

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

Année 2022

2022 TOU3 1524

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Audrey SERRANO

Le 05 Avril 2022

**MERE SOUFFRANT DE TROUBLE DE LA PERSONNALITE LIMITE : QUELS
SOINS SPECIFIQUES EN PERIODE PERINATALE ?
REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE**

Directeurs de thèse : Dr Emmanuelle TEISSIER et Pr Lionel CAILHOL

JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Monsieur le Docteur Alexis REVET

Madame le Docteur Emmanuelle TEISSIER

Monsieur le Professeur Lionel CAILHOL

Madame le Docteur Ludivine FRANCHITTO

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant

Membre invité



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2021

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VIMEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADDUE Daniel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAGOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BAYARD Françoise	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. LECHEPENTE Paul
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MACNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean-
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	Mme FUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. FLIJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALEY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraire	M. FORTANER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOÛT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARLET Philippe	Professeur LAURENT Guy
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BOCCALON Henri	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur BOUTAULT Franck	Professeur MANELFE Claude
Professeur BONEU Bernard	Professeur MARCHOU Bruno
Professeur CARATERO Claude	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CHAP Hugues	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur CONTE Jean	Professeur MURAT
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GRAND Alain	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SERRE Guy
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt. Foret.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie nasale-labiale et stomatologie
M. LÉOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PAUL Carie (C.E)	Dermatologie
M. PAYDUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTHE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONGALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SÁVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Nathan (C.E)	Médecine Légale

Mme BONGARD Verina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Emeric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie, Addictologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et Santé au Travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Aelina	Rhumatologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cardiologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

Professeurs des Universités de Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. GUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeurs Associés Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. CHICOULLAA Bruno
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie, Hygiène Hospitalière

Mme MALAUDA Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCAGNED Francik	Chirurgie infantile	M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. CORRE Jiri	Hématologie, Transfusion
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du développement et de la reproduction
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. LE CAISNEC Cédric	Génétique
M. DELORD Jean-François	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme MARTINEZ Alejandra	Cancérologie, Radiothérapie
Mme DUJY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALMIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. PUGNET Grégory	Médecine Interne, Gériatrie
Mme GOMEZ-BROUCHET Aline-Muriel	Anatomie Pathologique	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SAVALL Frédéric	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme GUIMBAUD Roxine	Cancérologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme HANAIKE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Mme SOTO-MARTIN Maria Eugenia	Génétique et biologie du vieillissement
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	M. YRCANDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
Mme MAZEREELW Jussite	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie infantile		
M. RITZ Patrice (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Ernestuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URG-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Brynne (C.E)	Gériatrie		
		Professeur des Universités de Médecine générale	
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BÉRTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétiq
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Axonomie
M. CONEY Nicolas	Immunologie
Mme COURSON Christine	Pneumologie
M. CUIROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Anaisée	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Salouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et myologie
Mme JONGA Nathalie	Biologie cellulaire
Mme LAPEYRE-MESTRE Marysa	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emélie	Nutrition
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Ayline	Hématologie - Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétiq
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-VMina	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq
M. GLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGRÉE Yannick	Rhumatologie
M. DÉPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme ESQUIROL Valérie	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit
Mme GALINER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme INGUENEAU Déclie	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme MALPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MDULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASSR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. REVET Alexa	Pédopsychiatrie, Addictologie
M. RIMAÏHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurane	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

Maîtres de Conférences Universitaires de Médecine Générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr PIPONNIER David
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOUSSIER Nathalie
Dr LATROUS Léo

Remerciements

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de thèse et de juger ce travail.

Je vous suis reconnaissante pour la qualité de vos enseignements, votre disponibilité pour les internes et votre bienveillance pour chacun d'entre nous.

Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Merci de me faire l'honneur de faire partie du jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre réactivité tout au long de mon internat.

Monsieur le Docteur Alexis Revet

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Merci également d'avoir partagé votre expérience clinique ainsi que scientifique, merci pour votre disponibilité et votre accompagnement tout au long de ces premières années d'internat.

Merci pour votre participation à ce travail de thèse.

Madame le Docteur Emmanuelle Teissier

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Je te remercie de m'avoir fait découvrir la psychiatrie périnatale avec une très belle richesse clinique. Merci pour ton accompagnement, toujours avec bienveillance et calme, au cours de mes stages et au cours de la rédaction de ce travail. Merci de m'avoir guidée et écoutée dans les moments de doute.

J'espère m'être montrée à la hauteur.

Monsieur le Professeur Lionel Cailhol

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail, malgré la grande distance géographique.

Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils toujours bienveillants et adaptés au rythme de l'évolution du travail.

Merci d'avoir toujours été à l'écoute de mes questionnements.

Ca a été un réel plaisir de travailler avec vous.

Madame le Docteur Ludivine Franchitto

Merci de me faire l'honneur de participer au jury en tant que membre invité.

Je te remercie pour ton accueil au sein de ton équipe au cours de mon internat, merci de m'avoir fait partager ton expérience clinique, merci pour ta disponibilité et ton accompagnement dans les moments de doute.

Je te remercie d'avoir contribué à ce travail de thèse.

Remerciements personnels

Merci à mes parents et beaux-parents d'avoir contribué à ce que je suis aujourd'hui, de m'avoir apporté des valeurs qui me guident dans mon quotidien, tant professionnel que personnel. Merci pour votre présence tout au long de ces années.

Merci à mes sœurs, Maud et Cécile, et merci à vos compagnons et enfants, d'avoir partagé tant de moments importants dans ma vie, avec vos regards différents mais toujours riches et bienveillants.

Merci à Julie, mon amie fidèle, toujours présente depuis plus de 10 ans, merci pour ton amitié sans faille.

Merci à mes copines de première année, Karen, Morgane, Camille, Claire et Flora, d'avoir partagé les moments difficiles de la PACES, mais surtout d'avoir partagé des souvenirs si forts qui m'accompagnent encore aujourd'hui. Merci pour votre fidélité et votre écoute.

Merci à Anya, Marie, Louise, Sacha, Alexandra et Louise, d'avoir été à mes côtés tout au long de l'externat, et d'être encore présents aujourd'hui, merci pour tous ces moments de partage, dans les bons comme dans les mauvais moments.

Merci à Aude et à Cécile, pour votre présence et votre écoute bienveillante depuis le début de l'internat.

Merci à tous mes co-internes, Jade, Thomas, Raphaël, Marie, Antoine et Aubrée, ainsi qu'à toute la promotion 2018 d'internes en psychiatrie, merci pour votre présence et votre soutien face aux doutes et aux découvertes du métier de psychiatre.

Merci à toutes les équipes et aux médecins qui m'ont accueilli et accompagné au cours de mon internat : l'UF3, la Clinique des adolescents d'Auch, le CMP Purpan, la maternité Joseph Ducuing, la maternité Paule de Viguié, la Consult'ado de l'hôpital Marchant, le LAPS et le CRA, ainsi que l'équipe Enfant-Do de l'hôpital des Enfants, et enfin, l'EMPEA.

Merci à toute l'équipe du SUPEA et de psychiatrie adulte du CHU de Toulouse d'accompagner les internes depuis si longtemps.

Et enfin, merci à Christopher, mon amour, de cheminer à mes côtés depuis 6 ans, toujours avec bienveillance et amour. Merci pour ton soutien sans faille, pour ta présence au quotidien, pour tes encouragements permanents. Merci d'avoir construit de merveilleux projets à mes côtés, et merci de m'accompagner dans la grande aventure de la parentalité.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	12
a. Résumé en Français.....	12
b. Résumé en Anglais.....	14
INTRODUCTION.....	16
METHODE.....	19
RESULTATS.....	21
a. Recensement des interventions.....	21
b. Recommandations internationales.....	23
c. Efficacité des interventions.....	24
DISCUSSION.....	26
CONCLUSION.....	30
REFERENCES.....	32
ANNEXES.....	40
a. Figure 1 : Diagramme de flux	40
b. Tableau 1 : Types d'interventions.....	41
c. Tableau 2 : Efficacité des interventions.....	49

MERE SOUFFRANT DE TROUBLE DE LA PERSONNALITE LIMITE : QUELS SOINS SPECIFIQUES EN PERIODE PERINATALE ?

Serrano, A.¹, Teissier, E.², Franchitto, L.³, Revet, A.⁴, Raynaud, J. -P.⁵ et Cailhol, L.⁶

1. Université Toulouse III – Paul Sabatier, Facultés de Médecine, Toulouse, France
2. Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Toulouse, Toulouse, France
3. Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Toulouse, Toulouse, France
4. CERPOP, Université de Toulouse, Inserm, UPS, Toulouse, France
5. Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Toulouse, Toulouse, France
6. CR-IUSMM – Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Canada

RESUME

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est un trouble fréquent et grave, caractérisé par une instabilité de l'image de soi, associée à une instabilité des affects et des relations interpersonnelles.

Les femmes atteintes de TPL tomberaient enceinte et accoucheraient autant que les autres femmes, or selon plusieurs études, les mères TPL auraient une sensibilité diminuée aux signaux de leur bébé et une mauvaise interprétation de leurs émotions. Ceci interférerait dans la mise en place d'une interaction mère-bébé de qualité et dans le développement psychoaffectif du bébé, avec le risque de développer des pathologies psychiatriques à l'âge adulte. Ainsi plusieurs équipes ont élaboré des soins spécifiques pour les mères souffrant de TPL.

Objectifs : cette revue systématique de la littérature a pour objectif principal de répertorier les interventions développées auprès des mères TPL en période périnatale (de la grossesse jusqu'aux 18 mois de nourrisson). L'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de certaines de ces interventions.

Méthode : Nous avons interrogé cinq bases de données : PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS et PSYCINFO, la littérature grise, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (France), de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Royaume-Uni), les recommandations Australiennes et Suisses, le site web Google.ca et OpenGray.

Nous avons utilisé des mots-clés pour screener les articles: *Borderline personality disorder, Mothers, Women, Woman, Maternal, Perinatal, Perinatology, Postnatal, Postpartum, Pregnant, Pregnancy(ies), Infant(s), Infancy, Baby(ies), Newborn(s), Offspring(s), Young child, Young children*. Pour être inclus un article devait être écrit en Anglais ou en Français et publié entre 1980 et 2021 ; il devait traiter d'intervention(s) préventive(s) et/ou thérapeutique(s) ciblant les mères souffrant de TPL en période périnatale.

Résultats : La recherche a généré 493 articles et 20 articles ont été sélectionnés. Deux grands types d'interventions se sont détachés : certaines sont centrées sur la dyade mère-bébé, d'autres s'adressent à la mère seule. Parmi elles, on relève des thérapies déjà établies pour les patients TPL en population générale ou des psychothérapies mère-bébé plus spécifiques. Les interventions sont majoritairement pluridisciplinaires, précoces et intensives. Quatre articles ont testé l'efficacité de leur programme : selon les articles les effets bénéfiques sur les interactions dyadiques apparaissent en général après plusieurs semaines de traitement, et pour certains programmes les effets peuvent persister dans le temps ; deux auteurs montrent une diminution significative de l'anxiété ainsi que de la symptomatologie dépressive maternelle. Seules l'Australie et la Suisse ont publié des recommandations visant spécifiquement les mères TPL en période périnatale.

