Bakari est hospitalisé dans le même temps au service des nourrissons dans un état de déshydratation sévère.

Les psychiatres des urgences psychiatriques rencontrent la mère, en liaison aux urgences générales, au décours de sa tentative de suicide. Ils nous sollicitent pour une consultation d'évaluation sans caractère urgent. Les pédiatres de l'enfant nous formulent quant à eux une demande de prise en charge très urgente. Les critères d'évaluation de l'urgence apparaissent

différents pour les psychiatres adultes, pour les pédiatres et pour nous autres pédopsychiatres en périnatalité.

Nous fixons un rendez-vous à la dyade dans les deux jours.

## **1.2 Eléments biographiques et d'anamnèse**

Madame B. est originaire du Ghana. Elle est arrivée en France deux ans plus tôt, fuyant son pays où elle serait menacée de mort. Elle est fille unique, ses parents sont décédés alors qu'elle était enfant, elle vivait alors dans la rue, aidée et nourrie par le voisinage. A l'âge de seize ans, il lui serait imposé une union forcée avec un homme de cinquante ans déjà marié quatre fois. Trois enfants sont issus de ces relations non consenties et sont élevés depuis leurs naissances par la famille du père. Depuis ces grossesses hors mariage, elle serait menacée de mort par des personnes de la famille, raison pour laquelle elle quitte le pays. Son parcours migratoire est marqué par de la violence.

Elle rejoint en France de la famille éloignée, puis se met en couple avec le père de Bakari. Monsieur est divorcé et a cinq enfants de cette première union. Il est français et travaille dans le bâtiment. Il est décrit comme gentil et attentionné par madame. La famille de monsieur est présente et soutenante. Après l'annonce de la grossesse, ils déménagent dans un appartement plus grand dans un village à une heure de leur famille. Madame vit très mal cet isolement. Elle travaillait comme coiffeuse dans son pays d'origine, elle n'a pas d'activité depuis son arrivée en France, ce qui lui manque beaucoup. Une demande d'asile est en cours.

### **1.3 Antécédents**

Ni madame, ni monsieur, n'ont d'antécédents psychiatriques personnels ni familiaux.

Un suivi psychologique est proposé à la mère auprès de la psychologue du service de pédiatrie après un mois d'hospitalisation de son fils. L'équipe se serait inquiétée de peu voir la mère et le père auprès de leur fils. Elle aurait depuis beaucoup investi la psychologue, qu'elle appelle spontanément toutes les semaines depuis son retour à domicile.

Dans ses antécédents somatiques, on retrouve trois grossesses qui se sont médicalement bien passées, avec pour chacune, un accouchement à terme par voie basse. Pas d'autre antécédent médico-chirurgical personnel ni familial notable.

### **1.4 Prise en charge gynéco-obstétricale et pédiatrique**

Madame tombe rapidement enceinte après que le couple décide d'avoir un enfant. La grossesse se passe bien jusqu'à la découverte, à l'échographie du 5<sup>ème</sup> mois, d'une hypotrophie sans étiologie retrouvée. Le couple dit être resté confiant, ne pas avoir compris la gravité de l'affection de leur enfant. Bakari naît dans la maternité de niveau 3 du secteur. L'accouchement est finalement déclenché pour hypotrophie, à 37 SA + 2 jours, avec un Apgar à l'issu de 10-10-10.

A sa naissance, Bakari présente une hypotrophie sévère, un syndrome polymalformatif, des anomalies cérébrales à l'IRM, ainsi que des troubles importants de la déglutition, en cours d'investigation. Une gastrostomie est rapidement mise en place, avec une alimentation entérale exclusive. Le pronostic vital est incertain. Il est hospitalisé plusieurs mois en néonatalogie.

Un suivi psychologique est proposé à la mère, après un mois d'hospitalisation. L'équipe la trouve peu présente auprès de son enfant.

Le retour au domicile est organisé avec un accompagnement important : passage d'une IDE libérale quotidiennement pour pesée et surveillance clinique ; intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier ; passage d'un prestataire pour l'alimentation et d'une diététicienne ; intervention bihebdomadaire d'une puéricultrice de PMI ; des soins de kinésithérapie à domicile trois fois par semaine. Madame appelle régulièrement la psychologue du service de pédiatrie pour des entretiens téléphoniques.

Madame B. n'a pas eu d'entretien du 4<sup>ème</sup> mois. Selon ses dires, elle n'en aurait pas entendu parler. Ses antécédents psychiatriques n'auraient pas été questionnés pendant la grossesse, ils ne l'auraient été qu'à l'occasion du suivi psychologique initié en pédiatrie.

## **1.5 Eléments cliniques**

### **Consultation :**

Nous rencontrons Bakari et sa maman, en rendez-vous, deux jours après la tentative de suicide de madame. L'ambiance est pesante, mortifère. La mère a tenté de mettre fin à ses jours, tandis que les jours de Bakari sont peut-être comptés, aux dires des pédiatres.

Madame B. a une présentation peu investie, ses traits sont tirés, elle est visiblement épuisée et présente un ralentissement psychomoteur. Le contact est plutôt bon. Son discours est cohérent. Elle se livre peu spontanément, puis davantage au fil de l'entretien, dans un climat de confiance qui semble s'installer. Elle décrit son geste suicidaire comme un geste impulsif dans un moment de débordement par les soins techniques à réaliser à son enfant. Son mari l'appelle au même moment. De par ses croyances religieuses elle voit en cet appel

le signe qu'elle ne doit pas mourir. Elle prévient alors son mari qui appelle le SAMU. Elle critique et dit regretter ce geste. Elle n'a plus d'idée suicidaire à présent. La thymie est triste, avec une péjoration de l'avenir, une aboulie, une anhédonie et un fort sentiment de solitude. Son inquiétude est centrée sur le devenir de son fils, avec une incompréhension de ce dont il souffre, des investigations et des soins qu'il nécessite. Elle présente une insomnie et une perte d'appétit.

Bakari a trois mois et demi. Il est dans sa nacelle, attentif, puis dans les bras de sa mère, quand elle repère chez lui des signes de faim. C'est un petit bébé, chétif, avec une dysmorphie finalement bien moins impressionnante que ce que nous avons imaginé suite à nos échanges avec nos collègues. Il semble tranquille dans les bras de sa mère. Ses mouvements sont lents, peu toniques. Il semble facilement fatigable. Son regard n'en reste pas moins vif, avec une énergie qui semble être mise au service de la relation avec l'autre. Il apparaît vigilant et à l'écoute de ce qui se passe ce jour en entretien.

Madame a des gestes, des regards et des mots tendres à l'attention de son fils, qui s'y montre pleinement réceptif. Le geste maternel est assuré, avec une attention portée à ce qu'il soit bien propre et convenablement habillé. La continuité et la sécurité des soins est assurée que ce soit pendant son alimentation ou le change. « Je me sens mère, mais c'est difficile toute seule » nous dit-elle.

La mère présente une dépression post-partum. Nous proposons une hospitalisation de la dyade, à temps plein, en Unité Mère-Bébé, ce qu'elle accepte après concertation avec son mari.

**Hospitalisation en Unité Mère Bébé :**

La dyade est hospitalisée le lendemain de la consultation. Madame est initialement assez discrète au service, se livre peu. Bakari est quant à lui agité, avec des gémissements importants, notamment quand sa mère n'est pas auprès de lui. Il a un grand besoin de contenance, de portage et de succion. Il se montre bien moins facilement apaisé par les techniques des soignantes, et réclame beaucoup la présence et le contact avec sa mère. Madame s'occupe de façon autonome et adaptée de son fils dans l'unité.

Un traitement médicamenteux antidépresseur lui est proposé, mais elle le refuse fermement. Des entretiens médicaux ont lieu régulièrement. Une prise en charge psychomotrice est initiée. Un temps d'activité thérapeutique à l'hôpital de jour est mis en place à raison de deux heures par semaine. Bakari voit régulièrement la pédiatre de l'unité. Les soins de kinésithérapie sont poursuivis au service, à raison de séances quasi quotidiennes. Des séances d'orthophonie sont introduites, auprès d'une orthophoniste libérale, deux fois par semaine.

Madame est sécurisée par l'accompagnement soignant quotidien. La symptomatologie dépressive maternelle régresse. Bakari présente moins de gémissements, se montre plus sonore avec davantage de modulations. Il s'anime, esquisse des sourires, est pleinement dans l'interaction, se met à attraper des objets, les mets en bouche, dans une belle évolution psychomotrice. Les prises alimentaires orales se passent mieux, avec une prise de poids satisfaisante, si bien que l'alimentation entérale est complètement suspendue, après un mois et demi d'hospitalisation, au profit d'une alimentation per os exclusive. Monsieur vient fréquemment au service auprès de sa compagne et de son fils et participe régulièrement aux entretiens médicaux. Le couple se réjouit de l'évolution de leur fils.

Bakari est réhospitalisé une fois par mois en pédiatrie, pour un examen clinique et des investigations à visée étiologique. Dès sa première ré-hospitalisation, les pédiatres et la psychologue nous font part de leur enthousiasme, et de leur étonnement, devant l'évolution clinique très favorable, et quasi inespérée, de Bakari et sa mère. Nos échanges sont dès lors réguliers, tant sur l'évolution clinique que sur le projet de soins.

Devant cette évolution favorable, une sortie définitive de l'unité s'organise. Des permissions au domicile sont initialement proposées. Ces temps restent difficiles pour madame, qui est confrontée seule aux difficultés de son enfant au quotidien. A son retour au service, Bakari est régulièrement plus agité, les prises alimentaires sont plus difficiles. Un accompagnement soignant au domicile est mis en place et les permissions se passent alors mieux. La sortie définitive de l'unité est organisée après trois mois et demi d'hospitalisation.

Un relai de prise en charge en hôpital de jour est organisé, à raison d'un jour par semaine. Nous informons l'équipe de pédiatrie de la suite des soins dans notre service. De leur côté ils recontacteront le couple pour la suite des soins chez eux, qui restent à déterminer.

Dans les semaines qui suivent, les pédiatres nous recontactent, avec la demande d'organiser un temps de rencontre au sein de notre service pour découvrir nos unités, nos équipes et les soins que nous proposons, dans une dynamique de travail en partenariat.

#### **Hôpital de jour :**

Bakari et sa mère viennent tous deux souriants à l'hôpital de jour. En plus de l'accompagnement par les équipes soignantes et des activités qui y sont proposées, les entretiens médicaux se poursuivent, ainsi que les soins psychomoteurs. Ils y ont leurs repères et sont en confiance. Cela fait près d'un mois et demi que Bakari et sa mère poursuivent les soins.

## 1.6 Discussion

**La mère présente une dépression post-partum, compliquée d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, dans un contexte de syndrome polymalformatif chez l'enfant, en cours d'investigation. Bakari présente des troubles du développement psychomoteur. La relation mère-enfant est fragile.**

Les troubles psychopathologiques de cette mère sont sévères, et leurs conséquences sont majeures. Ils mènent la mère à une tentative de suicide. Le lien mère-enfant est mis à mal. Le développement de l'enfant en est altéré. En effet, il apparaît que Bakari présente des troubles psychoaffectifs (il gémit, pleure et s'éteint en miroir de sa mère), qui impactent son développement psychomoteur (constat de progrès rapides, et inespérés des pédiatres, durant son séjour en unité mère-bébé) et se soldent par des interventions médicales invasives (mise en place de gastrostomie rapidement sevrée à l'UMB). Alors que l'alimentation per os exclusive est rapidement possible dans notre unité, il semble que la souffrance psychique de cet enfant ait aggravé ses difficultés alimentaires et se soit soldée par des gestes médicaux invasifs. **Quels impacts les troubles psychopathologiques périnataux peuvent-ils avoir sur la mère, sur le lien parent-enfant et sur l'enfant ?**

Alors que ces troubles évoluent probablement depuis plusieurs mois, nous ne sommes sollicités pour un avis spécialisé qu'en dernier recours, en urgence, à l'issue de la tentative de suicide de la mère. Tout au long de la prise en charge, il apparaît des avis divergents quant à l'évaluation des troubles maternels. Les équipes de gynécologie-obstétrique et de la maternité ne semblent pas avoir été inquiétées. En revanche, il apparaît que les équipes de pédiatrie l'ont été, puisqu'elles proposent un suivi psychologique à la mère et organisent un retour à domicile très étayé. Enfin, pour nos collègues psychiatres adultes, l'indication d'une

prise en charge spécialisée dans nos services semble moins urgente que pour nos collègues pédiatres. **Quelles sont les spécificités des troubles psychopathologiques en périnatalité ?**

Finalement, un accompagnement spécialisé et soutenu dans nos unités a permis une régression rapide des troubles psychiatriques de la mère, ainsi qu'une belle évolution psychomotrice du bébé. Cette évolution favorable semble avoir interpellé nos collègues de pédiatrie, qui nous manifestent leur enthousiasme et leur volonté de découvrir notre structure. **Quelles connaissances nos collègues, dans leurs disciplines respectives, ont-ils de la psychiatrie périnatale et de la spécificité de ses soins ?**

## **2. Mme A. et Aline : le manque de repérage précoce des troubles psychiques périnataux**

### **2.1 Contexte et motif de première consultation**

Madame A. prend un rendez-vous en pédopsychiatrie sur les conseils de sa sage-femme, qui s'inquiète de la voir beaucoup pleurer depuis le retour de la maternité. Madame est suivie par cette sage-femme depuis la grossesse et elle continue de la solliciter régulièrement depuis son retour au domicile.

Aline est d'emblée décrite comme un bébé qui pleure beaucoup, dort très mal, a besoin de beaucoup de portage, et est au sein toute la journée. « Elle a besoin d'être rassurée » dit la mère. Les parents s'inquiètent que les pleurs d'Aline soient de cause algique. Cela aurait été initialement le cas, à la suite d'un accouchement traumatique par ventouse, selon la pédiatre de la maternité. Depuis, le couple consulte régulièrement les spécialistes. Ils sont allés voir un ostéopathe encore quelques jours avant notre consultation, qui aurait, cette fois, éliminé la cause algique.

Madame décrit se sentir incapable de rester seule avec sa fille. « Je fais des crises de panique » dit-elle. Ainsi, depuis que monsieur a repris le travail, il y a deux semaines, ils vivent chez ses parents.

Nous proposons un rendez-vous dans la semaine. Nous rencontrons, lors de cette première consultation, madame A. et Aline qui a un mois et demi.

## 2.2 Eléments biographiques et d'anamnèse

Les parents sont en couple depuis trois ans. Ils ont la trentaine. Elle est professeur dans un lycée, lui est ingénieur. Aline est leur premier enfant.

Madame a une sœur plus jeune de quatre ans, qui a deux enfants en bas âge. Elles n'ont plus de contacts depuis quelques années, sans raison apparente. Ses parents se sont séparés alors qu'elle était adolescente. Elle décrit, dès lors, avoir dû s'occuper de sa sœur, ainsi que de son père qui souffrait de dépression. Elle entretient une relation conflictuelle avec sa mère. Son père est décédé il y a une dizaine d'années d'un arrêt cardiaque, l'année où elle quitte la maison. « J'ai dû partir, c'était lui ou moi, j'ai mis dix ans à me remettre de cette culpabilité » dit-elle. Madame décrit une enfance difficile, marquée par de la violence et de l'insécurité dans un contexte d'alcoolisme et de dépression parentale.

Monsieur a de bons rapports avec sa famille. Il a une sœur plus âgée qui leur propose volontiers son aide pour garder Aline. Ses parents sont à la retraite, ils vivent à proximité et se montrent très présents et soutenant depuis le retour de la maternité.

## 2.3 Antécédents

Madame A. a eu plusieurs suivis psychiatriques depuis le décès de son père il y a une dizaine d'année. Elle décrit des épisodes dépressifs et des troubles anxieux, pour lesquels des traitements anxiolytiques et antidépresseurs ont été introduits. Elle n'aurait pas d'antécédent de tentative de suicide, mais décrit un projet de passage à l'acte par intoxication médicamenteuse volontaire à l'adolescence. Elle aurait été victime d'agression sexuelle il y a quelques années. Elle a depuis repris un suivi auprès d'un psychiatre libéral. Elle a suspendu

ce suivi depuis le début de sa grossesse, expliquant que des vomissements invalidants l'empêchaient de sortir de chez elle.

Elle présente des antécédents psychiatriques familiaux importants. Son père était suivi pour une dépression résistante et une addiction à l'alcool depuis son divorce. Il a été hospitalisé en psychiatrie dans les suites d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Il serait décédé d'un arrêt cardiaque. Sa mère souffre de dépression, d'une addiction à l'alcool et aux benzodiazépines depuis plusieurs années. Elle n'a pas de suivi psychiatrique, ni de traitement. Sa sœur présenterait un trouble de personnalité de type borderline et a des suivis psychiatriques irréguliers.

Monsieur a un suivi psychiatrique depuis l'adolescence dans le cadre de troubles anxio-dépressifs et de troubles obsessionnels compulsifs. Il a consulté plusieurs psychiatres qui ont introduit plusieurs traitements anxiolytiques et antidépresseurs.

Madame n'a pas d'antécédent somatique particulier.

## **2.4 Prise en charge gynéco-obstétricale et pédiatrique**

Madame tombe rapidement enceinte après que le couple projette d'avoir un enfant. Si madame décrit un sentiment de grand bonheur à cette annonce, monsieur se serait moins réjoui. Les six premiers mois de grossesse sont marqués par d'importants conflits conjugaux. Madame fait état d'un sentiment de solitude, de pleurs importants, de nausées et vomissement invalidants. Elle prend initialement peu de poids. La situation s'apaise à partir du septième mois, « c'était alors une belle grossesse, mais c'était trop court » dit-elle.

Elle est suivie par un gynécologue libéral. Le couple se rend à des cours de préparation à l'accouchement chez une sage-femme libérale. Madame prend des cours d'auto-hypnose

avec le projet d'accoucher sans péridurale, dans une clinique privée. Elle n'a pas d'entretien du 4<sup>ème</sup> mois. Selon ses dires, ce dernier ne lui aurait pas été proposé, mais elle sait vaguement de quoi il s'agit. Elle n'aurait pas été questionnée sur ses antécédents psychiatriques durant sa grossesse et n'en aurait pas parlé spontanément.

Le séjour à la maternité est un mauvais souvenir pour le couple. L'accouchement est décrit comme difficile. Il s'agit d'un accouchement spontané à 41 SA par voie basse, avec ventouse, et sous péridurale. Madame explique ne pas s'être senti accompagnée dans son projet d'accouchement, « les équipes n'étaient pas disponibles, son cœur ralentissait, du coup péridurale, ventouse, j'ai perdu tout contrôle, elle a été propulsée hors de l'utérus, on n'a pas pu faire de peau à peau, j'ai très peu de souvenir de tout ça, j'ai eu tellement mal ». La mise en place de l'allaitement est également compliquée. Aline pleure beaucoup et serait algique du fait de l'accouchement par ventouse, selon la pédiatre à la maternité. Durant son séjour à la maternité, madame décrit avoir beaucoup pleuré et avoir éprouvé un fort sentiment de solitude et d'incompréhension par les équipes. « Depuis j'ai un bébé qui a mal, qui va mal, et moi je ne sais pas si je me sens vraiment mère ».

Depuis le retour au domicile, Aline pleure beaucoup. Le couple multiplie les consultations auprès des spécialistes (pédiatre, urgences pédiatriques, ostéopathe, sage-femme). Il est préconisé successivement, plusieurs changements de lait, l'introduction de Gaviscon et d'Inexium, puis des investigations médicales avec un bilan sanguin à la recherche d'une allergie aux protéines de lait de vaches, et des imageries cérébrales, à la recherche d'une anomalie neurologique. Aucune étiologie médico-chirurgicale n'est retrouvée aux pleurs. Ce ne serait que leur sage-femme libérale qui, devant l'épuisement et les pleurs maternels, leur a conseillé la semaine dernière de consulter un pédopsychiatre.

## 2.5 Eléments cliniques

### Consultations :

Nous suivons initialement Aline et sa mère en consultation. Madame est épuisée, présente une charge anxieuse importante, elle pleure facilement en entretien, la thymie est triste, elle présente des idées de culpabilité par rapport aux pleurs de sa fille, une perte de l'estime de soi. Le discours est cohérent, mais pessimiste, décrivant sa difficulté à s'occuper de sa fille, son sentiment de solitude et d'incompréhension de son mari. Elle ne présente pas d'idées suicidaires, ni phobies d'impulsion. Son appétit est réduit, son sommeil perturbé, avec une insomnie associée à des ruminations anxieuses. Aline est initialement complètement rendue invisible en entretien. Elle est portée en écharpe, bercée continuellement, silencieuse, ou mise au sein à la moindre manifestation de sa part, dans le but de « la calmer » nous explique la mère. Cette mère est très démunie, dans un manque complet de repères dans la façon de s'occuper de son enfant, mais a le souci de bien faire. Elle a des mots et des gestes tendres envers Aline, mais mal assurés. « Je ne suis pas sûre de me sentir mère » répète-t-elle.

Au fil des entretiens, madame s'affirme progressivement, Aline s'anime, avec de beaux échanges mère-bébé. Dans le cadre contenant et sécurisant de la consultation, Aline ne pleure jamais, ce qui étonne beaucoup sa mère. « Elle se sent bien ici, moi aussi » nous dit-elle.

Nous diagnostiquons un épisode anxio-dépressif maternel évoluant probablement depuis la grossesse, un trouble du lien mère-enfant, des troubles du développement psychomoteur et des signes de stress chez le bébé. Nous proposons une hospitalisation conjointe en unité mère-bébé, qu'elle souhaite d'emblée, mais refuse initialement du fait des réticences de son mari. Elle accepte un traitement anxiolytique par oxazépam, mais refuse un traitement

antidépresseur. Nous préconisons une reprise de son suivi psychiatrique auprès de sa psychiatre libérale, que nous informons avec son accord du suivi initié en pédopsychiatrie.

### **Hospitalisation en Unité Mère Bébé :**

La psychiatre libérale de madame A. nous appelle finalement, au décours d'une de ses consultations, avec une demande urgente d'hospitalisation en unité mère-bébé. Elle a pu revoir madame et son conjoint et réaborder la question de l'hospitalisation en unité mère-bébé que le couple accepte à présent. Elle a également introduit un traitement antidépresseur par paroxétine.

Nous organisons une consultation avec Aline et ses parents, en urgence dans la journée. La symptomatologie dépressive de madame est sévère, marquée par un ralentissement psychomoteur, une aboulie et une anhédonie importantes, des idées de culpabilités envahissantes vis-à-vis de sa fille, avec un sentiment d'incapacité maternelle. Elle s'occupe de moins à moins de sa famille au domicile, laissant facilement le relai à l'entourage. Elle exprime une demande de soins, de soutien, de conseils et d'accompagnement avec sa fille. Monsieur s'inquiète de l'état de sa femme qu'il ne comprend pas, souffre à l'idée d'être séparé de sa femme et de sa fille qu'il voit en souffrance. Il accepte difficilement l'hospitalisation qu'il semble vivre comme un échec, avec un sentiment d'impuissance. La visite de préadmission de l'unité mère-bébé a un effet très rassurant et sécurisant pour la famille. Aline qui était jusque-là attentive, mais silencieuse, s'anime, babille, sourit au décours de cette visite. Elle a alors deux mois. La dyade est hospitalisée dans la journée.

L'hospitalisation dure un mois et demi. La prise en charge consiste en des entretiens psychiatriques réguliers, un accompagnement soignant quotidien et ajusté, des consultations de psychomotricité régulières (avec la mère, la dyade, Aline et ses parents). Monsieur vient

régulièrement rendre visite à sa femme et sa fille dans l'unité et y séjournera à plusieurs reprises au titre de père accompagnant. Des consultations auprès de la psychologue du service lui sont proposées. Aline est suivie par la pédiatre du service.

Le début d'hospitalisation est marqué par un temps d'effondrement de madame. Les pleurs d'Aline la débordent complètement, elle se réfugie dans le sommeil et demande aux équipes de prendre le relais auprès de sa fille. Aline présente des pleurs et des troubles du sommeil importants, de grandes difficultés d'endormissement, des réveils multiples, avec un grand besoin de portage, de contenance et de succion. Elle présente un reflux gastro-œsophagien difficile à soulager. Le traitement médicamenteux de madame est ajusté, avec introduction de Quetiapine à visée initialement anxiolytique, puis antidépresseur. La symptomatologie dépressive de la mère régresse, Aline s'apaise.

La famille trouve peu à peu ses marques au service, dans un équilibre qui reste fragile. Aline présente des moments d'éveils riches en échanges, avec une belle qualité d'attention, voire une vigilance élevée, certains mouvements sont harmonieux d'autres manquent de modulation. Son niveau d'activité est assez élevé et continu, mais elle reste accessible dans un cadre contenant. Madame est en travail de son côté en entretien, elle questionne sa charge anxieuse, son incapacité à gérer les pleurs de sa fille, et ce à quoi cela peut la renvoyer de ses propres émotions et expériences d'enfant. Le retour au domicile est une étape difficile à franchir pour madame qui s'est malgré tout fixée de sortir d'hospitalisation pour ses échéances professionnelles. « Le travail c'est le seul endroit où je me sente légitime » dit-elle. L'adaptation chez la nourrice est réalisée pendant l'hospitalisation et se passe bien. La mère est dans une grande confiance avec cette nourrice qu'elle décrit comme très « maternante ».

La fin d'hospitalisation est marquée par des permissions au domicile qui sont difficiles. Les pleurs et les troubles du sommeil sont à nouveau plus importants au sein du service. Le couple comprend à présent les pleurs de leur fille comme la manifestation d'une émotion, non réduite à une douleur physique. Le retour à domicile est organisé avec un relais de prise en charge en hôpital de jour mère-bébé. Aline a alors quatre mois.

### **Hôpital de jour :**

Initialement, le couple accepte un suivi en hôpital de jour à raison d'un jour par semaine, avec un temps d'entretien psychiatrique et un temps de consultation en psychomotricité. Cette période de transition est compliquée pour madame qui a besoin de se créer des repères auprès de cette nouvelle équipe. La reprise du travail est rapidement hyperinvestie. Aline est gardée par la nourrice quatre jours par semaine. L'assistante maternelle s'inquiète des pleurs importants d'Aline en présence de sa mère et en informe la protection maternelle infantile (PMI). Avec l'accord de la patiente, la PMI nous informe à son tour du suivi qu'ils mettent en place. Monsieur exprime quant à lui sa difficulté à trouver sa place de père et fait état de conflits conjugaux qui s'intensifient depuis le retour à domicile. Il a repris un suivi psychiatrique de son côté et commencé un nouveau traitement antidépresseur.

Le couple accepte que la prise en charge en hôpital de jour soit intensifiée à trois jours par semaine, associée à des visites à domicile. Madame décide de reprendre le travail à mi-temps thérapeutique, pour être plus présente auprès de sa fille. Avec l'intensification des soins et de l'accompagnement de la dyade, la symptomatologie de la mère et de l'enfant régresse, la qualité de leur lien s'améliore et les relations conjugales s'apaisent.

Aline est à présent âgée de huit mois. Les soins se poursuivent, mais de manière moins soutenue.

## 2.6 Discussion

Les troubles anxiodépressifs maternels sont sévères et évoluent probablement depuis la grossesse. Ils s'accompagnent de troubles des interactions précoces mère-bébé. Aline présente des troubles psycho-affectifs, des troubles de la régulation émotionnelle avec des pleurs envahissants, et des troubles psychosomatiques avec un reflux gastro-œsophagien résistant. Le père développe quant à lui un épisode dépressif. La prise en charge de cette famille est longue et difficile, nécessitant tous les dispositifs de soins dont nous disposons.

Madame, et monsieur présentent des antécédents psychiatriques, personnels et familiaux, importants et sont en rupture de suivi. Au cours de la prise en charge gynéco-obstétricale cet aspect de leurs antécédents médicaux ne semble pas être exploré. Selon le couple, l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois ne leur est pas proposé. **Le dépistage des facteurs de vulnérabilité psychique n'est-il pas réalisé systématiquement lors du suivi de grossesse ? Que préconisent les recommandations de bonnes pratiques ?**

Malgré un suivi régulier et investi, ni les troubles psychiques maternels, anténatals et postnatals, ni les troubles relationnels précoces entre la mère et son bébé, ni les troubles psychoaffectifs d'Aline ne semblent être repérés par les différents professionnels rencontrés. **Cette absence de repérage précoce des troubles psychiques est-il le résultat d'un manque de sensibilisation, d'information et/ou de formation des professionnels « non psy », à la question de la santé mentale des mères ?**

Il nous apparaît que le service de pédopsychiatrie périnatale est repéré par nos collègues, mais pour un adressage parfois trop tardif, de dernier recours, avec la difficulté que cela représente de prendre en charge des troubles déjà sévères. **Une intervention spécialisée en psychiatrie périnatale ne pourrait-elle pas, et ne devrait-elle pas, être plus précoce ?**

### **3. Mme N. et Nolan : les limites du travail en réseau en santé mentale périnatale**

#### **3.1 Contexte et motif de première consultation**

Nous rencontrons Nolan et sa mère en consultation de préadmission en Unité Mère-Bébé, à la demande du service de psychiatrie adulte où est hospitalisée la mère. La mère a été hospitalisée, en urgence et sous contrainte, une semaine plus tôt, dans le cadre d'un épisode psychotique dans le post-partum immédiat. Dans le même temps, son bébé a dû être hospitalisé en urgence en pédiatrie, dans un état d'hypothermie et d'hypoglycémie sévère.

Depuis la sortie de la maternité, une sage-femme intervient au domicile, comme il l'est proposé systématiquement. Cette sage-femme s'inquiète rapidement devant le niveau de conflits au sein du couple parental, leur perte de repères importante dans les soins à apporter à leur enfant et le comportement de la mère qui se montre très irritable, pleure facilement et est très anxieuse. Devant ces éléments, elle rédige une information préoccupante adressée à la Cellule de Recueil des Informations préoccupantes (CRIP) et informe la PMI de la vulnérabilité de cette famille.

La PMI organise le passage au domicile d'une sage-femme de leur unité de façon quotidienne. Dans l'intervalle, le père quitte le domicile. Après être restés seuls au domicile un jour et une nuit, la sage-femme de PMI retrouve Nolan en hypothermie et en hypoglycémie, tandis que la mère présente un comportement très instable et un discours incompréhensible. Elle appelle le SAMU en urgence. La mère est hospitalisée sous contrainte en psychiatrie adulte, tandis que le bébé est hospitalisé en pédiatrie. Une seconde information préoccupante est rédigée par le service de pédiatrie.

### **3.2 Eléments biographiques et d'anamnèse**

Les parents sont en couple depuis cinq ans, ils ont la vingtaine. Leur relation est marquée par de nombreuses ruptures et d'importants conflits pouvant aller jusqu'à de la violence physique. C'est lors d'une de leurs retrouvailles que madame tombe enceinte. Jusque-là, chacun vivait dans une ville différente, madame poursuivait ses études, tandis que monsieur travaillait comme agent de sécurité. A l'annonce de la grossesse, le couple décide de revenir dans leur région natale pour préparer l'arrivée de leur enfant entouré de leur famille. Ils s'installent ensemble, madame suspend ses études, monsieur quitte son emploi et se retrouve au chômage.

Madame est la dernière d'une fratrie de sept enfants. Les cinq aînés sont issus d'une première union de la mère. Elle a une sœur jumelle. Ses parents divorcent alors qu'elle est adolescente. Les relations familiales sont conflictuelles. L'histoire familiale est marquée par de nombreux décès violents.

Monsieur est fils unique. Ses parents ont une situation sociale stable. Ils sont très présents et soutenant pour lui et son couple.

### **3.3 Antécédents**

Le couple a d'importants antécédents psychiatriques.

Madame a été hospitalisée en psychiatrie à l'âge de quinze ans, au décours d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, dans le cadre d'un épisode dépressif réactionnel et de consommation importante de cannabis. Elle est hospitalisée une seconde fois en psychiatrie, à l'âge de vingt ans, dans le cadre d'un épisode psychotique aigu sous

toxique (LSD), rapidement résolutif sous traitement par risperidone. Elle ne consomme plus de toxiques depuis deux ans, n'a plus de suivi psychiatrique, ni de traitement depuis trois ans.

