

**Psychopathologie  
de la périnatalité et de la parentalité**

## ***Chez le même éditeur***

### ***Dans la collection Les Âges de la vie :***

- Psychopathologie transculturelle.** De l'enfance à l'âge adulte, par T. Baubet, M.-R. Moro, 2013, 304 pages.
- Crise et urgence à l'adolescence,** par P. Duverger, M.-J. Guedj, 2013, 352 pages.
- Psychopathologie de l'intersubjectivité,** par N. Georgieff, M. Speranza, 2013, 272 pages.
- Enfance et psychopathologie,** par D. Marcelli, D. Cohen. 2012, 9<sup>e</sup> édition, 688 pages.
- Psychopathologie en service de pédiatrie,** par P. Duverger, 2011, 656 pages.
- Psychopathologie de l'adulte,** par Q. Debray, B. Granger, F. Azais. 2010, 4<sup>e</sup> édition, 488 pages.
- Le geste suicidaire,** par V. Caillard, V. Chastang, 2010, 376 pages.
- Psychopathologie du sujet âgé,** par G. Ferrey, G. Le Gouès. 2008, 6<sup>e</sup> édition, 384 pages.
- Psychopathologie de la scolarité. De la maternelle à l'université,** par N. Catheline. 2012, 3<sup>e</sup> édition, 432 pages.
- Psychopathologie du sujet âgé,** par G. Ferrey, G. Le Gouès, 6<sup>e</sup> édition, 2004, 384 pages.
- L'attachement. Approche théorique,** par N. Guédeney, A. Guédeney. 2010, 3<sup>e</sup> édition, 256 pages.
- L'attachement. Approche clinique,** par N. Guédeney, A. Guédeney. 2010, 3<sup>e</sup> édition, 256 pages.
- La schizophrénie de l'adulte. Des causes aux traitements,** par M. Saoud, T. d'Amato. 2006, 248 pages.
- Introduction à la psychopathologie,** par A. Braconnier, E. Corbobesse, F. Deschamps et coll. 2006, 352 pages.

### ***Autres ouvrages :***

- Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale,** par R. Roussillon et coll. 2007, 720 pages.
- Manuel de psychiatrie,** coordonné par J.-D. Guelfi et F. Rouillon. 2012, 888 pages.
- Les dépressions périnatales: évaluer et traiter,** par J. Dayan. 2008, 240 pages.

Collection Les Âges de la vie

---

Conseiller éditorial : Daniel Marcelli

# Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité

**Jacques Dayan (sous la direction de)**

Professeur associé des universités,  
praticien hospitalier  
Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent  
Responsable unité de psychologie et de psychiatrie  
périnatales, CHU de Rennes  
Ancien professeur associé institut de psychiatrie  
Maudsley, Londres

avec

**Gwenaëlle Andro**

Praticien hospitalier, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent  
Responsable Unité de Périnatalité, CHU de Caen

**Michel Dugnat**

Praticien hospitalier, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent  
Responsable unité d'hospitalisation conjointe mères-nourrissons, AP-HM  
Président de la Société Marcé Francophone

*Et la collaboration de :*

*N. Thessier, R. Milijkovitch, O. Rosenblum*

*Préfaces de M. Godelier et A. Guédény*



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, 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 la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-294-71024-7

ebook ISBN : 978-2-294-74062-6

---

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  
[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

# Liste des collaborateurs

**Gwenaëlle Andro**, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Caen.

**Michel Dugnat**, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, service universitaire de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, AP-HM, Marseille.

**Raphaële Miljkovitch**, professeur de psychologie du développement, responsable master psychologie de l'enfant et de l'adolescent, IED, université Paris-8 Vincennes-Saint-Denis.

**Ouriel Rosenblum**, professeur de psychologie, université Paris-7 Paris Diderot, psychiatre et psychanalyste, attaché au service de psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent, groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière, AP-HP, Paris

**Nathalie Thessier-Dejoux**, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, psychanalyste, Nice.

## Participation des différents auteurs :

Jacques Dayan a rédigé ou co-rédigé l'ensemble de l'ouvrage à l'exception de « La théorie de l'attachement » (chapitre 1) et « Dissociation entre sexualité et parentalité » (chapitre 2).

Gwenaëlle Andro a co-rédigé les chapitres 7, 14 et 15.

Michel Dugnat a relu l'ouvrage et a effectué de nombreuses corrections et suggestions.

Raphaële Miljkovitch a rédigé « La théorie de l'attachement » (chapitre 1).

Ouriel Rosenblum a rédigé « Dissociation entre sexualité et parentalité » (chapitre 2).

Nathalie Thessier a co-rédigé le chapitre 9.

# Abbréviations

<b>AAI</b>	Adult Attachment Interview
<b>BDI</b>	Beck Depression Inventory (Beck, 1961)
<b>BSQ</b>	Behavioral screening questionnaire (Richman et Graham, 1971)
<b>CBCL</b>	Child Behaviour Checklist (Achenbach et Edelbrock, 1983)
<b>CIM</b>	Classification internationale des maladies
<b>CIS</b>	Clinical Interview Schedule (Goldberg, 1970)
<b>DDSI</b>	Delusions-Symptoms-States-Inventory (Bedford, Foulds, Sheffield, 1976)
<b>DPP</b>	Dépression du post-partum
<b>DSM</b>	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
<b>EPDS</b>	Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, 1987)
<b>GHQ-60</b>	60- item General Health Questionnaire (Goldberg, 1972)
<b>GHQ-28</b>	28- item General Health Questionnaire (Goldberg et Hillier, 1979)
<b>HDHQ</b>	Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (Caine, Foulds hope, 1967)
<b>HRSD</b>	Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1967)
<b>ICG</b>	Inventory of Complicated Grief
<b>IPAT</b>	Institute for Personality and Ability Testing (Cattell et Scheir, 1957)
<b>MADRS</b>	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (Montgomery et Asberg, 1979)
<b>MAP</b>	Menace d'accouchement prématuré
<b>MAS</b>	Manifest Anxiety Scale (Taylor, 1953)
<b>PPAT</b>	Pregnancy Psychologic Attitudes Test
<b>PSE</b>	Present State Examination (Wing, 1974)
<b>PTSD</b>	Post Traumatic Stress Disorder
<b>RDC</b>	Research Diagnostic Criteria (Spitzer, Endicott et Robins, 1978)
<b>SADS</b>	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenics (Endicott et Spitzer, 1978)
<b>SDS</b>	Zung Depression Scale (Zung, 1965)
<b>SDRS</b>	Zung Self-Rating Scale (Zung, 1965)
<b>SPI</b>	Standardised Psychiatric Interview (Goldberg, 1970)
<b>STAI</b>	Spielberger's Trait Anxiety Inventory
<b>TRIG</b>	Texas Revised Inventory of Grief
<b>UCL</b>	Utrechtse Coping List