Conclusion : les interventions auprès des mères TPL en période périnatale doivent s'adapter aux particularités de ces femmes qui accèdent à la maternité, elles doivent être précoces, intensives et pluriprofessionnelles. Compte tenu du manque d'évaluation de l'efficacité aucun type de soin ne se distingue actuellement, ainsi il apparaît important de pouvoir continuer les investigations, et de s'intéresser aux thérapies qui impliquent les pères ou les autres figures d'attachement du bébé.

Mots-clés : Trouble de la personnalité borderline ou état-limite ; Mère ; Périnatalité ; Grossesse ; Bébé ; Nourrisson ; Nouveau-né

ABSTRACT

MOTHER SUFFERING FROM BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: WHICH SPECIFIC CARE IN PERINATAL PERIOD?

Borderline personality disorder (BPD) is a common and severe disorder characterized by instability of self-image, unstable affect, and unstable interpersonal relationships.

Women with BPD get pregnant and give birth as much as other women, but according to several studies, BPD mothers have a reduced sensitivity to their baby's signals and a poor interpretation of their emotions; this would interfere in the establishment of the quality of mother-baby interaction and in the psychoaffective development of the baby, with the risk of developing psychiatric pathologies in adulthood. This is why several teams have developed different interventions for mothers suffering from BPD.

Objectives: the main objective of this systematic review of the literature is to list the interventions developed for BPD mothers during the perinatal period (from pregnancy to the 18 months of infant). The secondary objective is to assess the effectiveness of some of these interventions.

Method: We have screened five databases: PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS and PSYCINFO, gray literature, recommendations from the Haute Autorité de Santé (HAS) (France), the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (UK), Australian and Swiss recommendations, Google.ca website and OpenGray.

We used keywords to screen the articles: *Borderline personality disorder, Mothers, Women, Woman, Maternal, Perinatal, Perinatology, Postnatal, Postpartum, Pregnant, Pregnancy(ies), Infant(s), Infancy, Baby(ies), Newborn(s), Offspring(s), Young child, Young children*. To be included, an article had to be written in English or French and published between 1980 and

2021; it had to deal with preventive and/or therapeutic intervention(s) targeting mothers suffering from BPD in the perinatal period.

Results: The search have generated 493 articles and 20 articles were selected. Two main types of interventions have emerged: some are centered on the mother-baby dyad, others are centered on the mother alone. Among them, there are therapies already established for BPD patients in the general population or more specific mother-baby psychotherapies. Interventions are multidisciplinary, early, and intensive. Four articles have tested the effectiveness of their program: according to the articles, the beneficial effects on dyadic interactions generally appear after several weeks of treatment, and for some programs the effects may persist over time; two authors show a significant decrease in anxiety as well as maternal depressive symptomatology. Only Australia and Switzerland have published recommendations specifically targeting BPD mothers in the perinatal period.

Conclusion: interventions with BPD mothers in the perinatal period must adapt to the particularities of these women who access maternity, they must be early, intensive and multi-professional. Given the lack of efficacy evaluation, no intervention currently stands out, so it seems important to be able to continue the investigations, and to look at therapies that involve fathers or other caregiver of the baby.

Keywords: Borderline or borderline personality disorder; Mother; Perinatality; Pregnancy; Baby; Infant; Newborn

INTRODUCTION

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est un trouble fréquent et grave caractérisé par une instabilité de l'image de soi, une instabilité affective ainsi qu'une instabilité des relations interpersonnelles (American Psychiatric Association, Elsevier Masson). La prévalence du TPL dans la littérature serait comprise entre 1 et 2% en population générale (Volkert *et al.*, 2018). En population clinique sa prévalence s'élève à 10% en ambulatoire, et entre 15 et 25% en hospitalisation (Leichsenring *et al.*, 2011).

Sa gravité est notamment en lien avec les nombreuses comorbidités qui lui sont associées, dont les troubles de l'humeur unipolaires et les troubles anxieux (Shah et Zanarini, 2018). L'espérance de vie de ces personnes serait diminuée de 25 ans par rapport à la population générale (Ajetunmobi *et al.*, 2013). Parmi les causes de décès, le taux de suicide dans le TPL serait d'environ 10% (Bender *et al.*, 2001 ; Skodol *et al.*, 2002). Enfin, le fonctionnement de ces patients semble aussi altéré que dans d'autres troubles mentaux (Zanarini *et al.*, 2004), et le coût pour la société serait proche de 16 000 euros par an et par personne (Wagner *et al.*, 2021). Concernant l'accès à la maternité, les femmes atteintes de troubles mentaux sévères et celles souffrant de TPL tomberaient enceintes et accoucheraient autant que les autres femmes (Vesga-Lopez *et al.*, 2008). Les symptômes du TPL apparaissent habituellement à la fin de l'adolescence et peuvent s'aggraver durant la période où les femmes sont le plus fertiles, la présence d'une dysrégulation émotionnelle et comportementale, fréquente chez ces femmes, augmenterait le risque de grossesse non planifiée (Derijard-Kummer, 2017). Malgré leur trouble, les mères souffrant de TPL doivent assurer les mêmes fonctions parentales que n'importe quel autre parent. Elles doivent répondre aux besoins physiques et psychiques de leur bébé, offrir une bonne communication affective, assurer une fonction de contenance et accompagner les mouvements de séparation-individuation (Gosselin, 2000). Pour identifier et

réguler les émotions et les comportements propres au nourrisson, les parents s'appuient sur leur sensibilité (Gosselin, 2000), sur leur capacité de mentalisation (capacité à percevoir les émotions de leur bébé) et sur leur fonctionnement réflexif, c'est-à-dire leur capacité à reconnaître, nommer et comprendre les comportements du bébé en terme de pensées, d'intentions, de désirs et de sentiments sous-jacents. Ceci participerait au bon déroulement du développement psychique du bébé (Bérubé-Beaulieu, 2015).

Plusieurs études ont mis en évidence les difficultés que rencontrent les mères souffrant de TPL pour assurer ces fonctions parentales. Comparées à des mères contrôles, les mères TPL auraient une sensibilité diminuée aux signaux de leur bébé, et elles présenteraient une interaction plus intrusive avec leur nourrisson (Petfield, 2015). Ces difficultés pourraient s'expliquer par le fait que les fonctions réflexives feraient défaut chez les mères TPL (Fonagy, 2004, cité dans Genet *et al.*, 2014). De ce fait, lors des interactions mère-bébé en « face à face », les bébés seraient plus en retrait dans la relation (moins de sourires, moins de vocalises) et plus anxieux (Crandell *et al.*, 2003). Or le bébé a un rôle central et primordial dans le développement des interactions précoces, qui se construisent autour d'une véritable « spirale interactionnelle » mère-bébé (Mazet et Stoleru, 2003, cité dans Lemoigne, 2019). Ces troubles des interactions précoces peuvent aboutir à de multiples problématiques, à la fois chez la mère et chez le bébé. Pour la mère cela peut engendrer un vécu d'anxiété et de culpabilité (Derijard-Kummer, 2017), qui pourrait lui-même aggraver les symptômes du TPL. Chez le bébé, il peut se constituer un attachement insécurisé voire désorganisé (Rouillon *et al.*, 2012) qui peut aboutir à une représentation effrayante de l'autre et à une image de soi dévalorisée et inadaptée (Hobson *et al.*, 2005) ; enfin, à l'âge adulte, cela pourrait amener à des relations interpersonnelles instables, comme pour les mères TPL. Chez les enfants plus âgés, on retrouverait des déficits en théorie de l'esprit (capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux des autres), des troubles de la régulation émotionnelle, des troubles du comportement, des épisodes dépressifs et des idées suicidaires (Petfield *et al.*, 2015).

Afin de réduire l'impact documenté sur les nourrissons, les mères TPL et les relations mère-bébé, plusieurs équipes ont développé des stratégies de prise en charge dédiées à cette population. Cependant, il n'existe aucun consensus international qui guide les professionnels dans leur prise en charge. Dans ce contexte, cette revue systématique de la littérature a pour objectif principal de répertorier les interventions développées auprès des mères TPL en période périnatale (de la grossesse jusqu'aux 18 mois de nourrisson) ; l'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de certaines de ces interventions.

METHODE

Stratégie de recherche :

Nous avons suivi les recommandations de Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) pour cette revue systématique de la littérature.

Au mois d’Août 2020 nous avons interrogé cinq bases de données : PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS et PSYCINFO, ainsi que la littérature grise, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (France), celles de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Royaume-Uni), les recommandations Australiennes et Suisses, les sites web Google.ca et OpenGray.

Nous avons utilisé des mots-clés pour screener les articles dans les différentes ressources : *Borderline personality disorder, Mothers, Women, Woman, Maternal, Perinatal, Perinatology, Postnatal, Postpartum, Pregnant, Pregnancy(ies), Infant(s), Infancy, Baby(ies), Newborn(s), Offspring(s), Young child, Young children.*

Pour les critères d’inclusion, les articles devaient être écrits en Anglais ou en Français et publiés entre 1980 (date d’entrée du diagnostic de TPL dans le DSM III) et 2021 ; ils devaient traiter d’intervention(s) préventive(s) et/ou thérapeutique(s) ciblant les mères souffrant de TPL en période périnatale. Nous avons utilisé les définitions suivantes pour ces termes :

- Période périnatale : période qui s’étend de la grossesse jusqu’aux 18 mois du nourrisson, car c’est la période où les moments clés du développement psychomoteur de l’enfant se déroulent.
- TPL : ce terme a connu de nombreuses descriptions cliniques et scientifiques depuis les années 50. Nous ne nous sommes limités à aucune description ni classification précise par souci d’exhaustivité, et afin d’être le plus proches possible de la réalité clinique.

La recherche dans les différentes ressources a généré 493 articles. Parmi ces articles nous en avons sélectionné 50, au hasard, dont le titre et le résumé ont été lus par AS, ET et LC de manière indépendante pour une première sélection. Puis les sélections de AS, ET et LC ont été comparées afin de tester la fiabilité de la stratégie de recherche. L'opération a été réalisée deux fois et a montré environ 80% de concordance des articles retenus lors du deuxième test et après ajustement des critères de sélection des articles.

Une fois la stratégie de recherche établie AS a sélectionné les articles en plusieurs étapes : lecture du titre et du résumé des 493 articles, puis chaque article sélectionné par le titre et/ou le résumé a été lu en entier (pour cette étape AS a contacté certains auteurs afin d'obtenir les articles qui n'étaient pas disponibles dans les bases de données). Finalement, 20 articles ont été retenus, en plus des recommandations nationales Françaises, Anglaises, Australiennes et Suisses (figure 1).

RESULTATS

18 articles issus des bases de données et 2 articles issus de la littérature grise ont été sélectionnés pour cette revue systématique de la littérature. Les dates de publication s'étendent de 1985 à 2019. Les recommandations Françaises, Australiennes et Suisses ont été intégrées à l'étude ; nous n'avons pas inclus les recommandations Anglaises du fait qu'elles n'ont pas émis de recommandations pour les mères TPL en périnatalité.

Recensement des interventions :

Nous pouvons définir deux grands types de soins : les interventions centrées sur la dyade mère-bébé et celles qui s'adressent à la mère seule. Pour chacune on distingue des interventions qui se déroulent en séances individuelles ou en groupe. Dans tous les cas l'objectif sera d'agir sur les interactions mère-bébé (tableau 1).