Son père souffre de dépression depuis de nombreuses années, ainsi que d'une addiction à l'alcool. Il a été hospitalisé en psychiatrie, dans les suites d'une tentative de suicide par pendaison, au décours de son divorce. Sa mère présente également une addiction à l'alcool. Un de ses frères s'est suicidé par pendaison la veille de sa naissance. Sa tante maternelle est hospitalisée au long cours en psychiatrie, dans le cadre d'une schizophrénie résistante.

Monsieur présente une polytoxicomanie depuis plusieurs années. Il a entrepris plusieurs suivis psychiatriques dans le cadre de ses consommations et d'épisodes dépressifs. Il n'a plus de suivi ni traitement depuis trois ans.

Il existe des antécédents cardiaques dans la famille de madame et des antécédents oncologiques dans la famille de monsieur.

### **3.4 Prise en charge gynéco-obstétricale et pédiatrique**

Madame N. apprend qu'elle est enceinte à la fin du premier trimestre. Le couple s'en réjouit et s'organise pour stabiliser son mode de vie. Le suivi gynécologique se fait initialement auprès d'une gynécologue libérale dans la région où vit la mère. Il se poursuit auprès d'une autre gynécologue, une fois installés dans leur région natale, à la fin du deuxième trimestre de grossesse.

La grossesse et l'accouchement se passent bien médicalement. Elle accouche à terme, par voie basse, dans une maternité de niveau 2 de leur secteur, comme l'avait prévu le couple. Nolan se porte bien. L'allaitement se met en place facilement. Madame serait particulièrement réjouie et enthousiaste. Son entourage s'étonne de son énergie malgré son

manque de sommeil. Elle ne dort plus que quelques heures par nuit. Le retour au domicile est organisé trois jours plus tard avec passage au domicile d'une sage-femme, tel qu'il l'est systématiquement proposé par la maternité.

Madame n'a pas eu d'entretien prénatal précoce, il ne lui aurait pas été proposé et elle ne sait pas de quoi il s'agit. Le couple n'a pas participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ils n'en auraient pas eu le temps, du fait de leur déménagement.

Le couple décrit ne pas avoir parlé de leurs antécédents psychiatriques aux professionnels qui les ont suivis, ni durant la grossesse, ni en postnatal. Ils ne leur auraient pas été directement demandés et eux-mêmes n'auraient pas souhaité en parler. « C'est du passé, et puis on nous aurait mal jugé, alors qu'on veut être de bons parents », nous dit le père.

### **3.5 Eléments cliniques**

#### **Consultation de préadmission en unité mère-bébé :**

Nous rencontrons donc la dyade dans la perspective d'une hospitalisation conjointe en Unité Mère-Bébé.

Madame a un contact bizarre, une présentation excentrique. Elle présente une instabilité psychomotrice et une labilité émotionnelle importantes. Elle est facilement irritable, passe du rire aux larmes, a des rires immotivés. Son humeur est exaltée. Le discours est logorrhéique, marqué par des associations tachypsychiques par assonances et par une diffluence. Des idées délirantes de persécution sont présentes, centrées sur son conjoint, avec la conviction délirante qu'il fera du mal à leur enfant. Elle présente des troubles du sommeil à type d'insomnie, depuis son séjour à la maternité, avec une insomnie totale les deux jours précédant son hospitalisation. Les troubles du sommeil, ainsi que les éléments thymiques,

dissociatifs et délirants, ont régressé depuis son hospitalisation en psychiatrie et l'introduction d'un traitement, associant aripiprazole 10 mg, cyamémazine 30 mg au coucher et zopiclone 7,5 mg au coucher.

Nolan a quinze jours. Il est très silencieux tout au long de l'entretien. Madame se montre préoccupée pour son enfant. Elle s'adresse à lui, le regarde, le porte et se soucie de ses besoins. Pour autant, son état dissociatif la met dans l'incapacité d'assurer la sécurité et la continuité des soins dont son enfant a besoin. Le portage est lâche, les gestes brusques, la réponse au besoin inadaptée. Elle peut demander conseil et accepter l'aide qui lui est proposée.

La mère accepte facilement l'hospitalisation en unité mère-bébé qui lui est proposée, dans la perspective de pouvoir retrouver son enfant, dont elle est séparée depuis une semaine. Si elle peut formuler une demande d'accompagnement dans les soins à son enfant, la conscience de ses troubles et de la nécessité d'un traitement est en revanche très fragile.

#### **Hospitalisation en Unité Mère-Bébé :**

Le début d'hospitalisation est marqué par une importante instabilité psychique de la mère. Un relais complet auprès de l'enfant, par l'équipe soignante, est nécessaire. Le traitement médicamenteux est d'emblée majoré, associant 20 mg d'aripiprazole, 30 mg de cyamémazine 3 fois par jour, et zopiclone 7,5 mg au coucher.

Les troubles régressent significativement en quinze jours. La qualité de présence de la mère auprès de Nolan s'améliore, dans un authentique lien mère-enfant. Madame N. témoigne d'une volonté bienveillante à l'égard de Nolan, elle peut se montrer disponible dans les soins quotidiens et à l'écoute des conseils soignants. Cependant, sa présence auprès de son enfant reste très inconstante, elle peut être très ambivalente dans l'attention qu'elle lui

porte, et les difficultés restent importantes dans le repérage et l'ajustement de la réponse à ses besoins.

Le père tient d'emblée à être présent auprès de son fils. Il se rend à l'unité plusieurs fois par semaine et est adapté dans les soins à son enfant. Monsieur est en grande détresse face aux troubles de sa compagne et à la fragilité de leur situation. Il fait état de troubles anxieux et d'éléments dépressifs l'ayant amené à reprendre un suivi psychiatrique. Il est également en demande d'entretiens médicaux réguliers au sein de l'unité, ainsi qu'en demande de conseils et d'accompagnement par l'équipe soignante, dans l'apprentissage des soins à son enfant.

Nolan est un bébé qui se manifeste peu en présence de sa mère, dans une probable fuite de la relation. Il pleure beaucoup par ailleurs, avec un besoin important de portage et de contenance. La prise des biberons est difficile. Le sommeil est très perturbé.

L'entourage familial du couple est reçu dans le service, ainsi qu'en entretien médical. La famille de madame est très démunie face aux troubles maternels. Les parents de monsieur, en revanche, se révèlent être un appui important dans le projet de soins. Ils ont une meilleure compréhension de la fragilité de la situation et expriment leur volonté de soutenir le couple, dans l'intérêt premier de leur petit-fils.

Alors que ses troubles psychiatriques se stabilisent, madame N. prend conscience de sa fragilité psychique et de son incapacité actuelle à répondre de façon ajustée aux besoins de son enfant. Monsieur, en alliance avec sa compagne, fait le même constat quant à ses propres vulnérabilités psychiques, la fragilité de leur couple et leur impossibilité à offrir dans l'immédiat l'environnement stable et sécurisant dont Nolan a besoin. Les parents expriment, en entretien médical, leur volonté de sécuriser l'environnement de leur enfant et de ne pas

porter seuls la responsabilité de s'en occuper. Leur projet est de nommer les grands-parents paternels de Nolan tiers digne de confiance, le temps de stabiliser leur situation.

Cette décision s'accompagne d'une recrudescence immédiate des éléments thymiques, dissociatifs et délirants chez la mère. La poursuite de l'hospitalisation est rendue impossible, par la persistance de son opposition à la prise des traitements, son instabilité psychique majeure, son agressivité et son hostilité, à l'égard de son enfant et des équipes. Madame N. est transférée en urgence dans un service de psychiatrie adulte, avec intervention de l'équipe de sécurité. Un signalement judiciaire est rédigé et adressé au Procureur de la République. Ce document décrit l'insécurité de l'environnement dans lequel évolue Nolan, l'impossibilité des parents à répondre aux besoins de leur enfant, de par les troubles psychiatriques aigus de la mère, la fragilité psychique du père et l'instabilité du couple. Il est également précisé le projet initial du couple de stabiliser et sécuriser l'environnement de leur enfant en le confiant aux grands-parents paternels, jusqu'à ce que leur situation se stabilise. Le Procureur de la République ordonne que Nolan soit confié provisoirement à l'Aide Sociale à l'Enfance, qui le confie aux grands-parents paternels désignés tiers dignes de confiance, le temps qu'une enquête soit menée.

Alors que la mère et l'enfant quittent précipitamment le service, après trois semaines d'hospitalisation, nous organisons la suite de la prise en charge avec les partenaires de proximité. Nous nous mettons en lien avec le médecin et l'assistante sociale du service de PMI, avec le service de psychiatrie adulte où est hospitalisée la mère, ainsi qu'avec le service de pédopsychiatrie de leur secteur où se poursuivra le travail mère-enfant.

A notre grand étonnement, nous apprenons que nos homologues du service de pédopsychiatrie avaient déjà entendu parler de cette famille. Le service de PMI qui intervenait

au domicile avant l'hospitalisation, les avait sollicités pour un avis et une prise en charge, en urgence. Du fait d'un problème de coordination, évoqué par tous, cette consultation n'est pas organisée. Madame et son enfant sont ensuite rapidement hospitalisés. Nous apprenons par hasard plusieurs semaines plus tard, qu'une revue de morbi-mortalité (RMM) a été organisée, entre la PMI et le service de pédopsychiatrie de leur secteur, pour revenir sur le parcours de cette famille. Nous aurions aimé pouvoir participer à cet échange et repenser avec nos partenaires la question du travail collaboratif entre les professionnels de proximité.

### **3.6 Discussion**

**L'épisode psychotique sévère maternel dans le post-partum s'associe à des troubles importants des interactions précoces mère-enfant, des signes de stress chez Nolan, un épisode anxio-dépressif chez le père. Les troubles psychopathologiques de la mère sont très sévères. Leurs répercussions sont majeures, tant sur la santé de la mère, de l'enfant et du père, que sur le devenir de cette famille, se soldant par un placement provisoire de l'enfant.**

Si nous avons le sentiment d'avoir pris en charge cette famille au mieux dans nos unités, nous aurions souhaité pouvoir intervenir de façon plus précoce, ce qui aurait peut-être donné une trajectoire différente à cette famille. **Quels sont les obstacles à la mise en place d'une prévention précoce en santé mentale périnatale ?**

Nous interrogeons la prise en charge en amont de cette famille. Les éléments de vulnérabilités psychiatriques étaient criants, mais n'auraient pas été explorés par les professionnels de première ligne. Les symptômes maternels étaient quant à eux déjà bien présents à la maternité, avec une insomnie sans fatigue, une élation de l'humeur et une logorrhée, et nous aurions aimé que leur repérage ait permis un adressage plus précoce vers

des soins psychiatriques spécialisés. **Le séjour à la maternité ne devrait-il pas être l'occasion d'un repérage précoce des troubles psychiques périnatals ?**

Le travail collaboratif entre les partenaires de proximité a montré ses failles au cours de cette prise en charge. Il apparaît une difficulté des professionnels à se coordonner. En postnatal précoce, malgré l'urgence de la situation au domicile, des soins spécialisés ne parviennent pas à être instaurés, tandis que la mère et l'enfant seront rapidement hospitalisés dans des états cliniques sévères. Plusieurs semaines après notre intervention, nous aurions aimé participer à la revue de morbi-mortalité organisée par nos partenaires et œuvrer pour l'amélioration du travail en réseau, afin de permettre le repérage précoce des vulnérabilités psychiques parentales et la mise en place rapide de soins spécialisés. **Un travail collaboratif pluriprofessionnel cohérent n'est-il pas décisif dans une perspective de prévention précoce en santé mentale périnatale ?**

## **4. Mme P. et Paul : des soins curatifs efficaces, des soins préventifs insuffisants**

### **4.1 Contexte et motif de première consultation**

Madame P. sollicite une consultation dans notre service, pour un avis quant aux pleurs importants de son fils, sur les conseils de la psychologue du service de pédiatrie du centre hospitalier de son secteur. La psychologue nous contacte en parallèle, pour nous transmettre le caractère urgent de cette première consultation et la difficulté de leur service pour faire prendre ce rendez-vous au couple. Il serait réticent à une consultation en pédopsychiatrie et n'en verrait pas l'intérêt.

Notre collègue nous transmet quelques éléments cliniques. Paul a trois mois, il est né prématurément à 29 SA sans cause retrouvée, après une grossesse sans complications jusque-là. Depuis le retour au domicile, les parents ont consulté à plusieurs reprises aux urgences pédiatriques, pour les pleurs de Paul, qu'ils associent à des manifestations douloureuses. Aucune étiologie médico-chirurgicale ne serait retrouvée par les examens. Les parents sont décrits comme anxieux et en difficultés, ils nous les adressent pour avis.

Ce premier rendez-vous est proposé rapidement, dans la semaine. Il n'est pas honoré par le couple, qui rappelle au secrétariat pour le décaler de trois semaines. Nous en informons nos collègues de pédiatrie. Nous rencontrons finalement Paul et ses parents à ce rendez-vous, il a alors quatre mois et quatorze jours, soit un mois et une semaine en âge corrigé.

### **4.2 Éléments biographiques et d'anamnèse**

Le couple est marié depuis deux ans, ils sont ensemble depuis leur adolescence. Ils ont vingt-six ans. Paul est leur premier enfant. La mère est assistante éducative dans un collège,

elle est actuellement en congé maternité. Le père est agent de maintenance dans une usine, il est actuellement en congés annuels pour être auprès de sa femme et son fils. Lui est enfant unique, elle a un frère. Ils vivent à proximité de leurs parents, avec lesquels ils entretiennent de bonnes relations. Il est déjà prévu que les grands-parents de Paul le gardent quand ses parents reprendront le travail et ils s'en réjouissent tous. Paul est le premier petit-enfant de la famille et il était très attendu.

### **4.3 Antécédents**

Madame P. n'a pas d'antécédent médico-chirurgical ni psychiatrique particulier.

Monsieur a consulté, l'année dernière, son médecin généraliste, pour des troubles anxieux réactionnels au diagnostic de cancer du sein chez sa mère. Un traitement anxiolytique par hydroxyzine est introduit, lequel est rapidement efficace. Il lui serait conseillé de consulter un spécialiste pour une psychothérapie, mais il n'en ressent alors pas le besoin. Sa mère est suivie pour un cancer du sein depuis un an et demi. Il a été très présent pour elle, l'a accompagnée régulièrement aux différents rendez-vous médicaux, pour ses soins, et a été amené à la conduire à plusieurs reprises aux urgences pour des complications. Son pronostic vital aurait été engagé à plusieurs reprises. Elle est actuellement en rémission.

### **4.4 Prise en charge gynéco-obstétricale et pédiatrique**

Le couple a depuis longtemps pour projet de se marier et d'avoir deux enfants. Madame tombe enceinte rapidement après leur mariage. La grossesse est décrite par les parents comme étant « finalement arrivée plus vite que prévue ».

Madame est suivie par un gynécologue libéral. Elle avait pour projet de participer à des cours de préparation à l'accouchement, mais n'en a pas eu le temps. Elle n'a pas eu d'entretien

prénatal, cela ne lui a pas été proposé, elle n'en a pas entendu parler. Que ce soit pendant le suivi de grossesse ou en période néonatale, le couple décrit que leurs antécédents psychologiques ou psychiatriques personnels ou familiaux n'ont pas été questionnés.

La mère décrit sa grossesse comme « très difficile », elle dit avoir eu des nausées très invalidantes pendant quatre mois, puis des douleurs lombaires importantes sans cause initialement retrouvée. Ces douleurs se sont finalement révélées être des contractions.

Le couple parle de l'accouchement comme ayant été « très violent ». Madame perd les eaux au domicile, monsieur est présent et l'emmène directement aux urgences gynécologiques du centre hospitalier de son secteur. Elle est rapidement transférée dans une maternité de niveau 3. Elle décrit des contractions très douloureuses, avoir souhaité d'emblée une péridurale qu'elle n'a pu avoir que tardivement, l'équipe d'anesthésie n'ayant pas pu être disponible plus tôt, selon ses dires.

Paul est né prématurément à 29 SA avec un poids de 1100 g et un Apgar 10-10-10. Il présente depuis sa naissance des hernies inguinales et ombilicales. Il est hospitalisé d'emblée pendant un mois en néonatalogie de ce même centre hospitalier, puis un mois en néonatalogie dans le centre hospitalier de son secteur.

Depuis le retour au domicile Paul présente des pleurs importants. Les parents consultent à plusieurs reprises aux urgences pédiatriques le pensant algique. Les examens ne retrouvent initialement aucune étiologie somatique aux pleurs, les parents décrivent leur incompréhension. Paul est finalement opéré en urgence de ses hernies. Les parents font état d'un sentiment de soulagement d'être « enfin entendus ». A présent, Paul pleure moins. Depuis sa naissance, Paul a un suivi médical important. Un rendez-vous cardiologique est encore prévu dans les quinze jours pour l'exploration d'un souffle cardiaque.

Aucun soutien psychologique ne leur aurait été proposé, jusqu'à ce qu'ils consultent, à plusieurs reprises, aux urgences pédiatriques et manifestent leur mécontentement aux équipes. Cette proposition de suivi psychologique est mal accueillie par les parents « autant nous dire qu'on est de mauvais parents » nous dit le père.

#### **4.5 Eléments cliniques**

##### **Première consultation :**

Nous rencontrons en consultation Paul et ses parents. Le couple est de bon contact, se montre soudé et se soutient.

Madame se livre peu spontanément, dans un climat de confiance qui met du temps à s'instaurer. Ses émotions sont très vives à l'évocation des événements de ces derniers mois. Elle pleure en décrivant le moment où elle rencontre pour la première fois son bébé en couveuse « c'était un choc, il était tout petit, violet, avec un masque sur le visage ». Les idées de culpabilité sont importantes quant à la prématurité, « peut-être que je ne me suis pas assez reposée ». Elle exprime « une blessure de ne pas avoir pu l'allaiter » et l'absence de sentiment d'être mère à la maternité. La thymie est triste, avec une altération de l'estime de soi, une inquiétude centrée sur la santé de son enfant. Elle ne présente pas d'idées suicidaires. Elle est épuisée, réveillée plusieurs fois la nuit par les pleurs de Paul. Elle a moins d'appétit, a retrouvé en deux mois son poids d'avant grossesse, à savoir une perte de dix-sept kilos. Nous ne retrouvons pas d'éléments délirants ni désorganisationnels.

Monsieur décrit la difficulté qu'a été pour lui de voir « ma femme et mon fils souffrir autant sans pouvoir rien faire », « j'ai failli les perdre tous les deux ». Il fait état d'un sentiment d'impuissance toujours présent. Il évoque sa colère envers les professionnels des services de

gynécologie et de pédiatrie, son sentiment d'incompréhension, « ils n'entendaient pas que Paul avait mal et on nous dit d'aller voir un psy, c'était le coup de massue ». Ils se réconcilient avec les soins quand un chirurgien leur dit finalement que leur enfant a bel et bien mal, et qu'il faut l'opérer en urgence. Monsieur présente une charge anxieuse importante, une thymie triste, une anticipation anxieuse, ainsi qu'une impression de drame imminent. Il présente des troubles du sommeil marqués par une insomnie et des réveils multiples, pris dans des ruminations. Il se lève plusieurs fois dans la nuit, pour aller voir Paul, « je vais voir s'il respire encore ». Monsieur présente une baisse d'appétit et une perte de quatre kilos depuis la naissance.

Paul est dans les bras de sa mère, puis de son père. Il est tendu, pleure et s'apaise difficilement malgré les techniques ajustées de ses parents. Les pleurs sont attribués à une gêne digestive qu'ils lui connaissent. Il s'apaisera finalement dans les bras de sa mère, puis s'endormira dans ceux de son père.

Madame décrit se sentir devenir mère depuis peu, depuis le retour à domicile, qui fait suite à l'opération des hernies de son fils. Elle parle avec tendresse des moments de partage qu'elle a avec son enfant le soir au moment du cododo. Ils dorment tous les deux dans la chambre, monsieur est dans le salon, « j'ai encore besoin de ces moments » dit-elle. Depuis, Paul pleure moins et mange mieux.

Nous les informons des possibilités de prise en charge au sein du service et leur proposons de leur faire visiter la structure avant de discuter ensemble de la suite du suivi. Nous convenons finalement d'un suivi en consultation. Le couple ne se projette pas dans une prise en charge en hôpital de jour, ni en unité mère-bébé, et décrit l'équilibre qu'ils ont trouvé à présent au domicile. « C'était il y a un mois qu'on avait besoin de tout ça », conclut la mère.

**Deuxième consultation :**

Deux semaines plus tard, Paul et sa mère viennent seuls. Monsieur n'aurait pas pu se libérer de son travail. L'ambiance est calme et apaisée. Madame est souriante, plus détendue et assurée dans ses échanges avec Paul. Ses gestes, regards et mots sont tendres à l'égard de son enfant, qui réagit de manière sereine en retour. Les réponses aux manifestations de son enfant sont ajustées et efficaces.

Paul est dans son cosy, gazouille, sourit, regarde, est attentif, dans une belle interaction avec sa mère et avec nous. Madame décrit une belle évolution de son enfant, qu'elle dit plus calme. Il pleure moins, réclame moins les bras, mange mieux, dort mieux, « il n'a plus mal », dit-elle. Les parents le couchent progressivement pour dormir dans son lit, dans sa chambre, ce qui se passe plutôt bien. Paul a encore un peu besoin de portage la nuit pour se rendormir.

Les rendez-vous médicaux de Paul sont rassurants. Le dernier contrôle pédiatrique fait état d'une bonne évolution staturo-pondérale. Le cardiologue conclut que « c'est un souffle innocent », « J'aime ce terme » dit la mère.

Madame reparle émue de ces derniers mois. Elle livre son sentiment d'incompréhension par les professionnels et son entourage familial : « ils ont eu des paroles déplacées, que Paul ne se souviendra pas de tout ça, mais sur le moment il a bien eu mal, j'espère qu'il ne s'en souviendra pas, mais moi je sais que je m'en souviendrai ».

Elle évoque également les difficultés de son mari depuis l'accouchement « maintenant c'est plus dur pour lui que pour moi, j'ai l'impression qu'il a encore du mal à se sentir père, il se dénigre, a de la haine en lui, il en veut à la terre entière ». Elle fait état de conflits conjugaux importants.

Nous proposons un troisième rendez-vous pour Paul et ses parents la semaine suivante.

**Troisième consultation :**

Le père de Paul vient seul, sans en évoquer la raison. Il est en sueur, présente une charge anxieuse importante. Son discours est cohérent. Il revient sur le « traumatisme » dit-il qu'a représenté pour lui l'accouchement, ainsi que les premiers mois de son fils. Il explique avoir assisté impuissant aux souffrances de sa femme et de son fils avec une crainte permanente de mort imminente, et ce pendant plusieurs semaines. Depuis, il met en place des conduites d'évitement des situations qui lui rappelleraient ces évènements traumatiques. Il évite notamment d'aller aux différentes consultations médicales de son fils.

La thymie est triste, avec des idées de culpabilité, une peur irrationnelle de drame imminent. On retrouve une diminution marquée de certains loisirs, il a notamment vendu sa moto. Son travail est surinvesti « je ne pense plus quand je suis au travail ». Il se dit en colère, facilement irritable, avoir un sentiment de solitude et d'incompréhension que ce soit des professionnels, de son entourage familial ou de sa femme. Les troubles du sommeil sont toujours très présents.

Il décrit ne pas parvenir à trouver sa place de père : « je me suis tout de suite senti père, mais je n'ai pas empêché qu'il souffre, c'est pour ça que j'ai vendu ma moto, il n'a pas besoin en plus d'être déjà orphelin ». Les mots sont forts, à la hauteur de la souffrance de ce père et du traumatisme qu'ont représenté ces derniers mois pour lui. Il présente de bonnes capacités d'élaboration, travaillant par exemple la question de sa confrontation à la maladie ces dernières années, que ce soit à celle de sa mère ou de son fils.

Monsieur est en demande d'aide avec une volonté d'aller rapidement mieux pour sa famille. Nous introduisons un traitement anxiolytique et convenons d'un rendez-vous dans les deux semaines.

Le couple appelle finalement le secrétariat la veille de la consultation, réjouit de pouvoir décrire qu'ils vont mieux et qu'ils ne pensent pas nécessaire de venir au rendez-vous, sauf contre-indication de notre part. Nous respectons leur démarche et leur volonté de clôturer le suivi.

#### **4.6 Discussion**

**La mère présente une dépression post-partum. Le père présente un épisode dépressif et des éléments d'un syndrome post-traumatique au décours de l'accouchement. Il existe des troubles du lien parent-enfant. Paul est né prématurément. Il présente des troubles psychoaffectifs.** Il apparaît que Paul manifeste son inconfort par des pleurs importants, qui participent à l'effondrement anxio-dépressif des parents et mettent à mal la relation parents-enfant, ce qui entretient vraisemblablement les troubles psychosomatiques de Paul, dans l'incompréhension générale.

Une prise en charge spécialisée en consultation psychiatrique périnatale, de façon urgente et à un rythme soutenu, a permis une amélioration rapide des troubles psychiques de cette famille. **Si les dispositifs de soins curatifs sont opérants, notre service ne gagnerait-il pas à développer des dispositifs d'intervention préventive précoce en santé mentale périnatale ?**

Les troubles évoluent probablement depuis plusieurs mois. L'orientation vers un pédopsychiatre suscite l'incompréhension et la colère des parents. Ils reportent malheureusement de trois semaines le premier rendez-vous et exprimeront leur regret de ne

pas avoir pu bénéficier d'une hospitalisation à l'Unité Mère-Bébé. **Comment améliorer les modalités d'adressage par nos collègues des centres hospitalier du secteur ? Notre intervention n'aurait-elle pas généré moins d'appréhension si elle avait eu lieu directement dans ce centre hospitalier ?**

L'orientation en pédopsychiatrie semble arriver au stade où les équipes de pédiatrie sont dépassées par les difficultés psychiques du couple. Durant les mois écoulés, cette famille a côtoyé de nombreux professionnels (sages-femmes, puéricultrices, infirmières, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, psychologues) dans plusieurs centres hospitaliers. **Les professionnels de première ligne ont-ils repéré la souffrance psychique sans savoir l'aborder ?** Nous avons le sentiment que dans cette situation notre intervention directe auprès de cette famille aurait pu être inutile, de par une intervention indirecte auprès des équipes. Un accompagnement des collègues, dans la compréhension et la prise en charge des processus psychiques à l'œuvre, aurait pu permettre de sécuriser les équipes dans leur accompagnement de ces parents, et aurait peut-être évité le développement de troubles psychopathologiques. **Quel serait le rôle du pédopsychiatre auprès des équipes de maternité et de pédiatrie ?**

**Dans un souci de prévention précoce des troubles psychiques en périnatalité, le temps psychiatrique ne gagnerait-il pas à côtoyer davantage le temps gynéco-obstétrical et pédiatrique néonatal ?**

### III. Problématisation

Ces quatre situations cliniques, à l'image de notre expérience d'un an en psychiatrie périnatale, soulèvent chez nous nombre de réflexions et d'interrogations.

**Les mères prises en charge par nos équipes présentent régulièrement des troubles psychiatriques sévères, ayant souvent déjà eu des impacts majeurs sur la relation mère-bébé, le développement de l'enfant et la dynamique familiale.**

L'offre de soins disponible permet une intervention spécialisée rapide, souvent en urgence, soutenue et ajustée. L'évolution clinique des patients est le plus souvent favorable, parfois même très rapidement. **Nous avons le sentiment que ces soins spécifiques, bien qu'efficaces, arrivent bien tard** dans l'histoire clinique de ces familles, et que nombre de situations dramatiques auraient peut-être pu être évitées par une intervention plus précoce.

Dans chacune des situations ici présentées, ces mères, ces bébés, ces pères présentaient des symptômes psychiques depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Bien que ces familles aient rencontré sur leur parcours de nombreux professionnels, ces familles vulnérables sont insuffisamment dépistées, repérées et adressées.

**Il apparait que le dépistage des facteurs de vulnérabilité psychiques au cours de la grossesse est insuffisant.** Alors que les antécédents psychiatriques de madame N. et madame A. nous semblent criants, ils ne semblent pas recherchés par les professionnels en prénatal. D'ailleurs, aucune des mères ici n'a eu d'entretien du 4<sup>ème</sup> mois. Elles décrivent qu'il ne leur a pas été proposé. Ne l'ont-elles pas entendu ? Pour quelles raisons les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes ne le proposeraient-ils pas systématiquement ? **Quelles**

**sont les recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention précoce en santé mentale périnatale ?**

Nous interrogeons également le repérage des troubles psychopathologiques périnataux par les professionnels de première ligne. Madame A. présentait des symptômes dépressifs depuis la grossesse, tandis que madame N. présentait déjà une insomnie sans fatigue à la maternité. Ces éléments cliniques semblent mal repérés par nos collègues gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. **Qu'en est-il de la sensibilisation, de l'information et de la formation de ces équipes à la question des troubles psychiques périnataux ?**

Lorsque les troubles sont repérés, il apparaît que nous soyons identifiés par nos collègues de proximité, mais souvent comme un dernier recours et dans des modalités d'adressage qui pourraient être améliorées. Nous mettrons près d'un mois à rencontrer Paul et ses parents, de par leur probable réticence à la psychiatrie. Pourtant cette famille, elle-même, pourra décrire ses regrets de ne pas avoir pu bénéficier d'une hospitalisation conjointe mère-bébé dans notre unité. A sa sortie de la maternité, madame N. n'accèdera pas à la consultation pédopsychiatrique spécialisée, sur son secteur, pourtant sollicitée en urgence par la PMI. **Il apparaît important de pouvoir développer le travail collaboratif pluridisciplinaire de proximité.** Il semble même être le dispositif fondamental à la mise en œuvre d'une prise en charge préventive en santé mentale périnatale.

Derrière les troubles psychiatriques périnataux existent des histoires cliniques infiniment variées : des mères et des pères avec des histoires de vie complexes ; des antécédents médicaux et psychiatriques personnels ou familiaux plus ou moins lourds ; une grossesse ou un accouchement difficiles, traumatiques ou différents de ce qui était espéré ; une pathologie néonatale sévère chez son bébé... Nos collègues de maternité et de pédiatrie sont

quotidiennement confrontés en première ligne à ces situations cliniques et semblent régulièrement démunis face à la souffrance psychique qu'elles suscitent. **Le rôle du pédopsychiatre ne devrait-il pas également être d'accompagner les partenaires de proximité dans leur prise en charge de ces familles ? Dans une perspective préventive, le temps psychiatrique ne gagnerait-il pas à s'ajuster davantage au temps gynéco-obstétrical ?**

Le travail en réseau existe sur le secteur, entre les services de maternité, de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Pourtant, nous avons le sentiment que nombre de situations nous échappent, ne sont pas dépistées, ne sont pas repérées et que notre intervention pourrait et devrait être plus précoce. S'il existe, entre partenaires de soins, une méconnaissance mutuelle de la réalité de nos activités, il apparaît également une volonté commune de développer un travail collaboratif coordonné auprès des familles.

**Comment développer la prévention précoce en santé mentale périnatale à l'échelle locale ? Nous tentons depuis de répondre à cette question qui nous paraît fondamentale.**

**Quelles réponses la littérature nous apporte-t-elle ? C'est ce que nous proposons de déplier à présent.**

## PARTIE 2. LA SANTE MENTALE PERINATALE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

---

### I. Les spécificités de la psychiatrie périnatale

#### 1. Essai de définition

##### 1.1 La périnatalité : une période de vie, un champ professionnel

**Au sens strict des obstétriciens**, la périnatalité désigne la période qui est située entre la vingt-huitième semaine de grossesse et le septième jour de vie du nourrisson.

**En psychiatrie et en psychologie**, elle recouvre une période bien plus longue, qui peut varier en fonction des auteurs, de la conception à la fin de la deuxième année du bébé.

**Par glissement sémantique**, le terme en est venu à désigner aussi un champ : celui de l'ensemble des professionnels actifs auprès des parents et du bébé [1]. C'est dans ce sens élargi que nous l'entendrons ici.

**La clinique périnatale** se révèle spécifique sur trois points selon S. Missonnier [2] :

- **sa méthodologie** : les troubles psychiques de la mère, du père et du nourrisson sont perçus dans le cadre d'un modèle résolument interactif ;
- **sa cible chronologique** : les troubles sont replacés dans le contexte du continuum périnatal, cette période comprise entre la conception et, selon les auteurs, les premiers mois de vie ou la fin de la deuxième année du nourrisson.

