HAL
open science

Trouble bipolaire et périnatalité : "Connaissances et Pratiques des professionnels de santé de périnatalité du réseau PACA-Corse-Monaco"

Laure Encelly

To cite this version:

Laure Encelly. Trouble bipolaire et périnatalité : "Connaissances et Pratiques des professionnels de santé de périnatalité du réseau PACA-Corse-Monaco". Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02951919

HAL Id: dumas-02951919

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02951919

Submitted on 29 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Trouble bipolaire et périnatalité :
"Connaissances et Pratiques des professionnels de santé de périnatalité du réseau PACA-Corse-Monaco"

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 24 Avril 2020

Par Madame Laure ENCELY

Née le 26 octobre 1990 à Johannesburg (AFRIQUE DU SUD)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	**Président**
Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	**Assesseur**
Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BELZEAUX Raoul	**Directeur**
Madame le Docteur LE TREUT Laure	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoit (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphane (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jae-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLUICIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Je tiens à remercier,

L**e Professeur François Poinso**
Qui me fait l'honneur de présider mon jury.

Merci de nous transmettre combien la pédopsychiatrie est une spécialité passionnante par la qualité vos enseignements théoriques et cliniques.
Je me considère chanceuse d'avoir pu réaliser deux stages dans votre service. Ils auront marqué mon parcours.
Je vous témoigne ma respectueuse reconnaissance et profond respect.

Le Docteur Raoul Belzeaux
Qui me fait l'honneur de diriger cette thèse.

Merci pour l'accompagnement tout au long de l'élaboration de ce travail.
Pour ta patience face aux évènements de vie qui ont ralenti l'avancée de cette thèse, pour ta disponibilité, et pour tes précieux conseils.
Merci particulièrement d'avoir porté le projet pour ce poste d'assistant partagé.
Je suis ravie de débuter ma carrière de Docteur à tes côtés.

L**e Professeur Jean Naudin**
Qui me fait l'honneur de siéger à cette thèse

Merci d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury.
Je suis très heureuse d'intégrer votre service prochainement.
Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Le Professeur Jean-Christophe Dubus
Qui me fait l'honneur de siéger à cette thèse

Merci d'apporter votre regard de pédiatre à mon travail.
Votre accueil et votre attitude bienveillante m'ont laissé un excellent souvenir de mon passage dans votre service.
Je vous adresse mon plus sincère respect.

Le Docteur Laure Le Treut
Qui me fait l'honneur de siéger à cette thèse

J'admire énormément ton travail et je suis très touchée que tu es acceptée d'évaluer le mien.
Découvrir la pédopsychiatrie à tes côtés a été très inspirant. J'ai adoré travailler avec toi.
Enfin merci pour toute ta bienveillance et gentillesse.

Merci au **Docteur Sophie Tardieu**, pour son aide à la réalisation de ce travail.

A chaque rencontre professionnelle
-
A chaque patient, petit comme grand

Tous importants, qui ont façonné le psychiatre que je serai demain.

A ma famille
-
A mes amis
-
A Antoine
-
A Gabin.

Pour ce que vous êtes.

Sommaire

INTRODUCTION **3**

PARTIE 1 : CONNAISSANCES ACTUELLES **5**

I. TROUBLE BIPOLAIRE ET PERINATALITE 5

A. Rappel sur le trouble bipolaire *5*

1. Histoire du concept 5
2. Définitions actuelles 6
3. Épidémiologie 7
4. Etiopathogénie 8
5. Comorbidités 8
6. Traitements 9

B. Spécificités cliniques périnatales *10*

1. Fertilité 10
2. Les complications psychiatriques 11
   a) Troubles de l'humeur 11
      (1) Grossesse 12
      (2) Post-partum 12
      (3) Particularité de la psychose puerpérale 13
      (4) Facteurs de risques 14
   b) Le suicide maternel 15
3. Les complications obstétricales et néonatales 16
4. Retentissement sur le développement de l'enfant 17
5. Usage des thymorégulateurs 17

C. Stratégie de prise en charge *20*

1. En préconceptionnel 20
2. Période périnatale 21
   a) Grossesse 22
   b) Post-partum 23

II. ORGANISATION DES SOINS DE SANTE MENTALE EN PERINATALITE 24

A. La psychiatrie périnatale *24*

B. Cadre législatif *25*

C. Réseaux de santé en périnatalité (RSP) *27*

1. Missions et organisation 28
2. Focus sur le réseau Méditerranée. 30

PARTIE 2 : ILLUSTRATIONS CLINIQUES 32

A. Cas n°1 : Madame P.et Manon..... 32

B. Cas n°2 : Madame H. et Felix..... 37

PARTIE 3 : ETUDE..... 41

I. MATERIELS ET METHODES..... 41

A. Problématique et hypothèses..... 41

B. Type d'étude..... 41

C. Population de l'étude..... 42

D. Méthodologie..... 42

1. Outil de recueil..... 42
2. Modalités de recueil..... 43
3. Analyse statistique..... 44

II. RESULTATS..... 45

A. Caractéristiques de l'échantillon..... 45

B. Pratique médicale et paramédicale..... 48

C. Les connaissances théoriques..... 55

1. A propos du trouble bipolaire..... 55
2. A propos du trouble bipolaire en période périnatale..... 58
3. A propos des traitements médicamenteux..... 62

D. Les attentes..... 71

III. DISCUSSION..... 73

A. Limites de l'étude..... 73

B. Principaux résultats..... 74

C. Perspectives..... 76

CONCLUSION..... 78

ANNEXES..... 85

INTRODUCTION

Le trouble bipolaire est un trouble psychiatrique grave et fréquent, caractérisé par des fluctuations de l'humeur qui débute au début de l'âge adulte. Ce trouble est donc fréquent chez les femmes en âge de procréer et pose de nombreux défis lorsque le souhait de fonder une famille devient d'actualité.

Devenir parent est un événement majeur dans la vie d'une femme. La grossesse et le post-partum constituent en eux-mêmes une période de grande vulnérabilité avec des défis majeurs psychologiques, biologiques et sociaux. Pour une femme souffrant d'un trouble bipolaire cette période périnatale représente une transition qui peut s'avérer particulièrement complexe et difficile. En effet, le suicide apparait comme une des premières causes de décès maternel durant le péripartum. On note également de nombreuses rechutes de la pathologie bipolaire maternelle et des complications obstétricales et néonatales plus fréquentes que dans la population générale. Ces rechutes sont majorées lors de l'arrêt d'un traitement thymorégulateur mais les traitements psychotropes posent des problèmes de tératogénicité. Les interactions précoces entre la mère et le bébé peuvent également être altérées avec un possible retentissement sur le type d'attachement et développement psychoaffectif de l'enfant.

De nombreux professionnels sont amenés à prendre en charge les femmes dans cette période périnatale. En plus des psychiatres et pédopsychiatres qui jouent un rôle majeur dans leur prise en charge, la fréquence nécessairement accrue des contacts des femmes enceintes et des femmes en post-partum avec les professionnels d'obstétrique et de la petite enfance, fait de ces professionnels des acteurs importants pour les femmes souffrant d'un trouble bipolaire. Ils sont en première ligne pour les dépister, les soutenir, et les mettre en contact avec les ressources et les traitements appropriés. Une connaissance précise des enjeux et risques encourus par ces femmes lors de la grossesse et du *post-partum* par ces professionnels apparait donc primordiale.

Quelles sont les pratiques professionnelles et connaissances de ces professionnels sur cette question du trouble bipolaire et périnatalité ?

Notre travail présentera tout d'abord dans une première partie une synthèse sur la pathologie bipolaire, les connaissances actuelles sur trouble bipolaire et périnatalité et l'organisation des soins en santé mentale périnatale.

Puis, nous réaliserons un état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels de périnatalité dans le champ du trouble bipolaire au niveau de la région PACA à partir des résultats obtenus d'un questionnaire en ligne.

Deux cas cliniques viendront ensuite illustrer le parcours de ces femmes.

Enfin, nous proposerons des leviers potentiels identifiés lors du questionnaire pour améliorer la prise en charge des patientes bipolaires ainsi que celle de leurs enfants.

PARTIE 1 : CONNAISSANCES ACTUELLES

I. Trouble bipolaire et périnatalité

A. Rappel sur le trouble bipolaire

1. Histoire du concept

Les notions de manie et de mélancolie remontent à l'Antiquité. On retrouve déjà leur description dans le *corpus Hippocraticum.* En 150 dans son arrêté Cappadoce, médecin grec est le premier à établir un lien entre ses deux entités en décrivant les successions d'états mélancoliques et d'états maniaques chez un même patient. Esquirol, élève de Pinel en 1838 est le fondateur de la nosographie française introduisant le terme d'accès suggérant leur état transitoire et potentiellement récurrent. En 1851, Jean-Pierre Falret revendique la paternité du concept de « folie circulaire ». En 1854 Jules Baillarger fait une communication devant l'Académie de médecine où il décrit « la folie à double forme » : « un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières l'une de dépression, l'autre d'excitation ». Mais c'est avec Emil Kraepelin que cette pathologie a acquis le statut de véritable maladie en créant le concept de « folie maniaco-dépressive » en 1899. Il décrit en effet la séquence de récurrences maniaques et dépressives comme base de la clinique de l'affection. G. Deny et P. Camus emploie pour la première fois le terme de psychose maniaco-dépressive en 1907. (1).

Mais ce n'est qu'en 1980 dans le DSM- III : 3e version du *Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux* de l'APA (American Psychiatric association) que l'appellation de trouble bipolaire apparait pour la première fois dans une classification psychiatrique officielle. Plusieurs révisions et nouvelles versions du DSM apporteront quelques modifications pour aboutir au DSM 5 qui permet aujourd'hui une définition consensuelle du trouble.

2. Définitions actuelles

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur évoluant au long court dont le diagnostic est clinique.

Il est caractérisé par l'alternance de phases dépressives (annexe n°1 : critères diagnostiques DSM 5 épisode dépressif) et de phases d'exaltation de l'humeur dites phase d'hypomanie ou de manie (annexe n°2 : critères diagnostiques DSM 5 épisode maniaque, annexe n° 3 : hypomaniaque) avec la présence d'intervalles libres. Lors de ses périodes inter critiques sont dites asymptomatique mais il peut persister des symptômes résiduels et des difficultés de fonctionnement. (2) (3)

L'humeur se définit comme « disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âmes une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». (4)

Les variations d'humeur deviennent pathologiques lorsqu'elles sont intenses, prolongées, entrainant une souffrance pour la personne et/ou son entourage et provoquant un retentissement sur la vie du sujet.

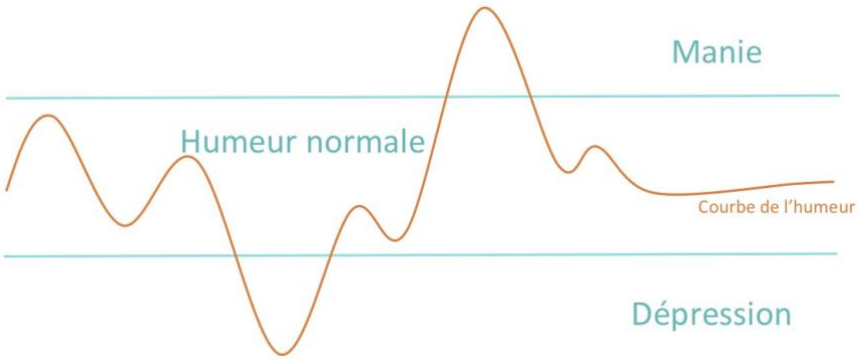

***Figure 1 : Courbe de l'humeur.*(5)**

Le trouble bipolaire se manifeste par des formes très hétérogènes. Le DSM 5 remplace la notion de catégorie du trouble bipolaire par une approche dimensionnelle en privilégiant la notion de continuum : le spectre bipolaire. Ces diverses entités cliniques sont reliées par une base étiopathogénique commune. Elles varient par l'intensité ou la durée des phases maniaques ou dépressives.
Voici les 3 principales entités cliniques sont définies dans le DSM-5.

- Trouble bipolaire de type I : défini par la présence d'un épisode maniaque

- Trouble bipolaire de type II : défini par la présence d'au moins un épisode hypomaniaque et au moins un épisode dépressif.

- Trouble cyclothymique : défini comme l'existence de symptômes dépressifs et hypomaniaques depuis au moins deux ans, sans que cela soit significatif pour retenir un des deux épisodes.

3. Épidémiologie

Le trouble bipolaire est un trouble fréquent. La prévalence sur la vie entière moyenne est de 1 à 2% de la population générale.(6) Ces chiffres représente cependant une fourchette basse. En effet, les études épidémiologiques se focalisent sur le trouble bipolaire de type I mais la prise en compte des autres entités cliniques (type 2 ou trouble cyclothymique) aboutit à un taux plus élevé de 3,1% de la population générale.

Le trouble bipolaire affecte autant les hommes que les femmes (sexe ratio 1/1) quelques soient leurs origines ethniques ou niveaux socio-économiques. Il existerait cependant une légère prédominance du trouble bipolaire de type 2 chez les femmes.

Le troubles bipolaire débute le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte mais le diagnostic connait souvent un retard de plusieurs années.

4. Etiopathogénie

Le trouble bipolaire est une maladie complexe et multifactorielle. Les connaissances de sa physiopathologie sont encore parcellaires. Plusieurs hypothèses sont aujourd'hui évoquées(7) :

- Vulnérabilité génétique : de nombreuses études ont prouvées l'existence d'une forte composante génétique dans la vulnérabilité aux troubles bipolaires. L'héritabilité, c'est-à-dire la part de la maladie expliquée par les gènes, serait estimée entre 60 à 80 %. La vulnérabilité génétique du trouble bipolaire ne correspond pas à celle d'une maladie génétique à transmission mendélienne, elle serait influencée par de nombreux facteurs génétiques (gènes candidats promoteurs, épigénétique). Ainsi les enfants d'un parents souffrant d'un trouble bipolaire ont un risque plus élevé de développer un trouble bipolaire que la population générale. (8)
- Vulnérabilité neuro-anatomique : la neuro-imagerie a permis de mettre en évidence qu'il existerait des modifications structurelles et fonctionnelles de différentes structures corticales et sous corticales chez les patients bipolaires.
- Vulnérabilité neurobiologique : l'hypothèse monoaminergique avec déséquilibre entre sérotonine, noradrénaline et dopamine en particulier lors des épisodes thymiques.
- Multi-systémique : le trouble bipolaire est perçu comme une maladie systémique chronique et progressive dont les mécanismes seraient inflammatoires et immunitaires. (9)
- Évènements de vie, stress, traumatismes : constituent des facteurs qui participent à l'émergence et l'évolution de la maladie.