Les interventions centrées sur la dyade mère-bébé sont les plus nombreuses (12 articles). Plusieurs techniques de psychothérapies sont proposées. Certaines sont des psychothérapies mère-bébé spécifiques, telle qu'une psychothérapie mère-bébé avec l'intervention d'un psychomotricien qui soutient le développement psychomoteur du bébé et qui permet à la mère de le soutenir aussi progressivement (Apter-Danon et Candilis-Huisman, 2005). La thérapie Watch, Wait and Wonder (WWW) est organisée autour de séances de jeu avec le nourrisson ; enfin les techniques de Guidance Interactionnelle (GI) sont pensées pour les mères qui ont du mal à s'engager dans un processus thérapeutique (Newman et Stevenson, 2005). Plusieurs auteurs ont décrit des techniques basées sur des « cothérapies » au cours desquelles un cothérapeute, le plus souvent éducateur ou puéricultrice, se centre sur le bébé pour soutenir son expression et la nomination de ses affects perceptibles, et un thérapeute (le plus souvent psychothérapeute) qui se focalise davantage sur l'interaction comportementale et fantasmatique de la mère pour faire face à l'intensité transférentielle et aux mécanismes défensifs de la mère

dont le bébé pourrait devenir l'objet (Le Nestour *et al.*, 2007 ; voir aussi Wendland *et al.*, 2014). Par ailleurs, d'autres techniques sont développées à partir de thérapies déjà utilisées pour les patients TPL en population générale : par exemple Sved Williams *et al.* (2018) développent des groupes thérapeutiques de dyades mère-bébé basés sur la Thérapie Comportementale et Dialectique (TCD) et sur la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (TAE), dont le but est d'aider les mères à soutenir la régulation émotionnelle et les capacités relationnelles de leur nourrisson, en introduisant un travail réflexif maternel, un travail sur la régulation émotionnelle parentale et un travail sur le sentiment d'efficacité interpersonnelle, tout en soulignant le rôle social des nourrissons. Des retrouvailles mère-bébé en fin de séance permettent de mettre en pratique ce que les mères ont appris, tout en étant soutenues par les thérapeutes.

Les interventions centrées sur la mère sont moins nombreuses (8 articles). La plupart s'appuient sur des thérapies déjà établies pour des patients TPL, telles que la TCD ou la thérapie de pleine-conscience (Rogers, 2016), auxquelles s'ajoutent des spécificités en lien avec le contexte de l'accès à la parentalité : formation sur les besoins de base d'un enfant et les compétences parentales pour y répondre. Renneberg et Rosenbach (2016) ont développé le programme « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite » qui se déroule autour de séances de TCD et de pleine-conscience, en groupe de 3 ou 4 mères TPL, au cours desquelles sont notamment abordées les particularités des comportements et des compétences parentales des mères TPL. Les mères sont aussi formées aux soins émotionnels et physiques de leur nourrisson, à la gestion du stress et à la communication avec leur enfant. Les auteurs précisent que ce programme pourrait être bien accepté par les mères selon les résultats préliminaires d'une étude de faisabilité.

Pour toutes ces interventions les qualifications des thérapeutes sont variées et associées au domaine de la santé materno-infantile ainsi qu'au domaine du TPL (psychiatre ou pédopsychiatre, psychologue, puéricultrice, protection de l'enfance par exemple).

Les prises en charges sont pluridisciplinaires et coordonnées.

Les programmes de soin s'étalent en général sur une période allant de quelques mois (au minimum 12 semaines comme dans les articles de Renneberg et Rosenbach, 2016 et de Rogers, 2016) à quelques années (jusqu'à 2 ans pour l'article de Apter-Danon et Candilis, 2005, voire 3 ans pour l'article de Wendland *et al.*, 2014). Le suivi est le plus souvent précoce, dès la grossesse ou les premiers mois de vie, et intensif avec généralement des séances hebdomadaires.

Recommandations internationales :

En 2005 la Haute Autorité de Santé (HAS) (France) a publié des recommandations générales concernant la préparation à la naissance et à la parentalité (Haute Autorité de Santé, Avril 2005) afin de repérer précocement les facteurs de vulnérabilité chez les femmes enceintes et permettre un travail pluriprofessionnel et coordonné (travailleur social, puéricultrice, Protection maternelle et infantile, pédiatre, psychologue). Le TPL n'est pas clairement énoncé comme un facteur de vulnérabilité, mais la HAS évoque les problèmes relationnels, l'anxiété et les troubles du sommeil comme des facteurs fragilisants (symptômes retrouvés dans le TPL).

En 2016 des recommandations (Haute Autorité de Santé, 2016) reprennent un texte de Novembre 2005 (Haute Autorité de Santé, Novembre 2005) qui insiste sur la recherche systématique de facteurs de stress et de toute forme d'insécurité affective (qu'on peut retrouver chez les mères souffrant de TPL) au cours de la grossesse. Dans ce cas une orientation vers un éventuel soutien spécialisé sera proposée (Protection Maternelle et Infantile, soutien social, soutien psychologique, etc...)

D'autre part, le gouvernement Australien ainsi que certaines organisations Australiennes ont édité des guides de pratique clinique en 2017 (Centre of Perinatal Excellence, 2017) et en 2020 (Australian Government, Department of Health, 2020) qui précisent qu'en préconceptionnel il est important de bien identifier et nommer le diagnostic de TPL avec les femmes et de les

informer des difficultés qu'elles pourront traverser du fait de leur trouble. Ces guides insistent également sur l'importance d'un accompagnement pluriprofessionnel.

Enfin, les recommandations Suisses soulignent l'intérêt d'interventions précoces et conjointes mère-enfant qui seraient focalisées sur la psychoéducation, les interactions sociales et la création du lien. L'importance du rôle du système familial élargi, des institutions mère-enfant et des familles d'accueil pour les enfants est mise en avant (Euler *et al.*, 2017).

Efficacité des interventions :

Seulement quatre articles ont testé l'efficacité de leur programme (Dominguez *et al.*, 2014 ; Rogers, 2016 ; Sved Williams *et al.*, 2018 ; Yelland *et al.*, 2015). Nous nous sommes intéressés à l'efficacité sur les interactions mère-bébé, sur les comorbidités du TPL et sur la qualité de vie des mères TPL. Les auteurs se sont appuyés sur des échelles de comparaison variées : pour les interactions mère-bébé les échelles MPAS et PRFQ (centrées sur la réponse émotionnelle et la capacité réflexive de la mère), ainsi que le CARE-Index (centré sur l'interaction en elle-même) ont été utilisés ; pour les comorbidités du TPL les auteurs ont étudié les échelles MADRS, EPDS, BAI et DASS. Par contre aucun auteur n'a mesuré l'efficacité sur la qualité de vie des mères TPL (tableau 2).

Sved Williams *et al.* (2018) ont testé l'efficacité de groupes thérapeutiques de 20 dyades mère-bébé basés sur la TCD et la TAE, sur les interactions mère-bébé et sur les comorbidités des mères TPL : une amélioration significative du CARE-Index est constatée (test de rang de Wilcoxon) avec une taille d'effet « moyenne à élevée » (critères de Cohen), ainsi qu'une augmentation significative d'une partie du score PRFQ (sous-échelle « curiosité pour les états mentaux ») avec une taille d'effet « moyenne à élevée », ce qui marque une efficacité sur les interactions précoces mère-bébé. En ce qui concerne les comorbidités des mères TPL, une diminution significative des scores EPDS et BAI est constatée, avec une amélioration de la symptomatologie dépressive et anxieuse habituellement retrouvée chez les mères TPL.

Selon les articles les effets bénéfiques sur les interactions mère-bébé apparaissent en général après plusieurs semaines de traitement (22 jours pour une hospitalisation mère-bébé, jusqu'à 22 mois pour des séances de cothérapie en ambulatoire). Pour certains programmes les effets semblent persister dans le temps (6 mois après l'intervention pour le programme de Pleine-conscience en groupe développé par Rogers, 2016).

Deux auteurs montrent une diminution significative de l'anxiété ainsi que de la symptomatologie dépressive chez les mères (Rogers, 2016 ; Sved Williams *et al.*, 2018).

DISCUSSION

Notre revue systématique de la littérature relève plusieurs interventions qui essaient d’agir sur les particularités des mères TPL et de leur bébé, telles que les difficultés de mentalisation et les troubles de la fonction réflexive chez les mères, ainsi que le retrait relationnel chez certains nourrissons.

Les interventions centrées sur la dyade ont l’avantage de permettre d’analyser les interactions mère-bébé de manière plus fine et ainsi d’agir sur certaines difficultés précises, comme les troubles des interactions comportementales (Apter-Danon et Candilis-Huisman, 2005) et/ou les troubles des interactions affectives (Perez, 2018). Le principe des cothérapies paraît particulièrement adapté pour analyser puis traiter les troubles des interactions précoces à plusieurs niveaux (comportemental, affectif et fantasmatique) (Le Nestour *et al.*, 2007). Effectivement, le risque des interventions avec un thérapeute seul est que la mère puisse se sentir rejetée et abandonnée durant les séances (Apter-Danon et Candilis, 2005), voire qu’elle rentre en compétition avec le bébé vis-à-vis du thérapeute ; quant au bébé, le risque est qu’il puisse être « oublié » au profit de l’empathie du thérapeute pour la mère. De plus, certaines de ces interventions dyadiques s’appuient sur des séances de jeux et d’activités avec les bébés (Thérapie WWW, GI, groupes thérapeutiques basés sur la TCD de Sved William *et al.*, 2018) ce qui permet de favoriser la notion de plaisir dans les interactions, aussi bien pour les nourrissons que pour les mères ; ces séances permettent également à chaque membre de la dyade de prendre un rôle actif dans les interactions, tout en étant guidé par les thérapeutes.

Selon Moralès-Huet *et al.* (2004), dans la littérature nous pouvons retrouver de nombreuses psychothérapies conjointes (ou dyadiques) parents-enfant qui sont développées selon différents modèles (modèle psychanalytique de Fraiberg, modèle de pensée développementaliste, modèle qui s’inspire de la théorie de l’attachement). Ces psychothérapies ont été développées pour traiter des troubles interactifs parents-bébé précoces, secondaires à la fois à des difficultés

parentales (comme le TPL), et à la fois à des difficultés du nourrisson (comme des troubles fonctionnels ou somatoformes). Dans cette revue systématique de la littérature, les différents auteurs ont proposé des psychothérapies mère-bébé inspirées du modèle psychanalytique de Fraiberg (Le Nestour *et al.*, 2007) et des psychothérapies qui s'appuient sur des séances de jeu et d'interactions filmées, inspirées du modèle développementaliste (GI pour Newman et Stevenson, 2005). Quant aux psychothérapies inspirées de la théorie de l'attachement, Moralès-Huet *et al.*, 2004 précisent que certaines visent à modifier la qualité des réponses parentales, en particulier la sensibilité maternelle aux besoins du bébé, alors que d'autres cherchent à modifier les représentations maternelles liées à des expériences d'attachement précoces douloureuses, afin de limiter le risque de transmission transgénérationnelle. Dans notre étude, nous avons repéré essentiellement trois auteurs qui semblent s'être inspirés de ces derniers modèles (Chlebowski, 2013 qui a développé la thérapie dyadique ; Perez, 2018 qui présente le cas clinique de parents en psychothérapie parents-enfant avec leur bébé ; et Sved Williams *et al.*, 2018 lors des séances de groupes thérapeutiques basés sur la TCD). Il nous paraît important de souligner que le nombre d'articles s'inspirant de la théorie de l'attachement (3) est assez faible dans ce contexte de soins dédiés à des mères TPL qui présentent justement des troubles de la sensibilité aux signaux de leur bébé et/ou des interactions précoces douloureuses dans leur histoire infantile. Par ailleurs, le rôle du père et de sa place dans les dispositifs de soin n'a pas été abordé dans les études mais serait intéressant à prendre en compte, d'autant plus que des thérapies père-mère-bébé ont déjà été étudiées (Moralès-Huet *et al.*, 2004).

