

# Groupe de travail périnatalité et petite enfance (<0-5 ans)

## Conclusions à l'attention du COMSMEA

### 1. Préambule

---

Le groupe de travail a défini son focus sur la santé mentale des mères, des pères ainsi que celles des coparents en péri-partum (grossesse et post-partum) et à la santé mentale des jeunes enfants âgés de 0-5 ans (Infant Mental Health.).

Ces deux groupes cibles correspondent à deux disciplines émergentes en santé mentale : la psychiatrie périnatale, (soins en santé mentale des parents pendant la grossesse et en post-partum) d'une part, et la pédopsychiatrie du 1<sup>er</sup> âge (Infant Mental Health, santé mentale du tout petit), d'autre part. Si ces deux disciplines répondent à des guidelines propres et spécifiques, elles s'inscrivent pourtant dans une continuité et une complémentarité : le travail de la relation précoce constituant leur point d'attention principale.

Nous soulignons ici que la priorisation de ces deux groupes cibles s'inscrit dans la continuité du memorandum de recommandations éditées par le COMSMEA en mai 2019.

### 2. Arguments

---

Ces deux groupes cibles ont une importance capitale en santé publique en raison du potentiel délétère que peuvent amener des troubles de la santé mentale à ces moments clés de la vie sur le développement de l'individu en devenir et bien plus, sur les générations à venir.

Il est aujourd'hui unanimement reconnu au sein de la communauté scientifique internationale que **la prévention et le soin à ces deux périodes charnières de la vie entraînent une diminution de la prévalence des troubles de santé mentale à tous les âges plus avancés au sein de la même génération et sur plusieurs générations<sup>1</sup>.**

**Ces deux groupes cibles échappent encore à l'heure actuelle à une politique de santé mentale structurale** qui prendrait en compte tous les niveaux de la pyramide de soins (promotion de la santé, prévention, détection précoce, interventions de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup> et troisième ligne), se déployant dans l'intersectorialité d'un réseau de soins structuré et coordonné, tant au niveau fédéral que régional.

---

<sup>1</sup> Rousseau et al, 2016; Tremblay, 2016

**Ce réseau de soins propre et spécifique** (gynécologie-obstétrique, maternités, néonatalogie, puériculture, Peps ONE, sages-femmes, pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatre, psychomotricité, psychologie clinique, kinésithérapie, ostéopathie, ...) est **distinct du circuit classique des 6-18 ans et nécessite d'être développé et renforcé.**

La crise COVID révèle et aggrave les grandes lacunes dans l'offre de soins pour ces deux groupes cibles. Les quelques initiatives locales de soins sont saturées et dans l'incapacité de répondre aux demandes émergentes de la crise COVID (isolement, augmentation des violences conjugales et intrafamiliales et de la maltraitance infantile, ...).

**Le protocole d'accord sur le renforcement de l'offre de soins psychologiques de première ligne** doit permettre la mise à la disposition des soins de santé mentale en lien avec cette crise inédite. Force est de constater que ce protocole ne prend pas en compte la spécificité de ce public cible dont on sait qu'il ne consulte pas le psychologue ou le médecin généraliste en première intention, ceci est valable pour les parents vulnérables mais aussi pour d'autres parents qui se sentent parfois très démunis.

Dès lors, nous tenons à souligner ici et dès à présent, l'urgence de créer une politique de soins inédite, spécifique et adaptée à ces deux groupes cibles et d'en faire une priorité absolue.

**Si la Belgique a déjà consacré des efforts et des moyens pour la santé mentale des enfants et des adolescents, cela reste toutefois insuffisant.** A défaut de moyens supplémentaires et spécifiques, **la prévalence des troubles de santé mentale sur plusieurs générations et pour la génération en cours restera haute et inchangée.**

<p><b>Les pathologies périnatales et la psychopathologie du 1<sup>er</sup> âge dont la symptomatologie discrète, majoritairement silencieuse, non repérées et finalement non traitées fonctionnent à la manière de « bombes à retardement » menant à de lourdes pathologies somatiques et psychiatriques à l'adolescence et à l'âge adulte.</b></p>
---

### 3. Estimation du coût des maladies pspérinatales, non traitées, en Belgique<sup>2</sup>

---



Nombre de naissances:

**114231**

A l'échelle de la Belgique, les coûts associés aux problèmes de santé mentale périnatale représentent chaque année :