# Préfaces à la seconde édition

## Préface d'Antoine Guédénéy

Le livre de Jacques Dayan sur la psychopathologie de la périnatalité est un classique. En voici une nouvelle édition révisée et, elle était très attendue. Cet ouvrage et le précédent sont les premiers en français à couvrir tout le champ de la psychopathologie et de la psychiatrie périnatales. Jacques Dayan avait été le premier à ouvrir un Diplôme Universitaire sur le sujet, fruit de son expérience considérable de clinicien et de chercheur. Ce manuel va devenir un prérequis pour tous les étudiants des DU de psychopathologie périnatale qui se sont maintenant multipliés, et qui accueillent de plus en plus de professionnels déjà engagés dans ce champ et qui veulent se former, mais aussi d'internes et de médecins hospitaliers, de sages femmes libérales et de psychologues. La grande qualité de cet ouvrage est son ouverture, sur des données et des théories psychopathologiques française et étrangères ; c'est aussi de reposer sur la clinique, et d'intégrer les résultats les plus récents issus de la recherche. Enfin, ce travail aux qualités pédagogiques remarquables fait le point sur des aspects du champ périnatal qui sont encore trop peu traités du point de vue scientifique : l'homoparentalité, et le devenir des enfants ; l'adoption et le développement ; l'abandon et l'infanticide, avec une remarquable synthèse sur les concepts et modèles de la parentalité, qui sont bien au cœur de la clinique actuelle avec les parents et jeunes enfants.

Ces données, intégrées et interprétées de façon rigoureuse, sont seules à même d'éclairer et de faire avancer les débats qui agitent la société française sur ces points chauds.

La seconde partie sur la psychopathologie périnatale traite de façon actuelle et du père et de la mère. Jacques Dayan nous offre une synthèse remarquable sur la dépression postnatale, dont il est un des experts mondialement reconnus, comme sur la psychose du postpartum, dont il a décrit les modes de prévention et d'intervention précoce. Le chapitre sur les psychotropes est rarement trouvé ailleurs dans la littérature francophone. On trouve donc dans ce livre une remarquable mise au point et un outil indispensable aux professionnels de toute formation en périnatalité.

Antoine Guédénéy

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,  
université Paris 7, Denis Diderot  
Polyclinique Ney hôpital Bichat Claude Bernard APHP

## Préface de Maurice Godelier

J'ai plaisir en tant qu'anthropologue à écrire quelques mots pour faire connaître tout l'intérêt que j'ai pris à la lecture de l'ouvrage de Jacques Dayan, *Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité*.

Ce livre n'est sans poser problème aux anthropologues qui ont parmi leurs domaines de recherche privilégiés l'étude des systèmes de parenté et des groupes sociaux qu'ils engendrent, clans, lignages, familles, etc. Les systèmes de parenté ne sont pas nombreux. Dans les dix-mille sociétés grandes ou petites qui coexistent encore aujourd'hui il n'existe que six à sept grands types de système de parenté. Le système euro-américain est une variété du système dit cognatique, où l'enfant qui naît d'une union est dit appartenir aussi bien à la famille de son père qu'à celle de sa mère. Ce n'est pas le cas du système patrilinéaire où l'enfant appartient au clan de son père, ni du système matrilinéaire où l'enfant qui naît appartient à la mère et au clan de sa mère. Tout système de parenté est engendré par la mise en oeuvre de deux principes qui génèrent des rapports sociaux différents. Le premier est un principe de descendance, qui définit précisément l'appartenance des enfants naissant des unions socialement légitimes. Le second consiste en des règles fixant avec qui un homme ou une femme peut ou ne peut pas s'unir. Parmi ces interdictions figure bien entendu la prohibition de l'inceste, mais elles vont au-delà : interdiction d'épouser une personne d'une autre religion, d'une autre couleur de peau, exerçant certains métiers, etc. En général pour les anthropologues, la tâche la première est d'identifier le système de parenté qui règne dans une société et que les individus qui en sont membres ne l'ont pas choisi mais doivent le respecter. La parentalité est alors définie comme la série des fonctions que les adultes qui sont les parents proches ou lointains d'un enfant doivent assumer vis-à-vis de ce dernier. En général, en analysant un système de parenté, on recueille de la part des informateurs les données qui explicitent ces fonctions et on précise qui doit les assumer.

C'est relativement tardivement par rapport aux psychologues et aux psychiatres qu'Esther Goody (1982), une anthropologue qui avait travaillé en Afrique de l'Ouest, a écrit un livre sur la parentalité. J'ai moi-même repris son inventaire des fonctions de la parentalité en le complétant (Godelier, 2004). La parentalité dans les sociétés non occidentales ou à d'autres époques de l'histoire de l'Occident ne se réduit jamais à un désir individuel d'enfant ressenti par un homme ou par une femme, ceci pour deux raisons. Premièrement le choix du conjoint ou du partenaire n'est jamais une affaire personnelle mais une affaire collective : les individus ne se choisissent pas par amour. Deuxièmement toute union est conçue comme devant prolonger la vie d'un groupe de parenté, un lignage, un clan, etc. et donc l'obligation est faite aux nouveaux couples d'avoir des enfants.



