

*Sous la direction de*  
Benoît BAYLE

AIDE-MÉMOIRE

**Psychiatrie**  
**et psychopathologie**  
**périnatales**

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2017  
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-076884-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

## Table des matières

<i>Liste des auteurs</i>	XVIII
<i>Avant-propos</i>	XXIII

### PREMIÈRE PARTIE

#### GÉNÉRALITÉS

<b>1</b> La parentalité	3
Qu'est-ce que la parentalité ?	3
La parentalité : un univers en mutation	4
Une période de crise	5
Exercice, expérience et pratique de la parentalité	6
Ce que les parents « suffisamment bons » doivent apporter à l'enfant...	7
La parentalité et ses troubles	9
Bibliographie	11
<b>2</b> Les remaniements psychologiques de la grossesse	13
Une période de remaniement psychologique	14
La nidification psychique	15
L'espace maternel de gestation psychique	16
Du côté de l'enfant à naître...	18
Quand la gestation prépare la relation à l'enfant...	19
Bibliographie	20

<b>3</b>	La sensorialité fœtale	21
	Qu'est-ce que la sensorialité ?	22
	Sensorialité et période prénatale	23
	Le développement de la sensorialité	24
	<i>Somesthésie et proprioception, 24 • Le goût et l'olfaction, 25 •</i>	
	<i>L'audition, 27 • La vue, 29</i>	
	Bibliographie	30
<b>4</b>	Attachement et périnatalité	31
	Le lien d'attachement	32
	<i>Les comportements d'attachement, 32 • Les figures d'attachement, 32 •</i>	
	<i>Ontogénèse du lien d'attachement, 33</i>	
	La situation étrange ou <i>strange situation procedure</i> (SSP)	35
	<i>Déroulement de la procédure, 35 • Les patterns d'attachement, 36</i>	
	Bibliographie	39
<b>5</b>	Les interactions parent-enfant	41
	Principes	41
	<i>Les trois types d'interactions, 42 • Interactions et attachement : la</i>	
	<i>sensibilité maternelle, 44 • L'évaluation des interactions, 45</i>	
	Perturbations des interactions	45
	<i>Trois types de perturbations, 45 • Interactions et dépression postnatale, 47</i>	
	<i>• Interactions et schizophrénie, 48</i>	
	Bibliographie	49
<b>6</b>	Psychologie et psychopathologie de la conception humaine	51
	Qu'est-ce que la psychopathologie de la conception humaine ?	52
	<i>Définition, 52 • Différents domaines d'études, 52 • Intérêt et limites, 55</i>	
	Quels enjeux en périnatalité ?	55
	<i>L'être conçu et son identité conceptionnelle, 55 • La période prénatale, une</i>	
	<i>phase du développement psychologique de l'être humain ?, 56 •</i>	
	<i>Accompagner les psychopathologies conceptionnelles en périnatalité, 57</i>	
	Bibliographie	58
<b>7</b>	Quels dispositifs de soins en périnatalité ?	59
	Contexte	59

Recommandations	60
<i>Un dépistage systématisé ?, 61 • Une évaluation psycho-sociale élargie ?, 61</i>	
<i>• Des formations spécifiques, 63</i>	
L'organisation en France	63
Objectifs	64
Bibliographie	65

## DEUXIÈME PARTIE

### PSYCHOPATHOLOGIES PÉRINATALES

<b>8</b> Psychopathologie de la paternité	68
Considérations générales	69
Carences et distorsions paternelles	70
Psychopathologie, troubles mentaux et paternité	72
<i>Le syndrome de couvade, 72 • Les actings out de la paternité, 72 • Les troubles anxieux paternels, 73 • Dépression paternelle, 73 • Troubles bipolaires, 74 • Paternalité et troubles psychotiques, 75 • Troubles graves de la personnalité, addictions (alcoolisme, toxicomanie), 76</i>	
Pères maltraitants, pères maltraités, inceste	76
<i>Violences conjugales, 76 • Pères maltraités, 78 • Climat incestuel et inceste, 78</i>	
Bibliographie	80
<b>9</b> Vomissements incoercibles de la grossesse	81
Historique	81
Clinique	82
<i>Définition, 82 • Complications, 82</i>	
Thérapeutique	83
Hypothèses étiopathogéniques	84
<i>Données sociodémographiques, 84 • Physiopathologie, 84 • Hypothèses psychiatriques, 85 • Soubassements psychopathologiques, 85</i>	
Bibliographie	88
<b>10</b> Le déni de grossesse	89
Une clinique clairement identifiée	90
Un trouble de la gestation psychique...	92