**1.2 milliards d'€**

**31 %**

de ces coûts sont liés à la mère

**69 %**

de ces coûts sont liés au bébé

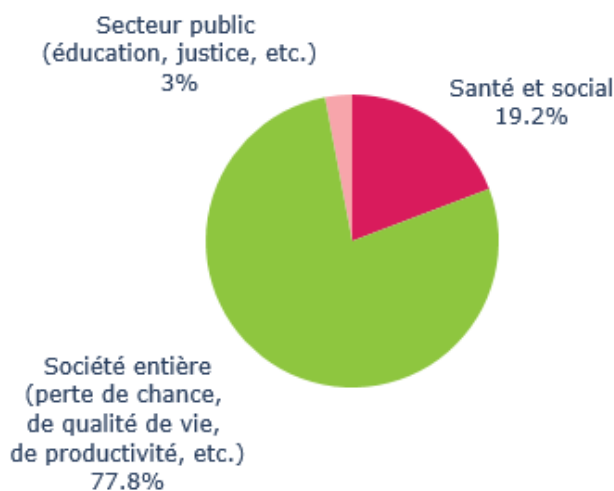
Coût par cas	Mère	Bébé	Total
Dépression périnatale	25 057 €	67 809 €	92 866 €
Anxiété périnatale	23 197 €	13 521 €	36 718 €
Psychose périnatale	55 335 €	8 893 €	64 228 €

---

<sup>2</sup><https://belgium-psyperinathon.herokuapp.com/>

The costs of perinatal mental health problems, London School of Economics, 2014

## Répartition des coûts par secteur



## 4. INVESTIR DANS LA PERINATALITE

---

### 4.1. FONDEMENTS SCIENTIFIQUES

➤ ***La période périnatale est une période à haut risque de troubles psychiques parentaux.***

- La dépression maternelle est la complication médicale la plus fréquente de la maternité. Sa prévalence (10 à 20%) est supérieure à celle des autres troubles – y compris somatiques – à cette période<sup>3</sup>. À l'heure actuelle, elle est largement sous diagnostiquée et non traitée pour 50 à 75% des femmes. Ainsi, seules 25% des femmes reçoivent les soins adéquats<sup>4</sup>.
- La dépression paternelle a également une prévalence significative (10%) et est à l'heure actuelle ignorée en dépit de ses conséquences sur le développement et la santé mentale de l'enfant<sup>5</sup>
- En postpartum, la psychose apparaît de manière plus brutale et plus grave qu'à tout autre moment de la vie chez les femmes<sup>6</sup>. De même, le risque de récurrence chez les patientes bipolaires est doublé par rapport à toute autre moment de la vie<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> Poinso et al., 2001 ; O'Hara, 2009.

<sup>4</sup> Société marcé Francophone, 2016.

<sup>5</sup> Giallo et al., 2012; Paulson et Bazemore, 2010.

<sup>6</sup> Oates, 1966 ; Appleby et al., 1998.

<sup>7</sup> Terp & Mortensen, 1998.

- ***Le lien entre les troubles psychiques maternels et paternels et la survenue de troubles développementaux et psychopathologiques chez l'enfant sont largement documentés.***
  - Nette corrélation entre l'anxiété ou la dépression maternelle à 3 mois de postpartum et la survenue des troubles psychopathologiques chez les enfants évalués entre 4 et 13 ans<sup>8</sup>.
  - Un taux très élevé de dépression maternelle, en particulier en prénatal, dans les antécédents d'une cohorte d'adolescents présentant une dépression à l'âge de 16 ans<sup>9</sup>.
  
- ***Les traumatismes, le stress, les consommations et les assuétudes pendant la grossesse augmentent le nombre de naissances prématurées, élevant le risque de handicaps neuro-sensoriels sévères de 10 à 15% et de déficits développementaux multiples cognitifs divers à 30 à 60%<sup>10</sup>.***