- **sa transversalité** : cette clinique périnatale est nécessairement interdisciplinaire, la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie, la pédiatrie, la médecine générale, les lieux d'accueil et de soins du bébé, ainsi que les services sociaux constituent les multiples relais d'un réseau qui se veut être cohérent.

## 1.2 La parentalité : un processus psychique

Le terme de « parentalité » est emprunté à l'anglais parenthood. A l'origine, il désigne le rôle des parents dans une perspective pratique, morale ou civilisatrice. Depuis, il revêt de multiples significations :

- dans le **domaine législatif**, il renvoie à l'autorité parentale,
- dans le **domaine sociologique**, il renvoie aux structures familiales (famille mono/homo ou pluriparentale) ou au mode de filiation (exemple du cas particulier de l'adoption),
- dans le **domaine psychologique**, il désigne les processus et évolutions psychiques à l'œuvre dans le fait de devenir parent et ses défaillances pathologiques [3].

En 1931, le psychanalyste G. Zilboorg introduit ce terme à propos de la dépression postnatale. Deutsch, puis ses élèves T. Benedek [4] et G.L. Bibring [5], se décalent de ses liens avec la pathologie psychiatrique pour aborder la parentalité dans les échecs de l'attachement, la haine ou l'hostilité à l'encontre de l'enfant, certains aléas physiques de la grossesse et l'infertilité. La parentalité devient constitutive des procédés d'analyse des troubles psychopathologiques périnataux.

C'est en 1961 que le terme de parentalité est introduit en France par P.C. Racamier, psychiatre, psychanalyste et thérapeute de famille, à travers l'étude des psychoses puerpérales. P.C. Racamier interprète ces troubles comme une forme d'échec du processus

de parentalité, alors défini comme le **processus psychologique**, principalement inconscient, qui conduit à rendre possible pour le sujet l'expérience, l'exercice et la pratique du statut de parent. Ce processus s'accompagne de modifications chez la mère, notamment de ses préoccupations, de son humeur ou de sa réactivité, pendant la grossesse, qui se consolident dans le post-partum immédiat. L'accès à la maternité génère une crise développementale, dont l'issue générale est maturative. Il s'agit d'une actualisation de conflits infantiles, s'accompagnant de la reviviscence de conflits développementaux, notamment dans leur dimension affective sans contenus représentatifs conscients. Il apparaît que ces affects sont facilement mobilisables chez le sujet en bonne santé psychique, ce que M. Bydlowski a nommé la transparence psychique [6].

Des auteurs, tels que T. Benedek [4] et G.L. Bibring [5], parlent d'une véritable **crise maturative**, considérant que la grossesse et la naissance représentent une phase du développement psychoaffectif de la femme. Elle est comparée à la crise d'adolescence, qui comme elle, fait intervenir de multiples facteurs biologiques et sociaux. Elle participe à la réactivation et au réaménagement de conflits développementaux précoces. Elle s'accompagne de moments de régressions. Elle connaît des transformations corporelles à l'origine de modifications de la représentation de soi avec un réaménagement des identifications précoces notamment à la mère. La notion d'identité personnelle peut devenir fluctuante et fragile, la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui. La grossesse est également un moment d'épanouissement et d'une affirmation de soi, en partie d'un soi infantile et archaïque. Cette satisfaction régressive ne peut être atteinte par la mère que si son environnement lui assure sécurité et soutien.

L'accès à la paternité s'accompagne également de modifications psychiques, biologiques et sociales, mais jusqu'à présent, peu d'études s'y sont attardées.

### 1.3 La psychiatrie périnatale : une discipline

Pour A.-L. Sutter-Dallay et N. Guédeney [7], « **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'étude 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 spécifiques au pays considéré. ».

P. Mazet et S. Lebovici [8] soulignent que la psychiatrie périnatale, centrée sur les multiples avatars de la rencontre du « naître humain » et du « devenir parent », concerne tous les professionnels qui sont confrontés à la fréquence des difficultés et des troubles psychologiques durant la période périnatale. Elle s'appuie à la fois sur :

- **une pratique** : la psychiatrie périnatale est née de la rencontre des intérêts des professionnels s'occupant des futurs parents, de la future mère en particulier, du bébé et de ses parents, dans une perspective de santé globale. Elle est **multidisciplinaire** et renvoie à un mouvement de collaboration entre les équipes gynéco-obstétricales, pédiatriques et psychiatriques ;
- **un concept**, selon lequel la psychiatrie périnatale permet une double approche :

- **les spécificités des troubles mentaux périnataux** avec le risque de transmission à l'enfant. Cette dimension renvoie au registre médical ;
- **la continuité de la vie psychique du sujet** associée au risque transgénérationnel encouru par un nouveau-né face à un parent présentant une pathologie mentale. Cette dimension renvoie à la psychologie développementale et à l'approche psychodynamique.

Cette double approche conditionne une autre spécificité de la psychiatrie périnatale : la **complexité des thérapeutiques**. Elle associe un objectif curatif (soigner le parent malade) et un objectif préventif (prévenir le risque de dysfonctionnement dans le processus de parentalisation, dans les relations parents-enfants et leur impact sur l'enfant en développement).

Ces spécificités donnent à cette spécialité médicale sa richesse, mais aussi sa difficulté. La prise en charge à la fois de la mère, du bébé, de la dyade et de la famille, nécessite d'y être formé, mais demande également du temps et une densité soignante.

## **2. Abord historique : une spécialité récente et en construction**

### **2.1 Les premières expériences cliniques**

**Dès l'Antiquité**, apparaît la notion de troubles mentaux survenant à l'occasion de la maternité. Hippocrate (460-380) en donne l'illustration dans le 3<sup>e</sup> livre des « épidémies ». Le délire est alors expliqué par la montée au cerveau d'un mélange de lochies, pertes vaginales liquides s'écoulant pendant une à plusieurs semaines jusqu'à cicatrisation de la paroi utérine, et de lait maternel.

**Au XIXème siècle**, en France, un regard scientifique est posé sur les troubles psychiatriques périnataux. En 1819, Esquirol décrit « l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices » [9]. Il entreprend la première enquête psychiatrique systématique, et distingue parmi 95 femmes hospitalisées en post-partum, 50 % de manies, 40 % de mélancolies et monomanies, et 10 % de démences précoces (schizophrénie). Il signale la fréquence des prodromes, la guérison fréquente, souvent spontanée en six à huit mois, et insiste sur le risque d'infanticide. Il inverse les rapports de causalités, le défaut de sécrétion de lait devenant la conséquence de la folie puerpérale. Esquirol observe l'absence de lésion anatomique chez les femmes qui en décèdent : « l'ouverture des corps... n'offre rien de particulier ». Le terrain (hérédité, susceptibilité personnelle, accès de folie antérieurs), une vulnérabilité somatique (écarts de régime, refroidissement, sevrage brusque) et des causes morales (isolement, crainte de tomber malade, de perdre l'enfant, d'être abandonnée du père, traumatismes familiaux) sont les nouvelles étiologies de l'affection. En 1858, LV. Marcé [10], se penche sur les états délirants de post-partum, qui pour lui ne diffèrent pas fondamentalement des manies et mélancolies. Malgré ces premières approches cliniques, l'intérêt porté à ces troubles ne réapparaîtra que bien plus tard.

C'est **au Royaume Uni** qu'apparaissent les premières unités d'hospitalisation mère-enfant [11,12], sous l'impulsion de G. Douglas [13], TF. Main [14] et AA. Baker [15], à l'initiative d'une patiente qui, en 1948, demande à pouvoir emmener son bébé avec elle en hospitalisation. La période apparaît propice à ce type d'expérience, l'évacuation des enfants en bas âge lors du Blitz ayant participé à révéler les effets potentiellement délétères de la séparation d'un enfant de sa famille. Tandis que les travaux des psychanalystes comme M. Klein, d'éthologues comme K. Lorenz et H. Harlow, de pédiatres-psychanalystes comme D. Winnicott, associés à la

théorie de l'attachement développée par J. Bowlby, favorisent l'idée d'expérimenter ces nouvelles prises en charge.

**En France**, en 1961, PC. Racamier [16], prône l'hospitalisation conjointe des mères psychotiques et de leur enfant dans le post-partum, suggère de créer des unités d'hospitalisation pour ces dyades et soutient même qu'un accoucheur doit être rattaché aux hôpitaux psychiatriques. D'autres psychiatres adultes, comme T. Lemperière [17], poursuivent le travail de LV. Marcé, tandis que la psychiatrie du nourrisson se développe dans les années 1970-1980, avec les pédopsychiatres S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé. Dans cette double dynamique, est créée en 1979, la première unité d'hospitalisation mère-bébé à temps plein en psychiatrie de l'enfant à Créteil, puis dès 1980 des hospitalisations conjointes sont rendues possibles dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif [18,19].

Schématiquement, au Royaume-Uni, **les psychiatres adultes** considèrent le trouble psychiatrique du parent et envisagent le bébé ou la relation parent-bébé principalement du point de vue des conséquences du trouble, ou comme un facteur contribuant au déclenchement de la pathologie. En France, **les pédopsychiatres** abordent la dialectique qui existe entre les troubles des parents et ceux de l'enfant, sous l'angle de la psychopathologie de l'enfant, dans une perspective essentiellement psychanalytique.

## 2.2 L'approche scientifique

Dans la continuité de ces premières expériences fondatrices, la psychiatrie périnatale se développe à partir de la fin des années 1970, sous l'impulsion des psychiatres d'adultes anglo-saxons [20, 21]. **C'est en 1972, que le terme de psychiatrie périnatale apparaît** pour la première fois dans la littérature internationale [22], même si B. Pitt individualise déjà en 1968 le concept de dépression postnatale [23], et que les premières publications référencées sur

les psychoses puerpérales datent de 1950 [24, 25, 26]. **La spécialité connaît une reconnaissance universitaire et scientifique en 1980, à travers la création de la première chaire de psychiatrie périnatale à Londres**, occupée alors par le professeur R.C. Kumar, un des pionniers de la discipline. La même année est créée **The Marcé Society**, *An international society for the understanding prevention and treatment of mental illness related to childbearing*, par un groupe de psychiatres anglais rassemblés autour du professeur Kumar.

**La psychiatrie périnatale connaît une dynamique de recherche fondatrice, à partir des années 1980**, à travers l'étude des deux principaux troubles mentaux représentant les paradigmes de la discipline : **les dépressions post-natales et les psychoses puerpérales**. Ces deux pathologies semblent alors contenir la promesse de la compréhension d'un éventuel déterminisme biologique de la maladie mentale. Les premières recherches sont quasi exclusivement menées par des psychiatres ou psychologues d'adultes et la pathologie maternelle est étudiée de manière exclusive, sans tenir compte du bébé, ni du contexte psychologique spécifique de cette période de vie. Ces travaux, avec leur dimension exploratoire, ont permis de mettre en évidence l'implication des facteurs biologiques dans la genèse des psychoses puerpérales, et l'étiologie davantage multifactorielle des dépressions post-natales (facteurs de vulnérabilité biologiques ou développementaux, facteurs culturels, facteurs psychologiques).

**Au milieu des années 1980**, les psychiatres et psychologues s'intéressent au développement du nourrisson et se penchent sur la dépression postnatale maternelle par **l'étude des caractéristiques des relations précoces mère-nourrisson** [27, 28]. Parallèlement, **un courant scientifique, socio-anthropologique et psychosociologique, s'intéresse à la définition de la parentalité** selon le contexte culturel et à la compréhension de l'accession à

la parentalité comme un changement de rôle nécessitant un ajustement obligatoire dans un temps limité [29], qui sera plus ou moins facilité par le contexte sociologique [30]. Le contexte sociologique contribue aux questions de reconnaissance et d'acceptation par les parents eux-mêmes, par leur famille, par les professionnels et la société, de la coexistence de l'arrivée d'un bébé, ainsi que de la possible apparition d'une souffrance psychique. Dans cette même perspective, la réflexion sur les difficultés d'accès aux soins, de détection et d'acceptation d'une prise en charge nécessitant un travail en réseau [31], représente un axe de travail clinique et un courant de recherche toujours très actuel et actif en psychiatrie périnatale [32, 33].

Ces différentes modalités d'approche et de réflexion aboutissent, **à partir des années 1990, au développement de modèles de compréhension plurifactoriels**, en référence aux modèles diathesis-stress développés par G. Brown et T. Harris [34], **modèles dit « médico-psycho-sociaux » de la psychiatrie périnatale**. Ces modèles sont particulièrement étudiés pour la dépression du post-partum [35, 36] 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 environnementaux (événements de vie, contexte culturel), ainsi que l'influence de facteurs interpersonnels, par exemple les facteurs liés au bébé. **Ces modèles « multi entrées » 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. En revanche, celles-ci sont en contact avec les professionnels de la périnatalité « non psy ». Le travail de réseau unit de nombreuses spécialités médicales (gynécologues, pédiatres, généralistes), paramédicales (sages-femmes, puéricultrices), psychologues,

travailleurs sociaux et professionnels de lieux de garde. Après les spécificités cliniques, le travail en réseau est l'un des fondements de la psychiatrie périnatale.

### **2.3 L'élaboration d'une pensée commune en périnatalité.**

**La psychiatrie périnatale est un champ récent de la psychiatrie**, dont il ne semble plus possible de douter de la nécessité de son approche spécifique. Pour N. Guédeney et P. Jeammet [37], ses nombreuses particularités en font un paradigme de la complexité du « syndrome psychiatrique ». La prise en compte simultanée, sur une période définie, des perspectives développementales, psychologiques, sociologiques et culturelles, associée au fonctionnement interpersonnel, réimpose l'idée, qu'un trouble mental ne peut être considéré qu'en regard de son contexte de survenue et de ses liens avec le fonctionnement psychique du sujet. La compréhension multifactorielle des troubles nécessite de considérer les logiques multiples de ces situations, conduisant les professionnels de la santé mentale périnatale à développer des projets de soins multifocaux.

**Actuellement, les sociétés savantes en psychiatrie et psychologie périnatale françaises**, que sont la Société Marcé francophone, la World Association for Infant Mental Health (WAIMH) francophone, l'Association Recherche Information Périnatalité (ARIP) et la Société Francophone de Psychologie Périnatale, **mènent un travail de réflexion collaboratif, au service de soins spécifiques, cohérents et précoces, autour de la grossesse, pour les mères, les pères et les bébés**. Cette dynamique s'inscrit dans un élan national plus vaste, que nous développerons plus loin dans ce travail.

## II. La sévérité des troubles psychiatriques périnataux : épidémiologie

Dans son ouvrage de référence, *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*, J. Dayan revient sur les spécificités des troubles psychopathologiques parentaux et leurs impacts potentiellement majeurs, tant sur la mère, le père, la relation parent-enfant que sur le développement de l'enfant [38].

### 1. Les troubles psychopathologiques maternels

Premier constat, 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 deux fois plus de risques d'être hospitalisées en milieu psychiatrique dans l'année qui suit une naissance [39].

#### 1.1 Les dépressions périnatales

##### 1.1.1 La dépression post-partum

###### 1.1.1.1 Des insuffisances nosographiques

Les classifications internationales ne reconnaissent pas les spécificités des troubles dépressifs ou psychotiques en période périnatale.

L'association américaine de psychiatrie (APA) introduit dans le DSM-V la spécification « avec début périnatal » pour les troubles survenant du début de la grossesse jusqu'à quatre semaines après l'accouchement. Ce critère est alors applicable à un épisode dépressif majeur, isolé ou récurrent, mais également à un trouble bipolaire I ou II ou à un trouble psychotique bref [40]. Ne pas considérer les troubles débutant après la quatrième semaine post-partum semble très réducteur.

**L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, distingue dans **la CIM-10** la catégorie (F53) des « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs », qui inclut les dépressions et les psychoses puerpérales, mais uniquement s'ils apparaissent dans les six semaines qui suivent l'accouchement [41]. Ici les troubles survenant en anténatal ne sont pas considérés.

**La Société Marcé** est une société internationale de référence en périnatalité, réunissant cliniciens et chercheurs d'horizons très différents. Elle a pour but la compréhension, la prévention et le traitement des affections mentales liées à la naissance. Elle définit la dépression post-partum comme un épisode survenant dans la première année du post-partum, ce qui nous apparaît plus pertinent.

#### **1.1.1.2 Un trouble fréquent**

La dépression post-partum est, à elle seule, source d'un nombre important de travaux. On note une importante variabilité des résultats, en fonction des méthodes d'évaluation de la dépression, des instruments de mesure et de la période d'évaluation.

L'évaluation de la dépression repose soit sur des entretiens semi-structurés, standardisés et validés, généralement établis en regard des principales classifications internationales (DSM ou CIM) ou selon les critères RDC (Research Diagnostic Criteria), soit sur des questionnaires auto-administrés ou non. Les échelles d'évaluation principalement utilisées sont : le BDI ou Beck Depression Inventory, le CES-D ou Center for Epidemiological Studies-Depression scale, l'EPDS ou Edinburgh Postnatal Depression Scale [42] (cf Annexe 1). En France, il est souvent utilisé pour l'EPDS un seuil de 10-11 pour le dépistage et 12-13 pour la recherche. L'EPDS est un des instruments les plus employés pour dépister un état dépressif durant la grossesse et le

post-partum, car il est d'emploi rapide et aisé notamment pour les professionnels « non psy » (10 items, remplis par le sujet en 2 à 5 minutes).

**La dépression post-partum touche 13 % des mères**, avec un risque multiplié par trois dans le premier mois postnatal [43, 44] et un second pic de fréquence à neuf mois [45]. Pour 60 % d'entre elles, il s'agit d'un premier épisode [39]. Il existe une comorbidité importante entre dépression et anxiété, environ deux tiers des femmes avec une dépression en période périnatale présentent également un trouble anxieux [46].

### 1.1.1.3 Des spécificités sémiologiques

J. Dayan décrit que la dépression post-partum est **une dysthymie asthénique et irritable, affectant de manière centrale la relation à l'enfant et à ses soins**. Elle débute le plus souvent de façon insidieuse, parfois sous la forme d'un post-partum blues qui se prolonge, mais le plus souvent après une période de latence. On retrouve deux pics de fréquence : les 6 premières semaines puis entre le neuvième et le 15<sup>ème</sup> mois du post-partum.

**Les éléments cliniques de la dépression post-partum** sont synthétisés dans ce tableau :

<i>Signes peu spécifiques</i>	<i>Éléments les plus caractéristiques</i>
Pleurs	Epuisement majeur
Labilité de l'humeur, plus altérée le soir	Phobies d'impulsion
Plaintes somatiques, craintes hypochondriaques	Déplaisir et inadaptation aux soins du bébé
Troubles de la concentration et de la mémoire	Irritabilité dirigée vers l'époux ou les autres enfants
Insomnie d'endormissement avec cauchemars	Sentiment d'incapacité physique
Perte de la libido, perte d'intérêts habituels	Anxiété fréquente et intense

**Les traits sémiologiques spécifiques de la dépression post-partum** sont repris ci-dessous :

<i>Dépression du post-partum</i>	<i>Dépression non périnatale</i>
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Réveils précoce
Labilité émotionnelle	Constance de l'humeur
Rares idées suicidaires	Assez fréquentes idées suicidaires
Perte d'estime de ses capacités maternelles	Perte de l'estime de soi
Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé	Anxiété moins fréquente
Rareté du ralentissement psychomoteur	Fréquence du ralentissement psychomoteur
Risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure augmenté	Pas de risque augmenté en post-partum

La spécificité de la dépression post-partum tient également aux caractéristiques sémiologiques à la fois maternelles et dyadiques :

- **sémiologie maternelle** : la phase d'état est dominée par une symptomatologie d'allure névrotique telles l'anxiété, l'irritabilité ou des phobies nouvelles. La fréquence des suicides pendant la grossesse et le post-partum est heureusement rare. Le facteur protecteur principal semble être le sentiment d'être utile, sa disparition doit alerter le professionnel.
- **sémiologie dyadique** : les mères déprimées expriment davantage leur souffrance à travers des doléances concernant leur bébé, tandis que la dépression maternelle peut favoriser l'apparition de certains troubles chez l'enfant : troubles du sommeil, alimentaires (anorexie ou régurgitation voire vomissements, prise de poids insuffisante), affections dermatologiques, pleurs prolongés. Des consultations

répétées pour un nourrisson sans raison apparente peuvent masquer une dépression maternelle, en marquer les éléments projectifs, et sont un signe d'alerte auquel tout professionnel en périnatalité devrait être sensibilisé.

#### **1.1.1.4 Une évolution à risque**

**La guérison serait plus tardive** que celle des dépressions ordinaires [47]. 50 % des femmes déprimées dans le post-partum précoce présentent encore des affects dépressifs à un an [48]. **Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure est important** de l'ordre de 25 à 30 % [49], tandis que **le risque de rechute est deux fois plus élevé** dans les cinq ans qui suivent un épisode puerpéral [39].

#### **1.1.1.5 Des facteurs de risque connus**

Les principaux facteurs de risque de la dépression post-partum sont : la dépression et l'anxiété prénatale, la survenue (souvent dans l'année précédant le temps d'évaluation) de stress sévères ou d'évènements de vie majeurs, le faible soutien social, des antécédents de dépression, ainsi qu'une mauvaise estime de soi [50].

#### **Facteurs psychiatriques :**

Les antécédents personnels de dépression, de symptômes dépressifs même sans dépression caractérisée, mais aussi tout autre trouble psychiatrique, durant le post-partum ou à tout autre moment de la vie, sont des facteurs de risque reconnus de dépression post-partum. Une femme avec des antécédents familiaux d'épisode dépressif majeur ou de trouble bipolaire est également plus à risque de présenter une dépression périnatale [51].

**Facteurs gynéco-obstétricaux :**

Les complications obstétricales augmentent le risque de développer une dépression post-partum [52]. Une étude de 2011, concernant les relations entre pré-éclampsie et dépression postnatale, laisse apparaître qu'il semblerait que ce soit principalement la gravité des conséquences sur le fœtus, mesurée par l'admission en unité de soins intensifs ou le décès, qui favoriserait l'apparition de la dépression [53].

L'absence de participation à des séances de préparation à la naissance serait également un facteur de risque de dépression post-partum [54]. La présence d'un soutien émotionnel durant le travail, même effectué par une personne auparavant inconnue de la femme, s'accompagne d'une meilleure estime de soi, d'une diminution de l'anxiété et de la dépression, évaluée à six semaines post-partum [55].

**Facteurs socio-économiques :**

Des conditions socio-économiques défavorables (revenus, niveau d'éducation..) sont significativement associées à la survenue d'une dépression post-partum : l'absence de soutien social notamment, correspondant au soutien affectif, matériel ou instrumental, et informationnel, portant sur les réseaux d'aide actifs et sur les moyens de les utiliser [54]. Par ailleurs, la violence du partenaire durant la grossesse [56], et en dehors de la grossesse [57], est très significativement à risque, mais souvent sous-estimée et recherchée principalement dans les classes sociales défavorisées.

**Stress, abus et évènements de vie :**

Des antécédents de violences durant l'enfance qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, ou encore l'exposition à des violences intrafamiliales, sont des facteurs de risque

[58]. Des antécédents d'abus sexuels ont un rôle prépondérant [59] et sont à plus fort risque de survenue de difficultés relationnelles et d'accès à la parentalité [60].

### **Le comportement de l'enfant :**

Une étude portant sur des nourrissons et leur mère non dépressive dans la période néonatale, montre l'impact important du comportement du nourrisson sur l'état mental ultérieur de la mère [61]. L'état psychique des mères est influencé par l'état de santé de leur bébé, notamment quand celui-ci fait l'objet de soins intensifs. Les coliques du nourrisson, et plus encore les pleurs prolongés, sont également associés au développement de dépressions postnatales maternelles [62].

#### **1.1.1.6 Des soins curatifs spécialisés efficaces**

##### **Modalités institutionnelles :**

Les équipes mobiles d'intervention permettent d'établir une alliance thérapeutique là où il serait par ailleurs difficile de faire accepter les soins ou la collaboration avec les services sociaux [63]. Ces équipes permettent une intervention ajustée, de la conception à la première année de vie, possiblement en urgence, sur des lieux multiples du domicile, aux services de pédiatrie et d'obstétrique ou aux services de psychiatrie.

L'efficacité des unités d'hospitalisation mère-enfant serait en partie assurée par la présence maintenue du bébé [64]. Une enquête menée en Grande-Bretagne en 2003 [65], a montré l'absence totale de suicide en post-partum chez les femmes ayant été hospitalisées dans les unités mère-bébé.

**Méthodes psychothérapeutiques :**

Un traitement par thérapies interpersonnelles, débuté dès la période anténatale, en cas de dépression ou de troubles anxieux, a un bénéfice démontré [66]. Les psychothérapies brèves mère-bébé d'inspiration psychodynamique ont une efficacité démontrée en cas de troubles anxieux ou dépressifs récents [67]. L'intérêt thérapeutique des thérapies cognitivo-comportementales est quant à lui mis en doute, probablement parce qu'elles n'incluent pas un abord global du sujet [68].

**Interventions psychosociales non psychothérapeutiques :**

Les interventions psychosociales regroupent des modalités d'aide et de soutien telles que : la préparation à l'accouchement, les groupes de paroles avec ou sans intervention d'un psychologue, les visites à domicile par des visiteurs de santé, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux etc. Utilisées seules, ces interventions n'ont pas d'efficacité, ni curative ni préventive, sur la dépression post-natale. Ces prises en charge pourraient augmenter leur efficacité préventive, à condition de cibler des groupes à haut risque, de maintenir une continuité entre prénatal et postnatal, avec une fréquence de suivi élevée et des modalités d'intervention ajustées notamment à domicile. Elles pourraient avoir un rôle essentiel dans le dépistage des troubles, jusque-là très insuffisant, et constituer un complément thérapeutique significatif à la psychothérapie et aux psychotropes [69].

**Psychotropes :**

De façon générale, les troubles psychiatriques périnataux, qu'ils soient dépressifs, anxieux ou psychotiques, peuvent être traités efficacement par les traitements médicamenteux. Nous ne développerons pas ici les modalités curatives des psychotropes, mais centrerons notre propos sur la dimension préventive.

L'utilisation des psychotropes doit permettre un équilibre bénéfice-risque, entre soulager la souffrance de la mère et prendre un risque, en théorie minime, pour l'enfant qu'elle porte ou qu'elle allaite. La prescription de psychotropes doit ainsi répondre à quelques règles (cf Annexe 2).

Par ailleurs, de récentes études supposent un possible retentissement durable sur l'enfant, des troubles périnataux maternels non pris en charge. L'abstention thérapeutique est donc aussi un risque potentiel.

### **1.1.2 La dépression anténatale**

#### **1.1.2.1 Un trouble fréquent**

Comme pour la dépression post-partum, les études retrouvent des résultats variables en fonction des instruments d'évaluation. Trois instruments sont validés : l'EPDS qui est un des meilleurs questionnaires auto-administrés, le GHQ-30 et le BDI. Ces outils ne sont pas suffisamment utilisés dans le dépistage, là où ils sont pourtant le plus performants. Ils sont, à tort, utilisés davantage comme des instruments diagnostiques, qu'ils ne sont pas. L'EPDS est validé en français [70] (Annexe), avec un seuil de 10-11 pour le dépistage des dépressions mineures et majeures, et un seuil de 14-15 pour le diagnostic des dépressions majeures.

Les études estiment que **la dépression anténatale touche 20 % des femmes pendant leur grossesse** avec le BDI ou la CES-D, et de l'ordre de 10-12 % avec l'EPDS pour un seuil élevé [71, 72].

### 1.1.2.2 Une évolution à risque

**Environ un tiers des dépressions anténatales persistent en postnatal** [72, 73]. Certains auteurs suggèrent même que 50 % des dépressions post-partum débutent durant la grossesse, il s'agirait alors davantage d'une persistance de symptômes isolés.

### 1.1.2.3 Des facteurs de risque connus

**Un faible niveau d'éducation** est un facteur de risque social attesté de dépression anténatale. Il en est de même de la survenue d'un **évènement de vie défavorable**, et à fortiori plusieurs, avec un risque de dépression chez la femme enceinte qui augmente avec le nombre d'évènements [74]. L'étude de J. Dayan de 2010 [75], seule étude à prendre en compte un à un ces facteurs, a montré un rôle prépondérant du **stress au travail** et des **relations conflictuelles (violences physiques ou verbales) avec le partenaire**. En effet, pendant cette période de transition qu'est la maternité, l'engagement professionnel et les relations avec le partenaire sont des facteurs essentiels de l'identité sociale [76]. Des **évènements de vie défavorables pendant l'enfance**, notamment des antécédents d'abus sexuels, sont des facteurs de risque importants [77]. Un lien significatif est retrouvé entre **un risque foetal** (développement foetal à risque avec anomalies biologiques ou échographiques) et la dépression anténatale [75]. Le soutien social, notamment du partenaire joue un rôle important [78]. Toutes les études retrouvent que des **antécédents psychiatriques** augmentent de façon importante le risque de développer une dépression pendant la grossesse.

#### 1.1.2.4 Des soins curatifs spécialisés efficaces

**La prise en charge des troubles est relativement aisée et efficace.** Le plus souvent les dépressions anténatales répondent favorablement à une psychothérapie adaptée. La difficulté se situe davantage dans le repérage de ces troubles. Les plaintes des patientes sont souvent rares et facilement mises sur le compte de troubles physiques. En dehors des épisodes psychopathologiques sévères, **le diagnostic et le dépistage de ces troubles échappent malheureusement très souvent** aux soignants insuffisamment formés et soutenus face à ce travail de prévention pourtant essentiel.

#### 1.1.3 Le post-partum blues

##### 1.1.3.1 Un trouble fréquent

Le post-partum blues est une dysphorie transitoire bénigne décrite pour la première fois en 1952 [79, 80]. Ses caractéristiques sémiologiques sont établies par des études systématiques menées auprès de sages-femmes ou d'accouchées [81, 82]. Plusieurs échelles sont validées, la plus récente étant celle de Kennerley et Gath de 1989.

**Le post-partum blues affecterait une femme sur deux**, typiquement entre le troisième et le dixième jour postnatal. Les critères diagnostiques varient selon les auteurs, mais globalement un taux de 50 % est retenu en associant présence de pleurs et d'une labilité émotionnelle.

##### 1.1.3.2 Des spécificités sémiologiques

Le signe clinique le plus caractéristique est l'**accès de pleurs**, parfois brefs, spontané ou déclenché par des désagréments mineurs. Il ne s'accompagne pas nécessairement de tristesse, mais régulièrement d'anxiété, d'irritabilité, parfois d'exaltation, d'allégresse, d'où la

dénomination de dysphorie. Classiquement, **l'humeur est labile**, avec une franche exaltation de l'humeur dans un tiers des cas. Des troubles de la mémoire immédiate ou de l'attention sont retrouvés, de même qu'un **raccourcissement de la durée du sommeil**, plus difficilement repérables cliniquement.

#### **1.1.3.3 Une évolution à risque**

Les études retrouvent **une corrélation importante entre un blues sévère et la survenue d'une dépression dans le post-partum** [83] [84] [85]. Des travaux montrent que l'intensité du blues à J3 et/ou J5 est significativement associée à une symptomatologie dépressive postnatale de plus d'un mois. L'absence de post-partum blues aurait quant à elle une excellente valeur prédictive négative, avec parmi 51 % des femmes ne présentant pas de blues seulement 2 % d'entre elles qui développent une dépression post-partum [83].

#### **1.1.3.4 Des soins curatifs spécialisés efficaces**

**La prise en charge du post-partum blues est simple.** Elle comprend un accompagnement empathique par des soignants de première ligne sensibilisés et une surveillance, s'il se prolonge ou dans les formes sévères.

**Le repérage précoce d'un post-partum blues maternel apparaît essentiel, dans une perspective de dépistage et d'intervention précoce en cas d'évolution vers une dépression postnatale.**

## 1.2 Les psychoses puerpérales

### 1.2.1 Des troubles sévères

Les psychoses puerpérales touchent **1 à 1,5 % des femmes en période périnatale** [86, 87]. Une dizaine d'études rétrospectives de grande envergure ont été menées ces vingt dernières années. Elles retrouvent environ 30 % de troubles bipolaires, 30 % de psychoses aiguës et 35 % de troubles intermédiaires, classés soit psychoses (Europe du Nord), soit troubles bipolaires (DSM, CIM), et ce à trois, six et douze mois. En utilisant le DSM ou la CIM, les troubles de l'humeur prévalent et représentent environ 70 % des cas. Un tiers sont des épisodes maniaques ou mixtes, deux tiers sont des épisodes dépressifs sévères avec ou sans sémiologie mélancolique. Dans les deux premières semaines post-partum, la moitié des cas sont des accès maniaques.