Mais il faut analyser les faits de plus près. Dans un système matrilineaire, le sperme n'est pas censé fabriquer l'enfant, l'homme n'est pas un géniteur, la femme seule est génitrice, mais elle-même ne suffit pas à faire un enfant : c'est un ancêtre qui se réincarne en elle dont l'esprit en se mélangeant au sang menstruel de la femme fabrique un fœtus. Dans les systèmes patrilineaires, c'est souvent l'inverse : l'homme seul est géniteur, la femme n'est pas génitrice et l'enfant est également la réincarnation d'un ancêtre appartenant au clan de l'homme. La définition et le vécu de la paternité et de la maternité ne peuvent pas être les mêmes dans ces sociétés et sont difficilement comparables avec les attentes qui se manifestent au sein de nos sociétés individualistes où les unions privilégiées sont celles de personnes qui se sont choisies par amour et veulent des enfants pour la même raison. En fait, au cours de l'histoire de l'humanité il fallait faire des enfants, qu'on le désire ou non et entre personnes qui n'avaient pas d'obligation de se désirer. Il faut ajouter que l'individualisme constitutif de notre mode de vie entraîne pour beaucoup d'individus des situations de solitude et de difficultés d'existence. Elles n'existeraient pas au même titre dans des sociétés plus traditionnelles où les individus font partie de collectifs qui les entourent.

Grâce à ce livre j'ai pu mesuré l'énorme absence dans les travaux des anthropologues d'enquêtes sur les attitudes des hommes et des femmes appartenant à d'autres sociétés face à la grossesse, face à l'accouchement et face à la survie des enfants. Difficile pour un anthropologue homme d'aborder les femmes et les interroger sur ces questions. Ce n'est pas impossible pour une anthropologue femme mais peu d'entre elles à ma connaissance l'ont fait (Bonnet, 1988).

Nous avons des informations sur les rites qui entourent la grossesse d'une femme lorsque celle-ci, après avoir fait plusieurs fausses couches, ressent des douleurs et anticipe la perte à nouveau d'un enfant. Dans ce cas dans certaines sociétés africaines on fait venir un homme qui possède le savoir magique nécessaire car l'explication de ces troubles est que précisément ce sont deux ancêtres défunts du mari ou de la femme qui veulent en même temps se réincarner : explication parfaitement imaginaire à nos yeux mais qui fait que le spécialiste des rites va chercher à apaiser les esprits des défunts et leur demander de s'accorder entre eux pour que la grossesse arrive à terme. On voit que la « thérapeutique » repose sur des croyances religieuses partagées mais qui relèvent, à nos yeux, entièrement de l'imaginaire et engendrent des pratiques symboliques sur le corps de la femme. Si l'on compare ces observations avec ce qui se passe aujourd'hui en France, on constate que la majorité des femmes accouchent en milieu hospitalier et donc sont accompagnées avant et après l'accouchement par des professionnels de la santé qui ne lui sont en rien apparentés. C'est là une grande mutation sociale. Sans m'étendre plus loin j'aimerais faire deux remarques.

Il y a dans le livre un beau chapitre sur l'infanticide. Il comporte une dimension historique profonde puisque l'on repart dans l'empire romain et dans l'infanticide qui suivait souvent la décision du *pater familias* de ne pas intégrer l'enfant qui vient de naître dans son clan (la *gens* patrilinéaire romaine). L'enfant refusé était soit abandonné pour mourir, soit donné à des esclaves. Il ne devenait pas citoyen de Rome. Là encore on a peu de données en anthropologie sur les pratiques d'infanticide, mais personnellement j'avais fait une enquête sur ce sujet lorsque, par hasard, vivant et travaillant chez les Baruya, une tribu des hautes terres de l'intérieur de la Nouvelle Guinée, j'avais entendu dire que les femmes tuaient parfois leurs enfants à la naissance. J'ai enquêté auprès d'une centaine de femmes qui ne m'ont pas caché que, parfois, elles s'étaient séparées d'un de leurs enfants à la naissance. Elles m'ont donné deux sortes de raisons pour leur geste : le premier était qu'elles étaient tombées enceintes trop vite et qu'elles ne pouvaient pas nourrir au sein deux jeunes enfants à la fois et travailler chaque jour dans les champs pour nourrir leur famille et leurs cochons. Donc le sacrifice d'un enfant signifierait un espacement des naissances efficace. La deuxième raison était, dirons nous, sociale. Les femmes m'expliquaient qu'elles ne voulaient plus faire d'enfants pour le clan de leur mari, celui-ci était un homme épouvantable et pour cette raison avaient étranglé l'enfant à la naissance. Quand les femmes revenaient de la hutte où elles avaient accouché, espace interdit aux hommes, sans bébé dans les bras, les hommes, le mari en général, les accusaient d'avoir tué un fils (on est dans une société patrilinéaire). Mais souvent le bébé était mort à la naissance, il n'y avait donc pas de vengeance de la part de la femme. Ce qui frappe à la lecture du chapitre sur l'infanticide et le néonaticide, c'est que les gestes homicides des femmes ne semblent pas être liés à des symptômes et des déficits psychiques mais à des difficultés à affronter des situations traumatisantes, soit des situations de pauvreté ou d'opprobre social, soit que la femme était tombée enceinte du fait d'une liaison sans avenir et ne voulait pas la transformer en un fait permanent.

Également j'ai eu beaucoup d'intérêt à lire le chapitre sur l'homoparentalité. J'avais il y a quelques années affirmé que c'était là une métamorphose tout à fait prévisible dans les sociétés occidentales de la parenté. Je m'étais appuyé sur une partie des données qui sont mentionnées dans ce livre, notamment des enquêtes de Golombok. Le livre fait un point plus actuel. Il affirme très clairement que les résultats des enquêtes sérieuses menées sur l'orientation sexuelle des enfants nés de couples homosexuels montrent que celle-ci ne semble pas affectée profondément par le fait d'être né ou d'avoir été élevé au sein d'un couple de lesbiennes ou de gays. Peut-être faudrait-il ajouter que ce qui se passe dans nos sociétés aujourd'hui met plus en évidence que jamais le fait que chaque individu est spontanément, « naturellement », habité par des tendances homosexuelles et hétérosexuelles et

que la reproduction de toutes les sociétés privilégie à l'évidence l'hétérosexualité pour continuer d'exister. La primauté de l'hétérosexualité dans toute société s'ajoute aux interdits des incestes homo et hétérosexuels. Mais dans beaucoup de sociétés, également du passé ou du présent, l'homosexualité a sa place, dans les rites d'initiation, dans la formation des guerriers, etc. Il faudra cependant encore plus d'enquêtes et d'analyses pour comprendre le désir de paternité chez les gays, par exemple les répartitions des rôles dans un couple de gays pour prendre soin d'un enfant. Mais pour le temps présent, le développement des unions homoparentales est un fait social et culturel limité à l'Occident.