## 4.2. RECOMMANDATIONS

1. Développer une stratégie conjointe fédérale et régionale de santé mentale périnatale incluant tous les professionnels (gynéco, sage-femme, ONE, psychiatre, psychologue, MT, pédiatre...) de santé mentale périnatale.
2. Mettre en place un comité d'experts avec pour mission de définir les compétences requises et de valider une formation continuée obligatoire, structurée et unifiée à l'ensemble du territoire pour tous les professionnels impliqués dans les soins périnataux. Cette formation théorico-clinique doit intégrer les dernières avancées neuroscientifiques et être adaptée aux professionnels à tous les niveaux de la pyramide de soins en tendant vers une pratique evidence-based.
3. Inclure ces données scientifiques récentes dans la formation des futurs professionnels (enseignement universitaire et hautes écoles).
4. Développer un réseau de santé mentale périnatale gradué et coordonné (couvrant tous les degrés de sévérité des troubles avec un accès équitable au traitement adapté, au moment utile, par le service adapté et réparti sur l'ensemble du territoire :
  1. Créer et renforcer des unités ambulatoires spécialisées en psychiatrie périnatale
  2. Développer et renforcer des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie périnatale.

---

<sup>8</sup> Murray L., 1998 ; Panagiotou 2019

<sup>9</sup> Pawlby et al, 2009.

<sup>10</sup> Zelkowitz P., 2017.

3. Créer et renforcer les unités d'hospitalisation parents-bébé (lit K et lit K1). Elles doivent établir des liens structurels (convention) avec les équipes de santé mentale spécialisées ambulatoires et mobiles.
5. Donner les moyens au réseau de santé mentale adulte d'offrir aux parents et futurs parents souffrant d'un trouble psychopathologique ou psycho-affectif sérieux des consultations spécifiques pour informer de l'impact de la grossesse sur leurs troubles.
6. Développer la collaboration et faciliter l'orientation rapide entre les services spécialisés en périnatalité et le réseau de santé mentale adulte.
7. Définir un « référent famille » qui assurerait l'accompagnement et la continuité des soins personnalisés au sein du réseau (maternité, consultations ONE prénatales, consultations de première ligne) :
  1. Réaliser un entretien prénatal précoce pour toute patiente suivie pendant sa grossesse. Pour tout futur parent, offrir la possibilité de rencontrer un professionnel de la santé mentale périnatale.
  2. Réaliser prioritairement un dépistage des patient(e)s présentant déjà des facteurs de risques.
  3. Assurer une collaboration étroite avec le médecin référent/ professionnel de la santé pour la continuité des soins dans le cadre du secret professionnel partagé.
  4. Réaliser un entretien post natal afin d'assurer la continuité des soins après l'accouchement, lors du retour à domicile pour soutenir, adapter la prise en charge et répondre au mieux aux besoins des familles.
8. Promouvoir la santé mentale des nouveaux parents et la santé mentale du bébé, et les interactions familiales (affiches, prospectus dans les salles d'attente des gynécologues, M.T., ONE, spots d'informations audiovisuels, ...)
9. Donner la possibilité aux parents d'allonger les congés de naissance (congé de maternité, paternité, congé parental).
10. Inclure la société civile : Associations de patients, groupes de soutien des mères et des pères par les pairs : ex-« Mamans blues », « Papa blues ».
11. Développer les lieux d'accueil parents-bébé, lieux prioritaires de socialisation, d'interaction et de médiation dans le cadre des relations précoces.

## 5. INVESTIR DANS LA PERIODE 0-5 ANS

---

### 5.1 FONDEMENTS SCIENTIFIQUES

- **La prévalence des troubles de santé mentale est de 16 à 18% chez les enfants de 1 à 5 ans<sup>11</sup>.** Ce taux est assez similaire à l'incidence de 10 à 20 % chez les 6-18ans, estimée par l'O.M.S.
- **Le jeune enfant, en raison de son immaturité développementale globale, présente des modes d'expression de souffrance spécifiques et distincts des enfants plus âgés.** Il est donc important d'utiliser des manuels diagnostiques distincts<sup>12</sup>.
- **La petite enfance est une période de développement cérébral et comportemental extrêmement rapide.** Cette période est par la même **particulièrement sensible aux impacts de l'environnement** pour le meilleur comme pour le pire, et ce, **de manière durable.** Ainsi, les **interventions diagnostiques et thérapeutiques doivent avoir une action la plus précoce et la plus rapide possible.** Ceci doit constituer un **challenge prioritaire** pour les intervenants.
- Plus qu'à toute autre période de la vie, **l'immaturité du jeune enfant** le place dans un état de **dépendance unique** vis à vis de ses parents ou de ses *caregivers*. La qualité de son développement physiologique, cognitif et psycho-affectif est garantie par les interactions avec cet environnement immédiat. **L'intervention diagnostique et thérapeutique doit donc nécessairement et prioritairement inclure l'interaction parents-enfant.**

---

<sup>11</sup> Von Klitzing et al, 2015.