### 1.2.2 Des spécificités sémiologiques

**Deux formes cliniques principales** se distinguent : les désordres thymiques francs maniaques ou dépressifs, souvent délirants, et les psychoses aiguës délirantes plus ou moins « confusionnelles ». **Il existe de nombreuses formes intermédiaires**, à hauteur d'un tiers des cas, qui ne répondent pas à la dichotomie entre schizophrénie et trouble maniaco-dépressif (trouble bipolaire de type 1). Les troubles schizophréniques sont plus rares, marqués par la dissociation et la discordance.

**Les psychoses puerpérales ont des caractéristiques sémiologiques propres.** Un des aspects les plus caractéristiques est la **labilité des troubles**, avec un passage parfois rapide d'un délire franc à des éléments pseudo-confusionnels, voire une forme « d'hystérie » [88, 89, 90]. **L'humeur est instable**, dépressive ou exaltée, avec des moments d'abattement,

d'irritation, de désespoir, s'organisant parfois en tableau mixte, confuso-maniaques ou confuso-mélancoliques. **Le délire est mal structuré, d'intensité et d'expression très fluctuante.** Il peut exister des illusions perceptives, parfois des hallucinations auditives et surtout visuelles. Le vécu délirant est souvent persécutoire et terrifiant, les idées délirantes lugubres (« délire triste » de Marcé). La thématique délirante est principalement centrée sur la naissance et la relation à l'enfant, avec la négation de la maternité, un sentiment de non-appartenance ou de non-existence de l'enfant. La mère peut elle-même se sentir menacée, soumise à des influences maléfiques, droguée. **Le risque d'infanticide et de suicide peut alors être important.** Malgré l'hétérogénéité des formes cliniques, **les troubles du sommeil sont constants.** Il s'agit d'insomnies sévères ou progressivement croissantes, sans rémission.

**Dans une perspective préventive et de dépistage précoce, les troubles du sommeil sont le meilleur signe d'alarme chez les sujets à risque.**

### **1.2.3 Une évolution à risque**

Les troubles psychotiques puerpéraux peuvent survenir en anténatal et en postnatal. **Des prodromes sont très fréquents mais souvent mal repérés.** 80 % des troubles débutent dans les deux semaines précédant l'accouchement [91]. 75 % des femmes atteintes d'une psychose puerpérale présentaient une symptomatologie hypomaniaque dans les trois premiers jours postnatals [92]. 25 % des patientes ayant présenté un épisode psychotique précoce ont consulté pendant la grossesse pour des symptômes psychiatriques, dont la moitié pour une symptomatologie anxieuse ou dépressive [93].

**Le pronostic de l'accès aigu est favorable.** Les traitements psychotropes permettent une sédation en une à deux semaines. **Les récurrences à long terme sont en revanche fréquentes.** Le risque de présenter un nouvel épisode psychotique puerpéral à chaque grossesse est de 20

à 30 % [94]. 50 à 75 % des femmes ayant présenté un trouble psychotique périnatal referont un épisode psychotique puerpéral ou non puerpéral à long terme [95].

#### 1.2.4 Des facteurs de risque connus

**La primiparité** est un facteur de risque démontré, 70 % des femmes présentant un épisode psychotique puerpéral sont primipares [96]. Des **antécédents personnels de troubles de l'humeur** augmentent d'environ 30 % le risque de développer un trouble psychotique périnatal [97, 98], ce dernier étant quasi inéluctable en cas d'**antécédent de psychose puerpérale**. Des **antécédents familiaux de troubles de l'humeur** sont également un facteur de risque reconnu.

D'autres facteurs de risque sont fréquemment retrouvés dans les études, mais sont moins bien documentés : **des conditions socio-économiques défavorables, la césarienne en urgence, la prématurité, des antécédents de traumatisme sexuel dans l'enfance**.

#### 1.2.5 Des soins curatifs spécialisés efficaces

**La prise en charge des troubles est une urgence.**

Pour J. Dayan, **elle repose sur la prescription d'antipsychotiques et l'hospitalisation conjointe mère-bébé**. Cette hospitalisation a idéalement lieu le plus précocement possible en unité mère-bébé. Si elle n'est pas possible ou que les troubles sont précoces et peu sévères, elle peut se faire dans un service d'obstétrique à condition qu'un soutien psychiatrique (équipe mobile, psychiatrie de liaison) soit mis en place. A côté des traitements psychotropes reconnus nécessaires, **un abord psychothérapeutique** est plus rarement proposé bien que son intérêt ait été démontré [99]. **Un aspect spécifique de la prise en charge de ces troubles est l'importance du soutien à la parentalité, à travers les soins psychothérapeutiques et les**

**soins à l'enfant.** Il accélère en effet la guérison, favorise une meilleure estime de soi, participe à prévenir les troubles du développement pour l'enfant, l'infanticide et le suicide. Le père est associé dans ce travail et permet de modérer les conséquences familiales parfois dramatiques de ces troubles sévères.

**La prévention des troubles est fondamentale.**

**La prévention secondaire repose sur un suivi psychiatrique à long terme,** afin de prévenir la récurrence ou la récurrence des troubles. Elle doit s'appuyer sur un traitement psychotrope ajusté au risque maternel et au risque pour l'enfant, ainsi que sur une surveillance rapprochée. La mise en œuvre d'**une prévention primaire est plus difficile. Elle repose principalement sur l'observation des mères en maternité par des professionnels « non psy »,** souvent peu formés et sensibilisés aux troubles psychiatriques périnataux. **L'apparition de troubles du sommeil sévères doit être le principal signe d'alerte.** Il peut s'associer à une bizarrerie, une agitation, une modification de la qualité du portage et des soins à l'enfant. **Un travail en réseau de qualité doit permettre le repérage précoce des troubles** par les sages-femmes, puéricultrices, pédiatres ou gynécologues, puis une orientation rapide vers des soins psychiatriques spécialisés, dans une perspective d'amélioration clinique rapide, en préservant le lien mère-enfant.

### 1.3 Le suicide maternel en période périnatale

La maternité est souvent considérée comme un facteur protecteur du suicide. De nombreuses études ont montré **un taux de suicide plus faible en période périnatale qu'à d'autres périodes de la vie** [100, 101, 102].

Pendant la grossesse, le décès par suicide serait quatre fois moins fréquent, comparé à des femmes n'ayant pas de grossesse en cours ou récente [102]. Le risque suicidaire est divisé par trois pendant la grossesse chez les patientes souffrant de schizophrénie [103].

En période postnatale, les mères se suicideraient de deux à six fois moins lors de la première année de vie de l'enfant que les femmes de même âge ne venant pas d'accoucher [104, 102]. Avoir un enfant de moins de deux ans constituerait un facteur protecteur [102]. La présence du bébé, l'investissement, le sentiment d'utilité et de responsabilité envers celui-ci [105], ainsi que l'étayage plus important durant cette période par les proches et les professionnels de santé, seraient protecteurs. Des études trouvent un risque suicidaire divisé par deux l'année qui suit la naissance chez les patientes souffrant de schizophrénie [106].

Cependant, **le suicide représente la première cause de décès des femmes en périnatalité**, comme l'atteste l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCM), réalisée sous la direction de la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2013 [107]. En France, entre 2007 et 2009, sur 254 décès maternels pendant la grossesse et dans le post-partum, 62 ont été des suicides (4 pendant la grossesse, 1 après une interruption volontaire de grossesse, 4 dans les 42 jours suivant une naissance, 47 entre le 43ème et le 365ème jour du post-partum, et 6 à un moment non précisé). Les suicides représentent 20 % des morts maternelles et se placent en tête des causes de décès en période périnatale, devant les hémorragies (18,1 %) et les maladies thromboemboliques (11,8 %).

## 2. Les impacts sur l'enfant

**La grande spécificité de la psychiatrie périnatale est le contexte dyadique.** Comme le dit AN. Schore [108], « 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 l'impact des pathologies mentales parentales sur le développement de l'enfant sont toujours à l'étude. Ils apparaissent complexes, souvent interdépendants, et peuvent avoir des effets directs et indirects. **Un des risques incontournables est la transmission des troubles à l'enfant. La pathologie mentale parentale, et notamment maternelle, a également des impacts significatifs anténatals sur la grossesse et le fœtus, mais aussi postnatals sur les interactions mère-nourrisson et le développement de l'enfant. La crainte des professionnels est toujours le risque de négligence, de carence, de maltraitance.** Ce dernier n'est pas spécifique des troubles psychopathologiques périnatals, nous ne le développerons pas ici.

Notre réflexion nous invite à nous pencher davantage sur les impacts des dépressions périnatales maternelles et des troubles psychotiques puerpéraux sur l'enfant.

## 2.1 Les répercussions infantiles des dépressions périnatales

### 2.1.1 Les impacts de la dépression anténatale

#### 2.1.1.1 Les complications fœtales

Les études mettent en évidence une association significative entre la dépression prénatale et des issues de grossesses défavorables telles une diminution de la durée de gestation, un travail ou un accouchement prématurés, une prééclampsie, une césarienne, l'admission du nourrisson en unité de soins intensifs [109, 110]. Sont également retrouvés des modifications du rythme cardiaque fœtal, de sa réactivité motrice, ainsi qu'un retard de croissance intra-utérin [111, 112].

Seraient mis en cause dans ces issues défavorables : les effets négatifs de l'ingestion de substance (tabac, alcool, drogues, psychotropes), un moindre suivi médical de grossesse [113], une hypoperfusion placentaire due aux catécholamines [114], une modification de la sécrétion de cortisol [115]. **Le stress maternel aurait également un impact sur le développement fœtal.** Il existe une communication hormonale par voie transplacentaire. Les études chez l'animal suggèrent que le stress prénatal pourrait influencer la programmation de l'axe hypothalamo-hypophysaire durant la période fœtale, en agissant sur les structures cérébrales en développement, avec des effets susceptibles de perdurer en postnatal [116]. Les études chez l'être humain retrouvent un impact de l'anxiété et du stress prénatal sur le déroulement de la grossesse (retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, faible poids de naissance, diminution du périmètre crânien, complications prénatales), ainsi que sur la survenue de troubles cognitifs, comportementaux et émotionnels chez les enfants [117]. Il semblerait que l'action du cortisol maternel sur l'axe hypothalamo-hypophysaire fœtal soit un des processus déterminants. D'autres facteurs biologiques anténatals

pourraient être impliqués. Des recherches sur les souris suggèrent que la sérotonine périphérique maternelle serait impliquée dans le contrôle de la morphogénèse, avant même l'apparition des neurones sérotoninergiques chez le fœtus [118]. Ainsi, des événements utérins sont-ils déjà susceptibles d'influencer les modalités de réponse aux événements de vie futurs.

#### **2.1.1.2 Les complications néonatales**

**Le comportement émotionnel des nourrissons de mères déprimées peut être affecté, ainsi que la qualité de leur communication** [119], le manque d'expressivité pouvant résulter du traitement par psychotropes [120]. Le nouveau-né peut se montrer plus irritable, difficilement consolable [121], et peut présenter des expressions émotionnelles d'allure dépressive. **Son orientation motrice est de moins bonne qualité** [122], son tracé électroencéphalogramme peut être altéré dans le cortex frontal droit [123], rappelant une anomalie déjà retrouvée chez les adultes déprimés [124].

Par ailleurs, les troubles neurocomportementaux des nouveau-nés de mères déprimées pendant la grossesse pourraient être à l'origine de troubles des interactions mère-bébé observés plus tard [125]. **Les auteurs suggèrent une spirale transactionnelle négative.** La dépression maternelle anténatale pourrait générer des troubles néonataux, qui renforceraient, en boucle, les affects dépressifs des mères et les difficultés du nourrisson.

## 2.1.2 Les impacts de la dépression post-partum

### 2.1.2.1 Les troubles des interactions précoces

Les interactions mère-bébé font partie intégrante de la sémiologie de la dépression maternelle. Il n'existe pas un modèle unique d'interaction, certaines mères déprimées sont intrusives, d'autres plutôt absentes ou plus agressives. **Le comportement des mères se caractérise régulièrement par moins de comportements « positifs » et quatre fois plus de comportements « négatifs »**, tels une attention moins soutenue, plus d'irritabilité, moins d'activité et moins de sourires [126].

L'indisponibilité de la mère affecte davantage le bébé qu'une séparation [127]. **L'enfant, cherchant les moyens d'une régulation propre, peut alors développer un état de détresse et des affects négatifs. Les enfants de mères déprimées présentent moins d'échanges vocaux et visuels** et sont moins souriants [128]. Ils expriment moins de plaisir, leur capacité d'attention est diminuée et ils se fatiguent plus rapidement. Il existe souvent une discontinuité dans la relation [61], les enfants jouent davantage seuls, présentent moins d'interaction à distance, adoptent un comportement d'évitement par rapport à leur mère.

La dépression peut affecter la capacité de la mère à répondre aux stimulations de l'enfant et la sensibilité avec laquelle elle y répond, entravant l'accordage affectif mère-enfant [129]. Le tempérament de l'enfant peut également influencer la qualité des interactions [130]. **Cette altération de l'accordage affectif impacte les capacités d'autorégulation émotionnelle du nourrisson et son développement psychoaffectif. Les enfants de mères déprimées ont une probabilité plus faible de développer un attachement sécure**, avec une légère tendance à développer un attachement évitant ou désorganisé [131].

### 2.1.2.2 Les troubles du développement

**La dépression post-partum a un impact délétère sur le développement cognitif de l'enfant** [132, 133, 134, 135], particulièrement lorsque la dépression est sévère, de longue durée ou récurrente [136] et associée à d'autres facteurs de risque, notamment socio-économiques [137].

**Les auteurs retrouvent également un lien entre la dépression maternelle post-partum et des troubles du comportement socio-émotionnel chez les enfants.** Des études amènent que la dépression maternelle actuelle serait plus fréquemment associée à des troubles du comportement, alors que les enfants de mères déprimées dans le post-partum présenteraient plus de problèmes « internalisés », type cognitions dépressives et anxiété [138].

Le manque d'engagement maternel dans l'interaction participerait davantage à l'apparition de troubles du développement cognitif [134], alors que les attitudes intrusives engendreraient plus fréquemment des troubles émotionnels et du comportement d'apparition plus tardive [139].

### 2.1.2.3 Les impacts à long terme

Une étude de 2009, ayant suivi des dyades mère-enfant de la grossesse jusqu'aux seize ans de l'enfant, montre que 100 % **des adolescents dépressifs** ont été exposés à une dépression maternelle périnatale, pour 60 % d'entre elles durant la grossesse [140].

Ainsi l'impact des troubles psychopathologiques de la mère sur le développement du lien d'attachement et sur le développement du bébé nécessite toujours une évaluation rigoureuse pour chaque dyade de l'état de la mère, du bébé, du lien et de l'environnement [141].

## 2.2 Les répercussions infantiles des psychoses puerpérales

### 2.2.1 La transmission des troubles

Un des risques incontournables devant une pathologie mentale parentale est celui de la transmission à l'enfant. Un enfant dont l'un des parents souffre d'une **schizophrénie** a un risque augmenté d'un facteur variant de 2 à 20 de développer lui-même cette pathologie, pour un risque en population générale d'environ 1 % [142]. Lorsque les parents sont atteints d'un **trouble bipolaire** les enfants auraient un risque d'environ 7 % de développer ce trouble, pour une prévalence évaluée entre 1 et 5 % en population générale [143]. Pour les troubles de l'humeur graves, le risque de transmission maternelle semble plus élevé que le risque de transmission paternelle [144].

### 2.2.2 Les complications obstétricales et néonatales

**Les mères schizophrènes ont un risque augmenté de faible poids de naissance de leur bébé, de retard de croissance intra-utérin, d'enfants mort-nés, d'accouchements prématurés.** Ce risque serait majoré par la survenue d'un épisode psychotique aigu durant la grossesse [145, 146]. Les facteurs en cause seraient notamment la désocialisation [147], un suivi tardif de grossesse, les traitements psychotropes ou une plus grande consommation de toxiques (tabac et autres substances psychoactives) [148].

**Les bébés de mères schizophrènes présentent un trouble précoce de la vigilance.** Les nouveau-nés, entre 3 et 4 jours, sont moins éveillés, voire répondent moins aux stimulations [149]. **Ils présentent plus régulièrement une hypotonie et une diminution des mouvements spontanés** [150]. La prise de traitements antipsychotiques, surtout à doses élevées, participerait à cet état et pourrait s'intégrer à une intoxication ou un sevrage du nourrisson.

### 2.2.3 Les troubles des interactions précoces

Les dysfonctionnements interactifs sont fréquents, et parfois sévères, entre les mères psychotiques et leur bébé [151, 152]. **Les interactions visuelles sont régulièrement perturbées**, avec un évitement du regard de la mère, pouvant aller jusqu'à des enfants agrippant le regard de l'étranger, interprété comme une tentative de se réorganiser à travers le regard de l'autre. **Les interactions corporelles peuvent également être très dysfonctionnelles**, alternant des moments fusionnels et des moments d'indifférence totale, avec des bébés répondant soit par l'hypertonie, soit par un véritable abandon hypotonique. **Les interactions vocales sont caractérisées par des échanges vocaux parfois très pauvres** : la mère parle très peu à son enfant, ne reprend pas ses vocalises, le bébé en retour devient plus silencieux jusqu'à une diminution de ses pleurs, qui est de mauvais pronostic. **Un défaut d'accordage entre la mère et son bébé est fréquent**, avec une discordance entre le discours et le comportement maternels. En réponse, l'enfant se met dans un état d'hypervigilance qui peut brutalement basculer dans un état de sommeil.

**Les mères schizophrènes répondent moins aux sollicitations de leur enfant, sont plus silencieuses et intrusives sur le plan verbal et comportemental** [153, 154]. Elles distinguent difficilement les désirs et besoins de leur enfant. Elles peuvent freiner leurs progrès par des soins inadéquats ou un manque de stimulation [147]. Elles sont en difficulté pour discerner les messages non verbaux, notamment les expressions faciales et modulent mal les interactions [155]. **En réponse, l'enfant serait dans une adaptation excessive à sa mère, un état de vigilance permanent qui risque d'aller à l'encontre des processus de maturation**, une grande partie de son énergie psychique étant au service de cet état d'alerte.

**Les troubles de l'attachement, et notamment de type anxieux, sont plus fréquents chez les enfants de mères schizophrènes [156, 157].**

#### **2.2.4 Les troubles du développement**

B. Fish amène le concept de **pandysmaturation** [158]. La pandysmaturation associe chez l'enfant de moins de deux ans des troubles tonico-posturaux, des troubles de la coordination visuo-motrice et un retard de croissance. Les troubles sont transitoires, marqués par des reprises accélérées dans le développement, qui se caractérisent par un développement psychomoteur globalement désorganisé. Cette pandysmaturation s'associe à davantage de troubles moteurs et cognitifs à l'âge de dix ans et une évolution plus péjorative à l'âge adulte, avec notamment une fréquence plus élevée de troubles schizotypiques et schizophréniques [159].

P. Bourdier décrit plusieurs voies de développement possibles chez les enfants de mères schizophrènes [160]. Il décrit notamment l'**hypermaturation**, qui n'est pas garante d'un développement harmonieux. Les enfants hypermatures ont une absence quasi-totale de pleurs, une hypervigilance et une grande tolérance à la séparation physique avec leur mère. Le contact gestuel et verbal est limité et contrôlé. Leur adaptation en milieu scolaire est sans histoire, tant du côté des apprentissages que du comportement. Ils sollicitent peu l'adulte, ont une faible appétence au jeu, sont caractérisés par le calme et leur capacité à être seul. Ces conduites hypermatures ne sont pas gage d'un développement favorable de la personnalité. L'évolution de ces enfants est très variable, de la présence de troubles psychiques caractérisés à d'excellentes intégrations. L'hypothèse émise est que l'enfant d'une mère psychotique pourrait se dégager de la relation psychotique maternelle par le regard du parent « sain ».

Les difficultés des mères psychotiques à élever leur enfant, et les risques que cela comporte pour ces derniers, amènent régulièrement à devoir séparer l'enfant de sa mère. Malgré ce contexte difficile de placement, les enfants peuvent développer un attachement sécure et auraient même moins de risques d'une évolution défavorable [161, 162]. **Les enfants de mères schizophrènes ayant pu être adoptés précocement montrent un développement plus favorable que les enfants restés avec leur mère**, et cela surtout lorsque la famille d'adoption présente des compétences parentales développées.

### **2.3 L'ultime risque : l'infanticide**

Les enfants de parents présentant une pathologie mentale ont un risque plus élevé de décéder précocement de mort subite [163], 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 [164].

#### **2.3.1 Quelques définitions**

**L'infanticide** est défini comme l'homicide d'un enfant de moins d'un an. **Le néonaticide** désigne quant à lui l'homicide d'un enfant âgé de moins de 24 heures.

#### **2.3.2 Des passages à l'acte rares, mais bien réels**

Une vaste enquête menée en France, entre 1996 et 2000, auprès des tribunaux et des hôpitaux, a identifié près de 85 décès avant un an, soit environ 6/100 000 naissances vivantes. Les auteurs retrouvent 35 cas de syndromes du bébé secoué (45%), 27 néonaticides (33%) et 22 autres causes (27%). Un tiers des décès classés « causes accidentelles » et un quart de ceux classés « sans cause connue » étaient des homicides. Parmi les 27 cas de néonaticides, soit 2,1/100000 naissances vivantes, un tiers des enfants n'avaient pas de filiation connue [165].

**Une minorité des mères néonaticides présente des troubles psychiatriques.** Une étude de 2001 retrouve parmi 37 cas de néonaticides une faible minorité de troubles psychiatriques caractérisés [166].

**Les troubles mentaux maternels sont plus fréquents en cas d'infanticide.** Une étude menée en 1990, recense parmi 89 mères ayant tué leur enfant, que 24 (27 %) d'entre elles présentent un trouble mental, dont 14 (15%) un trouble psychotique. Dans ce même échantillon, aucune mère néonaticide ne présentait de trouble psychiatrique [167]. L'infanticide, pratiqué par le père ou la mère, pose le plus souvent la question d'**un délire aigu**, dans le cas d'une psychose puerpérale de type délirante et/ou mélancolique [168]. Il est en fait rarement commis par une femme schizophrène [169], dont les troubles vont plutôt mener à des conduites de maltraitance par négligence. Le meurtre est quant à lui le plus souvent violent.

### **2.3.3 Des facteurs de risque connus**

Les facteurs de risque d'infanticide, maternel ou paternel, sont : **l'absence de suivi de grossesse, un faible poids de naissance, un âge maternel inférieur à vingt ans, un enfant de sexe masculin** [170], ainsi que **la prématurité** retrouvée comme facteur de risque important [164]. D'autres facteurs de risque sont fréquemment signalés dans les comptes rendus d'expertise, mais avec une prévalence mal connue : **carences et abus dans l'enfance, discordes familiales, antécédents d'agression sexuelle, déni de grossesse.**

### 3. Les troubles psychopathologiques paternels

L'attention portée aux troubles psychopathologiques des pères est récente. Jusqu'aux années 1990 [171], le père est principalement abordé comme un facteur de soutien, ou de vulnérabilité, pour la mère malade. Apparaissent progressivement des travaux sur la psychologie de la paternité [172, 173], la psychopathologie des pères et leurs conséquences sur le développement de l'enfant.

#### 3.1 Des troubles mal connus

##### 3.1.1 Les troubles dépressifs périnataux

###### 3.1.1.1 Des spécificités sémiologiques

La qualité des émotions présentées par le père et la mère, jusqu'à six mois après la naissance, est globalement équivalente [174]. Sont mis en avant chez les pères, un sentiment de **tristesse**, des pleurs, **une baisse de l'estime de soi** et d'enthousiasme. **La colère**, un niveau d'agressivité élevé et **le sentiment d'être contrôlé par le partenaire** sont également souvent retrouvés [175].

###### 3.1.1.2 Des troubles fréquents

Les études montrent qu'environ **10 % des pères** présentent un épisode dépressif six semaines après la naissance, et 5 % des pères à six mois postnatals [176, 177]. **Une comorbidité anxieuse est fréquente**, des TOC sont les troubles caractérisés les plus souvent associés. Une étude a montré que 80 % des pères (contre 95 % des mères) présentent des préoccupations inquiètes récurrentes [178], qui favorisent la survenue de pensées intrusives, voire de phobies d'impulsion caractérisées.

### 3.1.1.3 Des facteurs de risque démontrés

Un des facteurs de risque les plus originaux, et spécifiques, de la dépression post-partum chez les pères est **le sentiment d'être sous le contrôle de sa mère ou de son père** [179]. La **dépression maternelle** est également un facteur de risque important de dépression paternelle [176]. Les partenaires de femmes déprimées se sentiraient dépassés, isolés, stigmatisés et frustrés [180]. Sont également des facteurs de risque reconnus : **des antécédents psychiatriques, un chômage, une classe sociale défavorisée, des conflits conjugaux, un faible soutien social** [177, 181, 182]. Par ailleurs, la moitié des partenaires de femmes présentant un trouble grave du post-partum, telle la psychose puerpérale, présente un trouble psychiatrique [183].

### 3.1.2 Les troubles psychotiques puerpéraux

Il apparaît que les troubles psychotiques des pères en période périnatale sont peu étudiés et ne font l'objet que de quelques études de cas.

#### 3.1.2.1 Des spécificités sémiologiques

**Les troubles les plus fréquemment décrits sont des épisodes psychotiques aigus, rapidement résolutifs, associés à des éléments thymiques.** Il peut s'agir de bouffées délirantes aigues d'épisodes maniaques avec ou sans caractéristique psychotique dans le cadre d'un trouble bipolaire, ou d'une décompensation, le plus souvent paranoïde, d'une schizophrénie. La diversité des troubles recouvre celle rencontrée dans les psychoses puerpérales maternelles. Les thèmes délirants les plus fréquents sont la culpabilité à l'égard de la mère, la jalousie, le doute sur l'origine de la paternité, la négation de cette paternité. Les

troubles débutent généralement en prénatal, mais le délire lui n'apparaît généralement qu'après la naissance.

### **3.1.2.2 Une fréquence des troubles mal connue**

La prévalence des troubles psychotiques périnataux chez les pères, est mal connue. Elle est principalement évaluée au sein de populations de patients hospitalisés, mais non dans la population générale. Ces troubles affecteraient 2 % des pères [184].

### **3.1.2.3 Des facteurs de risque mal connus**

Il n'y a pas de facteur de risque démontré. Dans leur étude sur des dépressions graves ou des troubles psychotiques paternels, Millet et al. [185] montrent le rôle important de leur relation avec leur père. Dans près d'un cas sur deux, le père est décédé précocement, les autres pères sont décrits absents ou inaccessibles, ou bien « tyrans et castrateurs ». Des auteurs ont souligné le risque de récurrence au décours de grossesses ultérieures [186].

## **3.2 Des répercussions infantiles majeures**

Les rares études existantes ne font pas moins état de répercussions importantes des troubles psychopathologiques des pères sur le développement de l'enfant.

**La dépression paternelle du post-partum est associée à un risque plus élevé de troubles du comportement et de troubles émotionnels chez l'enfant.** La dépression paternelle est en effet associée à un risque plus élevé de troubles externalisés et de troubles internalisés pendant l'enfance [187], un risque plus élevé de dépression à l'adolescence [188] et de comportements suicidaires [189].

L'usage de substances illicites, ou la dépendance, chez le père est associé à plus de troubles du comportement chez l'enfant, et d'usage de substances illicites ou psychoactives, particulièrement chez le garçon [190].

Les enfants, dont le père présente un trouble bipolaire ou une schizophrénie, ont plus de risque de développer un trouble bipolaire ou une schizophrénie.

### **3.3 Un défaut de prise en charge**

Alors que considérer les troubles psychopathologiques paternels dans leurs spécificités est très récent, aborder les spécificités de leur prise en charge est encore anecdotique.

Une étude portant sur l'accompagnement des pères à la paternité, de la grossesse à six mois post-partum, dans les services d'obstétriques et en postnatal, montre la difficulté des pères à se situer ou à être situés [191]. Si la plupart d'entre eux s'estiment être des pères et des partenaires, ils ont l'impression d'être perçu plutôt par défaut, comme des non patients et des non visiteurs. Beaucoup présentent un sentiment d'exclusion. Le père est aussi de plus en plus sollicité à partager les rôles parentaux, mais souvent dans une fonction de soutien à la mère dans ses soins à l'enfant [192] ou dans les soins courants au domicile [193].

### III. Les enjeux médico-économiques de la santé mentale en périnatalité

Au Royaume Uni, a émergé ces dernières année un vaste mouvement national en faveur des soins, et de la prévention précoce, en psychiatrie périnatale. Cette mobilisation nationale est largement portée par la Maternal Mental Health Alliance (MMHA), qui est une coalition de plus de 80 organisations de professionnels intervenant auprès des familles. Cette coalition, consciente des enjeux d'une intervention précoce en santé mentale et de la nécessité de développer l'offre de soins sur le territoire, a commissionné la **London School of Economics (LES)** pour étudier le coût des troubles mentaux en période périnatale.

Cette étude de grande envergure, menée en 2014 [194], s'est attachée à estimer **le coût des troubles psychiatriques maternels**, pendant la grossesse et la première année post-partum, et de leurs impacts sur la mère et sur l'enfant. L'étude s'est centrée sur le coût des trois pathologies mentales périnatales les mieux documentées : la dépression, l'anxiété et la psychose périnatales.

Cette étude a permis d'estimer, qu'au Royaume Uni, les troubles anxieux, dépressifs et psychotiques des mères en période périnatale coûtent à long terme à la société, pour chaque année de naissances, **8,1 milliards de livres** (21 % au secteur public, 79 % à la société). Les trois-quarts de ce coût (72 %) concernent l'impact des troubles sur l'enfant.

Alors que les soins physiques de la grossesse et de la naissance représentent 2800€/ femme, la généralisation d'une offre de soins de santé mentale périnatale ne représenterait que 67€/ femme. Alors que les soins de maternité représentent £2,6 milliards par an, les soins de santé mentale périnatale parcours entier ne représenteraient que £0,34 milliards par an.

Les troubles psychiatriques périnataux maternels coûtent à la National Health Service (NHS) 1,2 milliards de livre pour chaque cohorte annuelle de naissances, tandis que **le coût du développement de soins psychiatriques périnataux**, tel que le recommandent les instances nationales, ne serait que de **280 millions de livres par an**. Il a été estimé que cet investissement dans des soins adéquats pour les troubles psychiatriques maternels en période périnatale **permettrait de faire passer leur coût de 8,1 milliards de livres à 337 millions de livres** par année de naissances.

Comme nous le développerons plus loin, cette étude a été suivie d'une mobilisation des instances politiques au Royaume-Uni. **Une vaste campagne de réforme des soins psychiatriques périnataux** a affecté un tiers de la somme allouée pour la réforme de la psychiatrie britannique, à la santé mentale et à la psychiatrie périnatales, soit **365 millions de livres sur 5 ans**. Cette campagne a pour objectif de développer la prise en charge, curative et préventive, des troubles psychiatriques périnataux et d'atteindre sur 5 ans (de 2015 à 2020), le niveau des recommandations de bonnes pratiques des instances référentes de santé (NICE).

## PARTIE 3. LA PREVENTION PRECOCE EN SANTE MENTALE

### PERINATALE

---

#### I. La prévention : définitions et spécificités

##### 1. La prévention en santé

Le processus de prévention est le plus souvent divisé en trois étapes, qui correspondent à trois temps de prise en charge. **L'OMS** qualifie classiquement la prévention de primaire, secondaire ou tertiaire, selon qu'elle précède, qu'elle accompagne ou qu'elle suit l'émergence de la maladie :

- **La prévention primaire** comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.
- **La prévention secondaire** comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.
- **La prévention tertiaire** comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Cette conception rationnelle de la prévention sert de guide aux décideurs et aux politiques. Elle résulte d'un **modèle épidémiologique** qui a fait ses preuves, notamment dans le domaine médical. Elle permet une justification des investissements sociaux, en moyens et en personnels. Au niveau d'une société, cette conception permet le développement de démarches de prophylaxie ou de dépistage.