Enfin, derniers mots, l'adolescence. Dans la plupart des sociétés non occidentales, particulièrement les sociétés tribales, le développement des individus est socialement contrôlé, étape par étape. Par exemple les garçons seront séparés de leur mère et du monde féminin vers huit dix ans, à douze ans il franchiront une autre étape, à quinze ans ce seront des rites accompagnant la puberté, à dix-huit ans l'entrée dans l'âge adulte et à vingt, vingt et un ans le mariage avec une personne que l'individu n'a pas choisi. Parallèlement d'autres étapes seront franchies par les femmes avec bien entendu le moment crucial de la puberté chez les filles. Bref l'adolescence est encadrée et structurée socialement collectivement et ceci crée un sentiment de solidarité entre individus du même âge. Là encore un grand contraste existe avec la solitude que peut ressentir dans nos sociétés un adolescent d'abord au sein de sa famille et au delà dans la société. Bref on a tout à espérer d'un dialogue et d'une coopération à développer entre anthropologues et psychiatres. Ce livre en est la preuve.

Maurice Godelier  
Ancien directeur scientifique du CNRS

Godelier, M. (2004). *Métamorphoses de la parenté*. Paris : Fayard.

Goody, E.N. (1982). *Parenthood and social reproduction: Fostering and occupational roles in West Africa*, Cambridge.

Bonnet, D. (1988). *Corps biologique, corps social: Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso* (Vol. 110). IRD Editions.

# Préface à la première édition

Dans le monde développé, comme l'espérance de vivre longtemps et en bonne santé s'est accrue, une prise de conscience s'est faite de l'importance des troubles psychiques pouvant émerger à l'occasion de la naissance, et de leurs conséquences particulièrement sur la mère, sa famille et sur l'enfant en développement. En fait, la connaissance de l'existence de troubles mentaux maternels remonte à l'Antiquité. En 400 av. J.-C., Hippocrate a décrit plusieurs cas de mères ayant récemment accouché qui devinrent délirantes puis peu après décédèrent, probablement des suites d'une infection. Environ 2000 ans plus tard, quelques comptes-rendus sporadiques de cas de troubles mentaux où les mères non seulement survécurent, mais pour la plupart guérirent totalement, sont apparus dans la littérature médicale européenne. Il n'existait, quoi qu'il en soit, aucun corpus cohérent de connaissance concernant les troubles mentaux puerpéraux jusqu'à ce que le grand médecin français Emile Esquirol, à partir de l'expérience clinique d'une centaine de cas qu'il avait pu connaître à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, entreprit une classification de leur maladie, attirant l'attention sur le bref intervalle qui séparait l'accouchement du début de l'affection. Il en examina l'étiologie, l'évolution et le pronostic et publia son article princeps initialement dans un journal, puis l'inclut en tant que chapitre dans son livre *Des maladies mentales* dont la première édition date de 1838. Vingt ans après, Louis-Victor Marcé, élève d'Esquirol, publia la première monographie entièrement consacrée à la maternité et à ses troubles intitulée *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Ainsi, deux des plus importantes publications, références de la psychologie périnatale, ont été publiées par des psychiatres français. Leur impact s'est ressenti aussi bien en France qu'à l'étranger, et il était par exemple courant que des psychiatres anglais citent ou se réfèrent aux découvertes de leurs collègues français. La réciproque était d'ailleurs à cette époque aussi fréquente.

Il s'agit peut-être d'une impression fautive mais fondée sur tout ce que j'ai pu découvrir de la littérature, il semble que depuis la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'à une époque très récente, l'intérêt porté aux troubles mentaux périnataux avait décliné en France, tandis qu'il s'était développé dans les pays anglo-saxons et scandinaves. La plupart des découvertes récentes, tant cliniques qu'épidémiologiques, émanent de la Grande-Bretagne, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de la Scandinavie et de l'Amérique du Nord. De plus, la plupart des psychiatres influents, mais aussi des

psychologues, qui ont été à la base des récents développements portant sur ce sujet ont, comme Esquirol et Marcé, bénéficié d'une formation orientée vers ce qui est actuellement nommé la psychiatrie générale de l'adulte. Sans surprise, la plupart des débats ont continué à porter sur l'existence d'entités pathologiques autonomes et leurs possibles étiologies, tandis que l'essentiel de la recherche s'est centrée sur la clinique de l'état maternel, incluant le traitement et le pronostic, et bien entendu l'épidémiologie. Le nouveau-né, qui pouvait légitimement être perçu comme étant à la source des troubles, n'avait paradoxalement reçu que peu d'attention en dehors de la littérature psychanalytique. Il avait bien entendu été reconnu que les bébés pouvaient être victimes des impulsions homicides des parents, et des lois telles que l'Infanticide Act of England and Wales (1938) furent promulguées pour éviter aux mères mentalement malades la peine de mort pour infanticide. Le risque de maltraiter ou négliger l'enfant était un des motifs pour lesquels il était considéré comme inadéquat que les mères mentalement malades prennent soin elles-mêmes de leur bébé.

C'est un psychanalyste anglais, Tom Main, qui rompit avec la tradition en 1948 et admit pour la première fois un bébé avec sa mère malade mentale dans un hôpital psychiatrique. L'avantage d'une telle méthode se répandit comme une traînée de poudre et il fut rapidement admis que la vigilance clinique pouvait contrebalancer les risques potentiels. En référence aux théories qu'avait développées Bowlby à propos de l'attachement, un nombre restreint d'unités psychiatriques mères-bébés dirigées par des psychiatres d'adultes firent rapidement leur apparition en Angleterre, puis en Australie, Nouvelle-Zélande et Canada. Pourquoi n'a-t-on pas observé de développement semblable en d'autres pays ? En France, Racamier publia son travail novateur sur les mères et les bébés en 1961 mais il fallut attendre près de vingt-cinq ans avant que ne surgisse un intérêt explosif parmi les psychiatres français pour le développement et la création de services appropriés aux mères et à leurs bébés. Hormis quelques notables exceptions, le mouvement actuel pour améliorer la qualité des soins est essentiellement mené en France par des psychiatres d'enfants qui, pour la plupart, sinon tous, ont reçu une formation psychanalytique. Le nouveau-né est ainsi revenu au centre du débat et il est bien qu'il en soit ainsi. La question n'est plus simplement de savoir s'il faut garder ensemble la mère et son bébé, mais plutôt de savoir comment le faire au mieux de l'intérêt du bébé et de son développement, et quand procéder à une séparation pour le protéger. Concernant les soins à porter aux nouveau-nés et aux nourrissons, il demeure de nombreuses questions sans réponse à côté d'une grande quantité de théories, de dogmes et d'ignorance. Il n'y pas si longtemps, on croyait que les bébés ne ressentaient pas la douleur, étaient opérés sans anesthésie, nourris selon des horaires stéréotypés et séparés de leur mère dans des nurseries « stériles ».