<sup>12</sup> DC : 0-5 : Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles de la première enfance, 2009.

- **Pendant les 1000 premiers jours de la vie, le stress** – et la qualité de la régulation du stress par le parent – a des conséquences immédiates sur le développement du cerveau et sur l’expression d’une série de gènes impliqués dans la croissance du cerveau et la régulation du stress<sup>13</sup>. Ces modifications contribuent selon diverses recherches **à l’origine de troubles et de maladies mentales et somatiques multiples avec des répercussions tout au long de la vie**<sup>14</sup>.
- Les **enfants issus d’environnements traumatisants**, en particulier négligents, violents et maltraitants, et qui n’ont pas bénéficié de prises en charge précoces et de qualité, développent des **troubles du comportement à tonalité psychiatrique ou délinquante à l’adolescence et à l’âge adulte**<sup>15</sup>.
- Les troubles neurodéveloppementaux (autisme, ...) ont une prévalence de 10%<sup>16</sup>. Leur diagnostic est souvent trop tardif avec un impact considérable sur l’interaction précoce.
- Les fragilités inhérentes à l’enfant (prématurité, handicap, signes précurseurs à risque d’autisme, ...) demandent une attention particulière car elles ont des effets sur les parents et les interactions parents-enfants<sup>17</sup>.

## 5.2 RECOMMANDATIONS

1. **Développer une stratégie conjointe fédérale et régionale de santé mentale du nourrisson et du jeune enfant.** Tous les professionnels issus du champ de la petite enfance doivent y être inclus : puériculture, obstétrique, gynécologie, maternité, ONE Pep’s (partenaires enfants-parents), réseaux de soins à domicile, sages-femmes, psychologie, pédiatrie, pédopsychiatrie, psychomotricité, kinésithérapie, ostéopathie, aide sociale, équipes SOS, professionnels de l’aide à la jeunesse, de la protection de l’enfance et du monde judiciaire...).
2. Mettre en place un **comité d’experts** avec pour mission de définir les compétences requises et de valider une **formation continuée obligatoire**, structurée et unifiée à

---

<sup>13</sup> Belsky et al, 2011.

<sup>14</sup> Dube, 2003. (Études ACE).

<sup>15</sup> Rousseau et al, 2016 ; Cote et al 2009, SB Campbell et al, 2000.

<sup>16</sup> Global Research on Developmental Disabilities Collaborators, 2016

<sup>17</sup> Saint-George, 2011.



l'ensemble du territoire pour tous les professionnels impliqués dans les soins de santé mentale des 0-5 ans. Cette formation théorico-clinique doit intégrer les dernières avancées neuroscientifiques et être adaptée aux professionnels à tous les niveaux de la pyramide de soins en tendant vers une pratique « evidence-based ».

3. Inclure ces données scientifiques récentes dans la **formation des futurs professionnels** (enseignement universitaire et hautes écoles).
4. Développer un **réseau de soins en santé mentale du nourrisson et du jeune enfant coordonné, facilement accessible, couvrant tous les degrés de sévérité des troubles et sur la totalité du territoire belge.**
  1. Créer et développer des **services ambulatoires pluridisciplinaires spécifiques** - SSM et CRA- pour les 0-5 ans et spécialisés en psychopathologie du jeune enfant.
  2. Créer et développer des **équipes mobiles multidisciplinaires spécifiques** pour les 0-5 ans et spécialisés en psychopathologie du jeune enfant.
  3. Créer et renforcer les unités d'hospitalisation de jour (k1) pour les jeunes enfants, tout en assurant un accompagnement personnalisé des parents en fonction des particularités développementales de l'enfant. Ces unités doivent établir **des liens structurels (convention) avec les équipes de santé mentale spécialisées ambulatoires et mobiles.**
5. **Créer et renforcer les unités d'hospitalisations complètes (K)** pour les jeunes enfants. Ces unités doivent établir des liens structurels (convention) avec les équipes de santé mentale spécialisées ambulatoires et mobiles.
6. **Former les intervenants de première ligne** qui assurent le suivi et l'accompagnement des jeunes parents et de leur enfant (maternité, sages-femmes, infirmières, ONE, pédiatre, ...) au repérage :
  - Des signes de souffrance et de détresse du jeune enfant
  - Des troubles sévères des interactions précoces
  - Des facteurs ou situations qui mettent à risque la qualité des interactions
7. **Renforcer la connaissance et la prise en compte des enfants avec des particularités du développement** (autisme, déficience...)
  1. **Repérer précocement les signes de développement atypiques** chez les enfants très jeunes par le renforcement de la formation aux premières lignes.
  2. Créer et renforcer **les centres de dépistage et de diagnostic pluridisciplinaire** spécialisés ambulatoires et mobiles
  3. Créer et renforcer les **services d'Accompagnement ambulatoire, mobiles et résidentiels** afin d'intervenir de manière très précoce, intensive et structurée sur le développement de l'enfant en y incluant un travail spécifique autour des interactions.