Accompagner la levée du déni	94
Bibliographie	95
<b>11</b> Maternité et traumatismes sexuels passés	97
Passé sexuel traumatique : quelle clinique en périnatalité ?	98
<i>La grossesse, 98 • L'accouchement, 98 • L'allaitement, 99 • Les interactions précoces mère-enfant, 100</i>	
Quel accompagnement psycho-obstétrical ?	101
Bibliographie	105
<b>12</b> Menace d'accouchement prématuré	107
Définition et étiologies	107
Facteurs de risque	108
<i>Facteurs de risque médicaux et socio-démographiques, 108 • Facteurs de risque psychologiques, 109</i>	
Personnalité des femmes enceintes à risque d'accouchement prématuré	110
Prévention et traitement	111
Bibliographie	113
<b>13</b> Accompagner le deuil périnatal	114
Spécificités du deuil périnatal	115
<i>Des circonstances diverses, 115 • Un deuil à haut risque, 115 • Cadre législatif, 116</i>	
L'accompagnement des parents à l'hôpital	117
<i>L'annonce, 117 • L'entretien avant l'hospitalisation, 119 • Hospitalisation maternelle, 120 • Hospitalisation après l'accouchement, 120 • Hospitalisation postnatale de l'enfant en fin de vie, 121 • Déclaration à l'état civil, rituels d'adieu et funérailles, 121 • L'après, 122</i>	
Bibliographie	123
<b>14</b> Les grossesses après deuil	124
Deuil périnatal : la grossesse suivante	124
<i>Tristesse et reviviscence du deuil. Honte et culpabilité, 125 • Une grossesse placée sous le sceau de l'anxiété, 125 • La crainte de s'attacher à l'enfant à naître. Une tendance à la confusion entre l'enfant mort et l'enfant à naître, 126 • Entre normal et pathologique. L'importance de l'accompagnement, 126</i>	

L'enfant dit « de remplacement »	128
Bibliographie	130
<b>15</b> Enjeux psychologiques de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)	131
L'interruption de grossesse augmente-t-elle le risque de trouble psychologique ?	131
<i>Les troubles mentionnés sont multiples, 132 • Deux travaux de référence illustrent bien les débats scientifiques..., 132 • L'IVG : un facteur aggravant, dans une situation de grande fragilité ?, 133 • Sévérité et fréquence des troubles psychologiques, 135 • Les troubles sont plus fréquents dans certaines situations, 135</i>	
Poser un regard sur ces souffrances...	135
Bibliographie	139
<b>16</b> Enjeux psychologiques de l'assistance médicale à la procréation (AMP)	141
Le couple face à l'assistance médicale à la procréation	142
<i>Le couple infertile en demande d'enfant, 142 • L'intrusion de la technique, 142 • L'impact sur la parentalité, 143 • Faire face à l'échec, 143</i>	
L'enfant issu de l'AMP : quels enjeux pour le développement ?	144
<i>Les études de cohortes, 144 • Dette de vie et construction identitaire, 144 • Le recours à des tiers donneurs, 146 • Fécondation extra-corporelle et survivance, 147</i>	
Bibliographie	149
<b>17</b> Survivances périnatales	151
Définition	151
Psychopathologie de la survivance	152
<i>La culpabilité du survivant, 152 • Survivance et toute-puissance, 152 • Une clinique associant trois dimensions..., 152</i>	
Survivance et périnatalité	153
<i>La psychopathologie de la survivance a-t-elle une place en périnatalité ?, 153 • La clinique de la survivance en périnatalité, 154 • Le modèle des interactions fantasmatiques, 156 • Traumatisme psychique, survivance et périnatalité, 157</i>	
Bibliographie	158

## TROISIÈME PARTIE

## PSYCHIATRIE PÉRINATALE ET PARENTALITÉ

<b>18</b>	Troubles anxieux et maternité	161
	Le stress, l'anxiété, la grossesse et l'accouchement	161
	Trouble anxieux généralisé et périnatalité	163
	Trouble panique	163
	Agoraphobie	164
	Phobie sociale	165
	Phobies spécifiques et périnatalité	166
	<i>Émétophobie, 166 • Phobie des piqûres et des soins médicaux, 167 • Phobie du sang, 167 • Phobie de la grossesse. Tokophobie (ou phobie de l'accouchement), 168 • Phobies spécifiques du post-partum, 168</i>	
	Bibliographie	169
<b>19</b>	Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) et périnatalité	171
	Clinique du Trouble obsessionnel-compulsif	171
	<i>L'obsession, 172 • L'anxiété, 172 • La compulsion, 172 • L'évitement, 173 • Les comorbidités, 173</i>	
	TOC et périnatalité	174
	<i>Une période sensible pour un trouble sous-diagnostiqué, 174 • Des facteurs étiologiques probablement multiples, 175 • Un impact sur la relation parent-bébé, 176 • Importance du dépistage des troubles et de leur traitement, 177</i>	
	Bibliographie	178
<b>20</b>	Dépressions périnatales, troubles bipolaires	179
	Dépressions périnatales	180
	<i>Tableau clinique, 180 • Prévalence, 181 • Facteurs de risque, 181 • Diagnostic différentiel, 182 • Prise en charge, 183 • Évolution, pronostic, 184</i>	
	Troubles bipolaires	185
	<i>Spécificités cliniques, 185 • Évolution, 186 • Risques suicidaires, 186 • Prises en charges, 187</i>	
	Bibliographie	189