5. Comorbidités

Il est clairement établi que le trouble bipolaire s'accompagne d'un poids important de comorbidités.

En effet, 65% des patients présenteront au moins une autre affection psychiatrique au cours de leur vie. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont : les troubles anxieux (42 % dans leur ensemble), l'abus de substances (42 % dans leur ensemble) et les troubles des conduites alimentaires (6 %), en particulier la boulimie.

Le suicide constitue la comorbidité la plus grave des troubles bipolaires qui assombrit le pronostic. Le risque de décès par suicide serait quinze fois plus élevé dans le cadre du trouble bipolaire qu'en population générale.(10)

Le cours évolutif de la maladie bipolaire peut également s'accompagner du développement comorbide d'un certain nombre d'affections somatiques, au premier rang desquelles l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et pathologies auto-immunes. (11)

6. Traitements

La prise en charge du trouble bipolaire repose sur des recommandations et avis d'experts basés sur les approches des « Evidence based guidelines » et « Consensus based guidelines ».

En France, la Haute autorité de Santé, définit une prise en charge en 3 axes thérapeutiques :

- Pharmacologique
- Psychothérapeutique
- Psychoéducatif

Au niveau pharmacologique, le traitement repose sur la prescription d'un thymorégulateur ; trois classes thérapeutiques peuvent être prescrites pour le trouble bipolaire :

- Les sels de lithiums
- Les anticonvulsivants.
- Les antipsychotiques atypiques.

Plusieurs schémas thérapeutiques coexistent. Ces molécules peuvent être prescrites seule ou en association. Le choix des molécules est guidé par le contexte clinique.
Leur prescription ne doit pas être inférieure à 2ans après un premier épisode inaugural.

Pendant les épisodes maniaques, les traitements de première intention sont les anticonvulsivants (principalement l'acide valproate), les sels de lithium ou les antipsychotiques.
Lors d'épisodes dépressifs, les traitements de première intention sont également des antipsychotiques (quétiapine, olanzapine et lurasidone), des sels de lithium ou de la lamotrigine. (12)

Les auteurs du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) et International Society for Bipolar Disorders (ISBD) en 2018 ont synthétisé des recommandations thérapeutiques en fonction de leur niveau de preuve et de tolérance dans le tableau en annexe (*Annexe 4*) (13) :
Dans certaines situations comme un trouble sévère pharmaco-résistant ou lors d'un engagement du pronostic vital un traitement par électroconvulsivothérapie peut être indiqué.

B. Spécificités cliniques périnatales

1. Fertilité

Le taux de fécondité chez une personne souffrant de trouble bipolaire est inférieur à celui de la population générale. Il est de 0,85 chez les femmes bipolaires contre 1 dans la population générale.
Alors que le taux de fécondité chez patientes souffrant d'un trouble unipolaire est sensiblement égal à la population générale. (14)
Plusieurs facteurs (15) influençant la prise de décision concernant le projet de grossesse ont pu être identifiés en interrogeant des femmes souffrant d'un trouble bipolaire de type 1. (16)
Il semblerait tout d'abord que le désir d'enfant soit présent mais freiné par :

- Facteurs contextuels :
- Stigmatisations : les femmes craignent que leurs proches désapprouvent la décision d'avoir un enfant. Ils relatent également une stigmatisation de la part de la société mais également des professionnels de santé (avec par exemple une difficulté d'obtenir des informations sur la grossesse).
- La peur : elles décrivent des craintes multiples : la peur de rechuter, des effets tératogènes des traitement sur le bébé, d'être un mauvais parent, que les services sociaux soit sollicité, de transmettre leur maladie ou encore le risque de détérioration de leur relation de couple.

2. Les complications psychiatriques

a) Troubles de l'humeur

La grossesse et le post-partum présentent en eux-mêmes une période de vulnérabilité. Elles le sont d'autant plus en cas de trouble psychiatrique.
Les épisodes de troubles de l'humeur dans la période de la grossesse et le post-partum sont très fréquents dans l'ensemble du spectre du trouble de l'humeur. Ce risque d'épisode thymique est d'autant plus augmenté lorsqu'il s'agit d'un trouble bipolaire.

L'occurrence d'un épisode affectif majeur périnatal lors de la grossesse ou période postnatale est d'environ 50% chez les femmes atteintes du trouble bipolaire I contre 40% pour un trouble bipolaire de type II. (17)
La figure 2 reprend les taux d'occurrence d'épisodes affectifs majeurs durant la grossesse et durant le post-partum présenté par *Viguera et al* dans leur article (2011).(18)

(1) Grossesse

Chez la femme souffrant d'un trouble bipolaire 23 % présentent des épisodes de maladie pendant la grossesse. Les récidives sont principalement des épisodes dépressifs et mixtes et surviennent dans le premier trimestre de grossesse.(18) (19)
La présence de symptômes dépressifs et/ou maniaques pendant la grossesse prédit un risque dix fois plus élevé de symptômes thymiques pendant la période post-partum. (20)

(2) Post-partum

Le post-partum constitue une période où les femmes courent le plus grand risque de souffrir d'une maladie mentale grave. Les épisodes sont 3,5 fois plus nombreux dans le post-partum que pendant la grossesse.

52 % des femmes souffrant d'un trouble bipolaire présentent des épisodes de maladie pendant la période post-partum. 25 % des femmes souffrant d'un trouble bipolaire seraient hospitalisées dans l'année qui suit leur accouchement ce qui met en avant la gravité des situations(21). Les épisodes dépressifs post-partum sont plus fréquents que la manie (hypomanie) ou la psychose post-partum. On retrouve 2/3 d'épisodes dépressifs majeurs contre 1/3 d'épisode maniaque ou hypomaniaque. (18)

La plupart des épisodes postnataux se produisent au cours du premier mois postnatal. La période critique se situant entre J10 et J19 du post-partum. La manie ou la psychose débutant plus tôt que la dépression.

La sévérité des épisodes dans le post-partum est plus importante. En effet les épisodes
durent plus longtemps, sont pharmaco-résistants, associés à une déficience fonctionnelle importante ainsi qu'à une comorbidité addictive et suicidaire plus élevées. (22) (23)

Enfin, la survenue de symptômes psychiatriques dans le post-partum immédiat semblerait être un marqueur de possible bipolarité sous-jacente. (24)

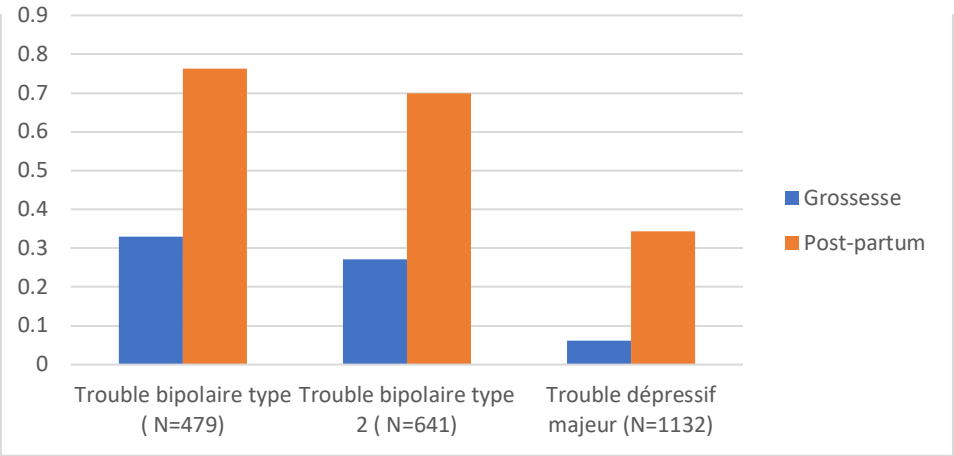

Figure 2 : taux d'occurrence d'épisodes affectifs majeurs durant la grossesse et durant le post-partum.

(3) Particularité de la psychose puerpérale

La psychose post-partum est une maladie psychiatrique grave. Elle se caractérise par l'apparition brutale de symptômes psychiatriques et souvent neurologiques, le plus souvent dans les deux premières semaines suivant l'accouchement. Il s'agit d'un trouble polymorphe avec la présence : d'une irritabilité, d'une dysphorie, d'un syndrome confuso-onirique, d'idées délirante et anxiété majeure. Sa gravité est liée à un risque accru de suicide et d'infanticide.

La psychose puerpérale est rare puisqu'elle ne touche qu'une à deux femmes pour 1000. (25) Cette entité n'existait pas dans la nosologie actuelle jusqu'en 2016 où la classification internationale a reconnu la psychose puerpérale comme une maladie distincte dans la catégorie des maladies rares « orphanet » .(26) (27)

Un grand nombre d'études ont mis en évidence un lien entre les psychoses puerpérales et trouble bipolaire, l'incluant dans le spectre du trouble bipolaire. (28) Beaucoup de ces psychoses du postpartum sont, dans la rétrospective, l'entrée dans un trouble bipolaire. (29) Cependant certaines PP sont isolées sans être un point de départ de bipolarité.

Il est donc important de poursuivre les recherches pour mettre en avant différents phénotypes et identifier lesquels évoluent vers un trouble bipolaire.

(4) Facteurs de risques

L'accouchement est l'un des déclencheurs les plus puissants et les plus spécifiques des symptômes maniaques. Repérer les caractéristiques cliniques des femmes qui risquent de décompenser ou de développer un trouble bipolaire pendant la grossesse ou après l'accouchement est primordial.

Les facteurs de risques associés au risque de première apparition de l'hypomanie ou de la manie et au risque de décompensation pendant la période périnatale sont :

- Au niveau psychiatrique : Les femmes qui ont leur premier épisode dépressif majeur après l'accouchement, celles qui souffrent d'un trouble dépressif majeur avec des caractéristiques mixtes ou psychotiques, et celles qui ont des épisodes hypomaniaques subsyndromiques (par exemple, ce qu'on appelle les "high" post-partum) doivent être considérées comme à haut risque de développer une psychose puerpérale ou un trouble bipolaire. Les symptômes hypomaniaques subsyndromiques tels que l'excitation ou la joie de vivre, le sentiment d'être plus énergique et un plus grand bavardage en post-partum immédiat sont des symptômes prodromiques courants. (30) (31)
- Au niveau familial : des antécédents de trouble bipolaire ou de psychose puerpérale chez un membre de leur famille au premier degré (32), qui ont :
    - Aucun antécédent de maladie psychiatrique
    - Un antécédent de trouble anxieux, de trouble obsessionnel compulsif ou de trouble lié à la consommation de substances
    - Un antécédent de trouble dépressif majeur
- Au niveau gynéco-obstétrical : la primiparité est un facteur de risque démographique pour un premier épisode de psychose puerpérale et trouble bipolaire. (24)
- Au niveau environnemental : les femmes souffrant d'un trouble bipolaire qui présentent des épisodes maniaques déclenchés par la perte de sommeil

pourraient être plus vulnérables au développement d'une psychose puerpérale. (34)

- Liés aux traitements : Chez une femme souffrant d'un trouble bipolaire l'absence de thymorégulateur majore le risque de décompensation thymique. 23% des femmes traitées rechutent pendant la grossesse contre 66% lorsqu'elles ne sont pas traitées. Dans le post-partum le taux de rechute est de 29% quand elles sont traitées contre 65% lorsqu'elles ne sont pas traitées. (33) De plus sans traitement le délai de récidive est quatre fois plus court et la durée de décompensation cinq fois plus longue. Enfin si le traitement est arrêté brutalement le délai de rechute est onze fois plus court que si l'arrêt est progressif. (18)

b) Le suicide maternel

Le suicide maternel en période périnatale représente 20 % des morts maternelles(34). Il apparait comme la première cause de mort maternelle gravido-puerpérale devant les hémorragies et le risque thrombo-embolique. Cette période est également associée à plus de suicide par mort violente. (35)

Parmi les facteurs de risque (36), les troubles psychiatriques sont fortement corrélés à une suicidalité élevée. Une étude danoise de cohorte basée sur un registre a rapporté, parmi les femmes souffrant de troubles psychiatriques post-partum graves, rapporte une augmentation drastique du risque de suicide par rapport aux mères sans antécédents psychiatriques, en suggérant une forte corrélation entre suicidalité périnatale et troubles psychiatriques. (37)

Pour ce qui est des troubles de l'humeur, une cohorte canadienne a révélé des troubles de l'humeur majeurs chez 51,0 % du groupe de suicides périnataux, cependant les diagnostics n'ont pas été différenciés davantage en fonction du trouble dépressif majeur, du trouble bipolaire ou d'autres troubles de l'humeur. (38)

Par conséquent un dépistage et une évaluation des idées suicidaires doivent être systématique dans le parcours périnatal chez toutes les femmes, et ce d'autant plus quand elles souffrent d'un trouble de l'humeur.

3. Les complications obstétricales et néonatales

D'une manière générale dans une étude de 2019, la survenue d'un épisode psychiatrique au cours de la grossesse est associée à un retard de croissance intra-utérin et plus d'hospitalisations en néonatologie. Les résultats sont majorés lors de la consommation de substances. (39) 40% des enfants hospitalisés en service de néonatologie ont une mère ayant un antécédent de trouble mental. (40)
Ces résultats soulignent l'importance d'une détection systématique et précoce des symptômes psychiatriques et des troubles liés des troubles liés à la consommation de substances pendant la grossesse pour prévenir les complications néonatales chez les femmes atteintes de maladies mentales graves.

Dans la plupart des études actuelles, aucune tentative n'a été faite pour différencier les influences sur les effets indésirables potentiels de la maladie elle-même, l'utilisation de médicaments, les comportements indésirables associés au mode de vie et la comorbidité.
Seule une étude récente rapporte des résultats rassurants tant sur le plan obstétrical que sur le plan néonatal après corrections des comorbidités (41). Les autres études émettent des résultats moins rassurants concernant la possibilité d'issues périnatales défavorables. Le trouble bipolaire, qu'il soit traité ou non traité, apparait associé à des complications médicales, tant sur le plan obstétrical que néonatal. (42)
Indépendamment d'une rechute ou de symptômes psychiatriques pendant la grossesse, les patientes non traitées pourraient avoir un risque accru d'avoir un enfant de faible poids de naissance, d'une petite taille et d'un petit périmètre crânien pour l'âge gestationnel. (43)

Les gynécologues, sages-femmes et pédiatres néonatologues doivent être vigilant aux problèmes de comorbidités que les femmes souffrant de trouble bipolaire peuvent

présenter au moment de l'accouchement puisqu'il a été montré que les comorbidités maternelles impactent la mère et le nouveau-né.