4. **Favoriser l'inclusion** des enfants avec un trouble précoce du développement
8. **Renforcer** la connaissance et la prise en compte des conséquences développementales sévères de la **maltraitance** chez l'enfant au sein de tous les niveaux impliqués dans le réseau et notamment auprès des services de l'aide à la jeunesse, du réseau protectionnel et judiciaire :
- Sensibilisation des intervenants de première ligne à identifier les différentes formes de maltraitements qui sont : les maltraitements physiques, psychiques, la négligence, les abus sexuels et les violences intrafamiliales.
  - Tenir compte de l'impact de la dynamique conjugale sur le développement de l'enfant et impliquer le conjoint/coparent. Ainsi, en particulier, tous les niveaux impliqués dans le réseau doivent prendre en considération les violences conjugales comme une problématique majeure pour l'enfant.
  - Créer et renforcer des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la maltraitance afin d'établir un diagnostic, évaluer l'impact de la maltraitance sur l'enfant et les compétences parentales. La réalisation de ce bilan peut se faire en ambulatoire et en résidentiel. Ces équipes doivent avoir à leurs dispositions des lieux d'accueil de ces enfants durant la durée de l'évaluation pour garantir leur sécurité.
  - Développer une politique de placement qui tienne compte des besoins développementaux spécifiques et d'attachement des enfants.
  - Renforcer les institutions d'accueil avec des équipes pluridisciplinaires pour un meilleur encadrement et offrir des soins adaptés.
  - Promouvoir et soutenir les familles d'accueils. Une guidance spécifique de ces familles d'accueil et de ces enfants doit être réalisée.
9. **Réaliser une information à destination des futurs ou jeunes parents** à propos :
- De l'importance cruciale de cette courte période sur le devenir et la santé globale de leur enfant
  - Des conséquences développementales durables de la violence intrafamiliale et/ou conjugale, des maltraitements et des négligences
10. **Développer les lieux d'accueil parents-bébé**, lieux prioritaires de socialisation, d'interaction et de médiation dans le cadre des relations précoces.

## 6. CONCLUSIONS

---

Au vu des arguments scientifiques déployés dans ce document, il est à présent évident, urgent et indispensable d'investir largement dans la santé mentale en périnatalité. Cette période inclut la conception, la grossesse, les conditions de naissance et le développement de l'enfant âgé de 0 à 5 ans, période du développement qui mène à une profonde dépendance à l'environnement.

Nous avons également confirmé la fragilité unique qui entoure cette période, tant du côté des parents que du côté du bébé et du jeune enfant. Si la majorité des familles traversent cette période en trouvant des appuis dans leur entourage immédiat, nombreux sont les parents et les enfants qui bénéficient de différents types d'intervention, allant de la prévention pour certains à des prises en charge plus conséquentes pour d'autres.

Il est non seulement indispensable de prendre soin de ces familles, de leurs bébés et de leurs jeunes enfants, de façon cohérente, continue et qualitative. La recherche et la pratique de terrain démontrent en effet les impacts extrêmement problématiques de prises en charge insuffisantes et discontinues. Mais il apparaît par ailleurs fondamental de renforcer les équipes de soins existantes, de développer la formation des personnes de terrain à cette période tout-à-fait spécifique de la vie, d'inaugurer de nouveaux dispositifs de soins coordonnant les différents acteurs et les différentes strates de la prévention, du soin et du protectionnel.