<b>21</b>	Schizophrénie, grossesse et premiers liens	191
	Schizophrénie et grossesse	192
	<i>Quand la grossesse s'impose...</i> , 192 • <i>Quand la grossesse est souhaitée</i> , 193	
	« Une certaine mère »	194
	Les enfants de mères schizophrènes	196
	<i>Les facteurs de risque anténataux</i> , 196 • <i>Les difficultés interrelationnelles</i> , 197	
	Bibliographie	199
<b>22</b>	États-limites et parentalité	201
	Rappel définition : États-limites, troubles de personnalité <i>borderline</i>	201
	<i>Six critères d'ensemble pour tous les troubles de personnalité (DSM-IV)</i> , 202	
	• <i>Le Trouble de personnalité borderline (DSM-IV)</i> , 202 • <i>Le DSM-5</i> , 203 •	
	<i>Diagnostic différentiel et comorbidités</i> , 203	
	Trouble de personnalité <i>borderline</i> et venue d'un enfant	204
	<i>La grossesse</i> , 204 • <i>Préparer l'accouchement et la naissance</i> , 205 • <i>Les interactions mère-bébé</i> , 206	
	Bibliographie	208
<b>23</b>	Les traumatismes psychiques maternels en périnatalité	209
	Le traumatisme psychique : définition	210
	Clinique du traumatisme psychique de l'adulte	211
	<i>Les réactions immédiates</i> , 211 • <i>L'état de stress post-traumatique (ESPT), ou trouble de stress post-traumatique (TSPT)</i> , 212 • <i>Le traumatisme psychique en périnatalité</i> , 212	
	Des situations périnatales multiples et marquantes	213
	<i>Un risque de mort ou d'anéantissement maternel lors de la grossesse</i> , 213 •	
	<i>Deuil et traumatisme psychique : assister à la mort brutale d'un proche</i> , 215	
	• <i>La femme confrontée au risque de sa propre mort lors de l'accouchement</i> , 215 • <i>Risque vital ou décès de l'enfant à naître ou du bébé</i> , 216	
	Conséquences de l'état de stress post-traumatique (ESPT) maternel à long terme	218
	Bibliographie	219
<b>24</b>	Syndrome de Munchausen par procuration (SMPP) et périnatalité	221
	Le SMPP, sa définition et ses critères diagnostiques	222

Spécificités du SMPP en périnatalité	223
Prévenir la triade pathologique du SMPP en périnatalité	224
Bibliographie	226
<b>25</b> Parents atteints de troubles cognitifs	229
Une parentalité inscrite dans une évolution sociétale	229
<i>Une parentalité longtemps interdite..., 229 • ...Mais des évolutions constantes, 230</i>	
Des parents à mieux connaître pour mieux les accompagner	230
<i>Des compétences et des difficultés diverses et complexes à évaluer, 230 • Se regarder, se voir comme parent dans les yeux de l'autre..., 232</i>	
Des situations parentales très différentes	232
Vers la création de nouveaux dispositifs	234
Bibliographie	236
<b>26</b> Addiction et périnatalité	237
Particularités des conduites addictives en période périnatale	237
Une grossesse à risque	239
<i>Une grossesse souvent tardivement diagnostiquée et irrégulièrement suivie, 239 • Une grossesse à risque de complications périnatales, 239</i>	
Un contexte psychologique voire psychopathologique particulier pour la mère et pour le bébé	240
La nécessité d'une prise en charge pluri-professionnelle et transdisciplinaire	242
<i>Le suivi prénatal, 242 • Lors de l'accouchement, 243 • Le suivi post-natal, 244</i>	
Bibliographie	245
<b>27</b> Troubles des conduites alimentaires, grossesse et parentalité	247
Une prise en charge morcelée	247
Savoir repérer les facteurs de risques	248
Mieux cerner les enjeux d'une prévention précoce	249
<i>Quelles conséquences des TCA sur la grossesse ?, 249 • Quelles conséquences de la grossesse sur les TCA ?, 249 • Quelles difficultés dans la relation au bébé ?, 250 • Quels risques pour l'enfant ?, 251</i>	
Vers une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée	253

Bibliographie	253
---------------	-----

#### QUATRIÈME PARTIE

### DU CÔTÉ DU NOURRISSON...

<b>28</b> Les compétences du bébé en anté et post-natal	257
Avant la naissance	258
Le nouveau-né selon l'observation néonatale de Brazelton	260
Bibliographie	264
<b>29</b> Le développement du bébé de 0 à 2 ans	265
Un peu d'histoire	265
Le bébé construit son propre développement	267
Bibliographie	271
<b>30</b> Les troubles d'expression psychosomatique	273
Principaux symptômes	273
<i>Le reflux gastro-œsophagien, 273 • Les coliques du nourrisson, 274 • Les pleurs inexplicables, 275</i>	
Comprendre le symptôme : ses différentes facettes	275
<i>Troubles fonctionnels digestifs, 275 • Troubles psychosomatiques, 275 • Troubles relationnels, 276 • Troubles de l'acquisition des rythmes digestifs, 277</i>	
De la compréhension des symptômes à la prise en charge en consultation	278
Bibliographie	280
<b>31</b> Dépressions et retraits relationnels du bébé	281
Tableaux cliniques	282
<i>De zéro à six mois, 282 • De six mois à dix-huit mois, 283</i>	
Étiologie	284
<i>Les carences quantitatives liées à l'absence concrète et matérielle de l'objet maternel primaire, 284 • Les carences qualitatives pour lesquelles l'objet maternel primaire est physiquement présent, mais psychologiquement absent, ou peu disponible, et difficilement accessible sur le plan interactif, 284 • Les discontinuités interactives qui allient les deux, 285</i>	
Évolution	286