## 2. La prévention en santé mentale : ses particularités

Comme le rappelle D. Mellier [195], la prévention est une notion directement fondée sur une conception linéaire du temps. Prévenir un accident, une maladie, consiste à éviter la survenue ultérieure de ce trouble. Pour l'auteur, **le modèle épidémiologique de la prévention n'est pas pleinement satisfaisant en santé mentale**, pour deux raisons principales :

- l'opposition entre santé et maladie sur laquelle il se fonde est peu pertinente pour la vie psychique, car il existe **une continuité entre le normal et le pathologique**.
- la conception du temps qu'il suppose est linéaire, objective, tandis que **la temporalité psychique est plus hétérogène**.

La logique préventive est de l'ordre d'un travail sur un avenir hypothétique, elle se distingue donc nettement de la logique de soin, qui consiste à agir sur un état de fait.

## 3. La prévention en santé mentale périnatale : ses spécificités

J. Noël et M. Soulé jouent un rôle de pionniers dans le champ de la prévention précoce en périnatalité [196]. Ils reprennent cette définition générale des trois temps de prévention et distinguent :

- **la prévention primaire** : elle vise à empêcher une chose fâcheuse de se produire et se situe dans une perspective d'amélioration des conditions d'existence des parents et jeunes enfants, y compris sur le plan psychologique. On sort du champ thérapeutique pour entrer dans celui de la **prophylaxie**, ce qui suppose d'articuler la logique médicale du soin à une logique d'intervention sociale. On se trouve là au carrefour d'une visée éthique, d'une visée politique et d'une visée scientifique. La prévention primaire engage un double modèle de société et de famille.

- **les préventions secondaire et tertiaire** : elles participent d'une autre logique, plus spécifiquement médicale, celle du **soin**, même s'il est très précoce. Il s'agit d'enrayer un processus pathologique. Les spécialistes de la périnatalité insistent sur l'importance du cadre relationnel dans lequel s'inscrit le bébé notamment avec ses parents, pour son équilibre psychologique et son développement futur. Par conséquent, toute intervention thérapeutique à l'égard des parents se révèle préventive à l'égard du bébé.

**La grande spécificité de la démarche de prévention précoce en santé mentale périnatalité tient au fait que toute démarche de prévention secondaire envers le parent est également une prévention primaire pour le bébé.**

## II. Un état des lieux en demi-teinte

### 1. Un cadre réglementaire et des directives nationales pertinents

Le cadre législatif de la psychiatrie périnatale se construit à partir des années 1990.

**Le Ministère de la Santé, avec la circulaire n°70 du 11 décembre 1992**, relative à l'orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, met l'accent sur l'importance de la prévention des troubles mentaux de la mère dans le cadre de distorsions du lien mère-enfant, et sur la nécessité de favoriser les prises en charge conjointes mère-bébé, notamment dans les unités d'hospitalisation mère-enfant.

**L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1993, dans son « Rapport sur les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes »**, attire l'attention sur l'importance des troubles psychiatriques gravido-puerpéraux et sur l'impérieuse nécessité de conduire des recherches dans ce domaine pour proposer des mesures préventives.

**Les décrets de périnatalité d'octobre 1998 (98-699 et 98-900)**, relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation, officialisent en l'explicitant la nécessité de la disponibilité en maternité et néonatalogie de psychologues et de psychiatres.

En 2001, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction générale de la santé mettent en place le groupe de travail « psychiatrie et périnatalité ». Dans son **rapport de 2002 « Pour la promotion de la santé mentale en périnatalité »**, cette commission, animée par le docteur **Jacques Dayan**, préconise déjà de développer la collaboration des « psy » dans les équipes de maternités, ainsi que le travail en réseau.

## 1.1 Les plans de santé publique

### 1.1.1 Le plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité

En septembre 2003 est remis au Ministre de la Santé un rapport intitulé « Mission Périnatalité » [197] faisant état d'avancées nécessaires dans le champ de la périnatalité.

Le Ministre de la Santé et de la Protection sociale décide alors de mettre en œuvre un plan d'actions ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. **Ce Plan Périnatalité [198] est assorti de moyens importants, soit 270 millions d'euros sur 3 ans, de 2005 à 2007.** Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche.

**Dans ses axes « humanité » et « proximité », ce plan prévoit une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance.** Les vulnérabilités personnelles et familiales particulières de cette période sont de nature à perturber le déroulement naturel de la naissance, l'instauration du lien parent-enfant et le développement de l'enfant. L'enjeu consiste à aider les professionnels, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, à apporter la réponse la mieux adaptée aux besoins de cette mère ou de ce père en difficulté, avec éventuellement le soutien d'un psychiatre ou psychologue. **Cette démarche vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources.**

Elle repose notamment sur :

- **la mise en place d'un entretien individuel du 4ème mois**, proposé systématiquement, suivant des recommandations de bonnes pratiques, et devant permettre d'instaurer précocement un dialogue dédié à l'expression des attentes et des besoins des futurs parents ;
- **le développement des collaborations médico-psychologiques**, s'appuyant notamment sur **le recrutement de psychologues dans les maternités** avec un budget dédié de 18 millions d'euros sur 3 ans.
- **la formation des professionnels**, notamment interprofessionnelle autour de reprises de cas, visant à faciliter la réflexion commune et à améliorer la cohérence des interventions.
- **le développement des réseaux en périnatalité**, des réseaux de santé de proximité, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance. La continuité et la cohérence des prises en charge est particulièrement importante auprès des familles les plus vulnérables, notamment en cas de situation pathologique ou de risque psychosocial.
- **la participation des usagers et des professionnels**, au plan national, à la définition et l'évaluation de la politique périnatale. **La « Commission Nationale de la Naissance » (CNN) est créée** à cet effet. Elle a pour objectif d'être un lieu de discussion, d'élaboration et de recommandations en matière de périnatalité.

### **1.1.2 Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008**

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [199] rappelle que la santé mentale comporte trois dimensions :

- la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel,
- la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères.

**Le champ de la santé mentale est particulièrement étendu et, plus que tout autre domaine de la santé, recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale majeure.**

La maladie mentale a ceci de particulier qu'une réponse uniquement sanitaire ne suffit pas. A. Minkowski qualifie la psychiatrie comme « la plus scientifique des sciences humaines et la plus humaine des sciences », restant avant tout fondée sur la relation clinique interpersonnelle mais devant comporter une dimension psycho-sociale. Cette spécificité nous apparaît d'autant plus juste en psychiatrie périnatale.

**Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale fait un état des lieux mitigé des dispositifs existants et tient pour objectif de donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle, au service des usagers et des acteurs.**

Il s'agit de relever le double défi de faire face à la souffrance des patients née du plus intime, et d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit

de personnes le plus souvent vulnérables. **Le principe fondateur de ce nouvel élan est la prise en charge globale d'un état de santé mentale défavorable**, en prenant en compte les besoins multiples, sanitaires et sociétaux, de la personne.

**Ce plan insiste sur l'importance d'une évolution vers une prise en charge décloisonnée.** S'appuyer sur la richesse de la diversité des modalités d'exercice, des pratiques, des statuts et des cadres administratifs permettra de dégager des réponses pertinentes et multiples quels que soient la situation des patients, leur environnement social et leurs pathologies. Cette approche implique également de prendre en compte la parole des patients, des familles et des professionnels, acteurs de l'évolution de leurs droits et de l'amélioration des pratiques. L'élaboration de projets de prise en charge individualisée graduée nécessite de favoriser les bonnes pratiques, la formation des professionnels, le développement de la qualité et de la recherche. **Ce plan prévoit de mettre en œuvre des processus spécifiques, notamment en périnatalité. Il réinsiste sur le développement de la collaboration médico-psychologique en périnatalité**, tel qu'il l'est signifié dans le Plan Périnatalité.

**Une lisibilité apparaît dans la volonté des instances de faire émerger sur le territoire une nouvelle dynamique de santé mentale en périnatalité.**

## 1.2 Les circulaires

### 1.2.1 La circulaire du 4 juillet 2005 : la collaboration médico-psychologique en périnatalité

A l'issue du Plan Périnatalité 2005-2007 et du rapport de mission de F. Molénat de 2004, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOD) diffuse une circulaire relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité [200].

**Cette circulaire tient à mieux intégrer dans la médecine périnatale la dimension psycho-affective**, dont la place fondamentale en prénatal et en postnatal est affirmée, tant dans le processus physiologique entourant la naissance, la construction harmonieuse des liens familiaux, que le développement de l'enfant. Alors que l'articulation entre la psychiatrie et la périnatalité s'est développée jusque-là en France sur la base de rares initiatives militantes et individuelles, il est ici acté la nécessité de généraliser cette articulation entre ces deux disciplines. Une articulation particulièrement nécessaire pour les familles connaissant des vulnérabilités sociales ou psychologiques pour lesquelles la grossesse représente un moment propice à la rencontre avec les acteurs de soins concernés. **Cette circulaire marque un tournant majeur dans la prévention précoce.**

**L'objectif global est la continuité et la cohérence, impliquant la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés (sanitaires, sociaux et médico-sociaux).** Le respect du principe de continuité et de cohérence, fondement de la prise en charge médico-psychologique en périnatalité, implique de veiller particulièrement :

- au décloisonnement des pratiques professionnelles,
- à une organisation des prises en charge centrées autour des besoins propres de chaque famille, dans un souci de cohérence suffisante de l'anténatal au postnatal,
- la mise en place d'un entretien prénatal précoce permettant d'ouvrir le dialogue, de recueillir les facteurs de vulnérabilité, et devant constituer en soi un point d'entrée dans ce processus de collaboration.

**La formation des professionnels, en particulier collective, est l'outil nécessaire à la mise en place de ce travail de collaboration cohérent et continu.**

Ces formations doivent être interdisciplinaires et centrées sur la clinique. Elles doivent permettre de se représenter les rôles des différents acteurs, leurs spécificités, leurs articulations, pour que naisse une confiance mutuelle entre professionnels.

Les objectifs de ces formations sont multiples et il s'agit notamment de :

- développer « l'esprit de réseau » sur un terrain d'exercice (ville, département, etc.) ;
- augmenter la compétence des professionnels de première ligne ;
- acquérir des règles de travail en commun de la grossesse à la petite enfance, entre les champs sanitaire, social et médico-social.

Il est suggéré comme méthode pédagogique de :

- constituer un groupe de professionnels de tous champs et disciplines ;
- choisir une situation ayant soulevé des difficultés particulières pour en analyser les dysfonctionnements ;
- s'assurer du concours d'un professionnel expérimenté (psychiatre ou psychologue), formé à l'animation de groupes pluridisciplinaires.

**Des missions particulières sont dévolues aux psychologues, psychiatres, pédopsychiatres.**

Au sein des maternités, outre l'intervention clinique directe auprès des femmes et de leur famille, ces professionnels ont une mission de soutien des professionnels de la naissance dans leurs prises en charge, en prénatal et en postnatal.

L'objectif est d'accroître la sécurité des intervenants de première ligne, acteurs essentiels de la mise en confiance de la femme enceinte et du futur père dans le système de soins. En effet, la sécurité affective des parents est le fondement de la sécurité affective de l'enfant en devenir.

Dans cette perspective, les professionnels « psys » intervenant en maternité doivent :

- aider les intervenants de première ligne à mieux prendre en compte les besoins psychiques des patientes ;
- adapter leurs pratiques à celles des professionnels du soin somatique en maternité, en se rendant disponibles pour les moments de transmission, en s'adaptant aux contraintes de temps inhérentes au fonctionnement de ce type de services (durée limitée de l'hospitalisation) ainsi qu'aux situations cliniques urgentes et/ou imprévues ;
- être une force de liaison en terme de soutien des professionnels en interne, ainsi qu'en terme de relais avec les spécialistes du soin psychique. Il est fondamental de veiller à ce que ces professionnels ne soient pas isolés au sein des maternités.

Le recrutement de ces professionnels en maternité doit :

- permettre la généralisation de leur présence à l'échelle des départements, permettant à toutes les maternités d'en bénéficier, avec possibilité d'exercice partagé entre plusieurs établissements ;
- se faire au sein des services hospitaliers sur avis conjoint des services concernés (obstétrique, pédiatrie, PMI, psychiatrie) ;
- permettre un lien avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, par une participation minimale à l'activité de ces secteurs pour faciliter la continuité des soins, sortir de l'isolement, participer aux régulations cliniques et aux formations en réseau.

### **1.2.2 La circulaire du 30 mars 2006 : le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité**

En application du Plan Périnatalité 2005-2007, une circulaire définissant le cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité est diffusée en 2006 [201].

**L'objectif est de développer des réseaux de santé en périnatalité sur l'ensemble du territoire.** Ces réseaux ont pour missions de proposer, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale, continue et coordonnée de la femme enceinte et de son enfant. Une telle organisation en réseau doit permettre le repérage précoce des éventuelles vulnérabilités psycho-sociales et l'accompagnement spécifique que ces familles nécessitent.

**Les acteurs du réseau sont nombreux et pluriprofessionnels.** Il s'agit des acteurs de santé (sages-femmes, gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, puéricultrices et assistantes sociales, libéraux, territoriaux (PMI) ou hospitaliers..), des acteurs sociaux (services d'aide au domicile notamment technicienne en

intervention sociale et familiale (TISF), services sociaux et travailleurs sociaux), des structures (établissements de santé publics et privés notamment hôpitaux locaux, CAMSP, HAD ; les services médico-sociaux départementaux notamment PMI, ASE ; les établissements sociaux tels les centres maternels et CHR) et des associations d'usagers.

**Ce cahier des charges insiste sur la nécessité d'un accompagnement psycho-social adapté.** Il doit faire partie intégrante de la prise en charge de la grossesse et implique :

- **tout professionnel** amené à rencontrer la femme enceinte ou le couple ;
- **la continuité et la cohérence des attitudes professionnelles**, depuis la grossesse jusqu'à l'accompagnement néonatal de l'enfant vulnérable ;
- **l'identification des psychologues et psychiatres présents dans les maternités**, ainsi que leurs missions, par les professionnels du réseau;
- **la formalisation de liens entre les psychiatres et pédopsychiatres hospitaliers**, libéraux et intervenants en PMI ;
- **la mise en place de « staffs de parentalité »** réunissant les différents intervenants ;
- **la place centrale de l'entretien prénatal précoce** devant permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance. Il répond aux recommandations établies par la Haute Autorité de Santé et doit être réalisé par des professionnels formés.

**Cet accompagnement est organisé 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 vingt-quatre heures sur vingt-quatre ;
- **un niveau de pilotage** pouvant se situer au sein du réseau ou être commun à plusieurs réseaux ou être localisé au sein de la CRN. Il réunirait les représentants de chaque discipline et devrait permettre de dégager un mode de pensée consensuelle sur l'accompagnement périnatal, d'élaborer une politique de formation concertée pour l'ensemble des acteurs, d'organiser le recueil de l'activité et d'analyser les difficultés de collaboration.

**Ce cahier des charges spécifie la prise en charge des femmes ayant des problèmes psychiatriques.** L'accompagnement de ces situations les plus vulnérables demande une organisation d'autant plus formalisée et coordonnée des différents professionnels.

### 1.3 Les recommandations de 2005 de la Haute Autorité de Santé : la préparation à la naissance et à la parentalité

En application du Plan Périnatalité 2005-2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie en 2005, des recommandations professionnelles de bonnes pratiques pour la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [202].

La préparation à la naissance et à la parentalité vient compléter le suivi médical périnatal des mères et des enfants, avec la volonté de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés, dans une approche plus humaniste de la naissance favorisant la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance.

Ces recommandations ont pour **objectifs** de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé qui vise à :

- **préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant** au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père ;
- **repérer précocement les difficultés** du couple ;
- **accompagner chaque couple**, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des **dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant** ;
- **soutenir la parentalité par des informations** et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- **favoriser une meilleure coordination des professionnels** autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal.

Le groupe de travail s'appuie sur la circulaire relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité de 2005, pour affirmer l'importance de la formation des professionnels pour accompagner la mise en œuvre de ces recommandations.

La démarche s'organise en **4 étapes** :

**1<sup>ère</sup> étape : l'entretien individuel ou en couple.**

Il doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse. Il doit avoir lieu au cours du 1er trimestre de la grossesse. Le futur père doit être encouragé à participer à l'entretien. Cet entretien prénatal est actuellement pris en charge par la Sécurité Sociale. Il permet de présenter et mettre en place la préparation à la naissance et à la parentalité dont il constitue la première séance. Il est considéré comme un facteur de prévention majeur. Plusieurs professionnels pourraient réaliser l'entretien, mais il est préférable qu'il soit réalisé par un acteur du champ de la périnatalité précédant la naissance, notamment un gynécologue ou une sage-femme.

**Il permet de structurer la préparation à la naissance et à la parentalité et de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte.** Il s'agit d'impliquer la femme et le couple dans **une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation** en :

- accédant par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et en consolidant leur confiance dans le système de santé ;
- indiquant les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales ;
- repérant les situations de vulnérabilité et en proposant une aide ;
- adaptant le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

L'entretien doit permettre une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir. **Il doit être l'occasion d'un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psychoaffective)** susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant.

**Aucun instrument d'identification des facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse n'a été validé.** Le groupe de travail craint que l'utilisation d'un questionnaire, comportant une liste des principaux facteurs de vulnérabilité, administré ou auto-administré, puisse aboutir à stigmatiser les personnes et à augmenter leur sentiment de dévalorisation. Il est recommandé de se référer à une définition des principaux facteurs de vulnérabilité pour les reconnaître au cours du dialogue avec la femme ou le couple, ainsi qu'à la liste non exhaustive des principaux facteurs de vulnérabilité qui a été établie à partir de l'analyse de la littérature (cf Annexe 3).

Le repérage de facteurs de vulnérabilité ou la demande d'aide formulée par la femme ou le couple, tout particulièrement pour des familles connaissant des vulnérabilités de nature sociale ou psychologique, **doivent conduire à proposer des dispositifs d'aide et d'accompagnement.** En effet, un soutien de qualité le plus précoce possible, pendant la grossesse et après la naissance, constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente.

### **2<sup>ème</sup> étape : l'organisation des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.**

L'organisation des séances se fait depuis le début de la grossesse jusqu'à la naissance et au-delà en cas de besoin (séances prénatales, séances postnatales à la maternité, à domicile, à distance de la naissance). En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie.

**Il est recommandé de présenter les séances de préparation à la naissance et à la parentalité au cours de l'entretien individuel**, afin d'adapter dans la mesure du possible leur contenu à chaque femme enceinte ou couple.

**Le premier examen médical de l'enfant devrait avoir lieu à quinze jours et une consultation pour la mère devrait se faire dans le mois qui suit la naissance.** Des repères sur les compétences du nouveau-né, sur son développement sensoriel et psychomoteur, sur ses différents rythmes, notamment de sommeil, pourraient être judicieusement donnés à un moment de plus grande réceptivité des messages par la mère ou les parents.

Pour la HAS, la consultation postnatale de la mère dans les huit semaines après l'accouchement, ainsi que l'examen à un mois prévu dans les examens médicaux obligatoires pour l'enfant sont trop tardifs pour qu'un suivi adapté soit mis en œuvre de manière efficace, en particulier en cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés.

**La consultation postnatale entre six et huit semaines après la naissance a des objectifs spécifiques :**

- discuter avec la femme du **vécu** de l'accouchement, des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale ;
- encourager la femme à parler de la **qualité des relations avec l'enfant** et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant ;
- rechercher les **signes évocateurs d'une dépression du post-partum**, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente, en utilisant l'instrument EPDS ;
- aborder avec tact des **questions sur l'intimité du couple** comme la reprise des rapports sexuels ainsi que les difficultés éventuelles.

### **3<sup>ème</sup> étape : le contenu de la préparation à la naissance et à la parentalité.**

**Les compétences à développer** par une femme enceinte ou un couple au terme d'un programme de préparation à la naissance et à la parentalité peuvent concerner :

- la compréhension et l'utilisation des informations ;
- l'apprentissage des techniques de travail corporel ;
- le développement de compétences parentales ;
- le développement de ressources personnelles.

**Le soutien à la parentalité** comprend notamment :

- **la communication d'informations et de repères sur la construction des liens familiaux** et les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir.
- **le développement de compétences parentales** comme nourrir l'enfant, réaliser les gestes d'hygiène de base, protéger l'enfant (par exemple concernant les conditions de sommeil), veiller à son bon développement psychomoteur, etc. ;
- **le développement de compétences personnelles** utiles dans la vie quotidienne comme faire face aux exigences d'un jeune enfant, prendre des décisions et résoudre des problèmes, avoir une réflexion critique, être en capacité de maîtriser son stress ;
- **la mise en place de dispositifs précoces** durant la grossesse, en particulier en cas de repérage d'une situation de vulnérabilité, ainsi que leur utilisation dès la naissance pour favoriser l'attachement parents-enfant, l'allaitement, la confiance en soi de la mère, la sécurité de la mère et de l'enfant ;
- **la poursuite du soutien après la naissance** en l'adaptant aux besoins de manière coordonnée.

**4<sup>ème</sup> étape : l'évaluation individuelle de la préparation à la naissance et à la parentalité.**

**L'évaluation individuelle de la PNP permet d'apprécier l'évolution des connaissances et des pratiques parentales, ainsi que les difficultés éventuelles.**

Elle renseigne sur :

- l'atteinte des objectifs de la PNP ;
- l'utilité de compléter la PNP par un contenu ciblé ;
- la mise en place et les effets des dispositifs proposés en cas de situations de vulnérabilité ;
- la qualité de la coordination des différents acteurs activés autour de la femme ou du couple, des champs sanitaire, social et médico-social ;
- la nécessité d'adapter le suivi en fonction des besoins ;
- la clôture de la démarche de prévention et d'éducation.

Le fil conducteur de ces directives législatives est la promotion de la santé mentale périnatale, de la qualité de ses soins spécifiques et le développement d'actions précoces de prévention, qui sont basées sur un travail en réseau coordonné entre les différents professionnels du champ périnatal.

## 2. Des résultats très insuffisants

### 2.1 Un manque de repérage et de prise en charge des familles vulnérables

Le rapport d'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, de mai 2010 [203], fait état **d'avancées** dans le développement de conditions favorables aux prises en charge en périnatalité, dans ses dimensions d'humanité et de proximité. Les améliorations se situent notamment dans la création directe d'outils et de dispositifs qui favorisent l'écoute, l'information et l'accompagnement des familles en période périnatale comme **par exemple** : la création de la Commission Nationale de la Naissance, le développement du soutien psychologique par le recrutement de psychologues au sein des maternités et la mise en place de l'entretien prénatal précoce.

**En revanche, ce rapport constate que le plan a joué un rôle très limité dans le renforcement de la prise en charge des femmes et des couples les plus vulnérables au regard de leur accès aux soins.** Si le plan a contribué à faire émerger la nécessité de la prise en charge médico-psycho-sociale dans un travail collaboratif pluridisciplinaire impliquant davantage la dimension psychique de la naissance, il est constaté que les mesures prévues par le plan n'ont été que partiellement mises en œuvre. Cette situation conduit à une prise en charge très disparate des femmes en situation de vulnérabilité sur le territoire, dépendant particulièrement des bonnes volontés locales.

**Et pourtant, nombre de familles nécessitent une prise en charge spécialisée,** comme M. Dugnat en fait le constat dans son plaidoyer pour une politique de santé mentale périnatale [204].

Il rappelle en effet, qu'en France, sur 800 000 naissances par an :

- **1600 naissances concernent des mères ayant des antécédents de troubles psychiatriques chroniques et nécessitent une hospitalisation en psychiatrie ;**
- **1600 naissances sont suivies d'une psychose du post-partum nécessitant une hospitalisation ;**
- **24 000 naissances sont suivies d'une maladie dépressive sévère ;**
- **24 000 naissances sont suivies d'un état anxieux sévère associé ou non à un état de stress post-traumatique ;**
- **80 000 naissances sont suivies de difficultés d'adaptation avec réaction de détresse**

**Il persiste un défaut d'accès à des services spécialisés en santé mentale périnatale.**

L'étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE) [205] rapporte, qu'en France, alors que 12,5 % des femmes enceintes de l'étude ont déclaré une détresse psychologique anténatale, moins de la moitié d'entre elles (42%) ont bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et/ou prenaient un traitement psychotrope.

**La prise en charge des troubles psychiatriques périnataux reste insuffisante.** Les chiffres concernant uniquement la dépression périnatale des mères [206] sont alarmant puisque :

- **seules 40 % des dépressions périnatales sont diagnostiquées ;**
- **sur ces dépressions diagnostiquées, seules 60 % reçoivent un traitement ;**
- **sur ces dépressions traitées, seules 40 % reçoivent un traitement adéquat ;**
- **sur ces dépressions traitées de façon adéquate, seules 30 % finiront par atteindre un rétablissement complet.**

**Au total il est estimé qu'actuellement seulement 3 % des dépressions périnatales connaîtront un rétablissement complet.**

## 2.2 Un défaut de mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce et de la préparation à la naissance et à la parentalité

L'entretien prénatal précoce (EPP) et la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) font partie des principaux dispositifs intégrés aux recommandations nationales pour le développement de la prise en charge globale des femmes en période périnatale. Alors que ces dispositifs doivent être la porte d'entrée dans la prévention et permettre le repérage précoce des vulnérabilités de ces familles et l'orientation rapide vers une prise en charge spécialisée, il est constaté qu'ils sont actuellement très peu mis en place.

Une vaste étude de 2016, menée auprès d'environ 15 000 mères, rapporte que **seules un tiers d'entre elles ont bénéficié d'un EPP (33%) et seulement la moitié d'entre elles d'une PNP (52%)** [207]. Alors que ces dispositifs ont notamment pour vocation la prévention et le repérage des situations les plus vulnérables, cette étude constate également que l'EPP et la PNP **concernent principalement des femmes de bon niveau sociodémographique, des femmes de niveau éducatif élevé, en situation d'emploi, et ayant d'elles-mêmes déclaré des difficultés psychologiques.**

## 2.3 Des inégalités territoriales importantes d'accès à des soins spécifiques

La prise en charge spécialisée en santé mentale périnatale est marquée par d'importantes inégalités d'accès et le manque criant de dispositifs sur le territoire.

L'implantation des unités hospitalières de soins psychiques conjoints parents-enfants et des unités ambulatoires est **très disparate à l'échelle nationale**, avec des unités qui se sont créées ces trente dernières années de façon **très dépendante des initiatives locales**. Des régions entières telles que la Normandie, le Centre Val de Loire ou l'Occitanie, en sont même totalement dépourvues [204].

Ci-dessous la carte nationale des unités mère-enfant mise à jour en avril 2019 par la Société Marcé Francophone consultable sur le site internet <http://www.marce-francophone.fr/> :



### 3. Des limites et obstacles

#### 3.1 Un manque de moyens

Le plan périnatalité 2005-2007 prévoyait 274 millions d'euros à sa mise en œuvre. En réalité, le rapport d'évaluation de 2010 [203] indique que **sur les 274 millions d'euros prévus, 239 millions** (209 pour les établissements publics et 30 pour les établissements privés), soit 87,2% du montant total, ont été dédiés et **effectivement versés** aux établissements.

Une large part de ces financements porte sur l'axe « sécurité » du plan, soit 200 millions d'euros (65,7 % des montants inscrits au plan) consacrés à la diminution de la mortalité maternelle et infantile, avec 40 % de cette somme consacrée à la mise aux normes des maternités. Dans le même temps, **l'humanisation des prises en charges, et le développement de la proximité pour les suivis prénatal et postnatal, n'a eu pour financement qu'environ 50 millions d'euros (16,4 % des montants inscrits au plan).**

Concernant la mise en place de l'entretien prénatal précoce, les établissements ont reçu 16,7 M €, mais il n'est pas possible de calculer les dépenses effectivement intervenues dans ce domaine, dans la mesure où ces consultations ne sont pas cotées d'une façon spécifique par rapport à l'activité habituelle de ces professionnels.

D'après le bilan réalisé par la DHOS pour la CNN, **alors que le plan a permis la création de 3176,63 ETP médicaux ou soignants dans les établissements**, la grande majorité (2 253,26 ETP, soit 71%) de ces postes a concerné la mise aux normes des établissements vis-à-vis des décrets de 1998 et **seule une petite proportion a concerné la mise en place de l'entretien prénatal précoce et l'environnement psychologique (respectivement 257,29 ETP et 209,13 ETP).**

### 3.2 Un défaut de formation et de diffusion des bonnes pratiques

En 2017, F. Molénat fait un état des lieux concernant la mise en place des mesures proposées par le Plan 2005-2007 et constate que les obstacles restent importants dans l'instauration d'une démarche de prévention globale précoce auprès des femmes et des familles en période périnatale [208].

Ces obstacles ne se réduisent pas à un manque de moyens, bien qu'importants, mais tiennent également à la difficulté d'instaurer une culture commune tournée vers la prise en charge globale des mères et des pères, dans un travail collaboratif médico-psychologique cohérent et continu. **Apprendre à travailler ensemble, à se parler, constitue un profond changement de culture auquel les formations n'ont pas répondu.**

Les formateurs à l'entretien prénatal précoce ont formé les professionnels à des techniques d'entretiens mais n'ont pas intégré les formations centrées sur la lecture d'une même situation en interdisciplinarité et dans un but de continuité. Les formateurs n'avaient pas cette expérience et il est considéré à posteriori comme une erreur de ne pas les avoir formés en amont à la pratique de l'entretien prénatal précoce.

**L'entretien prénatal précoce s'accompagne du tracas des transmissions.** Cette difficulté a permis de différencier deux niveaux de transmissions :

- **s'informer mutuellement de sa présence**, d'un mode d'exercice à un autre, d'une étape à une autre, avec l'effet sécurisant que cela offre aux parents,
- **se parler ou écrire des éléments significatifs**, décidés avec les parents, pour faciliter le passage d'un professionnel à l'autre, sachant qu'une femme enceinte n'abordera pas aisément avec un professionnel ce qui a pu se dire dans un autre cadre.

C'est un concept parfois nouveau pour certains, notamment pour les professionnels « psy », de convenir que l'on puisse se parler entre professionnels, en accord avec le couple, sans trahir la confidentialité. L'échange entre professionnels doit devenir un outil relationnel structurant pour les familles et les équipes.

**Comme le rappelle F. Molénat, la collaboration entre les professionnels « psy » et « non psy » se travaille.** S'intéresser au rôle des soignants est fondamental et **la mise en place de « reprises » régulières s'impose.** Les intervenants de première ligne sont régulièrement amenés à gérer des situations complexes sans que la mère ne souhaite voir de psychologue. Le psychologue ou psychiatre de deuxième ligne doit pouvoir aider les acteurs de première ligne à trouver une base de sécurité dans leur prise en charge des familles en souffrance psychique. Ce travail spécifique se révèle être un outil thérapeutique indispensable, qui ne fait malheureusement pas encore consensus dans la discipline.

**L'analyse des staffs dits de « parentalité » ou « médico-psychosociaux » met en évidence quant à elle, la perte fréquente du fil médical.** Les débats dévient régulièrement vers une circulation d'informations négatives dont les professionnels du champ médico-social semblent avoir besoin de se délester. La formation à la question des transmissions revient, avec **la nécessité de rendre ces réunions mieux ciblées sur un objectif défini.** F. Molénat rappelle qu'inscrire dans un dossier un élément objectif négatif (addiction, dépression) sans l'accompagner du ressenti du parent, a démontré ses effets délétères. Indiquer un antécédent de dépression post-partum lors d'une naissance précédente sans faire mention de son déroulement, ne peut qu'entraîner une forme d'insécurité chez les nouveaux intervenants et chez les parents dans cette nouvelle grossesse, avec les répercussions que cela peut avoir sur le lien parent-enfant et sur le développement de l'enfant.

**L'anticipation donne une excellente sécurité aux équipes, mais aussi aux parents** qui peuvent imaginer leur place par la rencontre avec ceux qui prendront soins du nouveau-né. Dans cette optique, **la consultation anténatale du pédiatre doit pouvoir se diffuser**. Les parents arrivent à se projeter sans craindre de nouvelles rencontres, et les professionnels peuvent alors s'ajuster aux parents qu'ils sont voués à rencontrer autour de leur nourrisson.

**Une organisation pluriprofessionnelle rigoureuse est nécessaire. La reprise de cas en interdisciplinarité est un précieux outil de formation**, permettant de valider des points repères. **Il est fondamental d'élaborer des référentiels de pratique collective**, incluant l'ensemble des acteurs concernés par les situations les plus à risque. La coordination doit être organisée et connue de tous les professionnels. **La fonction de coordination s'impose et devra se traduire par des postes dédiés**. Il s'agit d'un exercice difficile qui vise à rester relié à l'évolution du couple et à la sécurité de chaque professionnel engagé dans le suivi. Elle est inscrite dans la pratique du diagnostic anténatal et doit pouvoir se diffuser dans les situations de psychopathologie maternelle notamment.