L'investissement massif et sans délai dans la santé mentale des familles ayant un enfant à naître ou un enfant de moins de 5 ans engendre, nous l'avons démontré, des économies colossales. Ces économies impactent non seulement l'ici et maintenant mais aussi les générations futures. Elles concernent des secteurs divers mais également transversaux : les soins de santé, le secteur de la justice, le secteur pénitentiaire et le secteur de l'enseignement.

Prendre en compte à sa juste mesure l'impact inouï que représente une politique de soins ambitieuse concernant la périnatalité et la toute petite enfance apparaît comme une démarche particulièrement novatrice et engagée qui marquera durablement le fonctionnement de notre société.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

---

**Appleby et al., 1998 :** Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB., ( 1998) Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry*, 173, p209-211.

**Belsky et al, 2011 :** Belsky, J. and de Haan, M. (2011), Annual Research Review: Parenting and children's brain development: the end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52: p 409-428.

**Campbell et al, 2000.**

**Cote et al 2009**

DC:0-3 R. Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance : Edition révisée." Devenir (Paris, France) 21.2 (2009).

Dube S. R., Felitti V.J., Dong M., Giles W.H., Anda R.F., (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems:evidence from four birth cohorts dating back to 1900, *Preventive Medicine*, 37, p.268–277.

**Giallo et al., 2012 :** Giallo R, D'Esposito F, Christensen D, Mensah F, Cooklin A, Wade C, Lucas N, Canterford L, Nicholson JM. , ( 2012). Father mental health during the early parenting period: results of an Australian population based longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 47(12): p. 1907-1916.

Global Research on developmental disabilities Collaborators, *Developmental troubles among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for global burden of disease Study 2016.* *The Lancet*, 2016 (10): p.1110-1121.

Habersaat S., Borghini A., Nessi J., Forcada-Guex M., Müller-Nix C., Pierrehumbert B., Ansermet F. (2014). Effects of Perinatal Stress and Maternal Traumatic Stress on the Cortisol Regulation of Preterm Infants. *Journal of traumatic stress* 27(4). P. 488–491.

Murray L., (1998). L'impact de la dépression du post-partum sur le développement de l'enfant. Dans P. Mazet, & S. Lebovici, *Psychiatrie périnatale. Parents et bébé: du projet d'enfant aux premiers mois de la vie* (pp.287-298). Paris: Presses Universitaires de France.

### Oates, 1966

O'Hara M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), p. 1258-1269.

Panagiotou D., (2019). Évaluation de l'impact de l'Accompagnement Personnalisé en Réseau Coordonné (APRC) des femmes enceintes souffrant de troubles anxiodépressifs et bipolaires et leurs bébés, Thèse de doctorat en Psychologie, Soutenue le 18-10-2019, Université de Franche-Comté, France.

**Paulson et Bazemore, 2010 :** Paulson, J.F. and Bazemore, S.D. (2010) Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 303, p 1961- 1969.

**Pawlby et al, 2009 :** Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord*, 113(3), p. 236-243.

Poinso, F., Samuelian, J.-C., Delzenne, V., Huiarts, L., & Sparr, J. (2001). Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 44(2), p. 379-413.

Rousseau D., Riquin L., Rozé M., Duverger P., Saulnier P., (2016). « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance », *Revue française des affaires sociales* 2016/1, p. 343-374.

Saint-George C., (2011). Dynamique, synchronie, réciprocité et mamanais dans les interactions des bébés autistes à travers les films familiaux. Automatic. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI.

Société Marcé Francophone, 2016, Document WEB: <http://www.marce-francophone.fr/ac-cueil.html>, page consultée le 8 mars 2021.

**Terp & Mortensen, 1998** : Terp IM, Mortensen PB. (1998) .Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. Br J Psychiatry, 172, p. 521-526.

**Tremblay, 2016**: Tremblay R, Lee S, Rudy B. (2016) . GABAergic Interneurons in the Neocortex: From Cellular Properties to Circuits. Neuron., 91(2):pp 260-292.

**Von Klitzing et al, 2015**: von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M, Grube M. (2015). Mental Disorders in Early Childhood. Dtsch Arztebl Int., 112(21-22), pp 375-386.

Zelkowitz P. Prématurité et impact sur le développement psychosocial et émotif des enfants. Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. <https://www.enfant-encyclopedie.com/prematurite/selon-experts/prematurite-et-impact-sur-le-developpement-psychosocial-et-emoatif-des>. Actualisé : Avril 2017. Consulté le 8 mars 2021.