4. Retentissement sur le développement de l'enfant

Le développement d'un enfant est aujourd'hui perçu comme la résultante des compétences (génétique) de l'enfant avec son environnement (épigénétique).

Les rechutes durant cette période pourraient avoir des conséquences dramatiques en raison de la séparation potentielle de la mère en cas d'épisode d'humeur grave. L'état thymique de la mère peut altérer ses capacités de caregiving et donc influencer les intéractions précoces (44) . Elles pourraient affecter le développement du fœtus et de l'enfant et conditionner le type d'attachement de l'enfant.

Les effets à long terme du retentissement du trouble maternel sur leurs enfants ont très peu été étudiés. Dans les rares études qui ont été réalisé on ne retrouve pas de difference d'attachement (45) ni de différence de développement (46) chez les enfants dont un parent souffre d'un trouble bipolaire par rapport à la population générale.

Il faut cependant noter que les enfants dont les parents souffrent d'un trouble mental ont un risque majoré de développer un trouble psychiatrique. (47) (48)

5. Usage des thymorégulateurs

Aucun thymorégulateur ne présente un risque nul durant la grossesse. Ils traversent tous la barrière placentaire exposant le fœtus à un certain degré de risque.(49) Le risque tératogène est maximal lors du premier trimestre de grossesse (phase organogénèse) avec un risque de malformation fœtale. Au deuxième et troisième trimestre, les traitements peuvent affecter la croissance et le développement fonctionnel des divers systèmes organiques du fœtus, notamment du système nerveux central et peuvent entrainer des complications post-natales (complications

obstétricales, périnatale, neurodéveloppement). Notons cependant qu'hormis le valproate, aucun traitement thymorégulateur n'est formellement contre-indiqué lors de la grossesse.

Dans le post-partum, la question des traitements est importante si la patiente a un projet d'allaitement du fait du potentiel passage des molécules dans le lait maternel.

Les connaissances actuelles des principaux thymorégulateurs sur les risques fœtaux, néonataux et sur le développement de l'enfant sont les suivantes.

Pour les sels de lithium, les données alarmistes des années 1970 sur le risque de malformation cardiaque sont actuellement plus nuancées. Dans la dernière méta-analyse en date (2019) le risque associé à l'exposition au lithium à tout moment de la grossesse est faible. Le risque est plus élevé pour une exposition au cours du premier trimestre ou à des doses plus élevées. On ne retrouve pas d'association entre exposition au lithium et maladie d'Epstein. (50) Enfin dans une méta-analyse récente (2018) on ne retrouve pas de différence significative sur le développement neurologique des enfants exposés au lithium in-utero(51). Une surveillance néonatale devrait être effectuée avec recherche de signes de toxicité ou de signes du syndrôme de bébé mou. (52)

La grossesse ne doit donc pas être considérée comme une contre-indication absolue à la prescription de lithium. En effet sur le plan psychiatrique, les avis sont unanimes à propos du lithium qui est présenté comme l'option thérapeutique la plus efficace, dans le trouble bipolaire.

Ainsi les femmes qui sont actuellement stables sous lithium ou qui ont bénéficié du lithium et qui ont connu des résultats sous-optimaux avec des traitements autres que le lithium devraient être traitées avec du lithium, et aux doses efficaces les plus faibles.

Pour les anticonvulsivants :

Le valproate est associé à un risque de malformation congénitale (53), de retard de développement (54) , quotient intellectuel inférieur, (55) risque augmenté de développer un trouble envahissent du développement. (56) Le valproate est donc contre indiqué chez les femmes bipolaires enceinte et les femmes en âge de procréer

n’utilisant pas de contraception efficace. En ce qui concerne la sécrétion de valproate dans le lait maternel, il a été démontré que le valproate est peu présent dans le lait maternel (57).

La carbamazépine est associé risque augmenté d’anomalie du tube neural. Pas de risques malformatifs du fœtus ou de trouble du neurodéveloppement sont notés. A la naissance un risque de trouble du la coagulation chez le nouveau-né existe.

La lamotrigine est peut-être selon la Food et Drug Association liée à un risque de à fentes labio-palatines chez le bébé. On ne retrouve pas de répercussion sur le développement psychomoteur.

Pour les antipsychotiques :
Les données de la littérature sont peu nombreuses mais l’olanzapine, aripiprazole et quétiapine ne semblent associés à des risques malformations majeures. (58) (59)
A la naissance il existe un risque transitoire de sédation et d’effets extrapyramidaux.
Au niveau développemental il existe une différence transitoire du développement neurologique à 9 mois qui n’est plus retrouvée ensuite. (51)
Enfin l’utilisation des antipsychotique majore le risque de diabète gestationnel.

En cas d’allaitement, le lithium est une option de traitement relativement contre-indiquée car il est présent dans le lait maternel à un pourcentage élevé de la concentration plasmatique maternelle. Le valproate, la carbamazépine, la quétiapine et l'olanzapine sont considérés comme des choix privilégiés. (12)

C. Stratégie de prise en charge

1. En préconceptionnel

Chaque psychiatre traitant devrait évoquer chez chaque femme en âge de procréer la question d'un projet de grossesse éventuel au cours de son suivi de routine.

Idéalement, il faudrait que les patientes puissent planifier leur grossesse alors qu'elles sont stables psychiquement, c'est à dire en rémission depuis au moins un an. Ces femmes devraient donc être correctement diagnostiquées et traitées avant la grossesse avec des capacités d'insight suffisantes par rapport à leur maladie pour être en état de demande de soins et d'aide et pour pouvoir appréhender les besoins propres de leur enfant. (60)

Au sein de groupe de psychoéducation, un volet sur les questions périnatales est important afin de sensibiliser les patientes à cette question. La question de la fertilité et d'une contraception efficace afin d'éviter une grossesse non désirée devrait y être abordées.

S'il existe un projet de grossesse, une consultation préconceptionnelle devrait pouvoir être proposée à la patiente ainsi qu'à son conjoint afin de planifier leur grossesse et réfléchir à un plan d'intervention individualisé. Il s'agit d'un processus décisionnel commun. Les décisions se prenant en collaboration avec la patiente et son conjoint après délivrance d'une information éclairée.

Cette consultation permettrait :

- D'informer de l'influence de la grossesse elle-même et sur trouble de l'humeur, risques, et notamment du haut risque de rechute au cours de la grossesse si le traitement de fond est arrêté brutalement (33)
- D'informer de la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire du préconceptionnel jusqu'à un 1 an post-partum.
- D'éliminer les facteurs de risques modifiables (embonpoint, addictions …)
- De donner des explications complètes sur les différentes options thérapeutiques avec leurs avantages et inconvénients.

- Si un arrêt de traitement est préconisé, l'arrêt devra être progressif et des directives anticipées en cas de rechute devront être établies.
- Si la poursuite d'un traitement est préconisée, en fonction de l'histoire de la patiente si cela est possible, un changement de molécule sera opéré afin de prescrire une molécule avec un risque tératogène moindre.

2. Période périnatale

En France, aucun organisme officiel n'établit de recommandations sur le traitement du trouble bipolaire lors de la période périnatale.

Les travaux de *Belzeaux et al* (12) comparant les recommandations internationales de 2009 à 2019 pour la prise en charge des femmes bipolaires dans le péripartum souligne l'absence de consensus en matière de traitement.

La stratégie de soins doit se discuter au cas par cas en tenant compte des risques spécifiques associés à la grossesse et au post-partum pendant les troubles de l'humeur. La prise de décision est partagée : elle doit s'effectuer avec la patiente et si possible son conjoint. Pour guider cette décision partagée, docteur Belzeaux propose une boîte à outils de points majeurs à discuter dans une telle situation. (*Annexe 6)* et un arbre décisionnel (*Annexe 7*) de prise en charge dont voici les différents points :

- Prise en charge multidisciplinaire et coordonnée entre psychiatre, gynécologues, sages-femmes, pédiatres et pédopsychiatres.
- Orientation vers une maternité de niveau 2B ou 3
- Recherche exhaustive de toutes les comorbidités
- Implication des membres de la famille
- Psychoéducation sur le trouble bipolaire et les risques spécifiques à la période néonatale
- Prescription d'antidépresseurs seuls à éviter
- Psychothérapie en fonction des besoins de la patiente

- Mise en place de mesures pour prévenir le risque de retard de croissance et de complications obstétricales

- Prescription de folates (5mg/jour)

- Limitation des facteurs de stress et privation de sommeil

- Soutien du lien mère-bébé

a) Grossesse

Le traitement pharmacologique pendant la grossesse nécessite l'une des balances bénéfices-risques les plus difficiles à réaliser en médecine. Elle doit être mise en balance avec les risques tératogènes des traitements, les risques de rechutes maternels mais également les effets sur le développement du nouveau-né. Chaque fois qu'un médicament est prescrit, il faut obtenir le consentement éclairé de la patiente

Si le choix est celui d'un arrêt de traitement il doit être fait de façon progressive. Une attention particulière sera portée aux symptômes thymiques tout au long de la grossesse. Des directives anticipées à définir avec la patiente et son conjoint seront établies pour la reprise du traitement dans le post-partum ou en cas de rechute du trouble pendant la grossesse.

Si le traitement thymorégulateur est poursuivi, une monothérapie à dose minimale efficace est recommandée. (61) Le valproate est contre-indiqué et la carbamazépine devraient être évités. Le lithium est justifié pour certaines patientes. Les antipsychotiques atypiques et la lamotrigine peuvent être prescrit. Une adaptation de la posologie sera faite en fonction des modifications physiologiques de la grossesse et de l'approche de l'accouchement. Une surveillance particulière pour les femmes exposées au lithium et aux anticonvulsivants avec échocardiographie au second trimestre. L'intervention anténatale du pédiatre devrait être proposée afin d'anticiper l'accouchement, le retentissement attendu sur le nouveau-né et en préparation d'un éventuel allaitement maternel.

L’ECT est une option thérapeutique envisageable en cas de pharmaco-résistance, de symptômes sévères ou de risque suicidaire majeur.

b) Post-partum

Dans les suites de l’accouchement, une surveillance particulière sera portée pour une détection précoce de tout symptôme jusqu’à 1an après la naissance.
La reprise ou l’optimisation d’un traitement préventif aux doses thérapeutiques d’avant la grossesse devrait être envisagée.
Si la mère souhaite allaiter les bénéfices de l’allaitement devront être mis en balance avec les risques liés à la prise de traitement. La mère devra être informée des possibles effets indésirables du traitement et des différentes options thérapeutiques possibles afin de prendre une décision éclairée. (62)
Enfin des conseils en matière de contraception doivent être donnés. (12)

II. Organisation des soins de santé mentale en périnatalité

A. La psychiatrie périnatale

La « périnatalité » se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. (63)

La période périnatale est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse et le septième jour de la vie après la naissance. Actuellement en psychiatrie elle couvre une période plus large. Cette période s'étend communément du début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année du post-partum.

La psychiatrie périnatale est une discipline qui se situe à l'interface de la psychiatrie de l'adulte et de celle de l'enfant. Elle traite des spécificités des troubles mentaux chez un adulte, le plus souvent une femme, durant cette période de vie d'une part, et du développement du fœtus, nouveau-né et nourrisson dans ce contexte d'autre part.
Cette double approche conditionne une particularité de la psychiatrie périnatale : celle de la complexité des thérapeutiques, associant un objectif curatif, soigner le parent malade, et un objectif, prévenir le risque de dysfonctionnement dans le processus de parentalisation, dans les relations parents–enfants et dans le développement de l'enfant.

Ces modèles « multientrées » soulignent la nécessité intrinsèque du travail multidisciplinaire, intégré, coordonné et gradué, dit « en réseau » durant la période périnatale, En effet, les professionnels de la santé mentale ont rarement un accès direct aux femmes présentant un trouble psychique à ce moment-là de leur vie. Celles-ci sont en revanche en contact de manière récurrente et obligatoire avec les professionnels de la périnatalité « non-psy ». Ce travail de réseau qui unit de nombreuses disciplines médicales (gynécologues, pédiatres, généralistes),

paramédicales (sages-femmes, puéricultrices, psychologues), travailleurs sociaux et professionnels des lieux de garde est, après les spécifiés cliniques, l'un des fondements de la psychiatrie périnatale et a mené à la mise en place en France des réseaux de périnatalité. (64)

B. Cadre législatif

La psychiatrie périnatale a vu son cadre législatif se construire à partir des années 1990.

La circulaire de 1990 précisait un certain nombre de modalités de développement d'interventions précoces. Dans celle de décembre 1992, le ministère de la Santé mettait l'accent sur l'importance de la prévention des troubles mentaux de la mère dans le cadre des distorsions du lien mère-enfant et insistait sur la nécessité de favoriser les solutions mère-enfant, entre autres, les unités d'hospitalisation mère-enfant.

En 1993, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son « Rapport sur les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes », attirait l'attention sur « l'importance des troubles psychiatriques gravidopuerpéraux et sur l'impérieuse nécessité de conduire des recherches dans ce domaine pour proposer des mesures préventives ».

Les décrets de périnatalité d'octobre 1998 mentionnaient pour la première fois dans un texte réglementaire la présence de psychologues et la disponibilité de psychiatres ;

La circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 met en place le cadre nécessaire à la promotion de la collaboration médicopsychologique en périnatalité.

Enfin la circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006, établit cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité, cette dernière sera complétée par la circulaire du 3 juillet 2015 (65) relative à l'actualisation et à

l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. Nous détaillerons ce cahier des charges dans la partie dédiée au réseau.