Traitement	287
Bibliographie	288
<b>32</b> Les troubles de l'attachement	289
Les troubles de l'attachement dans le DSM-5 et l'ICD-10	289
<i>Le Trouble Réactionnel de l'Attachement (TRA) ou Reactive Attachment Disorders (RAD) : critères diagnostiques selon le DSM-5 (p. 313-14), 290</i> • <i>Le Trouble de Désinhibition du Contact Social (TDCS) ou Dishinhibited Social Engagement Disorder : critères diagnostiques selon le DSM-5 (p. 317-18), 291</i>	
Les troubles de l'attachement dans la classification diagnostique de zéro à trois ans	292
<i>Les troubles de distorsion de la base de sécurité, 292</i> • <i>Les troubles de l'absence d'attachement, 294</i> • <i>Les troubles de la rupture du lien d'attachement, 295</i>	
Bibliographie	297
<b>33</b> La négligence, une forme de maltraitance	299
Définition	299
Environnement et famille	300
La négligence émotionnelle	300
Signes précoces	301
Signes secondaires	303
Conséquences à long terme	303
Modalités pour l'évaluation	303
Les actions thérapeutiques suivant les recommandations internationales	304
Conclusion	305
Bibliographie	307
<b>34</b> Les traumatismes psychiques chez le nourrisson et l'enfant en bas-âge	309
L'événement traumatique	309
Les réactions des nourrissons et des enfants en bas-âge à un événement traumatique	311
<i>Les troubles anxieux, 311</i> • <i>Les troubles dépressifs, 312</i> • <i>Les retards de développement, les difficultés d'apprentissage et les comportements régressifs, 313</i> • <i>Les troubles du comportement, 313</i> • <i>Les troubles somatoformes, 314</i>	
Bibliographie	316

<b>35</b>	Repérage précoce des enfants à risque d'autisme	317
	Définition du risque d'autisme. Pourquoi dépister précocement ?	317
	Différents types de trajectoires développementales déviantes	318
	Les signes précoces témoignant d'un risque d'autisme	319
	<i>Généralités, 319 • Les signes touchant la communication, 319 • Les comportements répétitifs et stéréotypés, 320 • Les particularités langagières, 320 • Les particularités sensorielles, 320 • Les difficultés de diversification alimentaire, 321 • Les difficultés de socialisation, 321</i>	
	Aide au diagnostic, quand intervenir ?	321
	Bibliographie	322
<b>36</b>	Le Syndrome d'Alcoolisation Foetale	323
	Qu'est-ce que le SAF ?	323
	<i>Description clinique, 323 • Effets de l'Alcool sur le Fœtus (EAF) : le danger des formes incomplètes, 326</i>	
	La question du dépistage prénatal	327
	Bibliographie	329

## CINQUIÈME PARTIE

### LES SOINS EN PÉRINATALITÉ

<b>37</b>	L'entretien en périnatalité	333
	L'entretien en prénatal	334
	<i>Le cadre réglementaire, 334 • Le contenant, 335 • Le contenu, 335 • Les limites actuelles et les perspectives, 336</i>	
	L'entretien en postnatal	337
	<i>La mère, 338 • Le bébé, 338 • Les interactions mère-bébé et parents-bébé, 339 • L'environnement, 339</i>	
	Bibliographie	340
<b>38</b>	Les outils d'évaluation	341
	Les entretiens standardisés	342
	Les instruments d'hétéro-évaluation	343
	Les instruments d'auto-évaluation	343
	Moment du dépistage	344
	<i>Dépistage anténatal, 344 • Screening en postpartum immédiat, 345</i>	

Efficacité et intérêt	346
Bibliographie	347
<b>39</b> Les soins en psychiatrie périnatale	349
Une discipline tournée vers l'enfant et l'adulte, aux enjeux multiples	350
Des particularités propres à cette période sensible	352
Un système de soin gradué	352
<i>Les soins de première ligne, 352 • Les consultations spécialisées, 353 • Le partenariat avec les maternités et les services de pédiatrie, 355 • Les visites à domicile en périnatalité, 355 • Les prises en charge en groupe CATP, 356 • L'hospitalisation de jour, 356 • L'hospitalisation temps plein en Unité Mère Bébé, 357 • Les réseaux de périnatalité, 358</i>	
Bibliographie	358
<b>40</b> Psychotropes, grossesse et allaitement	359
Prescrire : cinq domaines à explorer	360
Prescrire : Les questions à se poser	360
<i>Pourquoi prescrire ?, 360 • Quand prescrire ?, 361 • Comment prescrire ?, 361 • Que prescrire ?, 361</i>	
Bibliographie	366
<b>41</b> Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé	367
Les Unités Mère-Bébé (UMB) : pour qui ?	368
<i>Pour les troubles psychiatriques apparaissant en post-partum, 368 • Pour les pathologies psychiatriques antérieures à la grossesse, 368 • Pour les bébés en souffrance développementale, 369</i>	
Les modalités d'admission en UMB	369
Le soin en UMB	371
<i>Les soins de la mère, 371 • Les soins du bébé, 371 • Le soin des interactions mère-bébé, 371 • Les liens avec la famille et le réseau médico-social, 372</i>	
Les UMB, comment et où ?	372
Bibliographie	373
<b>42</b> Les thérapies brèves parents-enfants	375
Le travail psychique sur la parentalité	375
Les thérapies brèves parents-enfant	378