Il existe actuellement une opportunité pour que surgisse un mouvement créatif émergeant du dialogue entre les traditions cliniques plutôt différentes de part et d'autre de la Manche. Les avancées se feront à travers une évaluation empirique des différentes idées et hypothèses, ce qui requiert une large ouverture d'esprit de chacun des interlocuteurs. L'alternative consisterait à se réfugier dans une mutuelle incompréhension en invoquant l'obstacle présenté par le langage, autant dans ses manifestations conceptuelles que linguistiques.

Il est heureux que Jacques Dayan, qui est un psychiatre d'enfants ayant reçu une formation psychanalytique et travaillant à Caen, soit autant à l'aise avec l'usage des psychotropes qu'avec l'abord des mécanismes psychiques. Il a rédigé un très érudit et stimulant traité couvrant la plupart des domaines-clés de la psychiatrie périnatale. Il est clair que les opinions développées dans cet ouvrage lui sont propres, basées sur l'expérience clinique et sur une connaissance approfondie de la littérature, à la fois française et internationale. Un auteur unique ne peut prétendre à être un expert international de chaque sujet qu'il aborde mais offre en revanche une perspective personnelle qui est ici inestimable du fait de la démarche ouverte et pragmatique avec laquelle Dayan a exploré un sujet à l'interface de nombreux travaux, concepts et perspectives. Il explique mais ne simplifie pas à l'extrême, il documente les conflits et les désaccords sans embrouiller le lecteur et quand il laisse des questions sans réponse évidente, plutôt que d'offrir une solution à tout prix, il souligne les directions vers lesquelles le lecteur peut s'engager. En un mot, c'est un excellent thérapeute.

Il aborde le sujet d'une manière panoramique. Le livre commence par l'examen de la psychologie de la parentalité et notamment de l'adaptation que nécessitent les rôles changeants de la maternité, ce qui le conduit logiquement à l'étude des processus d'attachement et des mécanismes intergénérationnels, ainsi qu'à la répercussion sur l'enfant des dysfonctionnements parentaux. Il évoque succinctement la psychopathologie maternelle durant la grossesse, incluant un important et très intéressant examen du phénomène de déni de grossesse. Passant à la période post-natale, Dayan demande si le blues de la maternité doit être considéré comme un trouble mental, s'il peut entraîner des conséquences péjoratives pour la mère ou pour l'enfant et enfin s'il nécessite d'entreprendre une démarche thérapeutique. De telles interrogations peuvent inéluctablement s'appliquer à la dépression du post-partum ainsi qu'à la psychose puerpérale. Aucune réponse n'est possible en l'absence d'un consensus sur les définitions et les critères diagnostiques, sauf à accepter une cacophonie d'avis discordants. En ce qui concerne la dépression, on peut aussi se demander si le caractère post-natal est une simple coïncidence ou s'il implique une signification étiologique. En ce qui concerne la psychose, il persiste un doute quant à l'existence d'une entité singulière qui puisse être qualifiée de puerpérale. Dayan n'impose pas une

solution mais guide le lecteur à travers le labyrinthe kaléidoscopique de la terminologie : bouffée délirante, psychose cycloïde, psychose schizophréniforme, psychose schizo-affective, psychose psychogénique et psychose hystérique. Après tout, peut-être Esquirol n'avait-il pas tort ? Peut-être aucun trait clinique ne distingue-t-il la psychose puerpérale ? Dès lors comment interpréter l'écart de temps si bref entre la naissance et la période de haut risque d'émergence de l'affection, surtout en cas de troubles récurrents ? Comme Dayan le remarque pour ces raisons précises, les troubles mentaux de la puerpéralité offrent un modèle d'un intérêt exceptionnel pour les études étiopathologiques. Les pères réagissent différemment. Les études systématiques les concernant sont à peu près inexistantes mais l'opportunité est présente pour les développer. Les demandes de soins pour les mères schizophrènes et leurs enfants vont augmenter car le développement des prises en charge ambulatoires et les nouveaux traitements qui n'affectent pas la fertilité entraîneront davantage de grossesses. Quel est le mieux pour un bébé qui grandit dans un environnement marqué par la présence d'une mère sévèrement malade mentale ? Dayan examine l'impact additionnel des psychotropes prescrits, et non prescrits, sur la grossesse et sur le fœtus qui, déjà, présente un handicap génétique pouvant être encore aggravé par un mode de vie maternel déstructuré.

Les sociétés peuvent apprendre les unes des autres quelle est la meilleure manière d'agir lorsque la mère renonce volontairement à élever son enfant ou bien lorsque la société la prive de ses droits parentaux. Quels sont les effets sur l'enfant de l'absence de sa mère ? Les enfants qui vivent en institution souffrent mais ceux qui demeurent auprès de leurs parents peuvent aussi en pâtir. Plusieurs chapitres qui approfondissent cette question sont accompagnés d'un regard dirigé à la fois vers le passé et vers l'avenir. Les facteurs psychologiques jouent assurément un rôle dans la stérilité mais comment ? Les méthodes d'assistance médicale à la procréation créent des difficultés potentielles sans précédent pour l'individu et la société. Quelles en seront les conséquences psychologiques pour les enfants conçus selon ces techniques ? Il n'y a pas tant de littérature capable de nous aider à répondre à cette question. Nous sommes en terrain plus sûr concernant l'accouchement prématuré, sujet pour lequel il existe de remarquables études qui abordent les facteurs de risque psychosociaux tout comme les conséquences. Il en est de même pour l'interruption de grossesse. Pour terminer, un excellent chapitre conclut par la description de l'organisation des unités de soin mère-enfant et de la psychiatrie de liaison, insiste sur l'importance de la psychothérapie aussi bien que sur les risques et bénéfices de la prescription de psychotropes pendant la grossesse et au cours de l'allaitement.