Ces circulaires et rapports sont à mettre en perspective avec le plan périnatalité 2005-2007 : « Humanité, proximité, sécurité, qualité » (66) comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il insiste sur le rôle dans la prise en charge de proximité des situations à haut risque psychique/social. La meilleure prise en compte de l'environnement psychologique vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources. Elle repose sur la mise en place de :

- D'un « entretien individuel du 4e mois » dit entretien prénatal précoce :
    - avait été proposé par Françoise Molénat en 2004 dans son rapport sur la collaboration médico-psychologiques en périnatalité (67). Cette proposition a ensuite été concrétisée dans le plan périnatalité dont il constitue l'une des mesures phares.
    - Il s'adresse à chaque femme enceinte ou couple. Son objectif est de « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents (…) afin de préparer avec eux les meilleurs conditions possibles de la venue au monde de leur enfant ». (66)
    - Cet entretien a pour finalité non seulement d'ouvrir un dialogue, de recueillir les facteurs de vulnérabilités mais constitue également un premier point d'entrée dans un réseau de soin afin favoriser une meilleure coordination des actions des professionnels autour de ce couple. Il est également l'occasion de définir pour chaque femme ou couple les contenus essentiels à aborder lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
    - Son contenu est guidé par la HAS dans ses recommandations sur la préparation à la naissance et à la parentalité (68) où un chapitre y est dédié.

      La HAS propose une fiche résumée pour la mise en œuvre de l'EPP. *(Annexe. 5)*

- De véritables collaborations médico-psychologiques en maternité, avec le recrutement de psychologues travaillant en collaboration étroite avec les équipes d'obstétrique, de médecine néonatale, de psychiatrie de l'enfant et de l'adulte
- De formations interprofessionnelles regroupant l'ensemble des professionnels de la naissance dont l'objectif est de faciliter la réflexion commune, et d'améliorer ainsi la cohérence des interventions,
- D'un réseau de professionnels centré sur chaque famille qui le souhaite, s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une cohérence suffisante de l'ante au post-natal.

Enfin le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, qui fait état d'un état des lieux mitigés des dispositifs existants insiste sur l'évolution vers une prise en charge décloisonnée en renforcement de la coordination et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux des personnes.

Le fil rouge de toutes ces directives législatives est la prévention, la qualité des soins et la promotion de la santé mentale périnatale, basées sur la notion d'interactions et de communication de qualité entre les différents acteurs de la période périnatale. (64)

C. Réseaux de santé en périnatalité (RSP)

Encouragé par les politiques publiques pour répondre à la complexité des enjeux traversant le système de soins actuels, divers réseaux de santé se sont développés ces dernières années. (69)
Depuis la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de de santé, les réseaux de santé sont définis par la loi : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent

une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 6147 13, ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (70)
Cette définition s'inscrit dans un changement de paradigme avec une vision globale et coordonnée de l'accompagnement, ne se centrant plus uniquement sur les prises en charge sanitaire mais visant la santé dans sa globalité. Ce changement de paradigme traduit également une volonté de mettre en œuvre une approche territoriale de la santé régionale centrée sur les besoins de la population. (69)
La périnatalité n'échappe pas à cette structuration en réseaux de santé.

1. Missions et organisation

Les missions et objectifs confiées au RSP sont régit par un cahier des charges définit par la circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006(71) et actualisé par la circulaire DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 (33) :

Ces missions sont multiples et concourent toutes à améliorer la qualité des prises en charge en proposant au patient un réseau gradué de compétences de proximité. Elles sont en cohérence avec les textes normatifs relatifs aux réseaux de santé :

- permettre une prise en charge globale (dépistage et prise en charge précoce, accès aux soins, suivi, prise en charge psycho-social et social si nécessaire en lien avec les services sociaux de proximité) ;
- assurer une prise en charge continue quelque soit le lieu de prise en charge (pas de rupture hôpital/domicile) ;
- favoriser par conséquent les collaborations professionnelles en coordonnant les interventions de tous les acteurs dans le respect du choix des usagers ;
- informer et accompagner les futurs parents ;

- assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels impliqués ;
- organiser et assurer le partage de l'information (données médicales, sociales et psychologiques) ;
- évaluer les pratiques et la valeur ajoutée du travail en réseau ;
- recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité.

Une organisation de l'accompagnement psychosocial en trois niveaux complémentaires et articulés entre eux est définie :

- Un niveau d'intervention sur site correspondant à une action de soins réunissant autour du psychologue/psychiatre tous les professionnels impliqués dans cet accompagnement ;
- Un niveau de conseil ou de ressource, situé sur un site ayant une expérience satisfaisante de l'accompagnement périnatal. Le rôle de ce site serait de conseiller les intervenants locaux pour les cas difficiles, ce qui suppose une organisation permettant une disponibilité 24 heures sur 24 ;
- Un niveau de pilotage pouvant se situer au sein du réseau ou encore commun à plusieurs réseaux ou encore localisé au sein de la Commission régionale de la naissance (CRN) qui réunit les représentants de chaque discipline concernée par l'accompagnement périnatal et répond à différents objectifs :
    - Dégager un mode de pensée consensuelle sur l'accompagnement périnatal
    - Élaborer une politique de formation concertée pour l'ensemble des actes
    - Organiser le recueil de l'activité
    - Analyser les difficultés de collaboration
    - Organiser les formations sur les reprises de cas difficiles en veillant à la participation des professionnels du secteur libéral.

2. Focus sur le réseau Méditerranée.

Le réseau Méditerranée est constitué par la région PACA, Corse et Monaco. (73)

Ce territoire comprend :

- 20 maternités de type I
- 19 maternités de type II
- 3 maternités de type III
- 5 CPP (centre périnatal de proximité)

En 2017 la région dénombre 61325 naissances, soit : 8% des naissances en France (Métropole, DOM et TOM).

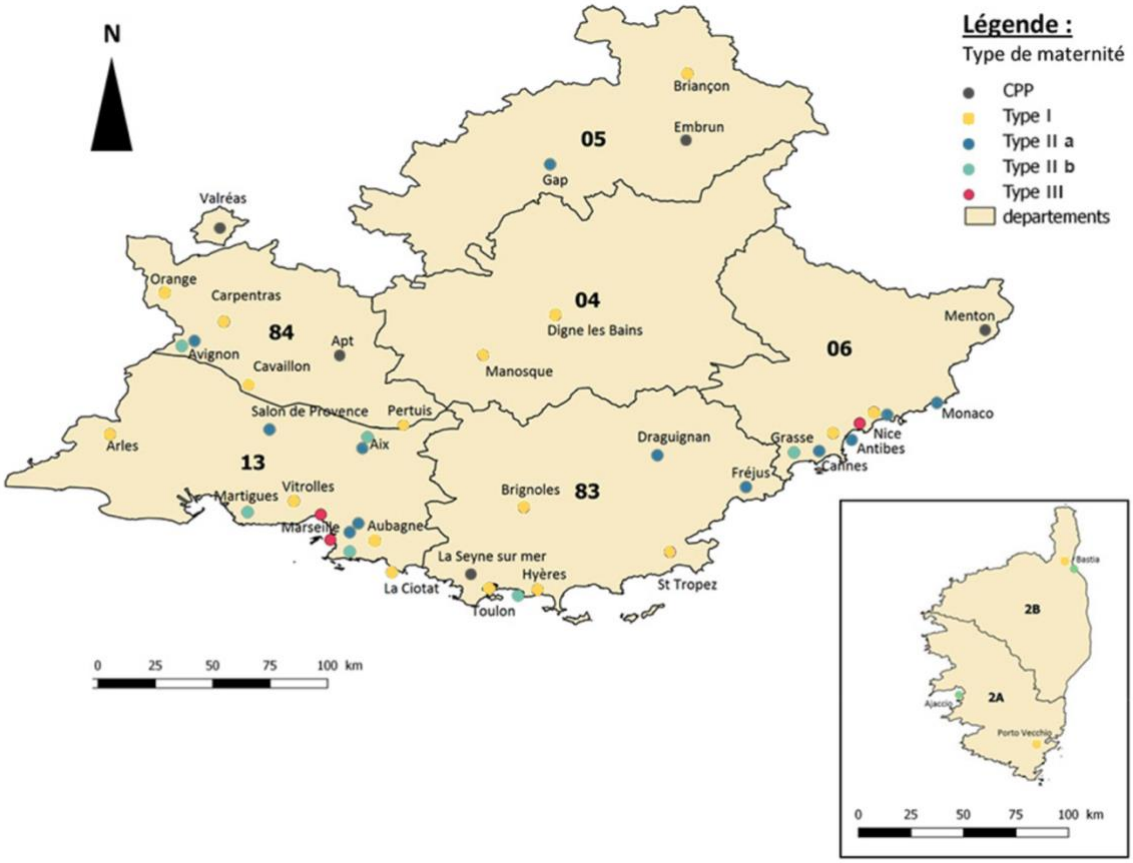

Figure 3 : Représentation des types de maternités dans la région PACA Corse et Monaco. (73)

Le réseau Méditerranée s'organise en 4 comités :

- *Comité des protocoles* : rédaction des référentiels obstétricaux, pédiatriques et organisationnels, organisation de formation médicale continue.
- *Comité de formation* : promouvoir et mettre en place des actions de formation continue.
- *Comité d'évaluation* : organisation de revue morbi-mortalité, évaluation de pratiques professionnelles, audit de dossier, enquête de satisfaction. A également une mission « d'observatoire de la santé périnatale » par l'analyse des indicateurs fournis par le PMSI en lien avec l'agence régionale de santé.
- *Comité de prévention* : définition des projets de prévention « grand public » intégrant les acteurs du champ médico-psycho-social.

PARTIE 2 : ILLUSTRATIONS CLINIQUES

A. Cas n°1 : Madame P.et Manon.

Nous recevons Mme. N, son conjoint et Manon sont reçus en consultation de préadmission en unité parents-bébé à la demande du service de psychiatrie adulte ou Madame P. est hospitalisée. Madame P. y a été hospitalisée, en urgence et soins sous contrainte, une semaine après accouchement, dans le cadre d'un épisode maniaque dans le post-partum immédiat.

Éléments biographiques et anamnèse

Madame P. est âgée de 30 ans. En couple avec Mr M. depuis 6ans. Ils habitent à Saint Jean Gard dans une communauté, Relation conjugale et situation sociale stable.
Elle est la cadette d'une fratrie de 3. Ses parents divorce alors qu'elle est âgée de 7ans. Son père a la garde jusqu'à ses 15ans, il décrit comme autoritaire. Puis elle est confiée à ses grands-parents. Les contacts avec sa mère sont peu fréquents. Elle décrit des éléments de carence affective dans l'enfance.
Madame a fait des études de sciences humaines, et travail pour psychoéducation santé de la femme.
Étayage amical très présents et soutenant pour le couple.

Antécédents

En septembre 2018, madame est hospitalisée en psychiatrie, devant un « tableau d'excitation psychique avec caractéristiques psychotiques » dans un contexte de privation de sommeil suite à un stage de méditation intensive. Le tableau est rapidement résolutif après introduction d'un traitement par olanzapine. Dans les suites de cette hospitalisation, une prise en charge ambulatoire est mise en place au centre médico-psychologique de secteur. Aucun diagnostic n'est alors évoqué hormis « un épisode psychotique isolé ».
Novembre 2018, Madame P. présente épisode dépressif caractérisé Un traitement par antidépresseur (Cymbalta) est alors introduit en ambulatoire.
Madame P. ne consomme pas de toxiques.
Aucun antédent familial n'est rapporté.

Histoire récente maladie

Janvier 2019, dans un contexte de projet d'enfant et après consultation du son psychiatre traitant une interruption de tout traitement psychotrope est décidée. Dès lors Madame P. sera en rupture de suivi psychiatrique.
Madame P. tombe enceinte en février 2019. L'arrivée du bébé est bien investie par le couple. La grossesse est physiologique. Le suivi gynécologique est fait auprès d'une sage-femme libérale. La patiente souhaite accoucher à domicile et prévoit d'allaiter.
Elle accouche à terme, par voie basse, sans aucune complication obstétricale. Devant des difficultés gestion de la douleur, elle accouche finalement dans une maternité de niveau 1 de son secteur. Madame P. de son côté décrit un travail long et difficile. Manon se porte bien (Apgar 10,10,10). L'allaitement se met en place facilement. Le retour à domicile a lieu 3 jours après l'accouchement.
Au retour à domicile, Madame P. présente une énergie débordante. Son conjoint note une diminution de son besoin de sommeil jusqu'à une insomnie complète. Puis, devant l'apparition de propos incohérents, d'angoisses de plus en plus importantes et d'une agitation, la sage-femme qui assure le suivi post-natal s'inquiète ; elle suspecte une psychose puerpérale et les invitent à consulter aux urgences.
A leur arrivée aux urgences, Madame P., présente une agitation psychomotrice marquée. Après un bilan somatique (sanguin + imagerie cérébrale) sans particularité, une hospitalisation en psychiatrie en soins sous contraintes à la demande d'un tiers est décidée. Manon est alors gardée par son père.

A son entrée dans le service, Madame P. présente une exaltation de l'humeur avec une labilité émotionnelle, une irritabilité ainsi qu'une accélération psychomotrice avec accélération du cours de la pensée et agitation motrice. Un traitement par olanzapine 5mg est alors réintroduit. Des visites pluriquotidiennes avec Manon sont mises en place afin de préserver le lien mère bébé et poursuivre l'allaitement comme le souhaite le couple.

Rapidement son état clinique s'aggrave. Madame P. présente une bizarrerie de contact et une désorganisation comportementale majeure. On note une tachypsychie.

Le discours est abondant, diffluent avec présence d'automatismes mentaux et d'hallucinations cénesthésiques et acoustico-verbales. Madame P. verbalise des idées délirantes de persécution de mécanisme intuitif et intuitif avec une forte composante anxieuse. L'adhésion au délire est totale. Le sommeil est fortement perturbé. Le traitement par olanzapine est majoré à 20mg/jour et un traitement anxio-sédatif est instauré. (Cyamémazine, lorazépam et zopiclone). Un avis spécialisé par le Centre Expert Trouble bipolaire sur Marseille est alors demandé concluant à l'introduction d'un traitement thymorégulateur par lithium.
Devant cette dégradation clinique, il est impossible de poursuivre les visites avec Manon et l'introduction du traitement anxio-sédatif conduit à un arrêt de l'allaitement.

L'état clinique de la patiente s'améliore progressivement. La patiente est calme avec un retour à l'euthymie. Il persiste un vécu persécutoire partiellement critiqué et une anxiété fluctuante au cours de la journée. Son état clinique est alors compatible pour un relai de prise est alors en hospitalisation de semaine à l'unité parents-bébé sur Marseille.