Concernant les interventions centrées sur les mères seules, elles présentent l'avantage de s'appuyer sur des psychothérapies déjà connues et pour la plupart validées chez les patients TPL (TCD, Thérapie de pleine-conscience), sur lesquelles les auteurs s'appuient pour aider les mères TPL à appréhender leurs difficultés dans l'accès à la parentalité (défaut de mentalisation, trouble de la fonction réflexive), et pour faire un travail de psychoéducation autour des soins primaires et des besoins de base d'un enfant (Renneberg et Rosenbach, 2016). Certaines

interventions sur les mères seules permettent des soins très personnalisés pour des difficultés bien spécifiques (crise suicidaire, abus de substance) (Gentile, 2015). Cependant, ces interventions ne permettent pas d'observer directement les interactions précoces mère-bébé, ce qui pourrait diminuer la possibilité de personnaliser le soin de chaque dyade, de plus, ces techniques ne permettent pas le repérage de la souffrance chez les bébés.

Toutes ces interventions ont pour but d'accompagner les mères dans leur accès à la parentalité. L'enjeu pour les mères TPL serait d'acquérir les mêmes fonctions parentales que des parents sans trouble mental (répondre aux besoins physiques et psychiques de l'enfant, communiquer sur un plan affectif, assurer la fonction de contenance et la fonction de séparation). Or les mères TPL auraient une sensibilité aux signaux du bébé diminuée et elles interprèteraient les émotions neutres de leur nourrisson comme des émotions tristes, ce qui pourrait engendrer des difficultés d'ajustement dans la relation (Petfield *et al.*, 2015). Du fait d'une instabilité dans les relations interpersonnelles chez les mères TPL et du risque de rupture thérapeutique, il est important que les interventions soient adaptées pour que les mères puissent investir un programme dans la durée. Dans ce contexte des équipes ont proposé des interventions comme la GI, spécifiquement développées pour aider les mères à s'engager dans un processus thérapeutique (Newman et Stevenson, 2005). Les thérapeutes doivent veiller à adopter la juste distance relationnelle avec les mères TPL qui rentrent souvent dans des relations interpersonnelles instables, éprouvantes pour les soignants. En ce sens les auteurs proposent des interventions pluriprofessionnelles pour éviter que les mères investissent un seul thérapeute qu'elles pourraient soit idéaliser soit rejeter, ainsi que pour limiter les risques liés aux contre-attitudes des soignants. Pour les dyades où la mère rencontre des difficultés à penser son nourrisson comme un être séparé et différent d'elle, les cothérapies permettent à la fois à la mère et au bébé d'occuper un espace thérapeutique propre où leurs émotions et pensées peuvent être soutenues par chacun des thérapeutes, puis verbalisées à l'autre partenaire de la dyade. La mère portée par le thérapeute peut, à son tour,

porter et soutenir son nourrisson dans son développement moteur, affectif et cognitif (Le Nestour *et al.*, 2007 ; Wendland *et al.*, 2014 ; Perez, 2018).

En ce qui concerne l'efficacité des interventions, seulement 4 études ont étudié l'efficacité de leur programme. On peut évoquer ici l'étude de Sved Williams *et al.* (2018) dont les résultats sont encourageants tant pour les comorbidités du TPL, que pour la qualité des interactions précoces mère-bébé. Cependant, on regrette l'absence d'évaluation de l'efficacité sur la qualité de vie des mères TPL, alors que cet indicateur est fréquemment utilisé dans les études portant autour des personnes TPL. D'autre part, seulement 2 équipes se sont intéressées aux effets des thérapies à moyen terme (6 mois pour l'étude de Rogers, 2016, et jusqu'à 10 mois pour l'étude de Dominguez *et al.*, 2014) et les résultats sont hétérogènes : Dominguez *et al.*, 2014 repèrent une aggravation de la symptomatologie dépressive maternelle après 10 mois d'un suivi pluriprofessionnel (psychiatre et puéricultrice) d'une dyade en cothérapie et en psychothérapie individuelle pour la mère. Rogers, 2016 relève, 6 mois après un programme de thérapie de pleine-conscience pour des groupes de 3 ou 4 mères TPL, un intérêt et une curiosité maternelle pour les états mentaux du bébé grandissants (sous-échelle du PRFQ), ainsi qu'une diminution significative de la sous-échelle dépression de la DASS pour la mère. De plus, les effets à plus long terme n'ont pas été étudié ici. Dans ce contexte l'efficacité préventive à moyen et à long terme des soins proposés ne semble pas possible à établir de façon certaine à l'heure actuelle. De manière plus générale, la puissance de ces différentes études est altérée par le fait que les effectifs de mères et/ou de dyades étudiées restent faibles (au maximum 20 dyades pour l'étude de Sved Williams *et al.*, 2018).

Concernant les recommandations nationales, celles de la France, l'Australie et la Suisse s'accordent pour mettre en avant l'importance d'un travail pluriprofessionnel et précoce dès la grossesse. En France, la HAS n'a pas encore publié de recommandation spécifique pour les mères TPL mais envisage d'éditer des recommandations pour le repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques périnataux (dont le TPL) en 2022 (HAS, 2020) et des

recommandations pour un accompagnement personnalisé du retour à domicile après l'accouchement des mères en situation de vulnérabilité en décembre 2021 (HAS, 2021). Malgré cela, on note une absence de consensus international sur la prise en charge des mères TPL en périnatalité, alors même que ce trouble est fréquent et grave et que ses effets sur les interactions mère-bébé sont à ce jour bien documentés.

Cette revue systématique de la littérature a plusieurs limites. D'abord, la méthode de sélection et de lecture qui s'est principalement basée sur le premier auteur ; et même s'il ne s'agissait pas de l'objectif principal de cette revue, un très faible nombre d'études (4) a rendu compte de l'efficacité des interventions à moyen et long terme pour les mères TPL, leurs bébés et les interactions mère-bébé.

CONCLUSION

On peut retenir que les interventions auprès des mères TPL en période périnatale doivent s'adapter aux particularités de ces femmes fragilisées par la maternité. Il apparaît primordial de penser le soin avec une vigilance particulière sur l'alliance thérapeutique avec la mère, l'instauration d'une relation contenant avec une distance relationnelle très ajustée qui évite que le thérapeute soit surinvesti ou au contraire rejeté par la mère. En ce sens le travail pluriprofessionnel avec des thérapeutes constants, fiables et bien formés est indispensable. Pour les soins conjoints, il est important que les thérapeutes aient des connaissances sur la clinique du bébé et des interactions précoces. Il s'agit d'accueillir le bébé, et parfois de pouvoir prendre des décisions de protection par rapport au bébé si elles s'imposent, sans que la mère ne se sente abandonnée, jugée ou dévalorisée dans sa fonction maternelle. Ainsi les thérapeutes doivent accueillir la mère, la porter psychiquement, pour qu'elle renforce ses compétences parentales afin de mieux soutenir la construction psychique de son nourrisson.

En accord avec les résultats de cette revue systématique de la littérature, le principal élément à retenir est que les interventions doivent être précoces, intensives, personnalisées et pluriprofessionnelles.

Au vu du manque d'évaluation de l'efficacité des interventions aucune thérapie ne se distingue d'une autre actuellement.

Ainsi il apparaît important de pouvoir continuer les investigations concernant l'efficacité des différentes interventions qui ont été développées, afin de pouvoir élaborer des recommandations plus spécifiques concernant la prise en charge des mères TPL et de leur bébé en période périnatale. Enfin, il nous semble important de ne pas oublier d'intégrer les pères (ou autres figures d'attachement principales des nourrissons) aux soins proposés, car ces derniers jouent un rôle primordial dans le développement moteur, cognitif et affectif du bébé.

Vu, le président du jury
du 14/03/2022
Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Ranguel



REFERENCES

Ajetunmobi, O., Taylor, M., Stockton, D. et Wood, R. (2013). Early death in those previously hospitalized for mental healthcare in Scotland: a nationwide cohort study, 1986-2010. *BMJ Open*, 3(7).

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5®)* (5^{ème} éd.).

Apter-Danon, G. et Candilis-Huisman, D. (2005). A Challenge for Perinatal Psychiatry: Therapeutic Management of Maternal Borderline Personality Disorder and their Very Young Infants. *Clinical Neuropsychiatry*, 2(5), 302-314.

Australian Government Department of Health. (2020). *Clinical Practice Guidelines Pregnancy Care 2020 Edition*. Australian Government Department of Health.
<https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/11/pregnancy-care-guidelines-pregnancy-care-guidelines.pdf>

Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, T. M., Zanarini, M. C., Oldham, J. M. et Gunderson, J. G. (2001). Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.

Bérubé-Beaulieu, E. (2015). Fonctionnement réflexif de la mère et désorganisation de l'attachement de l'enfant : Liens avec la sensibilité et l'orientation mentale maternelle

[thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada]. Corpus UL.

<https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/26275/1/31563.pdf>

Centre of Perinatal Excellence (2017, Octobre). *Mental Health Care in the Perinatal Period Australian Clinical Practice Guideline*. Centre of Perinatal Excellence.

https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf

Chlebowski, M. (2013). The Borderline Mother and her Child: a Couple at Risk. *American Journal of Psychotherapy*, 67(2), 153-164.

Crandell, L. E., Patrick, M. P. H. et Hobson, P. (2003). 'Still-face' Interactions between Mothers with Borderline Personality Disorder and their 2-month-old Infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247.

Derijard-Kummer, M. (2017). Accès à la parentalité des femmes souffrant d'un trouble de la personnalité de type borderline-interactions précoces et attachement : une revue non systématique de la littérature [thèse de doctorat, Université de Bordeaux U.F.R des Sciences Médicales, France]. Dépôt Universitaire de Mémoire Après Soutenance.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01468857>

Dominguez, S., Apter, G. et Devouche, E. (2014). Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur. *Devenir*, 26(2), 81-103.

Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Perroud, N. A., Reisch, T., Schmeck, K., Sollberger, D., Walter, M. et Kramer, U. (2017). *Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline*. Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie.