Bibliographie	380
<b>43</b> La consultation thérapeutique périnatale psychanalytique	383
Origines de la « consultation thérapeutique » (CT)	384
<i>Donald W. Winnicott, 384 • Serge Lebovici, 384 • Bertrand Cramer et Francisco Palacio Espasa, 385</i>	
Un bébé témoin ou acteur du transfert ? Énaction métaphorisante et empathie	386
Diversité des contextes cliniques de la CT	387
Bibliographie	390
<b>44</b> Thérapie cognitivo-comportementale et périnatalité	391
Les thérapies cognitives et comportementales	392
<i>Rappel sur les thérapies cognitives et comportementales, 392 • Déroulement d'une prise en charge, 393</i>	
Deux cas de prise en charge par thérapie cognitive et comportementale	394
Bibliographie	396
<b>45</b> Psychothérapie interpersonnelle en périnatalité	397
Présentation	398
PTI et dépression périnatale	398
PTI et stress périnatal	399
Formes abrégées de la PTI	400
Bibliographie	401
<b>46</b> EMDR et périnatalité	403
Utilisation de l'EMDR en périnatalité : quel objectif ?	403
Description générale du protocole standard EMDR	404
Contributions de l'EMDR en périnatalité	406
Des contre-indications en EMDR en périnatalité ?	407
Bibliographie	408
<b>47</b> Logothérapie et périnatalité	411
Une psychothérapie existentielle	411
Intérêt en périnatalité	413
La méthode de l'intention paradoxale	414
Bibliographie	417

## SIXIÈME PARTIE

## ÉTHIQUE ET PÉRINATALITÉ

<b>48</b>	Eugénisme et périnatalité	421
	La question de la stérilisation en France	422
	<i>Une pratique longtemps interdite par la loi, mais réalisée clandestinement, 422 • De l'interdiction à l'encadrement législatif, 422 • Un témoignage de personne stérilisée à son insu, 423</i>	
	Problèmes éthiques soulevés par le dépistage prénatal	424
	<i>Sélection anténatale et eugénisme, 424 • Le dépistage prénatal soumis à l'appréciation de personnes handicapées, 425</i>	
	Bibliographie	427
<b>49</b>	Soins palliatifs en maternité	429
	Contexte historique	429
	<i>Le diagnostic anténatal, 430 • Historique des soins palliatifs en maternité, 431</i>	
	Soins palliatifs et éthique	432
	Du point de vue des différents acteurs	433
	Bibliographie	435
<b>50</b>	La destruction des embryons : quels enjeux ?	437
	Médecine de la procréation humaine et destruction des embryons	437
	<i>La contraception, 438 • L'interruption volontaire (IVG) et médicale (IMG) de grossesse, 438 • Diagnostic prénatal (DPN) et diagnostic préimplantatoire (DPI), 438 • Les procréations artificielles, 439 • Une logique de surproduction, de sélection et de surconsommation embryonnaire, 440</i>	
	Quels enjeux ?	440
	<i>La société procréatique et ses présupposés, 440 • Diverses questions..., 442</i>	
	Bibliographie	444
<b>51</b>	Quel statut pour l'enfant à naître ?	445
	L'impossible statut de l'embryon humain	445
	<i>Les contradictions du droit, 445 • Le projet parental, 446 • L'embryon humain, non personne, 446 • L'embryon humain, personne humaine potentielle, 447 • Traiter l'embryon humain comme une personne ?, 447 • Les dés sont-ils pipés ?, 448</i>	

La nature biologique de l'embryon humain	448
Identité conceptionnelle et structure intersubjective de l'être humain conçu	448
Dignité humaine et périnatalité	451
Bibliographie	453

## Liste des auteurs

### **Ouvrage dirigé par :**

#### **Benoît BAYLE**

Psychiatre, Docteur en philosophie, logothérapeute ; praticien hospitalier à l'Établissement Public de Santé Barthélémy-Durand (91G04), Étampes ; enseignant vacataire à l'Université Denis Diderot Paris 7 ; chargé d'édition de la Société Marcé Francophone.

### **Avec la collaboration de :**

#### **Gisèle APTER**

Psychiatre, Professeure des Universités, MD, PhD, PU-PH Groupe Hospitalier Le Havre, UFR de Médecine de Rouen ; présidente de la Société de l'Information Psychiatrique.