La mise en place de ces dispositifs fait face à différents obstacles qui peuvent tenir à un responsable, à une dynamique interinstitutionnelle non favorable, à une réticence des acteurs du champ « psy » ou encore à une difficulté de financement. Le risque serait que la dégradation des pratiques au sein de nombreux services hospitaliers confrontés à des exigences de rentabilité, fragilise encore davantage ce qui s'est si difficilement construit ces dernières années. **Se former à un travail collaboratif médicopsychologique de qualité relève aussi d'un état d'esprit collectif**.

### 3.3 Des insuffisances dans le domaine de la recherche

Les différentes recommandations et directives nationales préconisent de développer une pratique en santé mentale périnatale s'appuyant sur des données objectives et donc de développer la recherche. Jusqu'ici, **les études se développent doucement, du fait d'initiatives locales, et sont souvent difficilement comparables utilisant des critères d'évaluation régulièrement très divers**, ne serait-ce que concernant la définition de la période périnatale.

**Dans le champ de la prévention, il existe des insuffisances significatives** concernant les études de l'impact d'un accompagnement prénatal auprès des femmes souffrant de troubles psychiques. F. Alderdice et coll. [209], au travers d'une revue de la littérature sur les questions du bien-être et de la santé mentale, montre que **les études n'intègrent pas l'ensemble des mesures proposées et se limitent souvent à prouver l'efficacité d'un seul item**. Evaluer une intervention sans tenir compte du contexte n'a pas de sens lorsqu'il s'agit de la souffrance psychique, surtout en période périnatale si sensible à l'environnement. La diversité des pratiques s'ajoutant à ce constat, il apparaît définitivement nécessaire de stabiliser les outils utilisés, afin d'obtenir des évaluations sérieuses.

**Une étude comparative est actuellement en cours** sur une cohorte de femmes enceintes, une cohorte de femmes avec une fragilité psychique et leurs bébés, selon qu'elles ont bénéficié d'un accompagnement anténatal en réseau ou pas. Cet accompagnement correspond au suivi renforcé par une équipe pluridisciplinaire de psychopérinatalité en lien étroit avec une sage-femme de coordination. **L'objectif de l'étude est de mesurer l'impact de ces nouvelles pratiques sur le devenir de la mère et de l'enfant pour une prévention précoce** [210].

### 3.4 Au total, un changement de culture difficile à instaurer

L'approche des mères en période périnatale évolue. Leur prise en charge se veut plus globale, incluant davantage d'attention portée à leur bien-être psychique. Alors que de nouveaux dispositifs voués au développement de cette approche plus humaine sont pensés, créés, mis à disposition des professionnels et des familles, des insuffisances persistent dans leur mise en place. Les résultats espérés dans l'amélioration de l'accompagnement global des familles, le repérage précoce des vulnérabilités, ainsi que la prise en charge rapide et spécialisée des mères en souffrance psychique se font attendre. Il apparaît nécessaire de comprendre ce qui fait obstacle.

**Il existe plusieurs niveaux de résistances en matière de prévention en santé [211] :**

- **des résistances individuelles :**
  - **inconscientes** : les psychanalystes décrivent que la rencontre avec le bébé et donc l'archaïque peut susciter de l'angoisse en tout soignant, marquée par les aspects dévorants liés à l'intensité des besoins du bébé, qu'il s'agisse d'un bébé en situation ordinaire ou extraordinaire, c'est la violence fondamentale.
  - **conscientes** : il ne faut pas les négliger, elles ne sont pas plus facilement transformables, mais elles constituent en tant que telles un obstacle, même s'il est permis d'y voir des rationalisations des résistances inconscientes.
- **des résistances intra-institutionnelles** : ces résistances groupales au sein des équipes et les projections (émanant notamment de la psychopathologie maternelle) peuvent empêcher la mise en œuvre des mécanismes permettant de répondre aux besoins des bébés. Il apparaît par exemple difficile de répondre au besoin de continuité du bébé quand des mouvements de clivage animent une équipe. La question transférentielle

liée à la complexité de l'interaction dyadique ou triadique doit être travaillée au quotidien par le groupe.

- **des résistances interinstitutionnelles** : les enjeux entre des institutions à mandat différent, interagissant à travers des enjeux plus indirectement surdéterminés, sont souvent marqués par des préreprésentations qui empêchent la collaboration avec d'autres équipes. Les différences de territoires, souvent mises en avant, ne sont généralement qu'une dimension de ces phénomènes. Le financement est régulièrement le facteur discriminant.
- **des résistances sociétales** : il s'agit ici de résistances culturelles. Dans nos sociétés, c'est à la période de l'adolescence que l'on dépense le plus en termes d'enseignement et d'éducation. C'est pourtant pendant la grossesse et dans les premiers mois de la vie de l'enfant que le développement neuronal, la synaptogenèse et la sélection synaptique sont en plein mouvement, alors que les financements consacrés sont bien moindres.

**Ces résistances doivent être travaillées à tous les niveaux** car comme le dit Donald Winnicott, « Un bébé [seul], ça n'existe pas ». La manière de prendre soin d'un bébé est fonction de la façon dont on prend soin de sa mère, et donc l'environnement de celle-ci.

### III. Les perspectives et réflexions actuelles

#### 1. L'impulsion de la démarche du Royaume-Uni

##### 1.1 Une mobilisation nationale

Alors qu'il est fait **le constat d'une insuffisance et d'une trop grande hétérogénéité d'accès à des services spécialisés en santé mentale périnatale au Royaume-Uni**, une véritable mobilisation nationale est née ces dernières années autour de la promotion de la santé mentale périnatale.

**Alain Grégoire** est chef de service en psychiatrie périnatale, professeur honoraire de l'université de Southampton et membre du groupe de développement des directives NICE pour les soins mentaux périnataux au Royaume-Uni. **En 2011, il crée l'Alliance pour la santé mentale de la mère (Maternal Mental Health Alliance, MMHA)**, dans le but de fédérer les nombreux groupes et organismes impliqués dans l'amélioration des soins aux mères, aux bébés et aux familles, afin de faire entendre d'une même voix le besoin urgent d'agir [212]. **90 instances** ont fait alliance pour la santé mentale des mères, **regroupant des sociétés scientifiques nationales de médecins (obstétriciens, psychiatres, médecins généralistes, pédiatres) et de paramédicaux (infirmiers, sages-femmes), ainsi que des associations** concernées par la santé mentale et la psychiatrie, et des organismes caritatifs fournissant des informations et un soutien aux femmes et aux familles. Alain Grégoire, président de la MMHA, explique que **les deux premières années ont été consacrées à l'établissement de solides relations de collaboration, de confiance entre les différents acteurs, et à la mise en place d'accords sur les objectifs communs et les priorités.**

**En 2013, l'Alliance rentre rapidement en phase active de campagne de plaidoyer et obtient le financement d'une année entière de travail de développement exploratoire** de sensibilisation du public et d'amélioration de l'offre de soins en santé mentale périnatale, par une des plus grandes organisations caritatives du Royaume Uni, Comic Relief. Fort du succès de cette année exploratoire, **Comic Relief financera ensuite la campagne triennale « Everyone's business » qui a mis l'accent sur la priorité de la MMHA d'obtenir un accès équitable dans tout le Royaume-Uni à des dispositifs de soins spécialisés** fondés sur des preuves en santé mentale périnatale. Cette campagne « Le travail de tous » a confirmé des résultats remarquables dans le développement de ces dispositifs de soins.

**Les deux outils produits par la campagne et retenus comme ayant été les plus efficaces dans la genèse de la mobilisation nationale, sont le rapport intitulé « les coûts de la maladie mentale périnatale » de la London School of Economics (LSE) [194] et la carte nationale des services existants.** Ces deux outils, objectivant l'étendue du territoire souffrant d'une absence complète de tout niveau de service de santé mentale périnatale et le coût que les troubles psychiques maternels représentent pour la société, ont permis de sensibiliser et de mobiliser les plus hautes instances quant au caractère essentiel et urgent, pour les individus et la société, de bénéficier de soins de qualité en santé mentale périnatale.

**L'évaluation des résultats de cette vaste campagne de sensibilisation à la santé mentale périnatale a dépassé les attentes de ses protagonistes.** Ces derniers font l'heureux constat d'un **changement culturel à l'œuvre** dans toutes les organisations qu'ils ont cherché à sensibiliser, avec désormais une priorité donnée à la santé mentale périnatale, dans l'ensemble des politiques sociétales et de santé publique. **Le gouvernement, jusqu'au premier Ministre, s'est engagé** dans une déclaration publique à améliorer l'offre de soins par

un vaste plan d'action et l'attribution au National Health Service (NHS) d'un tiers de la somme allouée pour la réforme de la psychiatrie britannique à la santé mentale et à la psychiatrie périnatales, soit **365 millions de livres sur 5 ans (2015 à 2020)**, avec pour objectif de déployer sur l'ensemble du territoire des soins psychiques périnataux gradués. Des sommes équivalentes ont été accordées au Pays de Galles, à l'Ecosse et à l'Irlande du Nord.

## **1.2 Les objectifs de la Maternal Mental Health Alliance MMHA**

La MMHA tient pour objectifs de :

- **permettre un parcours patient comprenant l'ensemble des services ;**
- **créer des services spécialisés en psychiatrie périnatale sur l'ensemble du territoire ;**
- **permettre un accès aux thérapies spécifiques pour les mères et les pères : Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Dialectical Behavioral Therapy (DBT), Integrated Psychological Treatment (IPT) ;**
- **développer les thérapies de la relation mère-enfant ;**
- **généraliser la présence de sages-femmes et de spécialistes en santé mentale périnatale dans tous les services de maternité.**

Elle estime que les conditions nécessaires pour atteindre ces objectifs sont de :

- **mettre en place des parcours patient** pour la prévention, le repérage, le dépistage et les soins thérapeutiques spécialisés. La MMHA propose une cartographie des parcours de soins et définit des niveaux de soins. Il s'agit de proposer des niveaux de soins ajustés à la gravité des troubles avec des soins en UMB pour les patientes les plus gravement malades et une prise en charge spécialisée par des dispositifs de proximité (équipes mobiles) pour les mères, les bébés (de -9 à +12 mois) et les familles.

- **se référer au guide de bonnes pratiques** (NICE au RU) et s'appuyer sur un socle de preuves scientifiques.
- **spécifier le rôle des services de périnatalité au sein du réseau de périnatalité.** Ils doivent avoir une fonction de conseil, de formation et de collaboration avec tous les professionnels de la périnatalité.
- **confirmer les gains économiques**, ce qui est un argument majeur pour les hautes instances.
- **faire consensus et avoir un soutien actif de tous les intervenants**, car comme disait Nelson Mandela, repris régulièrement par Alain Grégoire, « Une vision sans action n'est qu'un rêve. L'action sans vision n'est qu'un passe-temps. Une vision avec action peut changer le monde. »

### 1.3 De premiers résultats prometteurs

La dynamique portée par le mouvement de la MMHA a permis de mobiliser les plus hautes instances politiques qui ont consacré un tiers de la somme allouée à la réforme de la psychiatrie à la psychiatrie périnatale.

Un premier bilan fait état de **résultats très encourageants** avec :

- **le développement et l'ouverture d'Unités Mères-Bébés** : à présent il existe un maximum de 100 km pour trouver une UMB au Royaume-Uni, ces unités sont intersectorielles et les soins y sont gratuits dans toute l'Angleterre.
- **le développement de petits hôpitaux psychiatriques et des soins ambulatoires.** Alors qu'en 2015 les dispositifs de prise en charge ambulatoire en psychiatrie périnatale sont quasi inexistantes (idem en France aujourd'hui), des services périnataux de soins

ambulatoires avec des équipes mobiles constituées de psychiatres, psychologues, infirmiers et puéricultrices formés et spécialisés, se créent en 2017.

- **une prise en charge à domicile qui, depuis avril 2019, est possible sur l'ensemble du territoire.** Ainsi, 9 000 femmes de plus et leurs bébés reçoivent des soins spécialisés, et 730 nouveaux professionnels spécialisés sont recrutés (52 psychiatres spécialistes, 307 infirmières, 73 psychologues, 97 puéricultrices, 31 ergothérapeutes etc).

Le succès de la campagne « Everyone's business » et de la MMHA a été reconnu à tous les niveaux du système de santé jusqu'au ministère, avec à présent la volonté de pouvoir pérenniser les efforts de tous dans la poursuite des engagements au service de la qualité de la prise en charge des mères, des bébés et des familles.

## 2. Une nouvelle dynamique en France

### 2.1 Les évolutions nécessaires en santé mentale périnatale

Dans son plaidoyer pour une politique de santé mentale périnatale, **M. Dugnat insiste sur l'urgence [213] de faire évoluer l'offre de soins en santé mentale périnatale [204].**

Il s'agit notamment de **mettre en place une consultation antéconceptionnelle**. Celle-ci doit être menée dans un climat de confiance et permettre aux parents de se projeter dans leur parentalité grâce à l'aide de professionnels compétents et sécurisants. Selon M. Dugnat, cette consultation pourrait être confiée de préférence aux sages-femmes.

**Revitaliser l'entretien prénatal précoce (EPP)** est un autre enjeu fondamental. Il doit pouvoir être proposé systématiquement et permettre aux parents d'élaborer leur projet de naissance et d'accompagnement, non seulement en anténatal mais également en postnatal.

**La mise en œuvre d'un entretien postnatal précoce (EPNP)** apparaît par ailleurs nécessaire. Il permettrait de soutenir l'indispensable travail en réseau personnalisé autour des familles en période périnatale, notamment des plus fragiles psychiquement ou des plus vulnérables socialement.

Il est important de **développer une culture commune autour de chaque maternité**, notamment par les **reprises de cas complexes**, par les **formations au travail en réseau personnalisé**, ainsi que par la mise en place d'**outils didactiques fédérateurs co-construits**.

Riche de l'expérience de ses voisins, la France doit évaluer la transférabilité de la dynamique initiée au Royaume-Uni pour faire de la santé mentale et de la psychiatrie périnatales une priorité nationale reconnue au plus haut niveau, menée avec le soutien de la Haute Autorité de Santé française et de l'agence Santé publique France.

## 2.2 Les objectifs de la psychiatrie périnatale en France

Lors de la conférence d'A. Grégoire « Soins psychiques en périnatalité, expérience du Royaume-Uni » qui s'est tenue à l'Établissement Public de Santé d'Alsace Nord (EPSAN) en décembre 2018, **M. Dugnat met l'accent sur la nécessité de développer sur le territoire un parcours patient gradué et coordonné** pour les mères, les bébés et les familles en période périnatale.

Il est préconisé de **mettre en place un dispositif de santé mentale et psychiatrique en périnatalité de proximité intégrant une unité de soins ambulatoires** autour de laquelle s'articulerait :

- **une unité de soins hospitaliers parents-bébé,**
- **une consultation de psychiatrie périnatale,**
- **une consultation de psychiatrie du nourrisson,**
- **une co-consultation en PMI,**
- **une activité de psychiatrie périnatale de liaison,**
- **une unité mobile d'hospitalisation à domicile.**

Ces deux dernières entités assurant : **une consultation en maternité, une consultation en médecine néonatale et des staffs médico-psycho-sociaux.**

Si les changements à opérer sont conséquents il semble que nous soyons actuellement dans une période propice à ce nouvel élan.

### 2.3 Un moment propice au changement

La conjoncture actuelle en France se révèle être tout à fait propice à la mise en œuvre d'une dynamique nouvelle en psychiatrie périnatale.

**Dès 1993, les Unités d'Hospitalisation Conjointe (UHC) se réunissent régulièrement** au sein de rencontres biannuelles. Leur démarche pour se faire connaître a déjà montré son efficacité puisqu'elles constituent de fait un réseau qui les fédère. Il existe un cahier des charges des unités d'hospitalisation en soins conjoints rédigé par l'ARS PACA, une reconnaissance officielle de l'intérêt de ces unités par le directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et des procédures d'audits croisés par les unités, qui se développent par ailleurs.

**Depuis 2017, les Unités de Soins Ambulatoires Conjoints (USAC) se retrouvent de façon régulière.** Ce collectif dynamique vise à développer la recherche, les échanges de pratiques et les modalités de transmission des savoir-faire. **Un collectif des USAPB (unités ambulatoires parents-bébé) est en cours de création**, soutenu par le Groupe Waimh-France et la Société Marcé Francophone sous la forme d'une co-commission. M. Dugnat explique que suite à la venue d'A. Grégoire à Marseille en novembre 2015 pour les journées de la Société Marcé Francophone (SMF), et à partir des questions soulevées sur le territoire du Doubs (Besançon) en 2016, le besoin de mieux articuler les expériences cliniques avec celles des unités de soins d'hospitalisation conjointe a été mis en lumière. La création de cette co-commission vise à soutenir et à développer collectivement la connaissance des dispositifs de soins conjoints hospitaliers et ambulatoires parents-bébés.

**En 2017, la pédopsychiatrie fait l'objet d'un rapport au Sénat** insistant sur la reconnaissance de la psychiatrie des mineurs et la nécessité de concentrer l'action de tous les intervenants dans le repérage et le dépistage précoce des troubles [214].

**En 2018, est soumise à l'Assemblée nationale une proposition de loi « visant à sortir la psychiatrie de la maltraitance budgétaire » [215].**

**Dans le même temps, le Haut Comité à la Famille, à l'Enfance et à l'Age (HCFEA) apporte une dimension nouvelle à l'élaboration des politiques publiques concernant la périnatalité et la petite enfance.**

De son côté, **Santé publique France reconnaît la place centrale de la question de la parentalité** dans les rapports entre la prévention et les soins. L'importance d'une politique en matière de parentalité, dont la période périnatale est un moment crucial, est dorénavant reconnue pour la santé des populations.

**La Haute Autorité de Santé (HAS) insiste dans les missions prioritaires de son programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 » [216], sur l'amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge des troubles psychiques périnataux.** Une étude de faisabilité, s'appuyant notamment sur les travaux conduits au Royaume-Uni et en France, sera effectuée en vue de proposer des outils favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles ainsi qu'une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués. Ce travail se complètera d'une réflexion spécifique sur le soutien à la parentalité des usagers en santé mentale, en période périnatale mais également dès le projet de grossesse, pour améliorer l'accompagnement au rôle parental.

Enfin, **le 5 juin 2019 est née l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale.** Un évènement qui s'est tenu au Ministère des Solidarités et de la Santé, sous le haut patronage de la Ministre Agnès Buzyn. C'est une heureuse initiative que l'on doit à **l'association Maman Blues** et au **Collège de psypérinatalité** animé par M. Dugnat, sous l'égide du **Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF)** et de son président I. Nisand, de **la Société**

**Marcé Francophone (SMF), du Groupe World Association for Infant Mental Health (WAIMH) France, et de la Fédération Nationale des Associations d'Aide Familiale Populaire (FNAAFP).**

Il est à présent possible et nécessaire en France de relever le défi de fédérer l'ensemble des acteurs intervenant en période périnatale pour soutenir, avec l'aide de la société civile, l'importance du développement d'une intervention globale, coordonnée et graduée auprès des mères, des bébés et des familles.

## **PARTIE 4. LE DEVELOPPEMENT LOCAL D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION EN SANTE MENTALE PERINATALE**

---

### **I. Le rappel de notre problématique**

Au cours de notre internat en psychiatrie, nous avons travaillé un an au sein de l'unité de psychiatrie périnatale de l'Etablissement Public de Santé d'Alsace Nord. Cette expérience nous a permis d'entrevoir l'étendue de ce domaine spécifique qu'est la psychiatrie périnatale.

Notre rencontre avec ces familles a soulevé chez nous nombre d'interrogations. Nous sommes frappée par la sévérité des situations qui arrivent en consultation. Les troubles mentaux de ces mères peuvent les mener au suicide, ils impactent potentiellement gravement la relation parent-enfant, le développement de l'enfant et le devenir de ces familles.

Là où nous constatons des soins spécialisés efficaces, nous regrettons l'orientation tardive de ces familles par les professionnels de première ligne. Notre conviction est qu'une intervention spécialisée précoce auprès de ces mères en souffrance psychique est nécessaire. Une prise en charge ajustée, à des stades moins sévères, permettrait une résolution plus rapide de leurs troubles psychiatriques, voire préviendrait leur installation et leurs impacts sur la relation mère-enfant et le développement du bébé.

Dans le même temps, nous percevons une réelle attente des acteurs de première ligne à l'égard de nos services, avec une augmentation significative des demandes de prise en charge, et la volonté d'un travail collaboratif intégrant davantage la dimension psychique.

**Comment développer la prévention précoce en santé mentale périnatale à l'échelle locale ?**

## II. Un état des lieux

### 1. Des dispositifs de soins curatifs opérants, des dispositifs de soins préventifs insuffisants

#### 1.1 La présentation générale du pôle de pédopsychiatrie

Le Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile 67 102, sous la direction de Vivien Triffaux, fait partie de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN). Organisé autour de trois grands bassins de vie du nord de l'Alsace, le pôle s'implante et s'organise schématiquement de la façon suivante :

- **des Centres Médico-Psychologiques (CMP)** répartis sur le territoire pour assurer l'accessibilité à l'ensemble de sa population. L'offre de soins se compose de consultations de pédopsychiatrie, de suivis psychologiques et psychomoteurs, d'ateliers thérapeutiques ainsi que d'hôpitaux de jour pour enfants et adolescents.
- **des dispositifs transversaux** ayant des missions qui dépassent les limites géographiques du secteur :
  - **la psychiatrie périnatale**, avec des consultations spécialisées, des visites à domicile, un hôpital de jour et une unité d'hospitalisation à temps plein mère-bébé. L'activité psychiatrique périnatale est développée ci-après.
  - **La Coordination Adolescent Alsace Nord (LACAAN)** engagée dans la prise en charge des adolescents,
  - **la psychiatrie de liaison au sein des services de pédiatrie des hôpitaux généraux du secteur à Saverne et Haguenau.**
- **des interventions auprès de partenaires privilégiés** (Centre Educatif Fermé, Institut Médico-Professionnel, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).

## **1.2 La présentation des unités de psychiatrie périnatale**

### **1.2.1 La population concernée**

Les soins psychiatriques périnataux sont proposés sur le site de l'EPSAN à Brumath. Sont pris en charge des mères présentant des troubles psychiques et/ou des troubles du lien mère-enfant, leurs bébés âgés de 0 à 3 ans, ainsi que leur famille.

### **1.2.2 L'équipe de soins**

L'équipe pluridisciplinaire se compose de deux pédopsychiatres, Sarah Sananès et Aude Triffaux-Ghesquieres, d'une pédiatre, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, d'un interne de spécialité en psychiatrie, d'une équipe infirmière comportant quatre puéricultrices, d'une cadre de santé, ainsi que d'une assistante sociale.

### **1.2.3 Les dispositifs de soins**

L'offre de soins s'étend de la prise en charge ambulatoire en CMP et en HDJ à l'hospitalisation à temps plein mère-bébé en UMB.

**L'activité ambulatoire**, sous la direction de Sarah Sananès, comprend :

- **un Centre Médico-Psychologique** proposant des consultations de psychiatrie périnatale, des visites à domicile réalisées par une infirmière, des suivis psychothérapeutiques pour les pères et les fratries auprès de la psychologue, ainsi que des soins psychomoteurs spécialisés auprès de la psychomotricienne.
- **un Hôpital De Jour Mère-Bébé, nommé « La Frimousse »** offrant des soins aux mères et à leurs enfants de 0 à 3 ans avec une capacité d'accueil de 6 dyades par jour 5j/7 pour une file active de 20-22 dyades par semaine. Chaque dyade est suivie par une

soignante référente. Le pédopsychiatre référent, ainsi qu'un interne de spécialité en psychiatrie, proposent des entretiens hebdomadaires aux mères, aux dyades et aux familles. Des soins psychomoteurs spécialisés, ainsi qu'un suivi psychothérapeutique pour les pères et les fratries sont possibles.

**L'Unité d'hospitalisation à temps plein Mère-Bébé « UMB »**, sous la direction d'Aude Triffaux-Ghesquieres, accueille jusqu'à 4 mères et 5 bébés de 0 à 18 mois. Les dyades sont accompagnées 24h/24 par une équipe de 2 soignantes. Le pédopsychiatre référent, ainsi qu'un interne de spécialité en psychiatrie, proposent des entretiens médicaux, qui se complètent par des soins psychomoteurs spécialisés, ainsi qu'un suivi psychothérapeutique pour les pères et les fratries ajustés aux besoins des familles.

#### **1.2.4 Les temps institutionnels**

**L'hôpital de jour mère-bébé** a mis en place différents temps d'échanges et de travail intentionnel. Chaque semaine, l'ensemble des professionnels se réunit au cours de deux réunions cliniques d'une heure et demie pour discuter des suivis ambulatoires. Une réunion recherche d'une heure par semaine est un temps d'échange sur les pratiques, l'activité et les dispositifs de soins. L'équipe soignante a également un temps de reprise hebdomadaire auprès d'un psychologue du pôle.

**L'unité d'hospitalisation à temps plein mère-bébé** a mis en place une réunion clinique hebdomadaire d'une heure et demie au cours de laquelle les professionnels intervenant durant l'hospitalisation discutent des prises en charge. Une réunion recherche, ainsi qu'un temps de reprise pour l'équipe soignante auprès d'un psychologue du pôle sont également organisés de façon hebdomadaire.

**L'équipe de périnatalité du pôle**, réunissant les équipes des deux unités, se retrouve par ailleurs au cours d'une réunion périnatalité d'une heure par semaine pour discuter des situations cliniques communes et des projets en santé mentale périnatale au sein du pôle.

### **1.2.5 Le travail en réseau**

**Les partenaires de proximité** sont nombreux, regroupant les professionnels hospitaliers du secteur (les services de psychiatrie adulte, de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie), les professionnels libéraux du secteur (psychiatres, médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, sages-femmes...), les services de Protection Maternelle et Infantile du secteur, le Service de Protection de l'Enfance, les homologues régionaux du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, du Centre Hospitalier d'Erstein, du Centre Hospitalier de Rouffach et du Centre Hospitalier de Mulhouse.

**Des temps d'échanges formalisés** sont organisés avec les services de PMI du secteur à l'occasion d'une réunion bimestrielle réunissant les médecins et soignants (sages-femmes, puéricultrices) des PMI du secteur, les pédopsychiatres et la cadre des unités psychiatriques périnatales, ainsi qu'avec les maternités des Centres Hospitaliers de Haguenau et Saverne à l'occasion d'un staff médico-psycho-social mensuel par site, réunissant les gynécologues, psychologues, assistants sociaux de la maternité et un pédopsychiatre des unités de psychiatrie périnatale.

**Alors que les acteurs en périnatalité sont nombreux, croisant des champs professionnels très variés, des temps de rencontre et d'échange semblent le prérequis nécessaire à l'élaboration d'un travail en commun organisé et cohérent. Si des rencontres existent, ne serait-il pas pertinent de les développer ?**

## **2. La prévention en psychiatrie périnatale : histoire d'un objectif ancien**

Annick Chauvin est pédopsychiatre, praticien hospitalier attaché au sein de l'Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de l'EPSAN dans le Bas-Rhin. Elle a été le médecin référent de l'unité mère-bébé dont elle également à l'origine. Dans son article de 1998 intitulé « Unité mère-bébé et travail en réseau. Histoire d'une création », A. Chauvin revient sur les enjeux de la création de cette unité mère-bébé [217]. Elle y décrit notamment l'importance de travailler en réseau et les difficultés à tisser des liens entre partenaires psychiatres et non psychiatres, pourtant prérequis fondamentaux aux soins et à la prévention en psychiatrie périnatale.

### **2.1 La naissance de l'unité mère-bébé**

L'unité mère-bébé est créée en 1986 dans un but à la fois de soins et de prévention. Il s'agit initialement d'une unité de jour accueillant quotidiennement 4 à 5 mères accompagnées de leurs enfants âgés de moins de trois ans. Cette unité est créée après un long travail de sensibilisation des partenaires de la petite enfance intervenant sur le secteur, notamment les services hospitaliers (pédiatrie, gynéco-obstétrique, psychiatrie adulte), les équipes de PMI, les services sociaux de secteur, le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

A. Chauvin et son équipe, sensibilisés à la prévention médico-sociale précoce grâce aux travaux de Monsieur le Professeur Soulé et à l'enseignement du COPES, sont convaincus que les enfants de 4-5 ans qu'ils prennent en charge auraient pu avoir une trajectoire différente s'ils avaient été pris en charge plus tôt. Ils imaginent qu'aurait pu être évité cet imbroglio de troubles relationnels familiaux mêlant troubles de l'enfant et dysfonctionnements parentaux. Cette équipe jeune et enthousiaste ressent le besoin d'agir en amont.

## **2.2 Le développement du travail en réseau : obstacles et limites**

Les soins et la prévention en santé mentale périnatale nécessitent une sensibilisation des partenaires de proximité et un travail collaboratif médico-psycho-social. A. Chauvin décrit que la rencontre avec les acteurs de proximité de la petite enfance se heurte alors à d'importantes résistances, voire à de l'incompréhension, souvent liées aux clichés très enracinés que porte la psychiatrie notamment dans sa dimension asilaire effrayante.

### **2.2.1 La collaboration avec les pédiatres**

Bien qu'il existe une certaine incompréhension des pédiatres de la démarche proposée par la pédopsychiatrie, les services hospitaliers du secteur ouvrent leurs portes à ces nouveaux collaborateurs. Ils adressent assez rapidement des jeunes enfants (2-3 ans), alors atteints de troubles neurologiques ou génétiques sévères. Bien que très éloignée des objectifs de travail initial d'A. Chauvin, c'est en s'adaptant initialement à la demande des pédiatres qu'elle a pu progressivement tisser un lien de confiance avec ces partenaires. Les demandes de prise en charge augmentent jusqu'à atteindre finalement son objectif premier de dépister des bébés en souffrance dans leur famille à partir de signes d'appels. En 1989, une convention est signée entre le service de pédopsychiatrie de l'EPSAN et les services de pédiatrie du Centre Hospitalier de Haguenau. Cette intervention de la pédopsychiatrie au sein des services de pédiatrie a permis une sensibilisation et une meilleure compréhension réciproque du travail de chacun.

### 2.2.2 La collaboration avec la maternité

La trajectoire avec la Maternité de ce même Centre Hospitalier fut plus difficile. Bien que le chef de service obstétricien ait accueilli avec enthousiasme cette nouvelle collaboration, A. Chauvin fait le constat que tout est à faire pour sensibiliser les équipes à ses préoccupations concernant les relations parents-enfants et le bébé.

Il apparaît que l'enfant, en dehors de son intégrité physique, n'est alors pas la préoccupation première des services de maternité. Les obstétriciens sont davantage centrés sur la naissance et son déroulement dans sa conception organiciste, leur priorité est donnée à la technicité et non à l'écoute de l'accouchée et encore moins à l'observation des relations mère-bébé. Les demandes des obstétriciens sont alors rares et très loin de la collaboration initialement envisagée, se résumant à des avis ponctuels sur les troubles psychiatriques des mères nécessitant ou non un transfert en hôpital psychiatrique pour des soins.

Progressivement les réticences s'estompent, quelques médecins et sages-femmes viennent visiter l'unité mère-bébé et une confiance s'installe. A. Chauvin décrit que c'est alors principalement grâce aux sages-femmes qu'un travail collaboratif de prévention s'opère. Les sages-femmes repèrent des femmes en souffrance ou en difficulté avec leur bébé, les prennent en charge avec une écoute ajustée et les adressent en consultation à A. Chauvin si nécessaire. En 1993, une deuxième convention est signée entre les deux hôpitaux officialisant ce travail de partenariat. A. Chauvin se rend trois demi-journées par semaine au Centre Hospitalier de Haguenau.

Si les sages-femmes sont sensibilisées au dépistage des femmes vulnérables durant leur hospitalisation en maternité et en service de grossesses pathologiques, ce travail en prénatal est très insuffisant, voire inexistant. A. Chauvin y voit comme obstacle principal de tenter de

convaincre les médecins d'être attentifs pendant la grossesse à des signes en dehors de leur champ clinique habituel. Alors que prévenir la prématurité semble évident pour les gynécologues-obstétriciens, prévenir les troubles relationnels parents-bébés dans l'intérêt de l'enfant leur est encore difficile à repérer.