<https://www.psychiatrie.ch/securedl/sdl->

https://www.psychiatrie.ch/securedl/sdl-eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlE2NDU2MTMxNDksImV4cCI6MTY0NTcwMzE0O0widXNlci6MCwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxIYWRTaW5cL1NHUFBcl3VzZXJfdXBsb2FkXC9GYWNobGV1dGVcl0VtcGZlaGx1bmdlbnVwU0dQUF9CRV9CUFFndmVyc2lvbl9mcmFuY2Fpc2UucGRmliwicGFnZSI6NDQzfQ.lgtFnbUKb_KINbQ_dpGKOvmUobq784ezhL
[Ou0jstOPw/SGPP BE BPS version francaise.pdf](https://www.psychiatrie.ch/securedl/sdl-eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlE2NDU2MTMxNDksImV4cCI6MTY0NTcwMzE0O0widXNlci6MCwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxIYWRTaW5cL1NHUFBcl3VzZXJfdXBsb2FkXC9GYWNobGV1dGVcl0VtcGZlaGx1bmdlbnVwU0dQUF9CRV9CUFFndmVyc2lvbl9mcmFuY2Fpc2UucGRmliwicGFnZSI6NDQzfQ.lgtFnbUKb_KINbQ_dpGKOvmUobq784ezhL)

Genet, M. -C., Golse, B., Devouche, E. et Apter, G. (2014). Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état-limite : une revue de la littérature. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 57(1), 259-329.

Gosselin, C. (2000). Fonction des comportements parentaux : révision de la notion de sensibilité maternelle. *Psicologia : Teoria e Pesquisa*, 16(2), 103-111.

Haute Autorité de Santé (2005, Avril). *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*
Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf

Haute Autorité de Santé (2005, Novembre). *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

Haute Autorité de Santé (2016, Mai). *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

Haute Autorité de Santé (2020, 25 Novembre). *Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux*. Haute Autorité de Santé. Récupéré le 14 Février 2022 de https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349_note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinatals_mel.pdf

Haute Autorité de Santé (2021, 5 Mai). *Accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveaux nés*. Haute Autorité de Santé. Récupéré le 14 Février 2022 de https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco411_cadrage_grossesse_vulnerabilites_post_coi_2021_05_05_pg_090621.pdf

Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R. et Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(2), 329-347.

- Le Nestour, A., Apter, G., Heroux, C., Mourgues, B. et Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 50(1), 125-177.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. et Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lemoigne, S. (2019). Interactions précoces : synthèse des connaissances actuelles et revue non exhaustive de la littérature sur l'efficacité des méthodes de soins [thèse de doctorat, Université de Bordeaux U.F.R des Sciences médicales, France]. Dépôt Universitaire de Mémoire Après Soutenance. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088985>
- Moralès-Huet, M., Rabouam, C. et Guedeney, N. (2004). Psychothérapies précoces parents-bébé. *EMC-Psychiatrie*, 1, 43-51.
- Newman, L. et Stevenson, C. (2005). Parenting and Borderline Personality Disorder: Ghosts in the Nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 385-394.
- Perez, A. (2018). From pathological merger to a reflective, triangular space: Parent-Infant Psychotherapy with a mother with Borderline Personality Disorder. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 17(1), 15-27.

Petfield, L., Startup, H., Droscher, H. et Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18(3), 65-75.

Renneberg, B. et Rosenbach, C. (2016). « There is not much help for mothers like me” : Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder – a newly developed group training program. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(16).

Rogers, N. C. (2016). Mindful Parenting Group Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder Traits: Program Development and Evaluation [thèse de doctorat, School of Psychology, Faculty of Health, Arts and Design, Swinburn University of Technology, Australie]. www.google.ca. <https://researchbank.swinburne.edu.au/file/96cc989c-4552-46a0-86f1-daa355001dc0/1/Natasha%20Catherine%20Rogers%20Thesis.pdf>

Rouillon, L., Cailhol, L., Raynaud, J. -P., Hazane, F., Carpentier, L. et Garrido, C. (2012). Les mères *borderline* : comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s). *L'Information Psychiatrique*, 88(3), 187-193.

Shah, R. et Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder : Current Status and Future Directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593.

Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B. et Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II : biology, genetics, ans clinical course. *Biological Psychiatry, A journal of Psychiatric Neuroscience and Therapeutics*, 51(12), 951-963.

Sved Williams, A. E., Yelland, C., Hollamby, S., Wigley, M. et Aylward, P. (2018). A New Therapeutic Group To Help Women With Borderline Personality Disorder and Their Infants. *Journal of Psychiatric Practice*, 24(5), 331-340.

Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. et Hasin, D. S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815.

Volkert, J., Gablonski, T. -C. et Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.

Wagner, T., Assmann, N., Köhne, S., Schaich, A., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Arntz, A., Schweiger, U. et Fassbinder, E. (2021). The Societal Cost of Treatment-seeking Patients with Borderline Personality Disorder in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.

Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Aidane, E., David, M., Serres, J., Cohen, D. et Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder : Transition to parenthood, parent-infant interaction, and preventive/therapeutic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 139-153.

Yelland, C., Girke, T., Tottman, C. et Sved Williams, A. (2015). Clinical characteristics and mental health outcomes for women admitted to an Australian Mother-Baby Unit: a focus on borderline personality disorder and emotion dysregulation ? *Australasian Psychiatry*, 23(6), 683-687.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Henne, J. et Silk, K. R. (2004). Mental Health Utilization by Borderline Personality Disorder Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for Six Years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.

Figure 1 : Diagrammé de flux

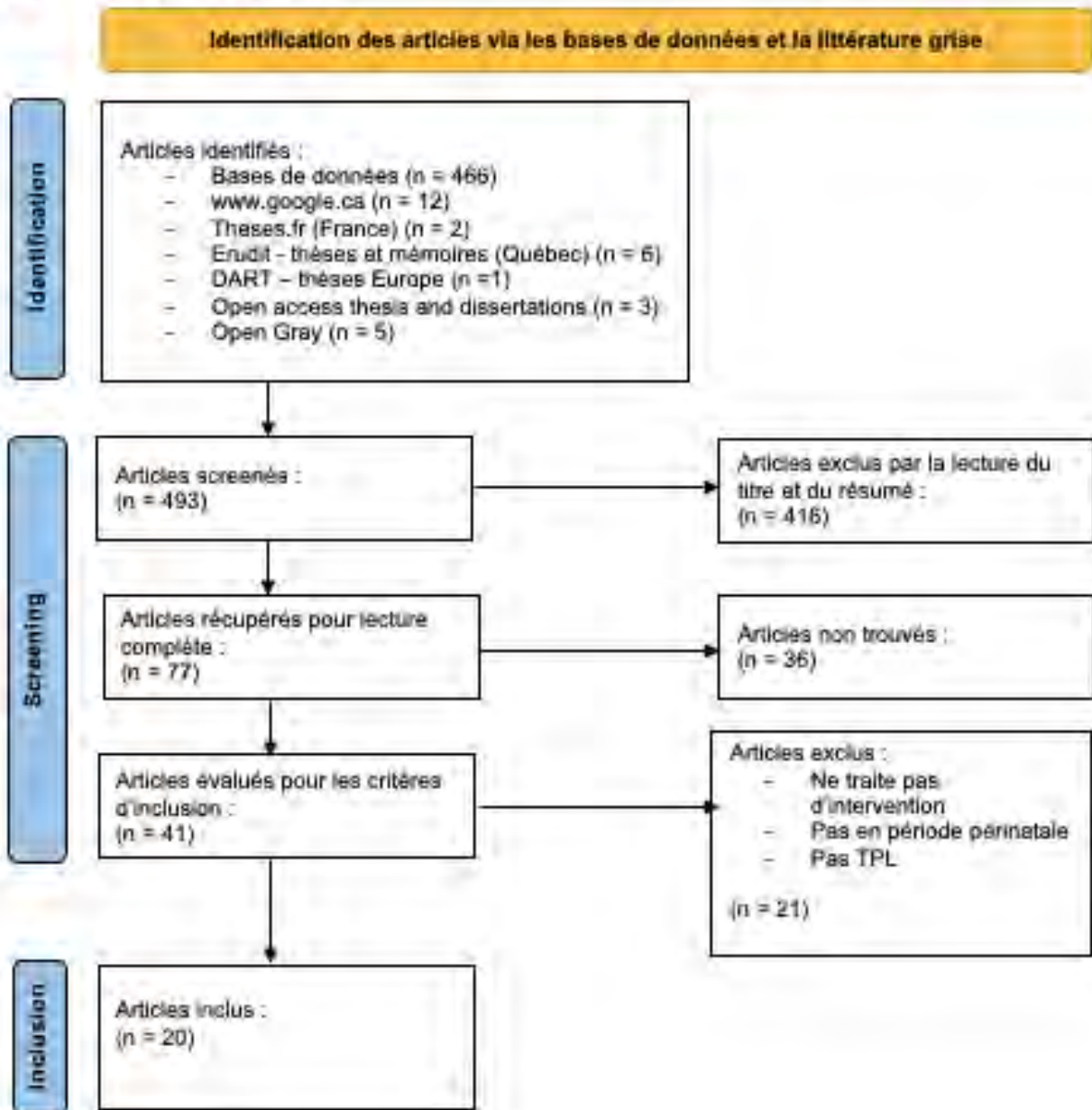


Tableau 1 : Types d'interventions

NR : Non renseigné

Auteurs	Revue	Année	Type	Intervention			Durée	Cadre		
				Individuel ou Groupe	Thérapeutes				Patients	
					Nombre	Qualification			Mères seules	Dyade mère-bébé
Holman, S. L.	International Journal of Group Psychotherapy	1985	Un programme de traitement en groupe pour des mères TPL avec des enfants âgés entre 12 et 36 mois	Deux	NR pour le thérapeute du groupe des mères. Un enseignant de maternelle pour le groupe des enfants	Non	Dyade mère-bébé	6 mois	Critères de sélection des dyades : enfants âgés entre 12 et 36 mois et mères repérées par les services sociaux en Angleterre (Family Service Agency) pour des problèmes de dépression, de troubles narcissiques ou de difficultés de séparation. 21 sessions de 1 heure à 1 heure 30 avec 5 mères et 6 enfants au début du programme. Division du groupe en deux sous-groupes : un sous-groupe de mères et un sous-groupe d'enfants avec deux thérapeutes différents mais dans la même pièce (un coin aménagé pour les enfants avec des jouets et un coin aménagé autour d'une table pour les mères). Avant le début du programme chaque dyade a été rencontrée deux fois individuellement pour leur présenter le programme et pour recueillir l'histoire des mères et l'histoire développementale des enfants. Durant les sessions : pour les enfants séances de jeu libre avec aide par le thérapeute si besoin et possibilité d'aller solliciter leur mère. Pour les mères discussion autour d'une table, supervisée par le thérapeute.	
Apter-Danon, G. et Candilis-Huisman, D.	Clinical Neuropsychiatry: Journal of treatment evaluation	2005	Présentation d'une thérapie mère-bébé en trois phases basées sur plusieurs modèles de psychothérapies mère-bébé	Au moins un par phase	Psychomotricien pour la phase 1; NR pour les autres	Non	Dyade mère-bébé	2 ans maximum	Les auteurs ont développé une psychothérapie mère-bébé qui se déroule en trois phases et qui s'appuie notamment sur la collaboration d'un psychomotricien : phase 1 : séances hebdomadaires de psychothérapie mère-bébé avec l'intervention du psychomotricien, puis une fois que le nourrisson a acquis la marche, phase 2 : psychothérapie mère-bébé seule sans l'intervention du psychomotricien, et enfin phase 3: psychothérapie mère-bébé et psychothérapie mère seule avec un autre psychomotricien, si la mère ne souhaite pas de suivi individuel la thérapie s'arrête. La présence d'un psychomotricien qui travaille directement auprès de l'enfant aide à soutenir son développement psychomoteur, cela lui permet également de faire l'expérience d'une interaction synchrone et positive, où la mère est d'abord observatrice puis progressivement actrice. Favoriser le développement psychomoteur du bébé a un impact positif sur la mère et sur les interactions dyadiques. Afin d'éviter un sentiment de rejet chez la mère des débriefings sont prévus après chaque séance où le psychomotricien est présenté comme un spécialiste de l'enfant qui agit sur les difficultés de l'enfant et non sur celles de la mère. Selon Apter-Danon et al. les psychothérapies avec les mères TPL doivent s'inspirer de plusieurs modèles (tels que celui de Stern, celui de Fraiberg, et le modèle de la guidance interactionnelle) avec des adaptations spécifiques : les aspects de la guidance interactionnelle sont primordiaux pour établir une alliance thérapeutique. Les premières séances doivent établir les règles, notamment en ce qui concerne les révélations d'abus et de négligence du bébé. Pour le thérapeute il est important de garder à distance les forts mouvements d'empathie afin d'éviter toute identification à la mère. Les interventions consistent à équilibrer les interactions mère-bébé de façon à ce que chacun prenne en compte les comportements et les représentations de l'autre, dans le but de développer des capacités de régulation émotionnelle. Ceci permet de soutenir les fonctions parentales de la mère et de fournir une expérience et une interaction mère-bébé positives. Les thérapies individuelles mère ou bébé ne sont pas conseillées en début de travail afin de ne pas provoquer un sentiment d'abandon chez la mère.	