L'engagement de Jacques Dayan pour cet important sujet est clairement apparent, tout autant que la profondeur de ses connaissances et sa capacité

de transmettre au lecteur des informations d'une manière stimulante qui suggère de nouvelles voies d'analyse. Bien que beaucoup de ces perspectives soient familières aux cliniciens et chercheurs français, elles peuvent amener de nouvelles idées et permettre de porter un regard neuf sur de vieux problèmes. Pour cette seule raison, mais il y en a bien d'autres, je souhaite à l'ouvrage un grand succès. De plus, ce livre fournit un accès à la littérature anglo-saxonne dont autrement beaucoup de collègues français ne disposeraient pas. J'ai bon espoir qu'il existera bientôt une traduction en anglais qui permettra réciproquement d'offrir à un public travaillant en Angleterre et ailleurs un accès aux travaux français.

R. Channi Kumar  
Professeur de psychiatrie périnatale, Institut de psychiatrie,  
hôpitaux Bethlem et Maudsley, Londres



# Table des matières

Liste des collaborateurs . . . . .	V
Abréviations . . . . .	VI
Préface de la seconde édition . . . . .	VII
Préface d'Antoine Guédeney . . . . .	VII
Préface de Maurice Godelier . . . . .	VIII
Préface de la première édition . . . . .	XII
Introduction . . . . .	XXI

## I Psychopathologie de la parentalité

---

<b>1 La parentalité : concepts et modèles . . . . .</b>	<b>3</b>
La parentalité comme processus psychique . . . . .	3
Dissociation médico-juridique entre sexualité et parentalité . . . . .	8
Parenté et anthropologie . . . . .	11
Parenté et droit . . . . .	13
Normes et acceptabilité sociale . . . . .	16
Couple et rôles parentaux . . . . .	21
<b>2 Parentalisation : du désir d'enfant à l'attachement . . . . .</b>	<b>37</b>
Désir et projet d'enfant . . . . .	37
Représentations . . . . .	40
Corrélats cérébraux parentaux des interactions . . . . .	52
La théorie de l'attachement . . . . .	57
La théorie du <i>bonding</i> . . . . .	71
<b>3 Les grossesses à l'adolescence . . . . .</b>	<b>83</b>
Fécondité à l'adolescence . . . . .	83
Sexualité à l'adolescence . . . . .	85
Corrélats de la grossesse à l'adolescence . . . . .	87
Éléments de psychopathologie . . . . .	92
Prise en charge des grossesses adolescentes . . . . .	93
<b>4 Homoparentalité : le devenir des enfants . . . . .</b>	<b>99</b>
Position de la question . . . . .	99
Objet des enquêtes sur l'homoparentalité . . . . .	99
Principaux résultats . . . . .	100
Renouveau des études . . . . .	102
Psychopathologie . . . . .	103
Des questions non résolues sur la filiation . . . . .	104
<b>5 Adoption et développement . . . . .</b>	<b>109</b>
Faits et histoire . . . . .	109
Éléments de psychopathologie . . . . .	111
Développement psychologique et social des enfants adoptés . . . . .	112

	Le développement psychoaffectif . . . . .	113
	Les conséquences biologiques de la déprivation . . . . .	116
	Culture, racisme et identité . . . . .	118
	Prévention, information et soutien à la parentalité . . . . .	118
<b>6</b>	<b>Ruptures et discontinuités : abandon et infanticide . . . . .</b>	<b>123</b>
	Définitions . . . . .	123
	Rappel historique . . . . .	124
	L'abandon . . . . .	126
	Infanticide et néonaticide . . . . .	128
	Prise en charge et prévention . . . . .	136

## **II Psychopathologie périnatale**

---

<b>7</b>	<b>Dépression périnatale . . . . .</b>	<b>143</b>
	<b>Dépression anténatale . . . . .</b>	<b>143</b>
	Épidémiologie : prévalence et risque . . . . .	143
	Conséquences observées en <i>post-partum</i> . . . . .	147
	La prise en charge . . . . .	150
	<b>Dépression du <i>post-partum</i> . . . . .</b>	<b>154</b>
	Épidémiologie générale . . . . .	154
	Aspects nosographiques . . . . .	156
	Aspects sémiologiques . . . . .	157
	Vulnérabilité et facteurs de risque . . . . .	161
	Développement et interactions précoces . . . . .	170
<b>8</b>	<b>Anxiété et stress . . . . .</b>	<b>185</b>
	Une anxiété non pathologique? . . . . .	185
	Les troubles anxieux caractérisés : trouble panique, toc et phobies, état de stress . . . . .	187
	Concept et mesures du stress . . . . .	193
	Stress et grossesse : du sentiment de stress à la catastrophe vécue . . .	194
	Stress et développement . . . . .	197
<b>9</b>	<b>Psychoses puerpérales . . . . .</b>	<b>205</b>
	Historique . . . . .	205
	Épidémiologie . . . . .	206
	Nosographie : une question toujours actuelle . . . . .	209
	Aspects sémiologiques . . . . .	212
	Aspects évolutifs . . . . .	215
	Facteurs de risque . . . . .	219
	Aspects étiopathologiques . . . . .	221
	Psychopathologie . . . . .	222
	Thérapeutique : principes généraux . . . . .	225
<b>10</b>	<b>Le déni de grossesse . . . . .</b>	<b>235</b>
	Les négations de grossesse . . . . .	235
	Sémiologie des dénis de grossesse . . . . .	236
	Épidémiologie clinique . . . . .	238
	Évolution et conséquences . . . . .	240
	Psychopathologie des grossesses inconscientes . . . . .	241