Prise en charge

Je rencontre Madame P., son conjoint et Manon à l'occasion de la consultation d'admission sur l'unité parents bébés de l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille. Manon est alors âgée de 4semaines. C'est un nourrisson calme. Madame P. est préoccupée par sa fille, cependant elle fait par d'une « culpabilité » ainsi qu'un manque de compétence dans son rôle de mère, ce qui l'angoisse grandement. Elle fait part de son incapacité à répondre de manière ajustée aux besoins d'Manon. En effet Madame P. s'adresse à sa fille et entreprend des gestes pour s'occuper d'elle mais elle présente rapidement une difficulté à maintenir son attention focalisée sur sa fille, l'amenant rapidement à reposer Manon dans le landau et demander un relai auprès de son conjoint. Le portage est maladroit, le décodage des besoins de Manon complexe sources importants d'angoisse.
Les éléments de désorganisation, la sédation liés au traitement psychotropes, ainsi que la forte composante anxieuse rendent les interactions-mères bébés difficiles.

Le conjoint de Madame P. sera présent la première semaine d'hospitalisation, mais ne reviendra pas par la suite contraint de reprendre son activité professionnelle.
Les soins se structureront autour de la poursuite de soins psychiatriques et un travail de la relation mère-bébé. Les soins sont bénéfiques, Madame est sécurisée par l'accompagnement des soignants et une amélioration est rapidement constatée.

Mais au vu de la distance entre l'unité parents bébé et le domicile de la famille (150km), le couple décide de lui-même de mettre fin à la prise en charge sur l'UPB après la deuxième semaine de prise en charge. Un relais est alors organisé avec le réseau de proximité : reprise de suivi avec le CMP de secteur, prise en charge PMI avec visite à domicile et instauration de deux demi-journées de visites à domicile d'une technicienne d'intervention sociale et familiale.

Madame P. présente ensuite un épisode dépressif caractérisé motivant la prescription de mirtazapine. Deux mois plus tard, Mr P. nous recontacte inquiet : Madame P. présente toujours des symptômes dépressifs et depuis quelques jours des idées noires avec idéations suicidaires avec scenario. Elle décrit une asthénie majeure et une difficulté pour s'occuper de Manon. Une consultation en urgence est alors proposée à la famille aboutissant à une ré-hospitalisation de Madame P. et Manon à l'unité d'accueil parent-bébé.

La ré-hospitalisation de Madame P. débute ce jour.

Conclusion

Madame P. a présenté une manie du post-partum. Sur le plan psychiatrique son humeur n'est toujours pas stabilisée. Elle n'a pas été asymptomatique depuis cette décompensation. Elle présente actuellement un épisode dépressif caractérisé avec des idées suicidaires. Les troubles psychopathologiques de la mère sont sévères : le risque auto-agressif est majeur, les interactions mère-bébé entravées.

Les équipes gynéco-obstétricales ayant pris en charge la patiente n'ont pas eu accès aux éléments psychiatriques. Les prodromes ne semblent pas avoir inquiétés. Alors que Mme présentait un antécédent de trouble psychiatrique, aucune prise en charge spécialisée ne lui a été proposée lors de son projet de grossesse. Le recours à la psychiatrie se fera de manière tardive alors que les troubles sont déjà très sévères. Un avis spécialisé en psychiatrie périnatale n'est sollicité qu'en dernier recours, en urgence à l'issue de l'hospitalisation de Madame P. et de la séparation avec sa fille.

B. Cas n°2 : Madame H. et Felix

Nous rencontrons Madame H. et Felix à l'occasion du suivi son suivi périnatal au centre expert du trouble bipolaire de Marseille. Felix est actuellement agé de 6 mois.

Éléments biographiques et anamnèse

Madame H est âgée de 38ans, et habite seule avec son fils Felix.
Elle est enseignante d'anglais. Ella est la cadette d'une fratrie de deux. Madame H. entretient de bonnes relations familiales, elle voit ses parents et sa grande sœur régulièrement.

Antécédents

Elle présente un trouble de l'humeur évoluant depuis la fin de l'adolescence. Elle a présenté de nombreux épisodes dépressifs avant d'être diagnostiquée bipolaire de type 1 suite à un épisode maniaque. Un traitement par lithium avait alors été instauré, stabilisant bien la pathologie. Une rupture de traitement en 2007 conduira à une rechute maniaque sévère nécessitant une hospitalisation. Aucun autre épisode thymique n'a été relevé depuis, Madame H présente une bonne observance thérapeutique

Au niveau somatique on ne note aucun antécédent hormis une fausse-couche précoce.

Histoire de la maladie

Madame H. est prise en charge dans le cadre d'une première grossesse.
Il s'agit d'une grossesse désirée et programmée par le couple. Le désir d'enfant datait de plusieurs années, mais beaucoup d'inquiétudes ont ralenti son projet. Le frein le plus important était celui du traitement. Nombreux médecins lui indiquant qu'une grossesse sous lithium était contre indiquée. Or il était inenvisageable pour Madame H. d'envisager un arrêt du lithium au vu de la sévérité de ses symptômes sans

traitement. Ayant entendu parler de consultation spécialisée sur la périnatalité au centre expert bipolaire par le biais une amie Madame H. en parla à sa psychiatre traitante qui l'y adressa pour avis.

Prise en charge

Lors de la première consultation au centre, Madame H. est alors déjà enceinte de 10 semaines d'aménorrhée. Des informations vis-à-vis des risques associés à l'arrêt et à la poursuite du traitement sont données. Il est décidé avec accord de la patiente de poursuivre le lithium en diminuant la posologie afin de minimiser le risque tératogène.

Le suivi gynécologique est fait par un gynécologue en maternité type 2B. L'équipe obstétricale est informée de la situation de la patiente. La grossesse se déroule sans particularité. Une surveillance particulière liée à la prescription de lithium est mise en place : une échocardiographie fœtale au cours du second trimestre de grossesse est réalisée. Cette dernière sera sans particularité.

Au niveau psychiatrique, madame H. est reçue mensuellement. Elle ne présente aucun symptôme thymique lors de sa grossesse et aucune manifestation anxieuse. Seuls des réveils nocturnes avec une asthénie relative à la réduction du sommeil seront notés. Des lithiémies mensuelles sont prélevées afin de s'assurer d'avoir des lithiémies dans la fourchette thérapeutique.

Au niveau personnel, la grossesse est marquée par la séparation d'avec son conjoint (père de l'enfant) au 6e mois de grossesse. Suite à cette séparation Madame H. décide de se rapprocher de chez ses parents pour être soutenue. Elle décide alors d'accoucher dans la maternité la plus proche (niveau 1), un relai vers l'équipe de la maternité est alors mis en place.

Par ailleurs, Madame H. fera part de son envie d'allaiter. Des informations sur les connaissances actuelles lui sont données, une consultation avec une pédopsychiatre lui sera proposée. Elle décide alors d'opter pour un allaitement mixte. Elle sera accompagnée autour de son projet d'allaitement. Un switch du lithium à libération

immédiate est fait en fin de grossesse afin de favoriser les tétées à distance des prises du traitement.

Madame H. accouche à terme. L'accouchement est marqué par plusieurs complications obstétricales. Une césarienne est réalisée suite à un défaut d'engagement de Felix. Une rupture de la poche des eaux avec liquide méconial expose Madame H a un risque infectieux important (septicémie) conduisant à un lavage péritonéal lors de la césarienne et la mise en place d'une antibiothérapie prophylactique. Madame H. présente ensuite une hémorragie de la délivrance. Felix quant à lui est un nouveau-né en bonne santé avec une bonne adaptation néonatale et des mensurations dans les normes.

Le post-partum se déroule sans particularité. Madame H. décrira être très heureuse. Elle dit être « sur son nuage » avec un « léger sentiment d'euphorie » transitoire la première semaine. Mais Madame H. n'a cependant pas eu l'occasion de rencontrer de psychiatre à la maternité pour une évaluation psychiatrique. Elle reste hospitalisée une semaine. A la sortie de la maternité elle est hébergée une semaine chez ses parents avant de retourner à son domicile avec Felix.

L'allaitement se met facilement en place. Avec le pédiatre de la maternité, des prises de sang hebdomadaires conjointes sont réalisées chez Madame H et Felix afin de s'assurer que le lithium soit indétectable dans le sang de Felix. Les premières prises de sang sont rassurantes mais le caractère invasif et douloureux du prélèvement sanguin freinera Madame H. dans sa poursuite de l'allaitement. Elle décidera alors d'y mettre un terme au bout d'un mois.

Lors de notre consultation, Madame H. ne présente aucune symptomatologie thymique particulière. Le lien-mère bébé est d'une bonne qualité. Elle a repris le travail et Felix est gardé par une assistante maternelle. Au vu de la stabilité clinique de la patiente, un relai avec sa psychiatre traitante pour la suite est préconisé.

L’avis de Madame H.

« Avoir une équipe spécialisée sur le trouble bipolaire et la grossesse a fait la différence. L’accompagnement par cette équipe a été d’un grand soutien et m’a redonné de l’espoir pour affronter au mieux la grossesse. Ce sont les seuls qui ont pu m’apporter des réponses face à mes questionnements vis-à-vis du traitement, de l’allaitement et des risques pour Felix. Les pours et les contres étaient pesés à chaque fois. Le lien avec les équipes de la maternité a été d’une grande aide car elle a permis à mon gynécologue très inquiet de la prescription du lithium d’avoir un interlocuteur avec qui échangé et ainsi d’être rassuré. Mon séjour à la maternité s’est très bien déroulé, les équipes soignantes ont très accueillantes. Le retour à la maison s’est très bien passé. Je suis même étonnée de la facilité avec laquelle j’ai vécu cet évènement. Je suis aujourd’hui une maman comblée, consciente de la chance que j’ai eu d’avoir été accompagnée comme je l’ai été. »

Conclusion

La prise en charge précoce a permis d’anticiper aux mieux les différents défis posés par cette grossesse. Le plan thérapeutique mis en place à certainement permis d’éviter les répercussions d’une décompensation maternelle sur la santé de la mère et de son fils.

Madame P. a. pu bénéficier de soins en réseau coordonné efficient. Le travail collaboratif des différents partenaires ont permis d’adapter au mieux un parcours de soins personnalisé.

PARTIE 3 : ETUDE

I. Matériels et méthodes

A. Problématique et hypothèses

Il n'existe à l'heure actuelle aucune étude en France évaluant les connaissances et les pratiques des professionnels de santé de périnatalité sur trouble bipolaire et périnatalité. Or sur la base des connaissances actuelles et situations cliniques auxquelles nous avons été confrontées, plusieurs hypothèses peuvent être évoquées :

- Les connaissances théoriques des professionnels de périnatalité sur le trouble bipolaire et le trouble bipolaire en période périnatale sont insuffisantes.
- L'absence de consensus et recommandations rendent la prise en charge de ces projets de grossesse et de ces périodes de péripartum complexes. L'offre de soins est disparate, peu spécialisée et les interlocuteurs mal identifiés.
  Le tout pouvant rendre la pratique professionnelle difficile.

L'objectif de notre étude est d'établir un état des lieux sur les connaissances et les pratiques des professionnels de périnatalité sur trouble bipolaire et périnatalité dans les régions PACA Corse Monaco.
Nous tenterons de déterminer les leviers potentiels pour améliorer les pratiques dès le projet de grossesse et in fine, améliorer la prise en charge des patientes bipolaires ainsi que celle de leurs enfants.

B. Type d'étude

L'enquête présentée est une étude d'évaluation des pratiques professionnelles, descriptive, multicentrique et transversale.
La méthodologie repose sur une enquête ciblée sur les connaissances théoriques et les pratiques des professionnels de périnatalité au sujet de trouble bipolaire.

C. Population de l'étude

La population étudiée est constituée par des professionnels de périnatalité de la région PACA Corse Monaco.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Exercer une des professions suivantes :
  - Docteur en médecine, spécialisé en gynécologie-obstétrique
  - Docteur en médecine, spécialisé en gynécologie médicale
  - Docteur en médecine, spécialisé en pédiatrie
  - Docteur en médecine, spécialisé en médecine générale exerçant dans le champ de la périnatalité (PMI)
  - Sages-femmes diplômés d'état
  - Puéricultrices diplômés d'état
- Exercer dans la région PACA Corse Monaco.

On estime à environ 1900 le nombre de professionnels ciblés par cette enquête. Ce chiffre correspond aux professionnels de santé du réseau périnatalité PACA Corse après avoir retiré les étudiants et internes en médecine.
L'objectif du projet de recherche est de proposer cette évaluation à l'ensemble de la population concernée.

D. Méthodologie

1. Outil de recueil

Un questionnaire d'enquête a été élaboré à partir de données issues d'une revue critique de la littérature. (***Annexe 6***)

4 dimensions ont été évaluées :

- Pratiques médicales et paramédicales : confrontation et perception du trouble bipolaire en période périnatale, repérage du trouble bipolaire, demande d'avis spécialisé, parcours et accès à la parentalité pour les femmes souffrant d'un trouble bipolaire,
- Connaissances théoriques : Définition du trouble bipolaire, le trouble bipolaire en période périnatale, les traitements en période périnatale, les traitements médicamenteux en période périnatale

- Attentes des professionnels dans le cadre de la prise en charge du trouble bipolaire

Une partie décrivant le profil du répondant a été ajoutée avec les items suivants : âge, sexe, département d'activité, profession, lieu d'exercice, type de maternité, mode d'activité, expérience professionnelle en périnatalité, fréquence de prise en charge de patiente soufrant d'un trouble bipolaire

2. Modalités de recueil

Le questionnaire a été administré sous format électronique. Les mailing listes ciblant la population de l'enquête ont été fournies par le Réseau Méditerranée de Périnatalité PACA Corse Monaco.

Il a été adressé à la population d'étude par courrier électronique, accompagné d'une notice d'information. Il a été spécifié en début de questionnaire que répondre au questionnaire équivaut à un consentement pour participer à l'étude.

La réponse au questionnaire est totalement anonyme.

Le recueil de données a débuté 14 janvier 2020.

3. Analyse statistique

Les données ont été analysées par le Service d'Évaluation Médicale APHM (Docteur Sophie Tardieu).

Les données ont été traitées via le logiciel SPSS version 20. Des statistiques descriptives ont réalisé sur les différents items (fréquence et effectif). Pour les questions à choix multiples, les réponses sont présentées par réponse isolée et par association de réponses (fréquence et effectif). Les réponses libres sont catégorisées afin de faire des analyses par corpus. Des analyses comparatives classiques seront effectuées (tests de Chi2). Le seuil de significativité des tests a été fixé à 5%.

Le traitement et l'archivage des informations recueillies est faits selon des procédures garantissant la confidentialité.