Tableau 1 : Types d'interventions

NR : Non renseigné

Auteurs	Revue	Année	Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes			Patients		Durée	Cadre
					Nombre	Qualification	Mères seules	Mères seules	Dyade mère-bébé		
Newman, L. et Stevenson, C.	Clinical Child Psychopathology and Psychiatry	2005	Thérapie "Watch, Wait and Wonder" (WWW); Guidance interactionnelle (GI);	NR	Un thérapeute pour WWW et GI	NR	NR	Non	Dyade Mère-bébé	NR	WWW : l'enfant initie un jeu spontanément, la mère regarde son enfant jouer et elle ne joue que sur sollicitation de son enfant. A la fin de la session de jeu la mère discute avec le thérapeute pour comprendre les thèmes et les problèmes relationnels apparus durant la séance. Cette partie de l'intervention permet également de discuter avec la mère des enjeux intergénérationnels ayant un impact sur sa relation avec son enfant. GI : session en trois phases (interaction mère-enfant filmée, puis vidéo visionnée par la mère et le thérapeute, puis conclusion avec la mère et le thérapeute). Cette intervention a été développée pour des familles qui ont du mal à s'engager dans des processus thérapeutiques. Le but est de permettre à la mère de prendre du plaisir dans l'interaction et de comprendre les comportements de son enfant via le jeu interactif. Durant les séances le thérapeute fait attention à 5 points pour la qualité de l'interaction : les partenaires parlent au même niveau sonore, se rapportent à la même chose, se relaient dans des échanges communicatifs, observent les signaux de l'autre et répondent de manière contingente.
Le Nestour, A. et al.	La Psychiatrie de l'Enfant	2007	Thérapie conjointe mère-bébé à l'hôpital L'Aubier	Individuel	Deux	Un thérapeute psychanalyste (psychiatre ou psychologue); un co-thérapeute éducatrice ou puéricultrice	Non	Non	Dyade mère-bébé	NR	Thérapie conjointe en maternité et/ou à domicile : Le cothérapeute (éducatrice ou puéricultrice) se centre sur le bébé, il focalise son attention sur le lien immédiatement construit par l'enfant dans ses interrelations aux parents et aux thérapeutes afin de soutenir l'expression et la nomination des affects perceptibles. Le thérapeute, lui (psychanalyste), déploie son attention sur l'interaction comportementale et fantasmatique parentale, afin de faire face à l'intensité transférentielle mais également aux mécanismes défensifs dont le bébé peut vite devenir l'objet : clivage, idéalisation, déni.
Baradon, T. et al.	Livre "Relational Trauma in Infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy."	2010	Psychothérapie mère-bébé avec utilisation des échelles AAI (Adult Attachment Interview) et AMBIANCE (Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification)	Individuel	Un à deux selon les sessions	Psychothérapeutes	Non	Non	Dyade mère-bébé	8 mois environ	30 sessions hebdomadaires de psychothérapie mère-bébé pour une mère et son bébé âgé de 4 mois au début de la prise en charge; les séances se font dans une salle de consultation avec Tessa Baradon, psychothérapeute. A la deuxième séance passation de l'AAI par Tessa Baradon, en présence d'un second thérapeute (Mary Target) qui code l'AAI en parallèle. A la 10ème et 30ème séances codage de l'AMBIANCE par Elisa Bronfman. A chaque fois, et en plus des échelles, commentaires cliniques de chaque séance par Tessa Baradon.

Tableau 1 : Types d'interventions

NR : Non renseigné

Auteur	Revue	Année	Intervention							
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Patients		Durée	Cadre
					Nombre	Qualification	Mères seules	Dyade mère-bébé		
Chlebowski, S.M.	American Journal of Psychotherapy	2013	Thérapie dyadique	Individuel	NR	NR	Non	1 mère et son bébé de trois mois en thérapie dyadique	NR	Mère et bébé de trois mois en thérapie dyadique : la mère a progressivement initié et pratiqué le contact visuel avec son bébé, elle s'est engagée dans l'interaction avec son bébé, encouragée par les sourires et les vocalisations de ce dernier; ceci a permis de développer un lien d'attachement, différent de ceux que la mère avait connus jusque là.
Markin, R. D.	Psychotherapy (Chic)	2013	Thérapies basées sur la mentalisation	Individuel	Un	Psychothérapeute	Oui	Non	NR	Trois types de psychothérapies individuelles basées sur la mentalisation pendant la grossesse : Mentalisation du foetus en tant qu'individu séparé et possédant des états mentaux uniques; Mentalisation de soi en tant que mère, réflexion sur l'identité maternelle; Mentalisation de la relation mère-foetus et de l'attachement maternel au foetus. Il n'est pas précisé si les patientes de cet article souffrent de TPL mais l'auteur précise que ces psychothérapies peuvent être utilisées chez des patientes souffrant de TPL.
Dominguez, S. et al.	Devenir	2014	Suivi d'une dyade de la naissance jusqu'aux 25 mois de l'enfant par une équipe de psychiatrie périnatale	Individuel	Deux	Un psychiatre et une puéricultrice	Psychothérapie individuelle avec le psychiatre	Thérapie conjointe par le psychiatre et la puéricultrice pour la dyade mère-bébé	25 mois	Suivi initié à la maternité, puis visites à domicile (foyer maternel) par les mêmes thérapeutes pendant 4 mois, puis séances hebdomadaires de cothérapie, avec la même équipe, dans un centre de soin public, et psychothérapie individuelle pour la mère avec le psychiatre. Aux 9 mois du bébé la mère a été hospitalisée pour aggravation d'un syndrome dépressif pendant 10 jours pour mise en place d'un traitement par antidépresseur de type ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine), pendant ce temps le bébé a été gardé à la crèche du foyer maternel et un soutien du père a été organisé. Puis les parents et le bébé ont été installés dans un logement autonome aux 14 mois du bébé. Le suivi a été poursuivi par une unité mobile de psychiatrie périnatale (PPUMMA) pour une thérapie individuelle de la mère une fois tous les 15 jours et poursuite de la cothérapie jusqu'aux 2.5 ans de l'enfant.

Tableau 1 : Types d'interventions

NR : Non renseigné

Auteur	Revue	Année	Intervention							
			Type	Thérapeutes		Patients		Durée	Cadre	
				Individuel ou Groupe	Nombre	Qualification	Mères seules			Dyade mère-bébé
Wendland, J. et al.	Clinical Psychology : Science and Practice	2014	Suivi d'une dyade mère-bébé de la grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant dans une unité de santé mentale parent-enfant	Individuel et Groupe	1) Grossesse : un pédopsychiatre. 2) De la naissance jusqu'aux six mois de l'enfant : un pédopsychiatre, plusieurs puéricultrices, une assistante maternelle. 3) De six mois jusqu'au 1 an de l'enfant : un pédopsychiatre, une puéricultrice, un psychologue (psychothérapeute), une assistante sociale. 4) Deuxième année de vie de l'enfant : un psychologue et une puéricultrice (cothérapie), un psychiatre adulte, un éducateur et une assistante sociale à domicile	Pédopsychiatre, Puéricultrice, Psychologue, Assistante sociale, Educateur, Psychiatre adulte	Mère seule pendant la grossesse et psychothérapie individuelle aux deux ans de l'enfant	Dyade mère-bébé consultations avec le pédopsychiatre et la puéricultrice, pour le groupe parent-enfant; pour les séances de cothérapie, pour la mesure judiciaire de suivi à domicile	Du 6ème mois de grossesse aux trois ans de l'enfant	1) Grossesse : suivi individuel de la mère par un pédopsychiatre une fois par semaine. 2) De la naissance jusqu'aux six mois de l'enfant : consultations hebdomadaires de la dyade avec un pédopsychiatre; consultations hebdomadaires avec une puéricultrice (psychoéducation); participation une fois par semaine ou plus à un groupe de guidance parent-enfant (assistance, guidance et réassurance). Aide d'une assistante maternelle pour garder l'enfant 5 jours et deux nuits par semaine. 3) De six mois jusqu'au un an de l'enfant : consultations hebdomadaires avec un pédopsychiatre; consultations hebdomadaires avec une puéricultrice; psychothérapie analytique mère-enfant avec un psychologue (analyse des vidéos des séances avec la mère et le thérapeute); consultations avec une assistante sociale. 4) Deuxième année de vie de l'enfant : cothérapie psychologue et puéricultrice; psychothérapie individuelle de la mère avec un psychiatre adulte; mesure judiciaire d'aide éducative et sociale à domicile
Yelland, C. et al.	Australasian Psychiatry	2015	Hospitalisation en unité mère-bébé (Australie) des dyades dont les mères souffrent de troubles mentaux, dont le TPL	NR	NR	Psychiatre et étudiant en psychiatrie (pour le diagnostic de TPL)	Non	Dyade mère-bébé	22-34 jours (moyenne)	Hospitalisation en unité mère-bébé (Adelaide, Australie du sud) de dyades mère-bébé avec des mères souffrant de troubles mentaux, dont le TPL. Evaluation diagnostique par un psychiatre à l'entrée (critères clinique et DSM-IV), confirmation diagnostique à la sortie à l'aide du compte-rendu d'hospitalisation. Pendant le séjour les mères bénéficient de psychothérapie individuelle et en groupe, de psychothérapie mère-bébé, du soutien des infirmiers et des autres soignants, si besoin traitement médicamenteux et électro-convulsivothérapie. Les échelles EPDS, BAS, MSI-BPD et MPAS sont remplies par les mères à l'entrée et à la sortie pour évaluer l'efficacité de l'hospitalisation.