#### **Eric BINET**

Psychologue clinicien, praticien EMDR Europe, Chargé de cours à l'Université Paris V, membre du comité de l'Association Francophone du Trauma et la Dissociation (AFTD).

#### **Nathalie BOIGE**

Gastro-pédiatre, Psychanalyste, Docteure en médecine, ancienne chef de clinique-assistante des Hôpitaux de Paris, Docteure Es Sciences, Praticienne de la Société Psychanalytique de Paris, Chargée de cours à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes.

**Drina CANDILIS-HUISMAN**

Psychanalyste, psychologue clinicienne, Directrice de recherche HDR, Université Paris Diderot.

**Sabine CHATROUSSAT**

Psychologue clinicienne, doctorante sous la direction de Régine Scelles à l'université de Nanterre Paris Ouest La Défense ; Association Rouennaise de Réadaptation de l'Enfance, Bois-Guillaume.

**Jean-Jacques CHAVAGNAT**

Psychiatre, praticien hospitalier, Chef du Pôle de Santé Publique et de Logistique Médicale au Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers.

**Léa CONVERSY**

Psychiatre, praticienne hospitalière au Centre de Psychopathologie Périnatale du Boulevard Brune (CPPB), Institut Paris Brune, Centre Hospitalier St Anne, Paris.

**Diane DE WAILLY**

Psychologue clinicienne, Docteure en psychologie, service d'Obstétrique et de Médecine fœtale du Pr Yves Ville, Hôpital universitaire Necker Enfants Malades, Paris.

**Michel DUGNAT**

Pédopsychiatre, psychiatre, praticien hospitalier, responsable de l'unité d'hospitalisation conjointe parents-enfant (U.P.E.) du service du Pr. François Poinso (Marseille), président de l'Association pour la Recherche et l'(In)formation en Périnatalité (ARIP), *past* président de la Société Marcé Francophone et co-président de la WAIHM.

**Maryse DUMOULIN**

Ancien Médecin Praticien en Pathologie Maternelle et Fœtale, au CHRU de Lille, Maître de Conférences émérite en Éthique et Santé Publique, de l'Université Lille II, présidente de l'association « Nos tout-petits ».

**René ÉCOCHARD**

Professeur de médecine, mention biostatistiques, PU-PH Chef de service biostatistiques du Centre Hospitalier Universitaire de Lyon (France).

**Nicole GARRET-GLOANEC**

Pédopsychiatre, praticienne hospitalière, chef de service, responsable du Centre Nantais de la Parentalité et du Développement Précoce, CHU de Nantes.

**Justine GAUGUE-FINOT**

Psychologue clinicienne, Docteur en Psychologie, Chargée de cours et chef de service de Psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation (FPSE), UMONS (Belgique).

**Elisabeth GLATIGNY DALLAY**

Psychologue (DESS, DEA), unité d'hospitalisation temps plein et coordination de la liaison avec la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

**Carolyn GRANIER-DEFERRE**

Docteur es Sciences Naturelles, Maître de Conférences Émérite, Université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité.

**Florence GRESSIER**

MD, PhD, Psychiatre, praticienne hospitalière, CESP, Inserm 1178, Université Paris-Sud, Université Paris-Saclay, UVSQ ; responsable de l'Unité Mère-bébé, Service de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Le Kremlin-Bicêtre.

**Antoine GUEDENEY**

Professeur des universités, MD, PhD, Université Denis Diderot Paris 7, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Bichat-Claude Bernard GHPVS AP-HP, Paris.

**Evelyne JOSSE**

Psychologue et psychothérapeute (hypnose, EMDR), psychotraumatologue victimologue, formatrice en hypnose, co-fondatrice de l'École Belge d'Hypnose et de Thérapies Brèves, consultante en psychologie humanitaire, experte en hypnose judiciaire. Maître de conférences associée à l'Université de Lorraine, Metz.

**Sylvain MISSONNIER**

Professeur de psychologie clinique de la périnatalité Paris Descartes SPC, Directeur du Laboratoire PCPP (EA 4056), psychanalyste SPP, Vice-président de l'IVSO.

**Danielle MOYSE**

Docteur en philosophie, Agrégée de l'Université, Professeur de philosophie, chercheuse associée à l'Iris (Institut de Recherches Interdisciplinaires sur les enjeux Sociaux, CNRS, INSERM, Paris).

**Nathalie NANZER**

Pédopsychiatre, psychanalyste, médecin adjoint, responsable de l'unité de Guidance infantile au Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent des Hôpitaux Universitaires de Genève (Suisse).

**Sylvie NEZELOF**

Pédopsychiatre, Responsable du service de pédopsychiatrie du CHU de Besançon, Professeure de pédopsychiatrie à l'Université Bourgogne Franche-Comté, *past* présidente de la Société Marcé Francophone.

**Oguz Omay**

Psychiatre en périnatalité ; thérapeute, superviseur et formateur PTI, certifié par l'Interpersonal Psychotherapy Institute (Iowa, USA), *president elect* de l'International Society of Interpersonal Psychotherapy (IsIPT), membre du CREATIP pour la diffusion de la psychothérapie interpersonnelle en France.