	Nosographie . . . . .	242
	Caractéristiques du « déni de grossesse » . . . . .	244
	Les formes intermédiaires et connexes . . . . .	246
	Déni et infanticide . . . . .	247
	Thérapeutique et prévention . . . . .	249
<b>11</b>	<b>Post-partum blues</b> . . . . .	253
	Définition . . . . .	253
	Sémiologie . . . . .	253
	Étiologie . . . . .	254
	Troubles connexes . . . . .	256
	Thérapeutique . . . . .	257
<b>12</b>	<b>Troubles de la paternité</b> . . . . .	259
	Psychologie de la paternité . . . . .	259
	Biologie de la paternité . . . . .	262
	Socio-anthropologie de la paternité . . . . .	267
	Troubles psychiatriques et paternité . . . . .	269
	Paternité et attachement . . . . .	277
<b>13</b>	<b>Les mères schizophrènes et leurs enfants</b> . . . . .	287
	Généralités . . . . .	287
	Vie sexuelle et affective . . . . .	287
	La transmission du trouble . . . . .	288
	Grossesse et fécondité . . . . .	290
	Psychopathologie périnatale . . . . .	292
	Interactions précoces mère-nourrisson . . . . .	294
	Développement de l'enfant . . . . .	297
	Séparation et placement . . . . .	300
	Aspects thérapeutiques . . . . .	302
<b>14</b>	<b>Substances psychoactives, licites et illicites</b> . . . . .	309
	<b>Alcool, opiacés et autres substances</b> . . . . .	309
	Définitions et classifications . . . . .	309
	La consommation . . . . .	310
	Addiction et dépendance . . . . .	314
	Grossesse et addiction . . . . .	316
	Une écologie du risque . . . . .	317
	Complications feto-obstétricales et développement . . . . .	318
	Thérapeutiques . . . . .	326
<b>15</b>	<b>Modifications ordinaires et troubles du comportement alimentaire</b> . . . . .	339
	Modifications ordinaires et limites du comportement alimentaire . . . . .	339
	Anorexie et boulimie . . . . .	341
	Vomissements gravidiques sévères ( <i>Hyperemesis gravidarum</i> ) . . . . .	347
<b>16</b>	<b>Interruption de grossesse</b> . . . . .	353
	Cadre législatif . . . . .	353
	Épidémiologie . . . . .	353
	Réactions psychologiques communes . . . . .	354
	Risques psychiatriques de l'IVG . . . . .	356

	Conséquences maternelles et développementales du refus de l'interruption de grossesse . . . . .	358
<b>17</b>	<b>Le deuil périnatal</b> . . . . .	363
	Le processus de deuil . . . . .	363
	Sémiologie et figures du deuil périnatal . . . . .	366
	Évolution générale . . . . .	373
	Conséquences familiales . . . . .	375
	La prise en charge : consensus et incertitudes . . . . .	378
<b>18</b>	<b>Thérapeutique</b> . . . . .	389
	Modalités institutionnelles . . . . .	389
	Méthodes psychothérapeutiques . . . . .	395
	Psychotropes . . . . .	398
	Indications thérapeutiques . . . . .	404
	<b>Index</b> . . . . .	415

# Introduction

La deuxième édition de cet ouvrage, actualisée et remaniée, rassemble les éléments essentiels à l'approche de la psychopathologie périnatale. Cette psychopathologie a pour objet l'interrelation entre les parents et l'enfant, les troubles parentaux et le développement de l'enfant, des aléas de la conception aux premiers mois après la naissance. La première partie consiste en l'étude générale des phénomènes de parenté et des processus de parentalité et de leurs effets sur l'enfant. Des notions y sont empruntées à l'anthropologie, à la sociologie, au droit. Elle se réfère également à des résultats d'études expérimentales. Prendre en compte tant les données culturelles que celles issues du laboratoire nous a semblé indispensable à la compréhension des modifications psychiques contemporaines de la naissance, normales ou pathologiques. L'application en est faite à l'étude des parentalités les plus habituelles comme à certaines formes de parentalités minoritaires (grossesses à l'adolescence, homoparentalité, adoption), aux conflits de parentalité (e.g. garde alternée) et aux impasses de la parentalité (abandon, infanticide). La seconde partie de l'ouvrage a pour objet la psychopathologie périnatale proprement dite. Celle-ci consiste en l'étude systématique des troubles psychiques caractérisés lors de la transition à la parentalité ainsi que leurs retentissements sur l'enfant. Les questions classiques de la dépression périnatale et des psychoses puerpérales sont actualisées. D'autres thèmes sont approfondis ou réexaminés : addiction et maternité, troubles anxieux, le deuil et sa prise en charge, l'infanticide et le déni de grossesse, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie. Le chapitre sur les troubles de la paternalité a été approfondi. Les conséquences physiologiques et psychologiques des différents troubles sur l'enfant sont exposées et discutées. Un dernier chapitre porte sur les thérapeutiques – psychotropes, psychothérapies et soins institutionnels - avec de nombreuses références pour une aide à la décision.

La psychopathologie périnatale est une discipline récente. A l'interface de la psychiatrie de l'enfant et de la psychiatrie générale de l'adulte, elle présente certaines spécificités. La première est de s'intéresser constamment à deux sujets simultanément, à leur interaction au sein d'une dyade profondément asymétrique. La seconde est de prendre en compte l'extrême plasticité et la volatilité de la symptomatologie en cette période, qui ne peuvent être comparées dans ce domaine qu'aux modifications psychiques de l'adolescence. La troisième est d'aller de pair avec d'intenses modifications corporelles qui affectent tous les systèmes biologiques, chez le nourrisson comme chez la mère. La quatrième, évoquée depuis longtemps, mais établie plus récemment, est d'impliquer massivement et extrêmement précocement des processus de

socialisation, qui sont aussi des processus « d'inter-subjectivation ». Enfin une cinquième spécificité est d'être indissociable de l'étude des processus de développement de l'enfant, qu'il s'agisse de l'action de la relation sur le développement ou du développement sur la relation.