Tableau 1 : Types d'interventions

NR : Non renseigné

Auteur	Revue	Année	Intervention							
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Patients		Durée	Cadre
					Nombre	Qualification	Mères seules	Dyade mère-bébé		
Gentile, S.	Clinical Drug Investigation	2015	Traitement pharmacologique d'une mère TPL avec addiction à l'alcool pendant la grossesse	Un Individuel	Un Individuel	Psychiatre avec compétences en périnatalité	Oui	Non	Environ 7 mois (des 6 mois de grossesse aux 4 mois de l'enfant)	Consultation à la maternité à 6 mois de grossesse pour adaptation thérapeutique médicamenteuse. En parallèle la mère est accueillie dans un centre de réhabilitation spécialisé dans la prise en charge des patients présentant un "double" diagnostic (TPL et addiction à l'alcool). Après l'accouchement la mère bénéficie d'une psychothérapie cognitivo-comportementale.
Renneberg, B. et al.	Borderline Personality Disorder Emotional Dysregulation	2016	Programme d'entraînement "Compétences parentales pour les mères avant un trouble de la personnalité limite"	Deux Groupe	Deux Groupe	Thérapeutes femmes expérimentées dans le TPL	Oui	Non	12 semaines	3 groupes de 4 mères TPL et 1 groupe de 3 mères TPL assistant à 12 séances hebdomadaires basées sur la Thérapie Dialectique et Comportementale. Un sujet par séance: psychoéducation, exercices de pleine-conscience, besoins de base d'un enfant, structure et flexibilité, gestion du stress, gestion des conflits, gestion des émotions, le corps, prendre soin de soi.
Teng, J.Y. et al.	Journal of Affective Disorder	2016	Cas clinique de la prise en charge obstétricale et psychiatrique d'une femme enceinte TPL en crise suicidaire	NR Individuel	NR Individuel	Equipe d'obstétrique, psychiatre, psychiatres experts, équipe de néonatalogie, services de protection de l'enfance	Oui	Non	Du deuxième trimestre de grossesse jusqu'à l'accouchement	Patiente hospitalisée en maternité à 29 semaines d'aménorrhée (SA) après une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire et pour menace d'accouchement prématuré (MAP). Evaluation quotidienne par un psychiatre pour thérapie de soutien et évaluation quotidienne du risque suicidaire. Prescription de QUETIAPINE pour agitation et insomnie. Puis hospitalisation de la mère en psychiatrie et hospitalisation du bébé 6 semaines en néonatalogie. Après évaluation par un psychiatre, un travailleur social et un service de protection de l'enfance la garde du bébé a été donnée à la grand-mère maternelle. La mère a continué son suivi en psychiatrie; le bébé a démarré un suivi médical devant le risque de trouble du neuro-développement.

Tableau 1 : Types d'interventions

NR : Non renseigné

Auteur	Revue	Année	Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Patients		Durée	Cadre
					Nombre	Qualification	Mères seules	Dyade mère-bébé		
Rogers, N. C.	Thèse d'exercice, école de Psychologie, faculté de Santé, Arts et Design, Université de Swinburne de Technologie	2016	Programme "Mindfull Parenting Group Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder Traits (MPG-BPD)"	Groupe	Trois	Une psychologue clinicienne, deux jeunes diplômés en psychologie	Oui	Non	12 semaines	12 sessions hebdomadaires de 2 heures pour des mères TPL (diagnostic DSM IV TR ou TPL infraclinique avec trois ou quatre symptômes) ayant des enfants âgés entre 1 et 10 ans, et qui ne sont pas en période de crise. Toutes les séances suivent ce planning : 5 à 20 minutes d'exercices de pleine-conscience, briefing sur la pratique de la pleine-conscience, réflexion sur la séance précédente, introduction et discussion autour du sujet de la séance actuelle, pause, introduction de la prochaine séance, 5 à 20 minutes d'exercices de pleine-conscience, brève réflexion sur l'exercice, mise en pratique au domicile entre les séances. Les exercices sont adaptés aux difficultés des participantes.
Syed Williams, A. et al.	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	2017	Développement d'un protocole pour les mères TPL hospitalisées dans une unité mère-bébé du sud de l'Australie qui fournit un traitement, une psychoéducation et une planification de sortie appropriée. Développement d'un groupe spécialisé post-hospitalisation, thérapie comportementale dialectique mère-enfant (TDC-ME) pour les mères atteintes de TPL et leurs nourrissons.	NR	NR	NR	NR	Dyade mère-enfant	NR	NR

Tableau 1 : Types d'interventions

NR : Non renseigné

Auteur	Revue	Année	Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Intervention		Durée	Cadre
					Nombre	Qualification	Mères seules	Patients		
Perez, A.	Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy	2018	Cas clinique d'une psychothérapie parent-enfant (PPE)	Individuel	Un	Psychothérapeute	Non	Dyade mère-bébé	Environ 11 mois	PPE pour une mère TPL présentant une dépression du post-partum. La mère vit avec le père du bébé, le couple est assez isolé et ne travaille pas. La mère a révélé une histoire infantile traumatique (suicide de son père à ses 4 ans, abus sexuel par un des oncles, harcèlement scolaire) et elle a décrit une relation "symbiotique" avec sa propre mère. Au cours des premières séances la thérapeute avait du mal à accéder au bébé, ses commentaires étaient ignorés ou rejetés par la mère. Progressivement la thérapeute a placé le bébé au centre de la pièce, entre ses parents; tout en identifiant et en faisant attention au sentiment de rejet de la mère. La thérapeute a identifié et verbalisé les pensées et émotions de la mère et du bébé, ainsi que les siens, pour permettre à la mère de penser, d'abord la thérapeute, puis le bébé, comme des individus différents d'elle, avec des émotions différentes. La mère a progressivement accepté les temps de séparation avec son fils, elle a pu mieux identifier ses émotions et ses besoins propres, et y répondre de manière plus ajustée. A la fin de la PPE les parents et le nourrisson ont été orientés vers un groupe parents-enfants pour continuer un soutien sur le plan psycho-éducatif.
Sved William, A.E. et al.	Journal of Psychiatric Practice	2018	Groupe thérapeutique basé sur la Thérapie Dialectique et Comportementale (TDC)	Groupe	Trois + un professionnel pour el pour deux nourrissons pendant les séances	Un thérapeute formé à la TDC et deux cliniciens ayant des compétences sur les interactions mère-enfant pour la gestion du groupe pilote de 6 dyades. Pendant les séances un professionnel est mobilisé pour s'occuper de deux nourrissons.	Non	Dyade mère-bébé	24 semaines	Pendant les séances les mères se retrouvent en groupe et des professionnels s'occupent de leurs nourrissons. Utilisation de la TDC pour aider les mères à soutenir la régulation émotionnelle et les capacités relationnelles de leur nourrisson. Du matériel supplémentaire a été incorporé aux séances : travail de pleine conscience avec la thérapie d'acceptation et d'engagement pour gérer les pensées et les émotions parentales et pour explorer les valeurs parentales, introduction du travail réifexif maternel. Travail de tolérance à la détresse avec la notion de Cercle de sécurité et apprendre aux mères à aider leur nourrisson à gérer leur propre tolérance à la détresse. Travail de régulation des émotions du nourrisson. Travail du sentiment d'efficacité interpersonnelle en soulignant le rôle social des nourrissons. Les retrouvailles avec les nourrissons en fin de séance sont organisées autour d'activités qui permettent aux mères de mettre en application ce qu'elles ont appris. Les cliniciens peuvent interagir avec les dyades si besoin. Chaque séance hebdomadaire durent 2h30. Une batterie d'outils d'évaluation a été administrée avant et pendant l'intervention et les différences de score ont été analysées (test de rang de Wilcoxon) : MSI-BPD, BSL-23 version courte, EPDS, BAI, PSOC, PRFQ et CARE-Index
Aylward, P.	International Journal of Integrated Care	2019	Programme The South Australia ACORN : programme de groupe de 15 semaines	Groupe	NR	Plusieurs professionnels dont des psychologues, travailleurs familiaux, thérapeutes via la danse et plusieurs volontaires dont certains sont des anciens bénéficiaires du programme.	NR	NR	15 semaines	Programme de groupe de 15 semaines qui fonctionnent depuis plusieurs années dans toute l'Australie méridionale et l'Australie du Sud. Les participants sont des mères avec des troubles mentaux, dont un tiers souffrent d'un TPL, et toutes ont des problèmes pour éduquer leur enfant et des difficultés d'attachement (250 mères bénéficiaires depuis le début du programme). Les soins sont pluridisciplinaires et intégrés (thérapie par la danse, lettres thérapeutiques, etc ...) avec une équipe pluriprofessionnelle. Objectifs du programme : améliorer le bien être des participants, améliorer leur relation avec leurs enfants âgés entre 0 et 3 ans, améliorer les interactions mère-enfant pour renforcer la qualité des liens d'attachement, améliorer la confiance, les compétences et le plaisir des parents, améliorer les capacités d'adaptation et de résilience des mères, améliorer le sentiment d'auto-efficacité des parents, établir et renforcer les liens sociaux et communautaires. Le programme a réalisé des mesures d'évaluation pré et post-intervention, des mesures de suivis semestriels, des groupes de discussion et des entretiens avec les soignants pour analyser l'efficacité du programme.

Tableau 1 : Types d'interventions

NR : Non renseigné

Auteur	Revue	Année	Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Intervention		Durée	Cadre
					Nombre	Qualification	Mères seules	Patients Dyade mère-bébé		
Fiorange J. G. et Psychiatry al.	Current Report	2019	Description de trois approches thérapeutiques pour les mères souffrant de TPL : "Project Air", "Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limitée" et programme de Sved Williams.A.E	Groupe et individuel pour "Project Air"	NR	NR	Oui pour "Project Air" et pour "Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limitée"	Oui pour l'étude de Sved Williams.A.E	NR pour "Project Air". 12 semaines pour "Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limitée". 24 semaines pour l'étude de Sved Williams.A.E	"Project Air" : étude de McCarthy et al. (2016) : manuel à destination des professionnels travaillant avec des mères TPL. Les points clés du programme sont : favoriser la sécurité des enfants, apprendre aux parents à comprendre et à répondre aux besoins de l'enfant, élaborer des plans de crise, enseigner des compétences parentales. Des essais cliniques sur ce programme sont encore en cours. "Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limitée" : étude Renneberg B et al. de 2016. Programme de 12 séances de thérapie de groupe basée sur la Thérapie Dialectique et comportementale sur 12 semaines pour des mères TPL ayant un enfant âgé entre 0 et 6 ans. Programme centré sur la compréhension du comportement parental des mères TPL et de ses conséquences sur l'enfant, programme qui forme les mères aux soins émotionnels et physiques de leur enfant, à la gestion du stress parental, à la gestion des conflits, à la régulation des émotions de l'enfant, à la communication parentale et aux soins de la mère. Programme bien accepté par les mères et par les thérapeutes selon des résultats préliminaires d'une étude de faisabilité. Etude de Sved Williams.A.E et al. de 2018 : 24 séances de thérapie de groupe basée sur la Thérapie Dialectique et comportementale sur 24 semaines pour des mères TPL. Programme qui enseigne les compétences parentales générales, les techniques d'installation du nourrisson, les stratégies d'adaptation au stress, comment lire les signaux émotionnels du nourrisson, modalités psychoéducatifs axés sur les besoins de la mère et de l'enfant dans la relation dyadique. Le programme comprend aussi une partie d'exercices avec les nourrissons, les exercices sont pratiqués 15 minutes toutes les séances pour favoriser les interactions positives. Bonne acceptation du programme (72% des mères ont terminé le programme). Amélioration de l'humeur et de l'anxiété maternelle selon des échelles d'auto-évaluation mesurées en pré et post-programme; diminution des symptômes TPL et amélioration de la relation dyadique, avec un meilleur intérêt des mères pour les états émotionnels et mentaux de leur nourrisson. Pas d'évaluation du bien-être des nourrissons.
Rosenba ch, C. et al.	http://neufblum fr/berlin.de	2020	Groupe d'entraînement "Aptitudes parentales pour les mères avec un TPL"	Groupe	Deux femmes	Non précisé mais expérience en TDC recommandée, il faut que les deux soient familières avec le TPL et qu'au moins une des deux ait de l'expérience avec les jeunes enfants	Oui	Non	NR	Groupe pour 4 à 6 mères TPL ayant des enfants âgés entre 0 et 6 ans, qui s'occupent d'eux au quotidien et pour lesquels il n'y a pas de mise en danger. 12 sessions de 2 heures chacune avec 11 modules (TPL et maternité : risques et opportunités, pleine-conscience, besoins de base d'un enfant, stress, gestion du stress, structure du quotidien et flexibilité, gestion des conflits, gestion des émotions, l'importance du corps, croyances sur la parentalité, prendre soin de soi), basés sur la TDC et la pleine-conscience avec des exercices (jeux de rôles par exemple). Les sessions sont filmées pour permettre une analyse avec les patientes. En parallèle les mères peuvent suivre une thérapie individuelle avec un thérapeute différent (conseillé) ou un des thérapeutes du groupe. Avant le programme chaque mère a une séance individuelle avec les thérapeutes pour explorer leurs motivations, les informer sur le déroulement du programme, sa durée, son cadre et son coût, les informer sur les limites du programme et sur les règles de confidentialité.