**Francisco PALACIO ESPASA**

Psychiatre d'enfant et d'adolescent, psychanalyste formateur de la Société Suisse de Psychanalyse, ancien Chef de Service et Professeur Ordinaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université de Genève (Suisse).

**Anne-Sophie PERNEL**

Psychiatre, praticienne hospitalière, CESAME Angers, service de pédopsychiatrie Est ; pédopsychiatre au SESSAD autisme précoce d'Angers.

**Christine RAINELLI**

Psychiatre, praticienne hospitalière, responsable de la filière de psychiatrie périnatale, Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Esquirol de Limoges ; *past* présidente de la Société Marcé Francophone.

**Pierre SAZERAT**

Psychiatre TCC, praticien hospitalier, responsable de l'unité George Sand, Pôle Universitaire d'Addictologie du Limousin, Centre Hospitalier Esquirol de Limoges ; membre de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

**Régine SCELLES**

Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Paris-Nanterre, membre fondateur du SIICLHA (Séminaire interuniversitaire international sur la clinique du handicap).

**Fabienne SOUCHAUD**

Pédopsychiatre, praticienne hospitalière, filière de psychiatrie périnatale, Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Esquirol de Limoges

**Anne-Laure SUTTER-DALLAY**

Pédopsychiatre, Docteur es Sciences en Psychologie, Habilitée à Diriger des Recherches, Responsable du Réseau de Psychiatrie Périnatale, Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte UNIVA, CH Charles Perrens Bordeaux et Centre de Recherche INSERM 1219 Bordeaux Population Health Université de Bordeaux. Conseillère scientifique et *past* présidente de la Société Marcé Francophone.

**Anaïs VALLERENT**

Pédopsychiatre, Unité de psychiatrie périnatale PPUMMA, 7<sup>e</sup> intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile des Hauts-de-Seine, membre du laboratoire de Recherche en Psychiatrie et Psychopathologie de l'EPS Erasme (RePPER), Antony (France).

## Avant-propos

**L**A PSYCHIATRIE PÉRINATALE se situe à l'interface de la psychiatrie de l'adulte et du bébé.

« 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<sup>1</sup>. »

C'est dire sa richesse, mais aussi sa complexité. Car elle doit prendre en compte, depuis la conception jusqu'aux 18 mois de l'enfant : la santé mentale de la mère et du père ; leur accès respectif à la parentalité, avec les éventuelles difficultés que l'un ou l'autre affrontent alors ; les interactions parents-bébé qu'ils mettent en place dès la grossesse et après la naissance ; la santé mentale de l'enfant, dans une perspective de prévention, voire de traitement des troubles qui affectent parfois son développement.

Cette croisée des chemins voit non seulement poindre l'arrivée d'un nouvel être humain, réclamant accueil et affection, chaleur humaine et sécurité, tant matérielle qu'affective, mais aussi elle fait basculer l'ordre des générations et impose à ses parents de prendre des responsabilités nouvelles, avec générosité et dévouement. L'accès à la parentalité et l'accueil du nouveau-né s'accompagnent de remaniements identitaires

---

1. SUTTER-DALLAY A.-L., GUÉDENEY N., « Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites », EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-20, 2010, Paris, Elsevier Masson.

en forme de crise, que la plupart des couples affrontent avec un certain bonheur, mais non pas tous, loin s'en faut. Ce carrefour névralgique réveille parfois des histoires personnelles ou familiales douloureuses, sinon traumatiques, qu'il convient d'assumer au mieux afin de s'en libérer. Certaines pathologies mentales adultes émergent à cette occasion, ou s'aggravent lorsqu'elles préexistaient. Et c'est précisément l'objet de la psychiatrie périnatale d'accompagner ces situations de souffrance psychique, qui peuvent affecter l'enfant à des titres divers. L'enfant lui-même n'est pas à l'abri de troubles, par exemple de développement, qu'il faudra savoir détecter au plus tôt afin d'orienter les soins.

Nous le voyons, la tâche reste ardue, mais l'enjeu suscite l'enthousiasme. La majorité des adultes passent par la case « parentalité » et tous les bébés, ou presque, seront suivis *in utero* par une sage-femme ou un obstétricien, avant de voir le jour dans une maternité et de rencontrer alors pédiatre et puéricultrice. Cette médicalisation qui ne doit pas être un carcan, et doit savoir faire preuve d'ouverture et offrir une grande souplesse, sans jamais enfermer, doit savoir aussi se montrer lucide, compétente et thérapeutique, lorsque se présentent à elle des situations de vulnérabilité ou de pathologie qui nécessitent d'être identifiées et accompagnées. Il est impossible de dissocier le corps de la psyché, et l'un et l'autre sont convoqués lorsque la femme accède à la maternité. Il est impossible également d'oublier l'importance des pères, trop souvent écartés – par défaut de notre culture – de l'évaluation psychologique au cours de cette période. C'est dire l'importance d'une collaboration entre les psychiatres d'enfants, les psychiatres d'adultes, les obstétriciens, les sages-femmes, les pédiatres et les puéricultrices, etc. Les réseaux de périnatalité sont là pour apporter leur soutien. Les pathologies en présence ne sont pas toujours sévères, mais elles sont bien souvent contraignantes pour la vie des personnes, parents ou enfants, si personne ne s'en préoccupe. Mais surtout, elles peuvent être dans la plupart des cas soulagées par des interventions adéquates et bénéfiques. C'est dire l'intérêt de les repérer et de les accompagner, d'autant plus que les remaniements psychologiques propres à la période périnatale sont propices à ce travail.