Nous accordons un intérêt particulier à la réactivité parentale, d'importance majeure dans les interactions précoces. Les recherches actuelles, chaque jour davantage, montrent la variété des facteurs qui y sont impliqués. La réactivité parentale est affectée par l'histoire du sujet et répond à l'héritage infantile, premiers soins et éducation. Elle dépend aussi de facteurs biologiques, psychologiques ou psychiatriques, sociaux et culturels. Elle vient à influencer l'enfant. Dans une spirale interactive, elle tend, non inéluctablement, à une forme de reproduction des patterns relationnels personnels et intergénérationnels, et peut être, au delà, des mécanismes biologiques qui les sous-tendent. En effet, si l'enfant hérite des parents un capital génétique, on considère aujourd'hui que l'expressivité de ce capital est très variable, s'exprime en termes probabilistes et dépend en général de l'environnement. Malgré le poids de ces multiples facteurs, la symptomatologie de la dyade reste très sensible à l'environnement immédiat et à la thérapeutique. Cette plasticité sémiologique répond à la plasticité des phénomènes biologiques contemporains de cette période de la vie, pour le nouveau-né bien sûr, mais aussi dans une certaine mesure chez le parent.

L'évolution des regards portés sur la périnatalité est rendue visible par la multiplicité des épistémologies qui les sous-tendent. Les premières conceptions cohérentes des processus psychiques associées à la naissance, tant chez la mère que chez le nourrisson, sont dues à la psychanalyse - à des auteurs tels que D. W. Winnicott ou Th. Benedek. D'autres approches en sont issues, telles la théorie de l'attachement fondée par J. Bowlby - qui enrichie de la cybernétique et de l'éthologie, postule un instinct primaire d'attachement. Comme le rappelle dans sa préface R. Kumar, c'est un psychiatre psychanalyste Tom Main qui a permis pour la première fois en 1948 une hospitalisation conjointe en psychiatrie d'une mère et de son bébé. Parmi les notions mises en place à cette période, certaines restent robustes, notamment la précocité de la vie psychique et la nature des phénomènes intersubjectifs consubstantiels au développement. L'évolution des techniques d'imagerie et plus généralement de traitement du signal, une meilleure connaissance des systèmes biologiques, une nouvelle considération de l'épigénétique, une compréhension encore balbutiante mais sans cesse approfondie du cerveau fonctionnel et de la plasticité synaptique offrent la voie à la création de nouveaux paradigmes.

Dans la pratique thérapeutique contemporaine, de nombreux progrès restent à effectuer et nous espérons que cet ouvrage y contribuera. La sous-estimation de la souffrance psychique de certaines mères ou leur infantilisation quand elles viennent à se plaindre sont encore très répandues. Lorsqu'elles présentent

des troubles sévères, leur hospitalisation reste commune dans des dispositifs psychiatriques peu ou pas adaptés à leur maternité. La banalisation, voire le déni par l'institution soignante de la position centrale de l'accès à la parentalité est fréquente. L'accès à la maternité est souvent essentiel dans la survenue des troubles et joue encore un rôle, comme cela a été montré, dans leur dynamique évolutive. Lorsqu'il existe, le sentiment d'avoir été incomprise ou ignorée en tant que mère, voire maltraitée par l'institution, la honte ou la colère qui peut en résulter, accroît le risque du développement de relations inadéquates avec le bébé ou au sein du couple.

Il arrive encore qu'aucune prévention adéquate des troubles sévères ne soit mise en place. Parfois même, le fait n'est pas exceptionnel, le choix thérapeutique maximalise le risque d'émergence délirante postnatale : suppression de toute thérapeutique pendant la grossesse de femmes bipolaires type I (« psychose maniaco-dépressive ») au motif du risque tératogène malgré l'existence de traitement substitutif, alternative exclusive entre allaiter ou recevoir des psychotropes et enfin mise à l'isolement en cas d'émergence délirante et séparation durable avec le bébé. La violence des jugements sociaux envers les mères en difficulté psychologique, a beaucoup décliné, notamment grâce aux travaux sur la dépression périnatale, mais elle ne s'est pas éteinte. Des formes rigides de puériculture négligeant l'interaction ou le développement précoce de la sensorialité, persistent ci et là, entraînant à chaque fois la mise en difficulté des mères les plus vulnérables. Le père reste quant à lui assez en retrait de toute prise en charge et un objet obscur et rare de la recherche, malgré son implication de plus en plus répandue dans les soins précoces.

Cet ouvrage trouve son origine dans une familiarisation aux relations précoces mère-bébé à l'hôpital Saint-Anne auprès des docteurs Pierre Bourdier et Ilse Barrande. Cliniciens de l'enfance hors pair et psychanalystes, ils avaient pris la suite de Pierre Male, fondateur d'une approche conceptuelle novatrice de l'Adolescence, simultanément psychodynamique, sociale et biologique, et enrichissaient leur pratique de celle d'Alice Doumic et de ses travaux pionniers sur les relations précoces. Ils n'hésitaient pas, par leur familiarité avec la pédiatrie, à accorder leur intérêt aux méthodes d'objectivation de l'activité cérébrale, alors représentées essentiellement par l'électroencéphalographie. Plus tard, le professeur R. Channi Kumar m'a invité à travailler à Londres, à l'institut Maudsley, comme Consultant puis Professeur Associé. Premier titulaire international d'une chaire de psychiatrie périnatale, il m'a conduit à une approche scientifique dans une conception multidisciplinaire, associant des domaines aussi variés que l'endocrinologie, l'épidémiologie ou la pharmacologie. Dans ce contexte, son intérêt constant pour les phénomènes culturels était un fait marquant et original. Ma réflexion a été soutenue par la permanence d'un travail collaboratif avec des cliniciens et des chercheurs, parmi les premiers d'entre eux

Gwenaëlle Andro, psychiatre, Christian Creveuil, biostatisticien et Keiko Yoshida aujourd'hui professeur de pédopsychiatrie au Japon. Bérengère Guillery-Girard et le professeur Francis Eustache m'ont ouvert les portes du vaste domaine des sciences cognitives devenues indispensables à l'étude des relations précoces. Je remercie Sylvie Larmenier au nom de ceux qui m'accompagnent dans le travail clinique quotidien, ses innovations et ses vicissitudes. Je remercie aussi ceux qui ont ici apporté leur expertise. A tous, je rends hommage car ils m'ont permis d'investiguer le champ de la périnatalité avec intérêt et plaisir.

Ce livre est dédié aux familles qui constamment enrichissent ce champ de leurs propres réflexions.

Jacques Dayan