Tableau 2 : Efficacité des interventions

NR : Non renseigné

Auteur	Revue	Année	Type d'article	Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes			Intervention			Résultats		
						Nombre	Qualification	Mères seules	Patients	Dyade mère-bébé	Durée	Cadre	Echelles mère-bébé	Comorbidités
Dominguez, S. et al.	Devenir	2014	Cas clinique	Thérapie conjointe mère-bébé et psychothérapie individuelle pour la mère seule	Individuel	Deux	Un psychiatre et une puéricultrice	Mères seules	Psychothérapie individuelle mère avec le psychiatre	Dyade mère-bébé	25 mois	Suivi initié à la maternité puis visites à domicile (foyer maternel) par les mères thérapeutes pendant 4 mois, puis consultations hebdomadaires de cothérapie avec la même équipe dans un centre de soins public + psychothérapie individuelle mère avec le psychiatre. Suite à une aggravation d'un syndrome dépressif hospitalisation de la mère aux 9 mois du bébé pendant 10 jours pour mise en place d'un traitement par ISRS, pendant ce temps le bébé est gardé à la crèche du foyer maternel + soutien du père du bébé à ce moment-là. Puis installation de la dyade dans un logement autonome avec le père aux 14 mois du bébé. Poursuite suivi par une unité mobile de psychiatrie périnatale (PDU/UMDA) pour une thérapie individuelle une fois tous les	Echelles MADRS à trois, six et dix mois post-partum : augmentation progressive du score (3 à 3 mois, 34 à 6 mois et 37 à 40 mois) ce qui correspond à un EDC sévère.	
Yelland, C. et al.	Australasian Psychiatry	2015	Etude quantitative descriptive	Hospitalisation en unité mère-bébé	Individuel et Groupe	NR	Un psychiatre et un étudiant en psychiatrie pour le diagnostic	Oui	Dyade mère-bébé		22.24 jours (moyenne)	Hospitalisation en unité mère-bébé (Adélaïde, Australie du sud) pour des mères souffrant de troubles mentaux sévères et leurs enfants de moins de trois ans. Les mères reçoivent plusieurs traitements (en individuel, en groupe, psychothérapie mère-enfant, médicaments et ECT). Passation des échelles EPDS, BAS, MSI-BPD et MPAS remplies par les mères à l'entrée et à la sortie.	Echelles MPAS pour les mères ayant des enfants de moins de 12 mois : amélioration significative de l'attachement mère-enfant (p=0.05)	

Tableau 2 : Efficacité des interventions

NR : Non renseigné

Auteur	Revue	Année	Type d'article	Type	Individuel ou Groupe	Nombre	Thérapeutes		Intervention		Durée	Cadre	Echelles mère-bébé	Résultats	
							Qualification	Mères seules	Patients	Mères TPL				Comorbidités	
Sved Williams, Psychiatric A. E. et al Practice	Journal of 2018	Etude d'intervention non contrôlée	Programme M-IBT (Mocher infanter Dialectical Behavioral Therapy) : groupe, non contrôlé	Programme M-IBT (Mocher infanter Dialectical Behavioral Therapy) : groupe, non contrôlé	Individuel	Trois + un professionnel pour deux nourrissons pendant les séances	Un thérapeute formé à la TDC et deux cliniciens expérimentés de l'hospitalisation mère-bébé et ayant des compétences en gestion du groupe pilote de 6 semaines. Pendant les séances un professionnel pour s'occuper de deux nourrissons.	Mères seules	Dyade mère-bébé	24 semaines	Pendant les séances les mères se retrouvent en groupe et des professionnels s'occupent des nourrissons à côté. Utilisation de la TDC pour aider les mères à soutenir la régulation émotionnelle et les capacités relationnelles de leur nourrisson. Du matériel supplémentaire a été incorporé aux séances : travail de pleine conscience avec la thérapie d'acceptation et d'engagement pour gérer les pensées et les émotions parentales et pour explorer les valeurs parentales, introduction du travail réflexif maternel. Travail de tolérance à la détresse avec la notion de Cercle de sécurité et apprendre aux mères à aider leur nourrisson à gérer sa propre tolérance à la détresse. Travail de régulation des émotions et comment aider le nourrisson à soutenir ses compétences en la matière. Travail de l'efficacité interpersonnelle en soulignant le rôle social des nourrissons. Les retrouvailles avec les nourrissons en fin de séance sont organisées autour d'activités qui permettent aux mères de mettre en application ce qu'elles ont appris. Les cliniciens peuvent interagir avec les dyades si besoin. Chaque séance hebdomadaire dure 2h30. Une batterie d'outils d'évaluation a été administrée avant et pendant l'intervention et les différences de score ont été analysées (test de rang de Wilcoxon) : MSI-BPD, BSL-23 version courte, EPDS, BAI, PSOC, PRFQ, le CARE-index	Données pour 20 dyades : Diminution significative des scores pour les échelles MSI-BPD (P = 0.014), BSL-23 (P = 0.013), EPDS (P = 0.006) et BAI (P = 0.004)	Mères TPL	Quantité de vie/fonctionnement psychosocial	
Thèse d'exercice, école de Psychologie Rogers, N.C. 2016	Santé, Arts et Design, Université de Swinburne de Technologie	2016	Programme "MPG-BPD" (Mindfulness-Based Parenting Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder Traits) (Melbourne, Australie)	Programme "MPG-BPD" (Mindfulness-Based Parenting Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder Traits) (Melbourne, Australie)	Groupe	Trois jeunes diplômés en psychologie	Une psychologue clinicienne, deux jeunes diplômés en psychologie	Mères seules	Non	12 semaines	12 sessions hebdomadaires de 2h pour 4 mères TPL (diagnostic DSM IV TR ou TPL infraclinique avec trois ou quatre symptômes) avant des enfants âgés entre 1 et 10 ans, et qui ne sont pas en période de crise. Toutes les séances suivent ce planning : 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, débriefing sur la pratique de la pleine conscience, réflexion sur la séance précédente, introduction et discussion autour du sujet de la séance actuelle, pause, introduction de la prochaine séance, 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, brève réflexion sur l'exercice, mise en pratique au domicile entre les séances. Les exercices sont adaptés aux difficultés des participantes.	Rogers, N.C et al. (2016) évaluent l'efficacité de leur programme via l'échelle PRFQ (Parental Reflective Functioning Questionnaire) (mesure la capacité réflexive de la mère dans l'interaction) : les scores de l'échelle sont mesurés en pré-programme, post-programme et à 6 mois. Une augmentation significative du score de la sous-échelle qui évalue l'intérêt et la curiosité de la mère pour les états mentaux de son enfant est repérée entre les mesures post-programme et à 6 mois. Les auteurs utilisent aussi l'échelle PSI (the Parenting Stress Index) qui identifie les dyades parent-enfant qui souffrent de stress et qui sont à risque de développer des comportements parentaux dysfonctionnels : seule la sous-échelle « restrictions de rôle du parent » est significativement diminuée entre les mesures pré-programme et 6 mois après le programme.	Rogers, N.C et al. (2016) comparent les scores de l'échelle DASS (Depression Anxiety Stress scale) en pré-programme, post-programme et 6 mois après : il y a une diminution significative des sous-échelles dépression et stress entre les mesures pré et post-programme ; à 6 mois seule la sous-échelle dépression est significativement diminuée comparée aux mesures post-programme.	Mères TPL	Quantité de vie/fonctionnement psychosocial

Mère souffrant de trouble de la personnalité limite : quels soins spécifiques en période périnatale ? Revue systématique de la littérature

Directeur de thèse : Dr Emmanuelle TEISSIER et Pr Lionel CAILHOL

Faculté de médecine, allées Jules Guesdes 31000 Toulouse, le 5 Avril 2022

Résumé en Français :

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature dont l'objectif principal est de répertorier les types d'interventions/soins développés auprès des mères souffrant de trouble limite de la personnalité (TPL) en période périnatale (de la grossesse jusqu'aux 18 mois du bébé). L'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de certaines de ces interventions. Nous avons interrogé 5 bases de données scientifiques, la littérature grise et les recommandations de certains pays. 20 articles ont été inclus, en plus des recommandations Françaises, Australiennes et Suisses. Les soins sont soit des thérapies déjà validées pour les patients TPL en population générale et adaptées aux spécificités de l'accès à la parentalité, soit des psychothérapies mère-bébé spécifiques. Les soins doivent être pluriprofessionnels, précoces et intensifs. D'autres investigations sont nécessaires pour établir leur efficacité.

Titre et résumé en Anglais :

Mother suffering from borderline personality disorder: which specific care in perinatal period ? A systematic review of the literature

We carried out a systematic review of the literature, the main objective of which is to list the types of interventions/care developed for mothers suffering from borderline personality disorder (BPD) in the perinatal period (from pregnancy to the 18 months of the baby). The secondary objective is to assess the effectiveness of some of these interventions. We searched 5 scientific databases, gray literature and recommendations from some countries. 20 articles were included, in addition to French, Australian and Swiss recommendations. The care are either therapies validated for BPD patients in the general population and adapted to the specificities of access to parenthood, or specific mother-baby psychotherapies. Care must be multi-professional, early and intensive. Further investigations are needed to establish their effectiveness.

Mots-clés : Trouble de la personnalité borderline ou état-limite ; Mère ; Périnatalité ;

Grossesse ; Bébé ; Nourrisson ; Nouveau-né

Discipline administrative : Médecine spécialisée Clinique

Intitulé et adresse de l'UFR: Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de médecine

Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France