II. Résultats

Nous présentons ci-joint les résultats relevés entre le 14 janvier 2020 et le 20 février 2020. 211 réponses ont été collectées sur 1900 personnes interrogées, soit un taux de 11,1%. 4 répondeurs ont été exclus en fonction des critères d'inclusion. L'analyse des résultats porte donc sur 207 réponses.

A. Caractéristiques de l'échantillon

La population est composée de 192 femmes et 15 hommes (*question n°1).*

L'âge médian est de 45,5ans, avec la répartition suivante (question *n°2)* :

Age	Effectif	Pourcentage
De 21 à 30ans	20	9,7%
De 31 à 40ans	52	25,3%
De 41 à 50ans	57	27,6%
De 51 à 60ans	62	30,1%
Plus de 60ans	15	7,3%
Réponse manquante	1	-

Table 1 : Age de l'échantillon

La question n°3 concerne le département d'exercice : 122 répondeurs exercent dans les Bouches-du-Rhône (58,9%), 34 dans le Var, 20 dans les Alpes-Maritimes, 13 répondeurs exercent dans le Vaucluse, 7 en Corse du sud, 6 dans les Hautes Alpes, 2 dans les Alpes de Haute Provence, 2 en Haute Corse et enfin 1 répondeur travaille à Monaco.

Département	Effectif	Pourcentage
Alpes de Haute Provence (04)	2	1,0%
Hautes Alpes (05)	6	2,9%
Alpes Maritimes (06)	20	9,6%
Bouches du Rhône (13)	122	58,9%
Corse du Sud (2A)	7	3,4%
Haute Corse (2B)	2	1,0%
Var (83)	34	16,4%
Vaucluse (84)	13	6,3%
Monaco	1	0,5%
Total	207	100%

Table 2 : Département d'exercice de l'échantillon

La question n°4 concerne la profession : on retrouve 109 sages-femmes (soit 52,7%), suivi par 37 gynécologues dont 33 obstétriciens (soit 15,9%) et 4 gynécologues médicaux (1,9%). 22 pédiatres ont répondu (soit 10,7%), 24 infirmières puéricultrices (11,6%) et 15 généralistes (7,2%).

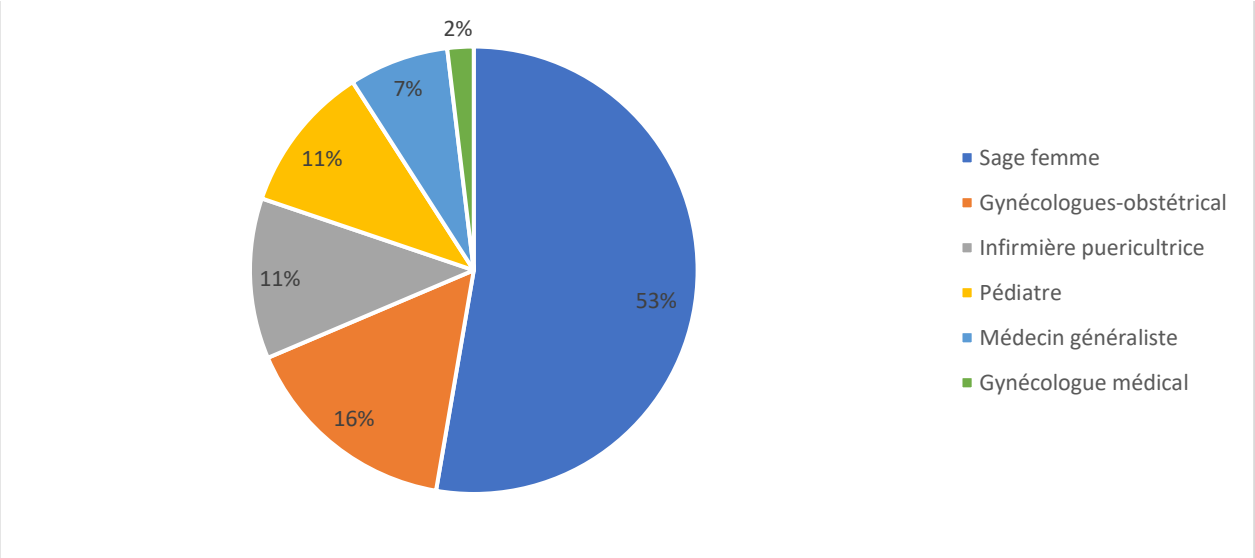

Figure 4 : Profession des répondeurs de l'échantillon

Les questions n°5, n°6 et n°7 concernent le lieu et le mode d'exercice :

149 personnes travaillent en tant que salarié, 39 personnes travaillent en libéral et 18 ont un mode d'activité mixte. 1 répondeur ne nous pas informé de son mode d'activité.

69 personnes travaillent exclusivement en centre hospitaliser non universitaires, 45 exclusivement en PMI, 38 personnes exercent exclusivement en centre hospitalo-universitaire, 35 en exclusivement cabinet de ville et 3 exclusivement en clinique privée.

11 ont une activité partagée entre un centre hospitalier non universitaire et un cabinet de ville, 2 personnes travaillent entre un cabinet de ville et une PMI, & personne travaille à la fois en CHU et en cabinet de ville. 1 personne exerce dans un CHU et CH non universitaire. 1 personne partage son travail entre un centre hospitalier non universitaire et un CAMPS. Enfin, 1 personne partage son activité entre le CHU et temps d'enseignent en école.

Sur les 115 personnes travaillant en maternité, 29 exercent dans une maternité de type 1, 20 en 2A, 32 en 2B et enfin 34 en maternité de type 3.

La question n°8 concerne l'expérience en périnatalité : 151 répondeurs ont plus de 10 années d'expérience (72,9%), 32 répondeurs ont entre 5 à 10ans d'expérience (15,5%) et 24 répondeurs ont moins de 5 d'expérience (11,6%)

Années d'expériences	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 5 ans	24	11,6
5 à 10ans	32	15,5
Plus de 10ans	151	72,9

Table 3 : Expérience en périnatalité de l'échantillon

B. Pratique médicale et paramédicale

*A la question n°9 : « **Au cours de votre carrière en périnatalité avez-vous été amené à prendre en charge une patiente souffrant d'un trouble bipolaire ? »***
102 répondeurs disent y être confronté moins d'une fois par an (49,3%). 77 répondent être amené à prendre en charge ses patientes quelques fois par an (37,2 %). Seul 4 répondeurs pensent rencontrer cette situation une fois par mois ou plus (1,9%). Enfin 24 répondeurs indiquent ne jamais être amené à en prendre en charge (11,6%).
Ainsi on peut considérer que plus de 60% des professionnels pensent rarement avoir à prendre en charge une femme souffrant d'un trouble bipolaire.

Fréquence prise en charge	Effectif	Pourcentage
Jamais	24	11,6
Moins d'une fois/an	102	49,3
Quelques fois /an	77	37,2
Une fois par mois ou plus	4	1,9
Total	198	100,0

Table 4 : Fréquence de prise en charge d'une femme souffrant d'un trouble bipolaire

A la question n°10 « ***D'une manière générale comment percevez-vous la prise en charge d'une grossesse chez les patientes bipolaires en âge de procréer*** *?* » :
Aucun des répondants ne pensent que la prise en charge est idéale. 19 répondeurs la jugent complexe mais satisfaisante (9,2%), 100 qu'elle correcte mais perfectible (48,3%). 69 répondeurs pensent qu'elle est insatisfaisante (33,3%). Enfin 12 répondeurs pensent qu'elle est particulièrement insatisfaisante (5,8%). 2 répondeurs n'ont pas répondu à cette question.

Perception prise en charge	Effectif	Pourcentage
Idéale	0	0
Complexe mais satisfaisante	19	9,2
Correcte mais perfectible	100	48,3
Insatisfaisante	69	33,3
Particulièrement insatisfaisante	12	5,8
Total	205	100
Réponse manquante	2	-

Table 5 : Perception de la qualité de prise en charge d'une grossesse chez une femme souffrant d'un trouble bipolaire

A la question n°11, ***« Avez-vous des connaissances sur trouble bipolaire (en général), sur trouble bipolaire & grossesse et sur trouble bipolaire & post-partum ? » :***

- Concernant le trouble bipolaire en général : 40 répondants (soit 19,3%) pensent avoir de bonnes connaissances, 159 répondants (soit 76,8 %) quelques notions et seulement 8 répondants (soit 3,9%) pensent ne pas du tout avoir de connaissances.

- Concernant le trouble bipolaire et grossesse : 17 répondants (soit 8,2 %) pensent avoir de bonnes connaissances, 138 répondants (soit 66,7%) quelques notions et 52 répondants (soit 25,1 %) pensent ne pas du tout avoir de connaissances.

- Concernant le trouble bipolaire et le post-partum : 21 répondants (soit 10,1 %) pensent avoir de bonnes connaissances, 137 répondants (soit 66,2%) quelques notions et 49 répondants (soit 23,7%) pensent ne pas du tout avoir de connaissances.

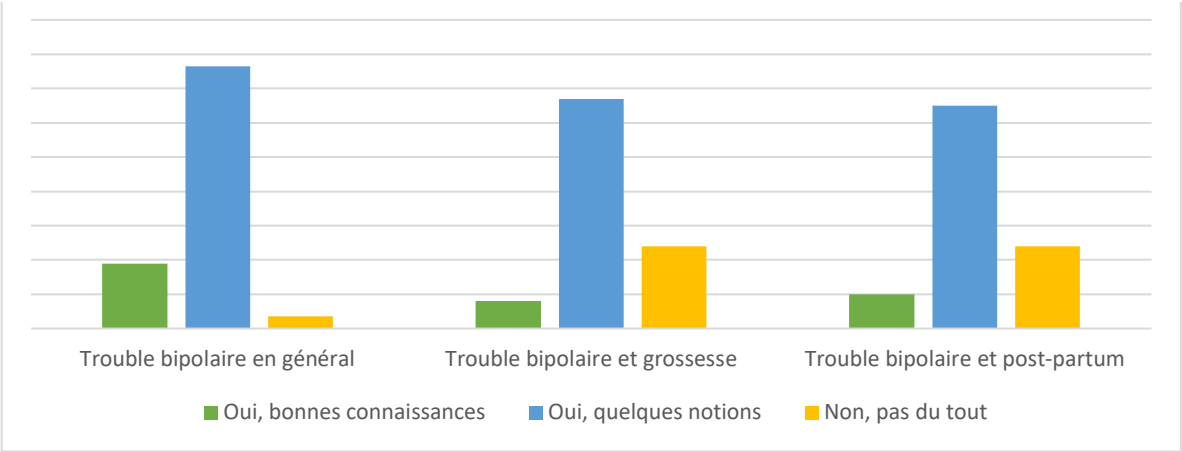

Figure 5 : Comparaison des représentations des connaissances sur le trouble bipolaire

A la question n°12 : ***Comment avez-vous acquis ces connaissances ?*** (Réponse(s) à choix multiples)

111 répondants indiquent avoir acquis leurs connaissances lors de leurs études, 95 par leurs lectures personnelles, 67 lors de formations professionnelles, 22 lors de stages et enfin 23 répondants indiquent ne pas avoir acquis de connaissances. (*Figure 6*)

Inversement, 96 personnes ayant répondu indiquent ne pas avoir reçu de connaissance sur le trouble bipolaire lors de leur étude, 140 indiquent ne pas avoir reçu de connaissance sur le trouble bipolaire lors de formations professionnelles (congrès, DU, DIU…) et 184 indiquent ne pas avoir acquis de connaissances lors de stages.

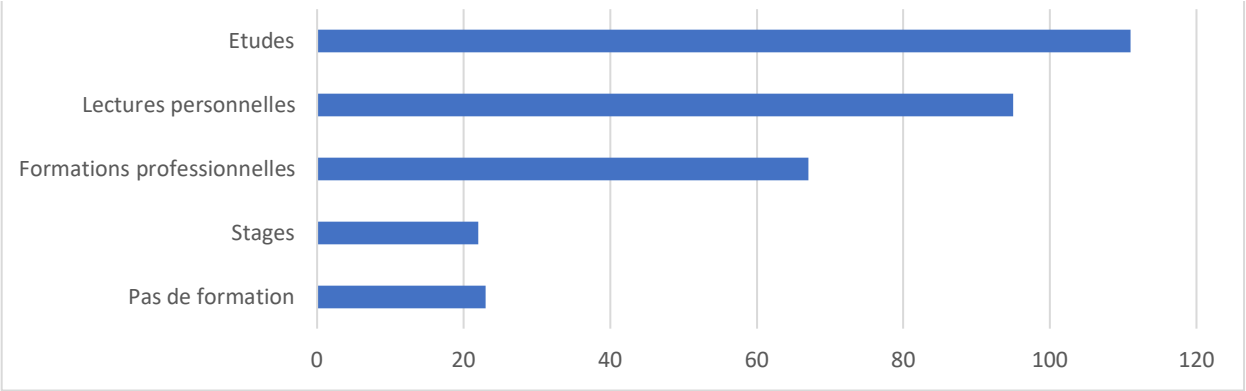

Figure 6 : Méthodes d'acquisitions des connaissances sur le trouble bipolaire

A la question n°13 ***« Vous sentez-vous compétent pour prendre en charge cette population de patientes ? »***

Seulement 40 répondeurs indiquent se sentir compétent (19,3%), 105 répondeurs disent ne pas être compétent (50,7%) et 62 répondeurs ne savent pas évaluer leur compétence (30,0%). Ainsi nous pouvons considérer que 167 des répondeurs, soit **80,7% restant ne serait pas compétent** pour prendre en charge ses patientes.

A la question n°14, ***« Lors d'une première consultation chez une femme en âge de procréer recherchez-vous la présence d'une pathologie mentale ? »***

78 des répondants recherchent « systématiquement » la présence d'une pathologie mentale. 51 la recherchent « parfois », 32 « rarement » et seulement 12 personnes ne la recherche « jamais ». Enfin, 29 répondants ne se sentait « pas concerné » par cette question. Un répondeur au questionnaire n'a pas fourni de réponse à cette question.