Elle constate une volonté grandissante de ces équipes à aborder globalement ces femmes, mais que rien ne les aide à ouvrir leur champ clinique habituel, notamment en raison de la surcharge de travail, et espère que les moyens leur seront donnés pour pouvoir continuer à développer ce travail si nécessaire en faveur de la santé globale des femmes, des bébés et des familles.

### **2.2.3 La collaboration avec les services de Protection Maternelle et Infantile et les services sociaux**

Le travail avec les équipes de PMI et les services sociaux de secteur date du début des années 1980. Les puéricultrices du secteur adressent des situations pour avis ou prise en charge pédopsychiatriques, accompagnent régulièrement ces familles à la consultation, travaillent en collaboration avec le service dans ces familles participent aux réunions concernant les familles suivies conjointement. La difficulté initiale a été de ne pas trop illusionner ces équipes des possibilités thérapeutiques, afin qu'elles ne mettent pas l'unité mère-bébé à la place du signalement qu'elles hésiteraient à faire.

Il est instauré une réunion trimestrielle, réunissant un des médecins responsables de la PMI, l'équipe de pédopsychiatrie et des représentants des services de maternité et de pédiatrie. Ces réunions sont un temps de réflexion collective autour de situations communes dans un but de coordination des actions de l'ensemble des partenaires.

#### **2.2.4 La collaboration avec les psychiatres**

C'est paradoxalement plus tardivement que le service de pédopsychiatrie aborde les services de psychiatrie adulte. Bien que professionnellement et géographiquement plus proches, les psychiatres du Centre Hospitalier de Brumath ont fait preuve de résistances plus importantes que les autres partenaires de proximité.

Dans les années 1987-1988, A. Chauvin rencontre un à un les collègues de psychiatrie adulte. Elle est alors surprise par le peu d'intérêt que suscite sa démarche. Dans la majorité des cas, il lui est renvoyé qu'ils ne sont confrontés à aucun problème de cet ordre. Pourtant elle fait également le constat que la plupart ignorent régulièrement si leurs patients ont des enfants, leur âge et leur mode de garde pendant les hospitalisations. Au-delà du sentiment de ne pas être entendue, A. Chauvin décrit que certains de ses collègues réfutent même ses inquiétudes, voire lui reprochent de vouloir faire venir des « bébés sains » à l'hôpital psychiatrique, ce qui leur paraît aberrant.

Ce sont des femmes psychiatres et mères de famille qui, les premières, sont sensibles à ses arguments. Ce sont elles qui, les premières, adressent des mères souffrant de pathologie mentale en consultation au Docteur A. Chauvin. Peu à peu, les autres psychiatres suivent.

#### **2.2.5 La collaboration avec l'Aide Sociale à l'Enfance**

Dans les années 1989-1990, A. Chauvin tente d'approcher la pouponnière départementale, persuadée de l'intérêt d'un travail en partenariat autour de situations familiales hautement pathologiques ayant nécessité la séparation de l'enfant et son accueil en institution. Malheureusement, cette proposition suscite peu d'enthousiasme et l'unité mère-bébé est très peu sollicitée.

Vers 1995, les services d'Aide Sociale à l'Enfance, responsables des placements familiaux, sollicitent davantage l'unité mère-bébé pour permettre à des mères avec des troubles psychiatriques d'établir des liens avec leur bébé placé, ainsi que pour soigner des mères et des bébés qui ont dû être transitoirement séparés du fait de graves troubles relationnels.

### **2.3 Des avancées fragiles**

Ce travail collaboratif avec les professionnels de proximité fait naître un réel intérêt à l'abord précoce des mères en souffrance psychique et leurs bébés, si bien que les demandes de prise en charge à l'unité mère-bébé augmentent nettement. Ce sont autant d'arguments dans les mains d'A. Chauvin, qui lui permettent d'atteindre un autre de ses objectifs quelques années plus tard, avec la création de l'unité d'hospitalisation à temps plein mère-bébé en 2007.

Le nombre de patients adressés en consultations est en augmentation constante, de même que le nombre de situations prises en charge en hôpital de jour et en hospitalisation à temps plein. La charge de travail s'intensifie à l'unité mère-bébé, le temps qu'A. Chauvin peut consacrer à sa présence effective au Centre Hospitalier de Haguenau diminue.

Dans le même temps, le Plan Périnatalité 2005-2007, qui promeut le recrutement de psychologues dans les services de pédiatrie et en maternité, permet le recrutement d'une psychologue au Centre Hospitalier de Haguenau. A. Chauvin voit dans le recrutement de cette psychologue, anciennement stagiaire à l'unité mère-bébé, un moyen de pérenniser le travail collaboratif entre la pédiatrie, la maternité et la pédopsychiatrie. Cette dernière intervient alors à mi-temps au Centre Hospitalier de Haguenau.

Alors que l'activité augmente au sein de l'Unité Mère-Bébé, les possibilités de présence effective d'A. Chauvin à la maternité et dans les services de pédiatrie se réduisent. Elle explique alors ne pas s'inquiéter de cette diminution de présence au sein de ces services, pensant le partenariat entre les équipes suffisamment institutionnalisé pour être pérenne.

A. Chauvin nous confiera, lors d'un entretien en février 2019, que malheureusement cela n'a pas été le cas. Elle constate qu'avec le départ de la maternité et de la pédiatrie de différents professionnels très impliqués, ainsi que par l'absence d'intervention directe de la pédopsychiatrie dans ces services, le travail en partenariat s'essouffle et les demandes d'intervention diminuent.

A. Chauvin nous fait part de son constat d'un travail laborieux de sensibilisation des partenaires intervenant auprès des mères et des bébés. Pour elle, la mise en place d'un travail en alliance a surtout été possible du fait de rencontres interpersonnelles.

**Si le travail de sensibilisation des acteurs de proximité tient surtout à une affaire de personnes, la pérennité de ce qui a été créé est très fragile. Il apparaît dès lors nécessaire de poursuivre ce travail de terrain, avec l'objectif d'instaurer un changement de culture en profondeur au sein du réseau périnatal.**

### **3. Une nouvelle dynamique locale propice au changement**

Nous intégrons ces unités alors qu'un élan de changement est à l'œuvre dans le service. Ce regard neuf porté sur la psychiatrie périnatale est très motivant et participe probablement pour beaucoup à notre propre mouvement de réflexion.

#### **3.1 Un abord neuf de la psychiatrie périnatale au sein du service**

**Au sein du service de pédopsychiatrie interviennent des changements de référents médicaux.**

En 2018, Sarah Sananès devient le médecin référent de l'unité ambulatoire en psychiatrie périnatale, en succédant à Annick Chauvin, qui est à l'origine de la création de l'unité ambulatoire trente ans plus tôt et de l'UMB dix ans plus tôt.

En 2019, Aude Triffaux-Ghesquieres devient quant à elle le médecin référent de l'Unité Mère-Bébé. Elle succède à Dominique Chabert puis Sophie Oswald, qui étaient à la tête de l'UMB depuis son ouverture.

Ces changements médicaux s'accompagnent d'une nouvelle dynamique en faveur d'une évolution des pratiques. Il nous semble que cet enthousiasme gagne l'ensemble du service de psychiatrie infanto-juvénile et donne une nouvelle place à la psychiatrie périnatale, moins cloisonnée.

**Au sein des unités de psychiatrie périnatale, probablement portée par l'élan de changement inauguré par l'arrivée de nouveaux référents médicaux, émerge une volonté collective de faire évoluer les pratiques.**

**Les équipes se mettent au travail individuellement et collectivement pour repenser les soins.** Il apparaît des objectifs clairs notamment d'une plus grande attention portée aux bébés dans les prises en charge, d'une harmonisation des pratiques au sein des équipes, ainsi que la volonté de poursuivre le développement d'un état d'esprit collectif.

Le pôle et les équipes se donnent les moyens de ces ambitions. **Une psychomotricienne spécialisée dans les prises en charge périnatales, Béatrice Thiebo, est recrutée en 2018.** Son expérience vient enrichir et étayer les réflexions à l'œuvre dans les équipes. Les réunions recherches, temps institutionnels hebdomadaires consacrés au travail de réflexion sur l'organisation des soins, font émerger de nouveaux projets de soins intégrant davantage l'attention portée au bébé, prérequis indispensable à un travail curatif et préventif en psychiatrie périnatale.

**Un projet de formation collective à l'approche piklérienne du bébé émerge.** Cette formation, menée par l'association Pikler-Loczy, est finalement dispensée en 2019, en deux sessions de deux jours, proposée à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en psychiatrie périnatale, des médecins aux secrétaires en passant par les équipes soignantes.

**S. Sananès souhaite également développer la prise en charge ambulatoire des mères, des bébés et des familles.** Cette activité ambulatoire notamment au domicile des familles, demande une mobilité et des moyens humains dont le service ne dispose malheureusement pas actuellement. C'est un axe de travail auquel il convient de s'atteler à moyen terme.

### **3.2 Une démarche de sensibilisation, d'information et de formation des partenaires locaux**

La santé psychique en périnatalité semble susciter localement un intérêt grandissant des partenaires de proximité. Le service de psychiatrie infanto-juvénile tient à répondre à cet élan et s'inscrit dans une volonté de sensibiliser les professionnels de proximité à la santé mentale périnatale. Le service de V. Triffaux, porté par l'énergie de S. Sananès, se mobilise pour informer et former les partenaires pluriprofessionnels de proximité.

Le service de pédiatrie d'un centre hospitalier local, avec lequel nous avons travaillé de façon rapprochée sur plusieurs situations, intrigué et enthousiasmé par l'efficacité de la prise en charge des familles qu'ils nous ont adressées, sollicitera une rencontre avec nos équipes et nos dispositifs. Cette **rencontre du service de pédiatrie et des unités de psychiatrie périnatale** a été l'occasion de comprendre les besoins et attentes de chacun dans son corps de métier.

Les gynécologues et obstétriciens se penchent sur la question de la santé mentale des femmes en périnatalité. C'est ainsi que **le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et son président I. Nisand ont invité aux 42<sup>ème</sup> Journées du CNGOF qui se sont tenues à Strasbourg en 2018, A. Gregoire président de la WAIMH au Royaume-Uni, et M. Dugnat**, pour présenter les enjeux d'une attention portée précocement à la santé mentale périnatale des femmes. S. Sananès a également été sollicité pour cette journée, pour une intervention aux cotés de F. Molénat et A-L. Sutter sur les enjeux éthiques en psychiatrie périnatale.

Dans le même temps, **le service de psychiatrie infanto-juvénile, à l'initiative de S. SANANÈS organise à l'EPSAN en 2018 une conférence de A. Gregoire sur les soins psychiques en périnatalité, complétée d'une intervention de M. Dugnat.** Ont été invités à cette

conférence les confrères des services de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie, de psychiatrie périnatale de l'EPSAN et des hôpitaux de la région, les partenaires locaux médicaux (généralistes, pédiatres, gynécologues et obstétriciens), les sages-femmes et puéricultrices des centres hospitaliers locaux et des services de PMI, mais également des personnalités politiques locales, ainsi que la presse locale.

### **3.3 Une inscription dans l'élan, les réflexions et les recherches nationales**

Le service de pédopsychiatrie, sous l'impulsion de S. Sananès, tient à inscrire l'unité mère-enfant de l'EPSAN dans les débats nationaux actuels en périnatalité et participe activement aux réflexions et recherches en cours.

Il participe notamment aux **journées des unités ambulatoires de soins conjoints**. Ces journées pluriannuelles regroupent les représentants des différentes unités ambulatoires de soins conjoints en France, avec pour objectif d'échanger sur les expériences locales, construire une réflexion commune sur les actions à mener et développer des référentiels de bonnes pratiques dans un but d'harmonisation des pratiques.

L'intervention de S. Sananès est également sollicitée régulièrement aux différentes journées nationales d'information et d'échanges sur les enjeux du développement de services spécialisés en santé mentale périnatale. Elle a notamment participé à **la Journée de Psypérinatalité organisée le 5 juin 2019 au Ministère des Solidarités et de la Santé, qui a vu naître l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale**, réunissant notamment l'association Maman Blues, le Collège de Psypérinatalité, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la Société Marcé Francophone (SMF), le groupe World Association for Infant Mental Health (WAIMH) France et la Fédération Nationale des Associations d'Aide Familiale Populaire (FNAAFP).

### **III. Notre projet : développer localement la prévention précoce en santé mentale périnatale**

#### **1. La genèse du projet**

Nous travaillons une année au sein des unités de psychiatrie périnatale du service de **pédopsychiatrie infanto-juvénile de Vivien Triffaux dans le Bas-Rhin**. Tout au long de cette année, nous nous découvrons un véritable intérêt personnel pour cette spécialité médicale passionnante et intégrons une équipe dynamique et motivée au sein de laquelle il est très enthousiasmant de travailler.

Notre expérience clinique auprès de ces familles en souffrance psychique suscite chez nous un vaste champ de réflexions et d'interrogations. **Nous avons l'intime conviction que l'offre de soins, bien qu'efficace, est sollicitée souvent trop tardivement, que nombre de situations nous échappent et qu'une intervention en amont aurait pu éviter des situations dramatiques.**

**Nos recherches dans la littérature confirment et précisent notre intuition clinique**, à savoir que : les troubles psychopathologiques parentaux en période périnatale ont un impact majeur sur la relation parent-enfant et le développement de l'enfant ; ces troubles psychopathologiques sont très insuffisamment repérés et pris en charge ; un dépistage et une intervention spécialisée précoce sont efficaces ; un travail collaboratif pluridisciplinaire coordonné est le prérequis fondamental à une action préventive efficace en santé mentale périnatale.

**Notre volonté de nous impliquer davantage sur ces questions rencontre un accueil chaleureux au sein du service**. Nos réflexions croisent les ambitions de S. Sananès de

développer la prise en charge ambulatoire précoce de ces familles, tandis que le chef de pôle V. Triffaux se montre attentif à notre demande d'intégrer ses équipes. Bien que n'ayant pas de possibilité de nous recruter en l'état actuel des effectifs, il met tout en œuvre pour créer avec nous un projet sur mesure. En effet, au même moment l'information émerge au sein du Centre Hospitalier qu'un projet de financement de postes d'assistants spécialistes à temps partagé de soutien à la démographie médicale est prévu par l'Agence Régionale de Santé.

**Nous nous mettons au travail pour monter un projet de création de poste d'assistant spécialiste à temps partagé en psychiatrie périnatale.** Nous rencontrons nos collègues des services de maternité et de pédiatrie du Centre Hospitalier de Haguenau. Bien que surpris de notre démarche, ils sont sensibles à notre souci d'une intervention précoce et coordonnée auprès des familles présentant une vulnérabilité psychique. Ils sont par ailleurs pleinement ouverts à l'idée de renforcer leurs équipes avec un pédopsychiatre, là où ils font état de difficultés de prises en charge de patients en souffrance psychique pour leurs équipes.

Dans le même temps, il nous apparaît clairement que tout ce chemin constitue une base de réflexion à un travail de thèse qu'il nous reste à définir en cette fin d'internat. **Nous élaborons un projet de thèse, sous la direction de S. Sananès, sur les enjeux d'une prévention précoce en santé mentale périnatale.** Ce travail de thèse représenterait les fondations de notre poste d'assistante à temps partagé.

C'est ainsi que tout a commencé.

## 2. Les objectifs

**Notre objectif principal** est de mettre en œuvre à l'échelle locale une politique de prévention en santé mentale à partir de la grossesse et de la naissance, en mobilisant les ressources des professionnels, afin d'organiser autour des familles vulnérables un réseau de soins précoces cohérents.

**Les objectifs de ce réseau** seraient de :

- constituer un réseau personnalisé d'aide autour de chaque situation, en coordonnant les actions entre l'intra et l'extra-hospitalier (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, sages-femmes, services de Protection Maternelle et Infantile), afin de garantir des soins cohérents et continus ;
- évaluer, dépister, repérer avec les soignants le risque psychopathologique concernant les parents et le futur enfant, dès le stade anténatal ;
- centraliser les demandes de consultations et déclencher des interventions précoces, afin d'éviter les pertes d'informations et les retards de prise en charge ;
- répondre rapidement à une demande de consultation, afin d'intervenir lorsque les familles et les professionnels en ont besoin, en restant synchrone au temps obstétrical ;
- soutenir et accompagner les professionnels de première ligne dans leur prise en charge de ces familles en souffrance psychique ;
- analyser les cas traités sous forme de formations pluridisciplinaires, pour faire évoluer les pratiques sur le plan clinique et des organisations fonctionnelles ;
- participer à des travaux de recherche en cours ou à venir, au niveau local et national, sur la santé psychique périnatale.

### 3. Les bénéficiaires

**Le public concerné** comprend :

- les femmes enceintes ou avec un projet de grossesse, les futurs parents et jeunes parents, présentant une vulnérabilité psychologique, sociale et/ou somatique ;
- les parents présentant des troubles du lien avec leur enfant ;
- les nourrissons présentant une vulnérabilité psychologique et/ou somatique, ou un trouble du développement psychoaffectif ;
- les mères, les pères et les bébés durant la période périnatale, englobant la période préconceptionnelle, anténatale, postnatale précoce et tardif.

**Les acteurs et partenaires concernés** sont tous les professionnels du secteur intervenant auprès des parents, des nourrissons et des familles en période périnatale, à savoir :

- les professionnels libéraux et hospitaliers,
- les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les psychiatres et pédopsychiatres,
- les sages-femmes et puéricultrices,
- les services de PMI et les services sociaux,
- le service d'aide sociale à l'enfance.

#### **4. Les moyens : la création d'un poste d'assistant spécialiste partagé**

##### **4.1 Description du dispositif**

Le financement de postes d'assistants spécialistes partagés s'inscrit dans le cadre du soutien aux ressources humaines en santé, priorité de l'ARS Grand Est, traduite dans le projet régional de santé.

Il s'agit ici d'un **poste d'assistant spécialiste à temps partagé** entre :

**Le secteur de pédopsychiatrie 67102 – Chef de pôle : Dr Vivien TRIFFAUX**

**EPSAN – 141 avenue de Strasbourg – BP 184 – 67173 Brumath Cedex**

50 % à 70 % du temps

***ET***

**Le pôle femme-enfant – Chef de pôle : Dr Vincent ZERR –**

**Chef de service de pédiatrie : Dr Didier EYER**

**Centre Hospitalier de Haguenau – 64 avenue du Professeur Leriche – 67500 Haguenau**

30 % à 50 % du temps

Ce poste est créé pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2019 au 31 octobre 2021.

**L'objectif à terme est de pouvoir pérenniser ce poste et ses missions par la création d'un poste de praticien hospitalier à temps partagé.**

## **4.2 Les objectifs**

**L'objectif principal de ce poste d'assistant spécialiste à temps partagé est de contribuer au développement d'un réseau de prévention et de soin global en période périnatale au niveau local.**

Sur la période impartie de deux ans, il s'agira de se concentrer dans un premier temps sur le développement d'un travail collaboratif avec les services de gynécologie-obstétrique, de maternité et de pédiatrie néonatale du centre hospitalier de Haguenau.

L'idée est de s'appuyer sur le partenariat historiquement établi, de le renforcer et de le redéfinir. Cette base solide constituera le point de départ du déploiement et du développement d'un travail de réseau, pérenne, étendu à l'ensemble des acteurs du secteur.

**Notre objectif, au sein du pôle femme-enfant du centre hospitalier général, est de permettre une prise en charge préventive et curative précoce, cohérente et coordonnée :**

- **des pathologies psychiatriques périnatales des parents**
- **des troubles précoces du lien parents-enfants**
- **des troubles du développement psycho-affectifs des bébés**

Structurer ce travail collaboratif de prévention et de soins périnataux nécessite le développement d'une confiance mutuelle entre les services de pédopsychiatrie, de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie. Notre travail de mise en lien pour une connaissance réciproque des services, des équipes, des dispositifs de soins, des attentes et besoin de chacun est le prérequis à la mise en œuvre d'un projet commun au service de la prise en charge globale des familles.

## 4.3 Les missions

### 4.3.1 Une activité clinique

Nous aurons dans nos missions :

- **une activité clinique directe :**
  - auprès des futurs parents et parents,
  - par des consultations périnatales, allant du préconceptionnel à l'anténatal et au post-partum tardif, en passant par le post-partum immédiat,
  - sur les deux sites, au sein de l'unité ambulatoire de soins conjoints et du CMP du service de pédopsychiatrie, ainsi qu'au sein même des services de maternité et de pédiatrie néonatale pour être synchrone au temps obstétrical et pédiatrique.

Une activité au sein même du service de pédiatrie et de gynécologie permet un dépistage et une prise en charge spécialisée très précoce quand elle est nécessaire, et d'engager une relation sur un mode plus rassurant avec les familles, qui jusque-là échappent très probablement aux soins, du fait d'une méconnaissance et de réticences vis-à-vis de la psychiatrie.

- **une activité clinique indirecte :**
  - auprès des professionnels de première ligne des services de gynécologie obstétrique, de maternité et de néonatalogie,
  - en étant un soutien aux équipes de ces services, qui sont en première ligne face à la souffrance psychique des familles,
  - par la participation aux staffs de ces services, aux staffs pluriprofessionnels médico-psycho-sociaux et à l'organisation de temps de reprises pour les équipes.

### 4.3.2 Une activité d'information et de formation aux équipes

Ce travail collaboratif de prévention en santé mentale périnatale ne peut se concevoir que s'il est accompagné d'une formation des intervenants, comme le préconisent les hautes instances de santé.

Selon nous, il s'agira de :

- **redéplier la question de la formation à l'entretien prénatal précoce.** Cet outil est sous et/ou mal exploité alors qu'il représente un outil potentiellement décisif en matière de prévention. Il est un temps dédié au repérage très précoce des vulnérabilités et à l'organisation de la prise en charge ajustée des familles.
- **proposer une formation sur le modèle de « reprise des cas de morbi-mortalité » (RMM).** L'objectif est de revenir collectivement et de façon pluridisciplinaire sur des situations complexes, de penser ensemble les situations de vulnérabilité, dans un but de formation continue et pluridisciplinaire des équipes.

### 4.3.3 Une activité de recherche

Un travail ajusté auprès des familles doit se faire en application des recommandations de bonnes pratiques. S'inscrire dans les réflexions nationales et les recherches en psychiatrie périnatale apparaît fondamental. Notre travail doit également se construire localement, autour d'une réflexion commune sur nos pratiques collectives.

Notre travail de recherche pourrait consister à :

- **créer un outil structuré de recueil des demandes de prise en charge,**
- **créer un protocole d'adressage,**
- **créer un outil de recensement des situations cliniques** en vue de réaliser des cohortes de recherche pour des études prospectives,
- **créer un outil d'aide au repérage des situations à risque** et des facteurs de vulnérabilité,
- **participer à des études nationales** transdisciplinaires en périnatalité.

Ces axes de recherches représentent ce qu'il nous semblerait pertinent de mettre en place, mais restent des propositions à soumettre à nos partenaires et à confronter à leurs propres attentes et suggestions. Des temps communs de réflexion seront nécessaires à la mise en place de ce travail de partenariat. Il pourra s'agir de **développer par exemple un temps institutionnel du réseau de périnatalité** pour penser l'activité, le dispositif de soin, le travail en réseau et le développement d'outils.

En tout état de cause, **il nous apparait fondamental d'évaluer l'évolution de l'activité**, à savoir une évaluation qualitative et quantitative de l'évolution des demandes de prise en charge avant et après notre intervention dans ces services. Nous sommes convaincue que le nombre de familles prise en charge doit augmenter, donc que l'activité va se développer. Ces chiffres permettront de légitimer l'importance de déployer des moyens financiers, humains et matériels, au service de la santé mentale périnatale.

**Nous poursuivons une étude en cours localement s'appuyant sur le protocole d'étude de l'équipe de liaison en psychiatrie périnatale PPUMMA en région parisienne.** Leur étude

montre notamment que l'activité de leur unité en maternité a quasiment été multiplié par trois entre 2008, date de sa création, et 2015 [218].

**L'idée est de mener localement une étude comparable, qui permettra de :**

- **développer un argumentaire chiffré en faveur du déploiement local de moyens au service de la promotion de la santé mentale périnatale,**
- **confronter nos résultats à l'échelle nationale, dans la perspective d'une réflexion plus large en matière de santé mentale périnatale.**

Nous avons conscience que le développement d'une politique locale de prévention en santé mentale périnatale est un projet ambitieux et complexe, pour lequel nous ne nous faisons pas d'illusion quant aux difficultés à venir. Pour autant nous intégrons une équipe dynamique et enthousiaste et nous sommes convaincue du bien-fondé de notre démarche, il n'y a pas de raison pour que nos partenaires n'en soient pas convaincus à leur tour.

## CONCLUSION

---

Une approche globale des mères, des pères, des bébés et des familles, autour de la grossesse et de la naissance, s'impose. Une plus grande attention portée au bien-être psychique en période périnatale apparaît fondamentale.

La littérature confirme de façon alarmante notre intuition clinique. En effet, les troubles psychopathologiques des mères, et des pères, sont non seulement extrêmement fréquents, mais ont des conséquences potentiellement dramatiques. Ils peuvent conduire des mères au suicide, entraver considérablement les interactions parent-bébé, et impacter significativement le développement de l'enfant, avec des conséquences à long terme sur l'adulte en construction. Par ailleurs, les chercheurs font état d'insuffisances notables tant dans le dépistage que dans la prise en charge de ces troubles. Il est pourtant démontré qu'une intervention précoce en santé mentale périnatale est efficace. De récentes études font même état de perspectives d'économies considérables résultant de ces actions préventives.

Le développement d'une politique de prévention précoce en santé mentale est un enjeu majeur de santé publique. Une mobilisation des professionnels en périnatalité, en faveur de la santé mentale périnatale, émerge récemment. Si cette mobilisation a d'ores et déjà fait ses preuves au Royaume-Uni, l'alliance française est quant à elle en cours de création.

Ce nouvel élan national retentit localement. Alors que nous intégrons une unité de soins en psychiatrie périnatale, notre projet tient à soutenir la prévention en santé mentale périnatale à l'échelle locale. Le développement d'un travail collaboratif avec les partenaires de proximité apparaît central, en particulier avec les maternités du secteur. Les réseaux de soins en périnatalité, dans leur pluridisciplinarité, se doivent d'être organisés et cohérents.

Si la psychiatrie périnatale connaît des avancées décisives ces dernières années, les défis à relever restent importants. Il est à présent nécessaire d'œuvrer tous ensemble pour une intervention précoce, coordonnée et graduée, en santé mentale périnatale.

VU

Strasbourg, le 26 Juillet 2019

Le président du Jury de Thèse

Professeur Carmen M. SCHRODER  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG  
Service de Pédiatrie Générale  
Tél : 03 88 11 53 13 - Fax : 03 88 11 53 14  
N° 554 - 11047213



Professeur Carmen SCHRODER

VU et approuvé

Strasbourg, le **19 AOUT 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Pour le Doyen,  
L'Assesseur  
Pr. Bernard GOICHOT



## ANNEXES

### ANNEXE 1. Echelle EPDS « Edinburgh Postnatal Depression Scale »

#### Echelle EPDS « Edinburgh Postnatal Depression Scale » [42,70]

Vous allez avoir un bébé ou vous venez d'en avoir un. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

#### Voici un exemple :

*Je me suis sentie heureuse :*

- *Oui tout le temps*
- ***Oui la plupart du temps***
- *Non pas très souvent*
- *Non pas du tout*
- 

*Cela signifiera :*  
 « *Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler* ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

#### PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER :

**1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :**

Aussi souvent que d'habitude  
 Pas tout à fait autant  
 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci  
 Absolument pas

**2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :**

Autant que d'habitude  
 Plutôt moins que d'habitude  
 Vraiment moins que d'habitude  
 Pratiquement pas

**3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal :**

Non, pas du tout  
 Presque jamais  
 Oui, parfois  
 Oui, très souvent

**4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :**

Non, pas du tout  
 Presque jamais  
 Oui, parfois  
 Oui, très souvent

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :**

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

**6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements :**

Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :**

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, pas du tout

**8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse :**

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Pas très souvent

Non, pas du tout

**9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :**

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Seulement de temps en temps

Non, jamais

**10. Il m'est arrivé de penser à me faire mal :**

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0. Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3. Le total est calculé en additionnant les résultats des 10 items. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

L'étude de N. Guedeney définit le **score-seuil à 11** (pour une logique clinique) avec une sensibilité égale à 0,80, une spécificité égale 0,92, une valeur prédictive positive à 0,92 et une valeur prédictive négative à 0,81.

## **ANNEXE 2. Règles de prescription des psychotropes en cas de grossesse et/ou d'allaitement**

### **Règles générales de prescription durant la grossesse ou en cas d'allaitement [3] :**

- 1.** Préférer un traitement psychothérapeutique au traitement par psychotrope, pour les troubles modérés chez les patientes à bas risque.
- 2.** Déterminer les situations à très haut risque de rechute ou de récurrences :
  - les dépressions majeures sévères traitées durant la grossesse ou en prénatal,
  - les troubles bipolaires difficilement équilibrés ou avec de nombreux épisodes,
  - les antécédents de psychose puerpérale.
- 3.** Respecter quelques modalités de prescription lorsqu'elle apparaît nécessaire :
  - Prescrire à dose minimales efficaces, éviter les associations, choisir les psychotropes qui ont fait leurs preuves chez la patiente ;
  - En cas d'allaitement : vérifier l'état clinique du nouveau-né et au moindre doute ses fonctions rénales et hépatiques ; proscrire les psychotropes si l'enfant est prématuré, ou éventuellement l'allaitement ; conseiller une prise unique après la tétée du soir ; alterner éventuellement avec l'allaitement au biberon ; utiliser les produits dont la concentration plasmatique chez le nouveau-né est la plus faible et les effets indésirables connus les moins marqués.
- 4.** Monitoring : tenir compte du volume de dilution croissant au cours de la grossesse et s'effondrant en post partum, particulièrement pour certains produits (lamotrigine, lithium) ; vérifier le taux plasmatique régulièrement.
- 5.** Plus discuté, car empirique :
  - Éviter le premier trimestre (mais risque de rechute) ;
  - Réduire progressivement le dosage à l'approche du terme pour éviter les syndromes périnataux (mais date du terme peu prévisible, efficacité discutée, risque de rechutes).

## ANNEXE 3. Les facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse. Recommandations de la Haute Autorité de Santé HAS

Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité  
Recommandations de la Haute Autorité de Santé HAS [202]

→ Définition de la vulnérabilité :

*La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».*

→ Principaux facteurs de vulnérabilité :

- Les antécédents obstétricaux mal vécus : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- La violence domestique, en particulier conjugale.
- Le stress traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber.
- L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- Un épisode dépressif durant la grossesse se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- La dépression du post-partum est fréquente. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale).
- La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- Le risque social est lié à des événements qui pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- La naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] DUGNAT M., ARAMA M. 1999. Patern(al)ité et matern(al)ité. In DUGNAT M. Devenir père, devenir mère, Toulouse, Eres.
- [2] MISSONNIER S. 2003. La consultation thérapeutique périnatale, Toulouse, Eres.
- [3] DAYAN J. 2014. Psychopathologie de la périnatalité. Paris, Masson.
- [4] BENEDEK T. 1959. Parenthood as a developmental phase. A contribution to the libido theory. J. Am. Psychoanal. Assoc, 7, 389-417.
- [5] BIBRING G. L., et al. 1961. A study of the psychological processes in pregnancy and on the earliest mother-child relationship. Psychoanal. Study Child, 16, 9-27.
- [6] BYDLOWSKI M. 1997. La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité. Le fil rouge, PUF, Paris, 6<sup>e</sup> ed. mise à jour 2008.
- [7] SUTTER-DALLAY AL., GUEDENEY N. 2010. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. EMC Elsevier Masson SAS, Paris, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-20.
- [8] MAZET P., LEOVICI S., SIMONNOT AL. 1998. Psychiatrie périnatale, une pratique, un concept. Psychiatrie périnatale, Paris, PUF.
- [9] ESQUIROL E. 1938. Traité des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal.
- [10] MARCE LV. 2002. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris, L'Harmattan.
- [11] SUTTER AL., BOURGEOIS M. 1996. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. Paris, PUF.
- [12] CHARDEAU P., LAFONT V. 2007. Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. EMC Elsevier Masson SAS, Paris, Psychiatrie, 37-170-A-10.
- [13] DOUGLAS G. 1956. Psychotic mothers. Lancet, 2, 124.