À ce niveau, l'articulation entre acteurs de santé primaire, secondaire et tertiaire est essentielle, ainsi que le développement d'une culture commune. En effet, seule une bonne évaluation psychosociale par les

soignants de première ligne (médecins généralistes, sages-femmes, puéricultrices, psychologues de maternité, etc.) et, en aval, des dispositifs de soins adaptés de psychiatrie périnatale, associant pédopsychiatres et psychiatres d'adultes, peut permettre d'améliorer une situation qui reste perfectible.

L'objet de cet aide-mémoire est précisément de permettre aux professionnels de ces différents niveaux de soins de trouver les repères dont ils ont besoin pour mieux appréhender la richesse de la psychiatrie périnatale, et sa nécessité. Fidèle à la vocation de cette collection, il présente une cinquantaine de fiches à la fois concises, accessibles et informatives, qui peuvent être consultées dans l'ordre ou le désordre. Un grand nombre de spécialistes de la psychiatrie périnatale ont participé à cet ouvrage, afin de nous faire bénéficier de leur expertise. Certains domaines encore inhabituels ou méconnus ont été présentés. Les évolutions de notre société ont également été prises en compte, avec par exemple les enjeux psychologiques de l'assistance médicale à la procréation et diverses questions éthiques.

Benoît BAYLE



# Première partie

## Généralités

<b>1</b>	La parentalité.....	3
<b>2</b>	Les remaniements psychologiques de la grossesse....	13
<b>3</b>	La sensorialité fœtale.....	21
<b>4</b>	Attachement et périnatalité.....	31
<b>5</b>	Les interactions parent-enfant.....	41
<b>6</b>	Psychologie et psychopathologie de la conception humaine.....	51
<b>7</b>	Quels dispositifs de soins en périnatalité ?.....	59



## 1

## LA PARENTALITÉ

Être père, être mère

Benoît Bayle

La notion de parentalité trouve son origine chez la psychanalyste Therese Benedek. Celle-ci propose le terme de *parenthood* pour montrer que le devenir parent s'intègre dans un processus complexe de maturation psychologique (Benedek, 1959). La notion est reprise en 1961 par Paul-Claude Racamier dans un autre contexte, celui de la « maternité psychotique » (Racamier, 1961). Ce n'est qu'à la fin des années 1980 que la notion de parentalité commence peu à peu à connaître le succès que l'on sait.

Qu'est-ce que la parentalité ? \_\_\_\_\_

Martine Lamour et Marthe Barraco définissent la parentalité « comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent

à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif » (Lamour, Barraco, 1998, p. 26).

Très tôt, l'enfant apprend à jouer au « parent », s'identifiant à ceux qui l'élèvent. Le jeune enfant prend alors soin de sa poupée comme d'un bébé réel, répondant à ses besoins, le nourrissant, changeant sa couche, l'habillant, le mettant au lit pour le faire dormir, etc. Il n'hésite pas alors à désigner son père ou sa mère, comme son mari ou sa femme, afin de l'aider dans cette tâche qui l'accapare tout entier... Puis, ces jeux tomberont dans l'oubli, sinon le refoulement, et la question de la parentalité ressurgira plus tard, avec celle de la sexualité et de la conjugalité. Pour finir, la fonction parentale ne s'incarnera véritablement qu'avec la gestation et la naissance de l'enfant.

## La parentalité : un univers en mutation \_\_\_\_\_

À partir des années 1970-1980, le concept de parentalité est également employé en sociologie pour décrire de nouvelles modalités dans la façon d'être parent. Ainsi, la monoparentalité représente le fait d'élever son enfant seul. Cette appellation a pour but de décrire avec neutralité un phénomène qui tend à se répandre. Par la suite, de nouvelles formes de parentalité surgissent.

La pluriparentalité désigne le fait que plusieurs personnes exercent la parentalité. La co-parentalité s'entend volontiers comme le partage de l'autorité parentale par deux parents séparés. Les pratiques parentales par le conjoint non-parent, lors de remariages ou de familles recomposées, sont désormais qualifiées de beau-parentalité. Enfin, l'homoparentalité décrit la parentalité des personnes homosexuelles...

Ainsi, la parentalité dépend étroitement de facteurs sociologiques et culturels. Si la famille nucléaire demeure, aujourd'hui encore, largement représentée, elle n'est plus la référence familiale sociétale quasi exclusive qu'elle était autrefois. La société postmoderne n'est par ailleurs plus dominée par les interdits sexuels comme à l'époque de Freud. Elle est tout entière orientée vers la réalisation de l'individu, avec ses nouvelles