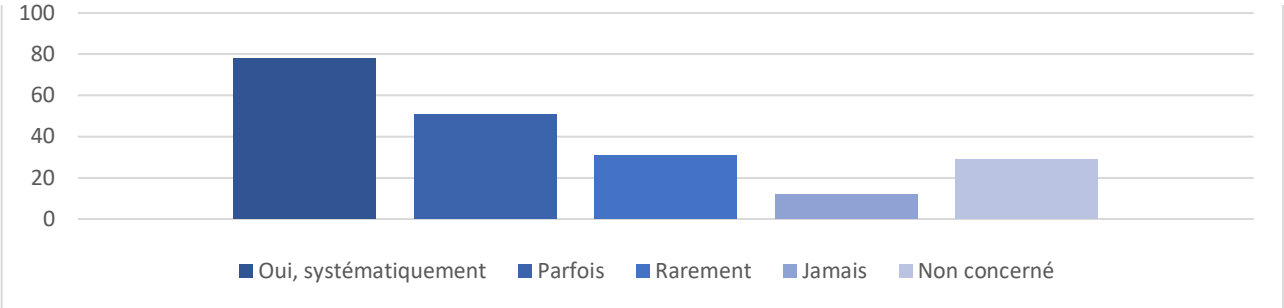

Figure 7 : Recherche d'une pathologie mentale lors d'une consultation en âge de procréer

A la question n°15, ***« Lors d'une consultation avec une patiente en âge de procréer, vous recherchez à l'interrogatoire ? »***

Les antécédents psychiatriques qu'ils soient personnels ou familiaux sont moins bien recherchés que les antécédents somatiques.

Entre 12% à 16% des répondeurs ne se jugent pas concerné par ses questions à l'interrogatoire (hormis la question sur les traitements où seul 1 répondeur dit ne pas être concerné).

	Oui systématiquement	Oui, souvent	Rarement	Jamais	Non concerné	Total	Réponse manquante
Antecedents personnels psychiatriques	**69 (33,5%)**	54 (26,2%)	46 (22,3%)	**11 (5,4%)**	26 (12,6%)	206 (100%)	1
Antecedents familiaux psychiatriques	**29 (14,2%)**	30 (14,7%)	66 (32,4%)	**52 (25,5%)**	27 (13,2%)	204 (100%)	3
Antecedents gynécologiques et obstétricaux	168 (81,2%)	8 (3,9%)	4 (1,9%)	1 (0,5%)	26 (12,6%)	207 (100%)	0
Antecedents somatiques	139 (67,5%)	27 (13,1%)	11 (5,3%)	3 (1,5%)	26 (12,6%)	206 (100%)	1
Comorbidites addictives	147 (71,0%)	24 (11,6%)	8 (3,9%)	2 (1,0%)	26 (12,6%)	207 (100%)	0
Traitements	170 (82,1%)	11 (5,3%)	0 (0%)	1 (0,5%)	25 (12,1%)	207 (100%)	0
Desir / projet de grossesse	126 (61,2%)	34 (16,5%)	9 (4,4%)	6 (2,9%)	30 (14,6%)	206 (100%)	1
Moyens contraceptifs	140 (68,3%)	22 (10,7%)	7 (3,4%)	6 (2,9%)	30 (14,6%)	207 (100%)	2
Aidants familiaux	58 (28,8%)	61 (29,8%)	32 (15,6%)	**25 (12,2%)**	27 (13,2%)	205 (100%)	2
Etat vaccinal	62 (30,4%)	61 (29,9%)	37 (18,1%)	15 (7,4%)	29 (14,2%)	204 (100%)	3

Table 6 : Éléments recherchés à l'interrogatoire chez une femme en âge de procrée.

A la question n°16 ***« Si vous réalisez une évaluation psychiatrique sommaire recherchez-vous les signes suivants ? » :***

Les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux sont plus recherchés que les symptômes maniaques, délirants et que les idées suicidaires.

43 répondeurs ne recherchent jamais de symptômes maniaques (21,2%), 47 répondeurs ne recherchent jamais de symptomatologie délirante (23,2%) et 31 répondeurs ne recherchent jamais d'idées suicidaires (15,3%).

Entre 15% à 17% des répondeurs ne se jugent pas concerné par l'évaluation psychiatrique.
4 répondeurs au questionnaire n'ont pas répondu à cette question.

	Oui, toujours	Oui, souvent	Oui parfois	Rarement	Non jamais	Non concerné	TOTAL	Réponse manquante
Symptômes dépressifs	53 (26,1%)	66 (32,5%)	34 (16,7%)	14 (6,9%)	5 (2,5%)	31 (15,3%)	203 (100%)	4
Symptômes maniaques	14 (6,9%)	16 (7,9%)	40 (19,7%)	56 (27,6%)	**43 (21,2%)**	34 (16,7%)	203 (100%)	4
Symptômes anxieux	45 (22,2%)	68 (33,5%)	36 (17,7%)	16 (7,9%)	8 (3,9%)	30 (14,8%)	203 (100%)	4
Symptômes délirants	15 (7,4%)	18 (8,9%)	33 (16,3%)	56 (27,6%)	**47 (23,2%)**	34 (16,7%)	203 (100%)	4
Idées suicidaires	26 (12,8%)	24 (11,8%)	41 (20,2%)	51 (25,1%)	**31 (15,3%)**	30 (14,8%)	203 (100%)	4

Table 7 : Éléments cliniques recherchés lors d'une évaluation psychiatrique

A la question n°17, ***« Dans votre pratique courante face à ces patientes à quel(s) professionnel (s) vous arrive-t-il de demander un avis spécialisé ? » :***

Les répondeurs pouvaient choisir plusieurs réponses. Ainsi toutes réponses confondues, parmi les 5 professions proposées :67 répondeurs sollicitent un gynécologue-obstétricien (soit 32,4%), 178 un psychiatre (soit 86,0%), 68 un pédopsychiatre (soit 32,9%), 25 un pédiatre (soit 12,1%). Parmi les autres propositions : 175 répondeurs sollicitent une psychologue (soit 84,5%), 12 proposent divers intervenants (5,8%).
5 répondeurs nous informent ne pas demander d'avis (2,4%).
2 répondeurs au questionnaire n'ont pas répondu à cette question.

Au sein de ses réponses : 52 répondeurs sollicitent uniquement un psychiatre, 5 répondeurs sollicitent uniquement un pédopsychiatre. 47 répondeurs sollicitent psychiatre et pédopsychiatre conjointement.

A la question n°18 « ***Le réseau que vous pouvez solliciter pour ces patientes est… »*** :

Parmi les répondeurs pour lequel le réseau est clairement identifié : 71 répondeurs le sollicitent régulièrement (34,6%), 38 répondeurs le sollicitent peu (18,5%), 3 répondeurs ne le sollicitent pas du tout (1,5%). Pour 84 répondeurs le réseau est mal identifié (41,0%). Enfin pour 9 répondeurs le réseau est inconnu (4,4%).
2 répondeurs au questionnaire n'ont pas répondu à cette question.

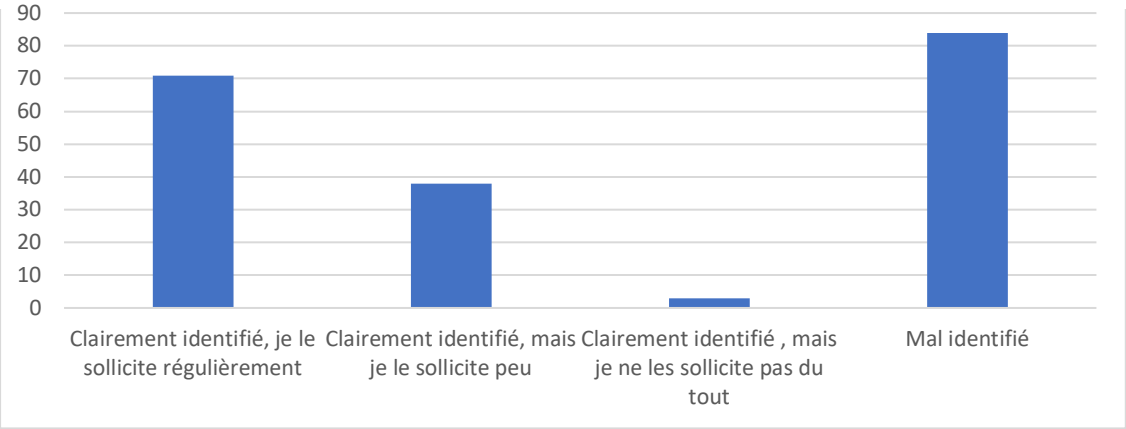

Figure 8 : Identification du réseau de soins

La question n°19 concernent les remarques libres sur votre pratique professionnelle.

Les réponses à cette question seront intégrées dans la discussion.

C. Les connaissances théoriques

Les bonnes réponses aux questions sont surlignées.

1. A propos du trouble bipolaire

A la question n°20 sur la prévalence du trouble bipolaire : 65 répondeurs indiquent une bonne réponse (31,4%), 16 donnent une mauvaise réponse (7,7%) et 126 ne savent pas répondre à la question (60,9%)

Le pourcentage de patients atteints de troubles bipolaires en France est de 0,1%		
Oui	Non	Je ne sais pas
16 (7,7%)	65 (31,4%)	126 (60,9%)

Table 8 : Réponses sur le pourcentage patients atteint de trouble bipolaire

A la question n°21 sur la prédisposition familiale au trouble bipolaire : 167 répondeurs indiquent une bonne réponse (80,7%), 13 donnent une mauvaise réponse (6,3%) et 27 ne savent pas répondre à la question (13,0%).

Il existe une prédisposition familiale aux troubles bipolaires		
Oui	Non	Je ne sais pas
167 (80,7%)	13 (6,3%)	27 (13,0%)

Table 9 : Réponses sur l'existence d'une prédisposition familiale au trouble bipolaire

A la question n°22 sur le milieu socio-économique : 131 répondeurs indiquent une bonne réponse (62,6%), 18 donnent une mauvaise réponse (8,7%) et 58 ne savent pas répondre à la question (28,0%).

Le trouble bipolaire touche surtout les milieux socio-économiques favorisés		
Oui	Non	Je ne sais pas
18 (8,7%)	131 (63,3%)	58 (28,0%)

Table 10 : Réponses sur le milieux socio-économique

A la question n°23 sur l'âge de début de la maladie : 70 répondeurs indiquent une bonne réponse (33,8%), 79 donnent une mauvaise réponse (38,2%) et 58 ne savent pas répondre à la question (28,0%).

Le début de la maladie se situe habituellement après 25 ans		
Oui	Non	Je ne sais pas
79 (38,2%)	70 (33,8%)	58 (28,0%)

Table 11 : Réponses sur l'âge du début du trouble bipolaire

A la question n°24 sur la conséquence des évènements de vie stressants sur le trouble bipolaire : 193 répondeurs indiquent une bonne réponse (93,2%), 5 donnent une mauvaise réponse (2,4 %) et 9 ne savent pas répondre à la question (4,3%).

Les évènements de vie stressants peuvent déclencher ou aggraver la maladie.		
Oui	Non	Je ne sais pas
193 (93,2%)	5 (2,4%)	9 (4,3%)

Table 12 : Réponses sur le l'influence des evenements de vie stressant sur le trouble bipolaire

A la question n°25 sur la persistance de symptômes résiduels : 184 répondeurs indiquent une bonne réponse (88,9%), 3 donnent une mauvaise réponse (1,4%) et 20 ne savent pas répondre à la question (9,7%).

Des symptômes résiduels peuvent persister en dehors des périodes de décompensation.		
Oui	Non	Je ne sais pas
184 (88,9%)	3 (1,4%)	20 (9,7%)

Table 13 : Réponses l'existences de symptômes résiduels

A la question n°26 sur travail chez les personnes atteinte de trouble bipolaire : 141 répondeurs indiquent une bonne réponse (68,1%), 25 donnent une mauvaise réponse (12,1%) et 41 ne savent pas répondre à la question (19,8%).

La grande majorité des personnes bipolaires ne travaille pas à cause de leur maladie		
Oui	Non	Je ne sais pas
25 (12,1%)	141 (68,1%)	39 (19,8%)

Table 14 : Réponses sur trouble bipolaire et emploi

A la question n°27 sur l'observance médicamenteuse : 34 répondeurs indiquent une bonne réponse (16,7%), 110 donnent une mauvaise réponse (53,4%) et 62 ne savent pas répondre à la question (30,1%).
1 répondeurs au questionnaire n'a pas répondu à cette question.

Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire ont une aussi bonne observance médicamenteuse que les personnes souffrant d'une pathologie chronique somatique comme le diabète		
Oui	Non	Je ne sais pas
34 (16,7%)	110 (53,4%)	62 (30,1%)

Table 15 : Réponses sur observance médicamenteuse et trouble bipolaire

A la question n°28 sur les comorbidités addictives : 145 répondeurs indiquent une bonne réponse (69,7%), 10 donnent une mauvaise réponse (4,8%) et 52 ne savent pas répondre à la question (25,1%).

Les comorbidités addictives chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire sont plus importantes qu'en population générale		
Oui	Non	Je ne sais pas
145 (70,0%)	10 (4,8%)	52 (25,1%)

Table 16 : Réponses sur comorbidités addictives et trouble bipolaire

Au total, seul 2 professionnels ont donné une bonne réponse à l'ensemble des questions de cette partie.

2. A propos du trouble bipolaire en période périnatale

A la question n° 29 sur la grosse comme facteur protecteur de décompensation thymique : 96 répondeurs indiquent une bonne réponse (46,4%), 72 donnent une mauvaise réponse (34,8%) et 39 ne savent pas répondre à la question (18,8%).

La grossesse est un facteur protecteur de décompensation thymique		
Oui	Non	Je ne sais pas
72 (34,8%)	96 (46,4%)	39 (18,8%)

Table 17 : Réponses sur la grossesse et décompensation thymique

A la question n°30 sur les risques obstétricaux : 81 répondeurs indiquent une bonne réponse (393%), 80 donnent une mauvaise réponse (38,8%) et 45 ne savent pas répondre à la question (21,8%).
1 répondeur au questionnaire n'a pas répondu à cette question.

Une femme souffrant d'un trouble bipolaire présente plus de risques obstétricaux que les autres		
Oui	Non	Je ne sais pas
81 (39,3%)	80 (38,8%)	45 (21,8%)

Table 18 : Réponses sur risque obstétricaux et trouble bipolaire

A la question n°31 sur le post-partum et risque de décompensation thymique : 199 répondeurs indiquent une bonne réponse (96,1%), 2 donnent une mauvaise réponse (1,0%) et 6 ne savent pas répondre à la question (2,9%).

Le post-partum est une période où le risque de décompensation thymique est franchement augmenté		
Oui	Non	Je ne sais pas
199 (96,1%)	2 (1,0%)	6 (2,9%)

Table 19 : Réponses sur le post-partum et décompensation thymique

A la question n°32 sur le suicide comme principale cause de mortalité en période périnatale : 113 répondeurs indiquent une bonne réponse (54,6%), 16 donnent une mauvaise réponse (7,7%) et 78 ne savent pas répondre à la question (37,7%).