- [14] MAIN TF. 1958. Mothers with children in a psychiatric hospital. *Lancet*, 2, 845-7.
- [15] BAKER AA., MORISSON M., GAME JA. 1961. Admitting schizophrenic mothers with their baby. *Lancet*, 2, 237-9.
- [16] RACAMIER PC., SENS C., CARRETIER L. 1961. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol Psychiatr*, Paris, 26, 525-70.
- [17] LEMPERIERE T., ROUILLON F., LEPINE JP. 1984. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. EMC Elsevier Masson SAS, Paris, Psychiatrie, 37-660-A-10.
- [18] SUTTER AL., BOURGEOIS M. 1996. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. Paris, PUF.
- [19] CHARDEAU P., LAFONT V. 2007. Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. EMC Elsevier Masson SAS, Paris, Psychiatrie, 37-170-A-10.
- [20] KUMAR R., ROBSON KM. 1984. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*, 144, 35-47.
- [21] BROCKINGTON I. 1996. Motherhood and mental health. Oxford, Oxford University Press.
- [22] THELANDER HE. 1972. Maternal guilt, prenatal ant perinatl insults, and psychiatric guiance. *Pediatrics*, 50, 342.
- [23] PITT B. 1968. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry*, 114, 1325-35.
- [24] MORIN P., GUILLY P., BADIN J., CHOUKROUN J. 1952. Etiology of certain puerperal psychoses. *Bull Fed Soc Gynecol Obstet Lang Fr*, 4, 600-2.
- [25] BALDUZZI E. 1951. Puerperal, psychosis ; attempted pathogenic interpretation. *Encephale*, 40, 11-43.
- [26] GAYRAL L., FERRIER Y., GLEIZES L. 1950. Puerperal psychoneuroses ; treatment and prognosis. *Toulouse Med*, 51, 323-36.
- [27] MURRAY L., COOPER PJ., STEIN A. 1991. Postnatal depression and infant development. *BMJ* 1991, 302, 978-9.

- [28] FIELD T., HEALY B, GOLDSTEIN S., PERRY S., BENDELL D., SCHANBERG S., et al. 1988. Infants of depressed mothers show “depressed” behavior even with non-depressed adults. *Child Dev*, 59, 1569-79.
- [29] STERN G., KRUCKMAN L. 1983. Multidisciplinary perspectives on postpartum depression : an anthropological critic. *Soc Sci Med*, 17, 1027-41.
- [30] THURTLIE V. 1995. Postnatal depression : the relevance of sociological approaches. *J Adv Nurs*, 22, 416-24.
- [31] WHITTON A., WARNER E., APPLEBY L. 1996. Maternal thinking and the treatment of postnatal depression. *Int Rev Psychiatry*, 8, 73-8.
- [32] DUGNAT M. 2004. Résistance à la prévention, reconnaissance de la périnatalité psychique. *Info Psy*, 80, 611-7.
- [33] DUGNAT M. 2002. Santé mentale et psychiatrie périnatale : renouveler l’approche de la prévention. *Dialogue Can Philos Assoc*, 157, 29-41.
- [34] BROWN GW., Harris T. 1982. Disease, distress and depression. A comment. *J Affect Disord*, 4, 1-8.
- [35] O’HARA MW. 1997. The nature of post partum disorders. In MURRAY L., COOPER PJ., editors. *Postpartum depression and childhood development*. NewYork, Guilford Press, 3-10.
- [36] MILGROM J., MARTIN PR., NEGRI L. 2000. *Treating postnatal depression. A psychological approach for health care practitioners*. Chichester, Wiley.
- [37] GUEDENEY N., JEAMMET P. 2001. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d’orientation thérapeutique. *Devenir*, 13, 51-64.
- [38] DAYAN J. 2014. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris, Masson.
- [39] COOPER PJ., MURRAY L. 1995 Course and recurrence of post natal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*, 166, 191-5.
- [40] Association américaine de psychiatrie (APA). 2013. *DSM V Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*. Paris, Masson.

- [41] Organisation mondiale de la santé. 1993. CIM-10 Classification internationale des maladies : 10<sup>e</sup> révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : description clinique et descriptives pour le diagnostic. Genève : OMS, Masson, Paris, 305.
- [42] COX JL., HOLDEN JM., SAGOVSKY R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J. Psychiatry*, 150, 782-786.
- [43] O'HARA MW., SCHLECHTE JA., LEWIS DA., WARNER MW. 1991. Controlled prospective study of postpartum mood disorders : psychological, environmental and hormonal variables. *J Abnorm Psychol*, 100, 63-73.
- [44] COX JL., MURRAY D., CHAPMAN G. 1993. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*, 163, 27-31.
- [45] HOLT WJ. 1995. The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *N Z Med J*, 108(994), 57-59.
- [46] HERON J., et al. 2004. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorder*, 80, 65-73.
- [47] HENDRICK V., ALTSHULER L., STROUSE T., GROSSER S. 2000. Post partum and non post partum depression : differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression Anxiety*, 11(2), 66-72.
- [48] KUMAR R. 1994. Postnatal mental illness : a transcultural perspective. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 29(6), 250-264.
- [49] BLACKMORE ER. et al. 2013. Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with post-partum psychosis. *Bipolar Disord*.
- [50] ROBERTSON E. et al. 2004. Antenatal risk factors for post-partum depression : a synthesis of recent littérature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- [51] MAHON PB. et al. 2009. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry*, 166(11), 1229-1237.
- [52] BECK CT. 2001. Predictors of post-partum depression an update. *Nurs Res*, 50,275-285.

- [53] HOEDJES M. et al. 2011. Post-partum depression after mild and severe preeclampsia. *J Womens Health Larchmt*, 20(10), 1535-1542.
- [54] NIELSEN D. et al. 2000. Post-partum depression : identification of women risk. *BJOG : An international Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1210-1217.
- [55] BRUGGEMANN O. M. et al. 2007. Support to woman by a companion of her choice during childbirth : a randomized controlled trial. *Report Health*, 4, 5.
- [56] RICH-EDWARDS JW. et al. 2011. Lifetime maternal experience of abuse and risk of pre-natal depression in two demographically distinct populations in Boston. *Int J Epidemiol*, 40(2), 375-384.
- [57] LA COURSIERE DY., HIRST KP., BARRET-CONNOR E. 2012. Depression and pregnancy stressors affect the association between abuse and post partum depression. *Matern Child Health J.* 16(4), 929-935.
- [58] MALTA LA., et al. 2012. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting moral in the early post-partum : a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 12, 153.
- [59] BIFULCO A., et al. 1998. Predicting depression in women : the role of past and present vulnerability. *Psychol. Med*, 28,39-50.
- [60] COLE P., et al. 1992. Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse Negl*, 16, 239-249.
- [61] MURRAY L., et al. 1996. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Dev. Med. Child Neurol*, 38, 109-119.
- [62] RADESKY-YARROW M., et al. 2013. Inconsolable infant crying and maternal post partum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131(6), 1857-1864.
- [63] LYONS JS., et al. 1996. Service delivery using consumer staff in a mobile crisis assessment program. *Community mental health journal*, 32(1), 33-40.
- [64] BAKER AA., et al. 1961. Admitting schizophrenic mother with their babies. *The lancet*, 278(7196), 237-239.

- [65] OATES M., et al. 2003. Perinatal psychiatric disorders : a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin*, 67(1), 219-229.
- [66] GROTE NK., et al. 2009. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric services*, Washington, DC, 60(3), 313.
- [67] NANZER N., et al. 2012. Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 15(4), 259-268.
- [68] NARDI B., et al. 2012. Is the cognitive-behavioral therapy an effective intervention to prevent the postnatal depression ? A critical review. *Int J Psychiatry Med*, 43(3), 211-225.
- [69] DENNIS CI. 2005. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression : systematic review. *BMJ*, 331(7507), 152.
- [70] GUEDENEY N., FERMANIAN J. 1998. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*, 13(2), 83-89.
- [71] ANDERSON L. et al. 2004. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol*, 104, 467-476.
- [72] WU J., et al. 1989. Depressive symptoms during pregnancy : relationship to poor health behavior. *Am J Obstet Gynecol*, 160, 1107-1111.
- [73] GRAVEREAU-VANECKE E. 2004. Etude des facteurs associés aux dépression périnatales et comparaison ente dépression pré et postnatal. Mémoire de Master en Méthodologie et statistique en recherche biomédicale. Paris V.
- [74] BUNEVICIUS R., et al. 2009. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88, 599-605.
- [75] DAYAN J., et al. 2010. Developmental model of depression applied to parental depression : role of present and past life event, past emotional disorders and pregnancy stress. *PLoS One*, 5(9), e12942.

- [76] GATRELL C. 2005. *Hard labour : The sociology of parenthood*. Maidenhead : Open University Press.
- [77] HIEM C., et al. 2008. The link between childhood trauma and depression : insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710.
- [78] PAKENHAM KI., SMITH A., RATTAN SL. 2007. Application of stress and coping model ta antenatal depressive symptomatology. *Psychol Health Med*, 12(3), 266-277.
- [79] MOLONEY JC. 1952. Post-partum depression or the day depression following childbirth. *New Orleans Child and Parents Digest*, 6, 20-32.
- [80] VICTOROFF VM. 1952. Dynamics and management of parapartum neuropathic reactions. *Dis. Nerv. Syst.*, 10, 291-298.
- [81] STEIN G. 1982. The maternity blues. In BROCKINGTON IF. & KUMAR R. (Eds), *Motherhood and mental illness*. London, Academic Press.
- [82] KENNERKEY H., GATH D. 1989. Maternity blues 1. Detection and measurement by questionnaire. *Br. J. Psychitary*, 155, 356-362.
- [83] SUTTER AL., et al. 1995. Post-partum blues et dépression postnatale. Etude d'un échantillon de 104 accouchées. *Ann. Med. Psychol*, 153, 414-417.
- [84] EDHBORG M. 2008. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months post-partum : a study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci*, 22(2), 186-195.
- [85] RECK C., et al. 2009. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three month pst-partum. *J Affect Diord*, 113(1-2), 77-875.
- [86] TERP IM., MORTEN PB. 1998. Post partum psychose. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *Br J Psychiatry*, 172, 521-526.
- [87] HARLOW BL., et al. 2007. Incidence of hospitalization for post-partum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry*, 64(1), 42-48.

- [88] HAYS P., DOUGLAS A. 1984. A comparison of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of maniac-depression. *Acta. Psychiatr. Scand*, 69, 177-181.
- [89] BROCKINGTON IF., MEAKING C. 1994. Clinical clues to the aetiology of puerperal psychosis. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 18, 417-429.
- [90] PLATZ C., KENDELL RE. 1988. A matched-control follow-up and family study of « puerperal psychosis ». *Br. J. Psychiatry*, 153, 90-94.
- [91] RHODE A., MARNERO A. 1993. Post-partum psychosis, onset and long term course. *Psychopathology*, 26, 203-204.
- [92] HERON J., et al. 2007. No latent period in the onset of bipolar affective puerperal psychosis. *Arch Womens MentHealth*, 10(2), 79-81.
- [93] DEAN C., KENDELL R. E. 1981. The symptomatology of puerperal illness. *Br. J. Psychiatry*, 139, 128-133.
- [94] KUMAR RC., ISAACS S., METZLER E. 1983. Recurrent post-partum psychosis : a model for prospective clinical investigation. *Br. J. Psychiatry*, 142, 618—20.
- [95] ROBERTSON E., et al. 2005. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 186, 258-259.
- [96] BLACKMORE EC., et al. 2006. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 188, 32-36.
- [97] BENVENUTI P., et al. 1992. Puerperal psychosis : a clinical case study with follow-up. *J. Affect. Disord.*, 26, 25-30.
- [98] MARKS MN., et al. 1991. Life stress and post partum psychosis : a preliminary report. *Br. J. Psychiatry*, 158, 45-49.
- [99] DAYAN J. 2013. Accueillir fantasmatiquement l'enfant : la part maternelle de la transmission révélée par l'anxiété périnatale. *Dialogue*(4), 55-64.
- [100] SEGUIN L., et al. 1999. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*, 26, 157-163.

- [101] LINDAHL V., PEARSON JL., COLPE L. 2005. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 8(2), 77-87.
- [102] SAMANDARI G., et al. 2011. Are Pregnant and Postpartum Women: At Increased Risk for Violent Death ? Suicide and Homicide Findings from North Carolina. *Matern Child Health J*, 15(5), 660–9
- [103] DARVES-BORNOZ JM., GAILLARD P., DEGIOVANNI A. 2001. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant, *Encycl Med Chir. Editions Scientifiques et Médicales, Elsevier SAS, Paris, Gynécologie-obstétrique, 5046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10.*
- [104] APPLEBY L. 1991. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*, 302 (6769), 137–40.
- [105] QIN P., et al. 2000. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*, 177(6), 546–50.
- [106] BOUCHIAT-COUCHOURON S., et al. 2009. Conduites suicidaires au cours de la maternité. *Rev Prat*, 59, 1051-57.
- [107] INSERM. 2013. Les morts maternelles en France, mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009 [en ligne]. Consulté le 9/4/2019. <URL : <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>>.
- [108] SCHORE AN. 1994. *Affect regulation and the origin of the self : the neurobiology of emotional development.* Hillsdale NJ, Erlbaum.
- [109] LI D., LIU L., ODOULI R. 2009. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery : a prospective cohort study. *Hum Reprod*, 24, 146-153.
- [110] ORR ST., et al. 2007. Depressive symptoms and indicators of maternal health status pregnancy. *J Womens Health, Larchmt*, 16, 535-542.
- [111] FIELD T., et al. 2003. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger : effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety*, 17, 140-151.

- [112] HOFFMAN S., HATCH MC. 2000. Depressive symptomatology during pregnancy evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancy of lower social class women. *Health Psychol*, 19, 535-543.
- [113] ZUCKERMAN B. 1989. Depressive symptoms during pregnancy : relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol*, 160, 1107-1111.
- [114] MURRAY L., COOPER PJ., STEIN A. 1991. Postnatal depression and infant development. *BMJ*, 302(6783), 978-979.
- [115] O'DONNELL KJ., et al. 2012. Maternal prenatal anxiety and downregulation of placenta 11 $\beta$ -HSD2. *Psyconeuroendocrinology.*, 37(6), 818-826.
- [116] TALGE NM., NEAL C., GLOVER V. 2007. 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*, 48, 245-61.
- [117] PHILLIPS DI. 2007. Programming of the stress response: a fundamental mechanism underlying the long-term effects of the fetal environment ? *J Intern Med*, 261, 453-60.
- [118] COTE F., et al. 2007. Maternal serotonin is crucial for murine embryonic development. *Proc Natl Acad Sci USA*, 104, 329-34.
- [119] MISRI S., et al. 2004. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Can J Psychiatry*, 49, 684-689.
- [120] DAYAN J., YOSHIDA K. 2007. Psychological and pharmacological treatments of mood and anxiety disorders during pregnancy and post-partum. Review and synthesis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod, Paris*, 36, 530-548.
- [121] CHUNG TK., et al. 2001. Ante-partum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med*, 63, 830-834.
- [122] FIELD T., et al. 2004. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development*, 2752, 216-229.
- [123] FIELD T., et al. 2010. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29.

- [124] HENRIQUES JB., DAVIDSON RJ. 1990. Regional brain electrical asymmetries discriminate between previously depressed and healthy control subjects. *J Abnorm Psychol*, 99(1), 22-31.
- [125] GERARDIN P. 2012. Spécificités et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du 3e trimestre de grossesse au 12<sup>e</sup> mois de l'enfant. *Neuropsych Enf Ado*, 138-146.
- [126] COHN JF., et al. 1990. Face-to-face interaction of post-partum depressed and non-depressed mother-infant pairs at 2 months. *Dev. Psychol.*, 26, 15-23.
- [127] FIELD T. 1984. Early interactions between infants and their post-partum depressed mothers. *Infant Behav. Dev*, 7, 527-537.
- [128] RIGHETTI-VELTEMA M., et al. 1996. Effets observés chez l'enfant de la dépression maternelle du post-partum à 3 mois et à 18 mois – Résultats d'une recherche épidémiologique sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. In J. Manzano (Ed.), *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*. Genève, Ed. Médecine et Hygiène.
- [129] STERN DN. 1989. *Le monde interpersonnel du nourrisson, une perspective psychanalytique et développementale*. Paris, PUF.
- [130] QUINTON D., RUTTER M. Parents with children in care. 1984. Current circumstances and parenting. *J Child Psychol Psychiatry*, 25, 211-29.
- [131] MARTINS C., GAFFAN EA. 2000. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment : a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry*, 41, 737-46.
- [132] HAY DF., KUMAR R. 1995. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence : a critique and re-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev*, 25, 165-81.
- [133] HAY DF., et al. 2001. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry*, 42, 871-89.
- [134] MURRAY L., et al. 1996. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 37, 927-35.

- [135] KURSTJENS S., WOLKE D. 2001. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *J Child Psychol Psychiatry*, 42, 623-36.
- [136] SUTTER-DALLAY AL., et al. 2009. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Infant Behav Dev*.
- [137] PETERSON SM., ALBERS AB. 2001. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev*, 72, 1794-813.
- [138] SINCLAIR D., MURRAY L. 1998. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. *Br J Psychiatry*, 172, 58-63
- [139] MORRELL J., MURRAY L. 2002. 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*, 44, 489-508.
- [140] PAWLBY S., et al 2009. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring : prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord*, 113(3), 236-243.
- [141] KUMAR RC. 2001. Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson. « L'enfant de n'importe qui ». *Devenir*, 13, 47-75.
- [142] LI X., SUNDQUIST J., SUNDQUIST K. 2007. Age-specific familial risks of psychotic disorders and schizophrenia : a nation-wide epidemiological study from Sweden. *Schizophr Res*, 97, 43-50.
- [143] SCOURFIELD J., MCGUFFIN P. 1999. Familial risks and genetic counselling for common psychiatric disorders. *Adv Psychiatr Treat*, 5, 39-45.
- [144] CURRIER D., et al. 2006. Sex differences in the familial transmission of mood disorders. *J Affect Disord*, 95, 51-60.
- [145] BENNEDSEN BE., et al. 2001. Congenital malformations, stillbirths, and infant deaths among children of women with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 674-679.

- [146] NILSSON E., et al. 2002. Women with schizophrénia : pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophr Res*, 58(2-3), 221-229.
- [147] WALKER E., EMORY E. 1983. Infants at risk for psychopathology : Offspring of schizophrenic parents. *Child Development*, 54, 1269-1285.
- [148] MCNEIL TF. 1987. A prospective of postpartum psychoses in a high-risk group : 2. Relationship to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 35-43.
- [149] SCHUBERT EW., BLENNOW G., MCNEIL TF. 1996. Wakefulness and arousal in neonates born to women with schizophrenia : diminished arousal n dits association with neurological deviations. *Schizophr Res*, 22, 49-59.
- [150] FISH B. 1987. Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. *Schizophr Bull*, 13, 395-409.
- [151] LAMOUR M. 1985. Des nourrissons avec leurs mères psychotiques. *Revue de Pédiatrie*, 7, 327-334.
- [152] LAMOUR M. 1989. Les nourrissons de parents psychotiques. In S. Lebovici, F. Weil-Halpern (Eds), *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF.
- [153] RIORDAN D., APPLEBY L., FARAGHER B. 1999. Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychol Med*, 29(4), 991-995.
- [154] WAN MW., et al. 2007. What predict poor mother-infant interaction in schizophrenia ? *Psychol Med*, 37(4), 537-546.
- [155] CORRIGAN PW., GREEN M. F. 1993. Schizophrenic patients' sensitivity to social cues : the role of abstraction. *American Journal of Psychiatry*, 150, 589-594.
- [156] NASLUND B., et al. 1984. Deviations on exploration, attachment, and fear of strangers in high-risk and control infants at one year of age. *Am J Orthopsychiatry*, 54, 569-77.
- [157] SNELLEN M., MACK K., TRAUER T. 1999. Schizophrenia, mental state, and mother infant interaction : examining the relationship. *Aust N Z J Psychiatry*, 33, 902-11.

- [158] FISH B. 1977. Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children. Evidence for an inherited, congenital neurointegrative defect. *Arch Gen Psychiatry*, 34, 1297-1231.
- [159] FISH B., et al. 1992. Infants et risk for schizophrenia : sequeale of a genetic neurointegrative defect. A review and replication analysis of pandysmaturation in the Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 221-235.
- [160] BOURDIER P. 1972. L'hypermaturation des enfants de malades mentaux. Problèmes cliniques et théoriques. *Revue Française de Psychanalyse*, 1, 19-42.
- [161] D'ANGELO EJ. 1986. Security of attachment in infants with schizophrenic, depressed, and unaffected mothers. *The Journal of genetic psychology*, 147(3), 421-422.
- [162] WAN MW., ABEL KM., GREEN J. 2008. The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia : a developmental psychology model. *Clinical psychology review*, 28(4), 613-637.
- [163] KING-HELE SA., et al. 2007. Risk of sudden infant death syndrome with parental mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 1323-30.
- [164] VELLUT N., SIMMAT-DURAND L., TRUSZ A. 2013. The profile of neonaticide mothers in legal expertise. *Encephale*, 39(5), 352-359.
- [165] HAAPASALO J., PETAJA S. 1999. Mothers who killed or attempted to kill their child : life circumstances, childhood abuse, and types of killing. *Violence and victims*, 14, 219-239.
- [166] MEYER C., OBERMAN M. 2001. Mothers who killed their children : understanding the acts of moms from Susan Smith to the « prom prom ». New York : NYO presss.
- [167] D'ORBAN PT., 1990. Femal homicide. *Irish J. Psych. Med.*, 154, 560-571.
- [168] DANION-GRILLIAT A., et al. 2008. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Cours étudiants en médecine DCEM4 Toulouse. 1ère partie (Modules transdisciplinaires) - Module 2 : De la conception à la naissance - Objectif 19.
- [169] CAZAS O. 2011. Psychose et grossesse, In *Confrontations psychiatriques 50 Périnatalité*. 145-161.

- [170] CUMMINGS P., et al. 1994. Infant injury death in Washington State, 1981 through 1990. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*, 148, 1021-1026.
- [171] GUEDENEY N. 2001. Les dépressions du post-partum : sémiologie et diagnostic. In GUEDENEY A., ALLILLAIRE JF., editors. *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris, Masson, 73-92.
- [172] BYDLOWSKY M. 2006. Parenté maternelle et parenté paternelle. *Esprit du Temps-Adolescence*, 55, 33, 690-2.
- [173] CONDON J. 2006. What about dad ? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Aust Fam Physician*, 35, 690-2.
- [174] QUADAGNO DM., DIXON LA., DENNEY EW. 1986. Post-partum moods in men and women. *Am J. Obstet. Gynaecol.*, 154, 1018-1023.
- [175] BUIST A., MORSE CA., DURKINS S. 2003. Men's adjustment to fatherhood : implications for obstetric health care. *J Obstet Gynecol Nurs*, 32(2), 172-180.
- [176] BALLARD C. et al. 1994. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br. J. Psychiatry*, 164, 782-788.
- [177] BALLARD C., DAVIS R. 1996. Postnatal depression in fathers. *Int. Rev. Psychiatry*, 8, 65-71.
- [178] MAYES LC. SWAIN JE., LECKMAN JF. 2005. Parental attachment systems : Neural circuits, genes, and experimental contributions to parental engagement. *Clin Neurosci Res*, 4, 301-313.
- [179] MATTHEYS S., et al. 2000. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord*, 60(2), 75-85.
- [180] DAVEY SJ., DZIURAWIEC S., O'BRIEN-MALONE A. 2006. Men's voices : postnatal depression from the perspective of male partners. *Qual Health Res*, 16(2), 206-220.
- [181] WEE KY., et al. 2011. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers : a systematic review. *J Affect Disord*, 130(3), 358-377.

- [182] AREIAS MEG., et al. 1996. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and father childbirth. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in portugese mothers. *Br. J. Psychiatry*, 169, 30-35.
- [183] LOVESTONE S., KUMAR R. 1993. Postnatal psychiatric illness : the impact on partners. *Br J Psychiatry*, 163, 210-6.
- [184] TOWNE RD., AFTERMAN J. 1955. Psychosis in males related to parenthood. *Bull. Meninger Clin.*, 19, 19-26.
- [185] MILLET L., et al. 1978. Les psychonévroses de la paternité. *Ann. Méd. Psychol.*, 136, 418-449.
- [186] WAINWRIGHT W. 1966. Fatherhood as a precipitant of mental illness. *Am. J. Psychiatry*, 123, 40-44.
- [187] CONNELL AM., GOODMAN SH. 2002. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems : a meta-analysis. *Psychol Bull*, 128, 746-773.
- [188] KLEIN DC., et al. 2005. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychol Med*, 3, 353-365.
- [189] KANE P., GARBER J. 2004. The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflit : a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 24, 339-360.
- [190] LOUKAS A., FITZGERALD HE., ZUCKER RA. 2001. A von Eye Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior : prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *J Abnorm Child Psychol*, 29, 91-106.
- [191] STEEN M., et al. 2012. Not-patient and not-visitor : a metasyntesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 422-431.
- [192] REMPAL LA., REMPEL JK. 2011. The breastfeeding team : the role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation*, 27(2), 115-121.

- [193] SHAPIRO AF., NAHM EY., GOTTMAN JM. 2011. Bringing Baby Home Together : Examining the Impact of a Couple-Focused Intervention on the Dynamics Within Family Play. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(3), 337-350.
- [194] BAUER A., et al. 2014. The costs of perinatal mental health problems [en ligne]. Consulté le 24/02/2018. <URL : <https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/costsofperinatal.pdf>>.
- [195] MELLIER D. 2004. Prévention et vie psychique, ou comment accueillir les souffrances présentes en périnatalité ?. In DUGNAT M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres.
- [196] NOEL J., SOULE M. 1995. La prévention médico-psycho-sociale, in *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- [197] BREART G., PUECH F., ROZE JC. 2003. Mission périnatalité. Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées [en ligne]. Consulté le 13/05/2019. <URL : [www.societe-francaise-neonatalogie.fr/files/rapportperinat\\_2003.pdf](http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/files/rapportperinat_2003.pdf)>
- [198] Ministère de la Santé. Plan Périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité [en ligne]. Consulté le 8/05/2019. <URL : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)>.
- [199] Ministère de la Santé. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 [en ligne]. Consulté le 8/05/2019. <URL : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)>.
- [200] Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire DHOS/DGS/02/6C no 2005-300 du 4 juillet 2005, relative à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité [en ligne]. Consulté le 8/05/2019. <URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>>.
- [201] Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS no 2006-151 du 30 mars 2006, relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité [en ligne]. Consulté le 8/05/2019. <URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>>.

- [202] Haute Autorité de Santé. 2005. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), recommandations professionnelles [en ligne]. Consulté le 8/05/2019. <URL : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)>
- [203] Ministère de la santé et des sports. Direction Générale de la Santé. 2010. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Rapport final [en ligne]. Consulté le 17/05/2019. <URL : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation\\_du\\_plan\\_perinatalite\\_-\\_Rapport\\_final.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf)>.
- [204] DUGNAT M., et al. 2018. Plaidoyer pour une politique de santé mentale périnatale : vers une politique de progrès sur un enjeu majeur de santé publique ? [en ligne]. Consulté le 25/04/2019. <URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2018-3-page-14.htm>>.
- [205] BALES M., et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. 2015. *European Psychiatry*, 30, 322-328.
- [206] GAVIN I., et al. 2015. Is population-based identification of perinatal depression and anxiety desirable ? A public health perspective on the perinatale depression care continuum. In MILGROM J. & GEMMILL A. (eds) *Identifying perinatal depression and anxiety : evidence-based practice in screening and psychosocial assessment and management*.
- [207] BARANDON S., et al. 2016. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(6), 599-607.
- [208] MOLENAT F., TOUBIEN RM., PANAGIOTOU D. 2017. Grossesse et prévention [en ligne]. Consulté le 25/04/2019. <URL : <https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-2-page-269.htm>>.
- [209] ALDERDICE F., MCNEILL J., LYNN F. 2012. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal health and well-being. *Midwifery*.

- [210] PANAGIOTOU D., et al. 2016. L'impact de l'accompagnement anténatal en réseau auprès des femmes avec des troubles psychopathologiques et leurs bébés. *Neuropsychologie de l'enfant et l'adolescent* (à paraître).
- [211] DUGNAT M. 2012. Réseaux en périnatalité : les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante ? Définitions, critiques et propositions. In *Spirale* 2012/1 (n°61), Eres, p.139-162.
- [212] GREGOIRE A. 2016. Développer encore les soins de santé mentale périnatale au Royaume-Uni. *Spirale* ; n°78, p.84-90.
- [213] CANDILIS D., DUGNAT M. 2017. Bébé Sapiens un abord transdisciplinaire. In D. CANDILIS, M. DUGNAT (sous la direction de), *Bébé sapiens*, Toulouse, Eres, p. 7-15.
- [214] MILON A., AMIEL M. 2017. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France [en ligne]. Consulté le 1/05/2019. <URL : <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>>.
- [215] RUFFIN F. et al. 2018. Proposition de loi visant à sortir la psychiatrie de la maltraitance budgétaire [en ligne]. Consulté le 1/05/2019. <URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion1376.asp>>.
- [216] Haute Autorité de Santé. 2018. Programme pluriannuel : Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 [en ligne]. Consulté le 29/04/2019. <URL : [file:///C:/Users/mario/OneDrive/Bureau/HAS%20programme\\_pluriannuel\\_psy\\_sante\\_mentale\\_2018\\_2023.pdf](file:///C:/Users/mario/OneDrive/Bureau/HAS%20programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf)>.
- [217] CHAUVIN A. 1998. Unité mère-bébé et travail en réseau.  *Perspectives psy*, 37(5), p.351-356.
- [218] GAREZ V. et al. 2017. La liaison en « Périnatalogie » : des soins entre réseau, liaison et prise en charge mobile. *Encéphale*, Elsevier Masson.

Université

de Strasbourg

Faculté  
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR***Document avec signature originale devant être joint :*

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BARTHPrénom : Naïem

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».*

Signature originale :

A Strasbourg, le 27 7 2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

**RESUMÉ :**

Ce travail résulte de notre rencontre avec des mères, des pères et des bébés en souffrance psychique, au sein d'une Unité Mère-Bébé. Les troubles psychiatriques périnataux sont non seulement fréquents, mais ont des conséquences potentiellement dramatiques. Ils peuvent mener des mères au suicide, entraver considérablement la relation mère-bébé et impacter le développement précoce de l'enfant, avec des conséquences à long terme sur l'adulte en construction. Les chercheurs font état d'insuffisances notables tant dans le dépistage, que dans la prise en charge de ces troubles. L'efficacité d'une intervention précoce en santé mentale est pourtant démontrée. De récentes études font même état de perspectives d'économies considérables résultant de ces actions préventives. Le développement d'une politique de prévention précoce en santé mentale semble être un enjeu majeur de santé publique. Une mobilisation des professionnels en périnatalité, en faveur de la santé mentale périnatale, est actuellement à l'œuvre. Cet élan national retentit localement. Notre projet tient à soutenir la prévention en santé mentale périnatale à l'échelle locale, notamment par le développement du travail collaboratif avec les partenaires de proximité, en particulier avec les maternités du secteur. Les réseaux de soins en périnatalité se doivent d'être organisés et cohérents. Si la psychiatrie périnatale connaît des avancées décisives ces dernières années, les défis à relever restent importants. Il est à présent nécessaire d'œuvrer collectivement pour une intervention précoce, coordonnée et graduée, en santé mentale périnatale.

**Rubrique de classement :** Psychiatrie

**Mots-clés :** santé mentale périnatale - dépression périnatale - psychose puerpérale – troubles des interactions précoces - troubles du développement – prévention précoce – réseaux de soins en périnatalité

**Président :** Madame le Professeur Carmen SCHRÖDER

**Assesseurs :** Madame le Docteur Sarah SANANÈS

Monsieur le Docteur Michel DUGNAT

Monsieur le Professeur Israël NISAND

Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

**Adresse de l'auteur :** 11b rue des bateliers, 67550 VENDENHEIM