Le suicide constitue une des principales causes de mortalité en période périnatale en particulier pour les femmes souffrant de trouble bipolaire		
Oui	Non	Je ne sais pas
113 (54,56%)	16 (7,7%)	78 (37,7%)

Table 20 : Réponses sur suicide en période périnatale

A la question n°33 sur le risque des rechutes sur le développement du fœtus et de l'enfant : 152 répondeurs indiquent une bonne réponse (73,4%), 14 donnent une mauvaise réponse (6,8%) et 41 ne savent pas répondre à la question (19,8%).

Les rechutes/récidives en période périnatale constituent un risque pour le développement du fœtus et développement psychomoteur de l'enfant		
Oui	Non	Je ne sais pas
152 (73,4%)	14 (6,8%)	41 (19,8%)

Table 21 : Réponses sur rechute/récidive et risque développement enfant

A la question n°34 sur le nombre d'enfant : 89 répondeurs indiquent une bonne réponse (43,0%), 2 donnent une mauvaise réponse (1,0%) et 116 ne savent pas répondre à la question (56,0%).

Les femmes souffrant d'un trouble bipolaire ont plus d'enfant(s) que la population générale		
Oui	Non	Je ne sais pas
2 (1,0%)	89 (43,0%)	116 (56,0%)

Table 22 : Réponses sur fécondité et trouble bipolaire

A la question n°35 sur la fécondité : 17 répondeurs indiquent une bonne réponse (9,1%), 63 donnent une mauvaise réponse (30,4%) et 127 ne savent pas répondre à la question (61,4%).

Les femmes souffrant d'un trouble bipolaire qui sont compliantes aux soins et avec une bonne observance thérapeutique ont une meilleure fécondité que les autres patientes		
Oui	Non	Je ne sais pas
17 (8,2%)	63 (30,4%)	127 (61,4%)

Table 23: Réponses sur compliance aux soins et fécondité

A la question n°36 sur la peur de transmission de la pathologie : 82 répondeurs indiquent une bonne réponse (39,6%), 26 donnent une mauvaise réponse (12,6%) et 98 ne savent pas répondre à la question (47,6%).
1 répondeur au questionnaire n'a pas répondu à cette question.

La peur de transmission génétique de la pathologie freine les femmes bipolaires en âge de procréer dans leur projet de grossesse		
Oui	Non	Je ne sais pas
82 (39,6%)	26 (12,6%)	9 8 (47,6%)

Table 24 : Réponses sur la peur transmission génétique

A la question n°37 sur la crainte de décompensation thymique : 99 répondeurs indiquent une bonne réponse (47,8%), 23 donnent une mauvaise réponse (11,1%) et 85 ne savent pas répondre à la question (41,1%).

La crainte de décompensation thymique durant grossesse et le post-partum freine de nombreuses patientes à avoir des enfants		
Oui	Non	Je ne sais pas
99 (47,8%)	23 (11,1%)	85 (41,1%)

Table 25 : Réponses sur le pourcentage patients atteint de trouble bipolaire

A la question n°38 sur l'avis des familles des patients concernant un projet de grossesse : 109 répondeurs indiquent une bonne réponse (52,7%), 9 donnent une mauvaise réponse (4,3 %) et 89 ne savent pas répondre à la question (43,0%).

En général les familles des patients encouragent une femme souffrant d'un trouble bipolaire dans son projet de grossesse		
Oui	Non	Je ne sais pas
9 (4,3%)	109 (52,7%)	89 (43,0%)

Table 27 : Réponses sur le soutien familial et projet de grossesse

3. A propos des traitements médicamenteux

A la question n°39 sur les prescriptions d'antidépresseurs au cours d'un trouble bipolaire : 81 répondeurs indiquent une bonne réponse (39,1%), 43 donnent une mauvaise réponse (20,8%) et 83 ne savent pas répondre à la question (40,1%).

Peut-on prescrire un traitement antidépresseur seul au cours d'un trouble bipolaire ?		
Oui	Non	Je ne sais pas
43 (20,7%)	81 (39,1%)	83 (40,1%)

Table 28 : Réponses sur la prescription d'antidépresseur

A la question n°40 sur l'arrêt d'un traitement lors de la grossesse : 92 répondeurs indiquent une bonne réponse (44,4%), 45 donnent une mauvaise réponse (21,7%) et 70 ne savent pas répondre à la question (33,8%).

Presque toutes les patientes ayant un traitement pour leur trouble bipolaire décident de l'arrêter au cours de leur grossesse		
Oui	Non	Je ne sais pas
92 (44,4%)	45 (21,7%)	70 (33,8%)

Table 29 : Réponses arrêt de traitement et grossesse

A la question n°41 sur la suspension d'un traitement thymorégulateur lors d'un projet de grossesse : 139 répondeurs indiquent une bonne réponse (67,1%), 16 donnent une mauvaise réponse (7,7%) et 52 ne savent pas répondre à la question (25,1%).

D'une manière générale, il est préférable de suspendre un traitement thymorégulateur lors d'un projet de grossesse.		
Oui	Non	Je ne sais pas
16 (7,7%)	139 (67,1%)	52 (25,1%)

Table 30 : Réponses sur suspension traitement thymorégulateur

A la question n°42 sur les risques d'arrêt brutal d'un traitement par thymorégulateur lors de la grossesse : 161 répondeurs indiquent une bonne réponse (78,2%), 1 répondeur donne une mauvaise réponse (0,5%) et 44 ne savent pas répondre à la question (21,3%).
1 répondeur au questionnaire n'a pas répondu à cette question.

Un arrêt brutal (c'est à dire sur quelques jours) des thymorégulateurs durant la grossesse est responsable d'un taux de récidive/rechute thymique plus élevé et de rechute plus sévère.		
Oui	Non	Je ne sais pas
161 (78,2%)	1 (0,5%)	44 (21,3%)

Table 31 : Réponses sur arrêt brutal et risque de récidive/rechute

A la question n°43 sur le risque de rechute lors du maintien d'un traitement thymorégulateur lors de la grossesse : 171 répondeurs indiquent une bonne réponse (82,6%), 0 donnent une mauvaise réponse (0,0%) et 36 ne savent pas répondre à la question (17,4%).

Le maintien d'un traitement thymorégulateur pendant la grossesse diminue le risque de rechute dans le post-partum		
Oui	Non	Je ne sais pas
171 (82,6%)	0 (0,0%)	36 (17,4%)

Table 32 : Réponses sur la prescription d'antidépresseur

Pour les questions générales sur le traitement médicamenteux en période périnatale 32 personnes ont donné la bonne réponse à l'ensemble des questions (versus 175 mauvaises réponses).

A la question n°44 sur l'intérêt de changer de traitement chez une femme avec un projet de grossesse et efficacement traitée par lithium : 33 répondeurs indiquent une bonne réponse (15,9%), 98 donnent une mauvaise réponse (47,3%) et 72 ne savent pas répondre à la question (36,7%).

Chez une patiente traitée efficacement par lithium avec un projet de grossesse, il est préférable de changer de traitement pour une autre classe thérapeutique		
Oui	Non	Je ne sais pas
98 (47,3%)	33 (15,9%)	76 (36,7%)

Table 31 : Réponses sur lithium et changement de classe thérapeutique lors d'un projet de grossesse

A la question n°45 sur lithium et grossesse : 76 répondeurs indiquent une bonne réponse (36,7%), 29 donnent une mauvaise réponse (14,0%) et 98 ne savent pas répondre à la question (49,3%).

Le lithium constitue l'option thérapeutique la plus sure lors d'une grossesse chez une patiente souffrant d'un trouble bipolaire		
Oui	Non	Je ne sais pas
29 (14,0%)	76 (36,7%)	102 (49,3%)

Table 32 : Réponses sur lithium et sureté

A la question n°46 sur lithium et allaitement : 16 répondeurs indiquent une bonne réponse (7,7%), 119 donnent une mauvaise réponse (57,5%) et 72 ne savent pas répondre à la question (34,8%).

L'allaitement est envisageable chez une patiente traitée par lithium		
Oui	Non	Je ne sais pas
16 (7,7%)	119 (57,5%)	72 (34,8%)

Table 33 : Réponses sur lithium et allaitement

A la question n°47 sur lithium et risque de malformation cardiaque : 22 répondeurs indiquent une bonne réponse (10,6%), 97 donnent une mauvaise réponse (46,9%) et 88 ne savent pas répondre à la question (42,5%).

Le risque de malformations cardiaques fœtale chez un fœtus exposé au lithium est significativement important et prévalent		
Oui	Non	Je ne sais pas
97 (46,9%)	22 (10,6%)	88 (42,5%)

Table 34 : Réponses sur lithium et risque de malformations cardiaques

Sur les questions concernant le lithium, aucun des répondeurs n'a répondu correctement à l'ensemble des questions. 5 répondeurs avaient 3 bonnes réponses sur 4 soit (2,4%), 22 répondeurs avaient 2 bonnes réponses sur 4 (soit 10,6%),

88 répondeurs ont donné 1 bonne réponse sur les 4 (soit 42,5%) et 92 répondeurs ont mal répondu à l'ensemble des questions (soit 44,4%).

A la question n°48 sur le valproate : 135 répondeurs indiquent une bonne réponse (65,2%), 22 donnent une mauvaise réponse (10,6%) et 50 ne savent pas répondre à la question (24,2%).

Le valproate de sodium est contre-indiqué chez une femme en âge de procréer		
Oui	Non	Je ne sais pas
135 (65,2%)	22 (10,6%)	50 (24,2%)

Table 35 : Réponses sur la prescription d'antidépresseur

A la question n°49 sur valproate et risque syndrome polymalformatif : 129 répondeurs indiquent une bonne réponse (62,6%), 23 donnent une mauvaise réponse (11,1%) et 54 ne savent pas répondre à la question (26,2%).
Un répondeur au questionnaire n'a pas fourni de réponse à cette question.

Le risque syndrome polymalformatif est mineur chez le fœtus exposé au valproate de sodium		
Oui	Non	Je ne sais pas
23 (11,1%)	129 (62,6%)	54 (26,2%)

Table 36 : Réponses sur valproate et risque de syndrome polymalformatif

Sur les questions concernant le valproate, 111 répondeurs (soit 53,6%) ont répondu correctement à l'ensemble des questions, 42 répondeurs ont donné 1 bonne réponse sur 2 (soit 20,3%) et 54 personnes ont mal répondu aux 2 questions (26,1%).

A la question n°50 sur les antipsychotiques : 75 répondeurs indiquent une bonne réponse (36,2%), 19 donnent une mauvaise réponse (9,2%) et 113 ne savent pas répondre à la question (54,6%).

Les antipsychotiques atypiques (aripiprazole, quetiapine, olanzapine) peuvent être poursuivi lors de la grossesse		
Oui	Non	Je ne sais pas
75 (36,2%)	19 (9,2%)	113 (54,6%)

Table 37 : Réponses sur antipsychotiques et grossesse

A la question n°51 sur surveillance néonatale du nouveau-né lors de la prescription d'antipsychotiques chez la mère : 88 répondeurs indiquent une bonne réponse (44,0%), 2 donnent une mauvaise réponse (1,0%) et 60 ne savent pas répondre à la question (29,3%). 50 répondeurs indiquent avoir répondu non à la question précédente.
7 répondeurs au questionnaire n'ont pas fourni de réponse à cette question.

Si vous avez répondu oui à la question précédente. : Une surveillance particulière doit être portée à la naissance du nouveau-né en lien avec effets secondaires du traitement.			
Oui	Non	Je ne sais pas	Non à la question précédente
88 (44,0%)	2 (1,0%)	60 (29,3%)	50

Table 38 : Réponses sur antipsychotiques et surveillance néonatale

Sur les questions concernant les antipsychotiques 65 personnes (soit 31,4%) ont répondu correctement à l'ensemble des questions, 33 ont donné 1 bonne réponse sur 2 (soit 15,9%), et 109 personnes ont mal répondu aux 2 questions (soit 52,7%).

Au total sur les 13 questions concernant les traitements, aucun répondeur a bien répondu à l'ensemble des questions. La moitié des répondeurs avaient mois de 6 bonnes réponses.

En comparant les moyennes des réponses sur les traitements médicamenteux, nous avons retrouvé une différence significative entre les répondeurs médecins et répondeurs non médecin : les médecins ont mieux répondus que les non médecins. *(tableau 40)*.

Catégorie question	Moyennes		p
Lithium (sur 4)	Médecin	Non médecin	**0,000**
	0,97	0,56	
	Hospitalier	Non hospitalier	0,380
	0,67	0,77	
Valproate (sur 2)	Médecin	Non médecin	**0,000**
	1,58	1,11	
	Hospitalier	Non hospitalier	0,531
	1,30	1,23	
Antipsychotique (sur 2)	Médecin	Non médecin	**0,003**
	1,04	0,65	
	Hospitalier	Non hospitalier	0,900
	0,78	0,80	

Table 39 : Comparaison de moyenne sur les questions médicamenteuses

Sur l'ensemble du questionnaire, aucun répondeur n'a fourni de bonne réponse à l'ensemble des questions.43% avaient une note inférieure à 16 sur 32. Moins de 10% des répondeurs ont bien répondu ont eu score supérieur ou égal à 24 (¾ réponses).

Nous avons effectué des comparaisons de moyenne sur le score total en fonction des différents critères. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant. (*tableau 39*).

Catégorie question	**Moyennes**		**p**
Compétence	Oui	Non	**0,000**
	19,13	15,69	
Fréquence prise en charge	Fréquente	Rare	**0,027**
	17,31	15,74	
Expérience	<10 ans	>10ans	**0,001**
	18,09	15,70	
Age	≤46ans	≥ 46ans	0,055
	17,01	15,66	
Lieu d'exercice	CHU	Non CHU	0,426
	16,90	16,22	
	Hospitalier	Non hospitalier	0,953
	16,34	16,38	
	Maternité	Non maternité	0,717
	16,20	16,48	
	Type 1	Type 3	0,564
	15,86	16,59	
Formation	Oui	Non	0,522
	16,29	17,13	
Catégories professionnelles	Médecin	Non médecin	**0,000**
	18,86	14,95	
	Sphère obstétricale*	Médecin généraliste	**0,000**
	15,99	20,73	
	Sphère obstétricale*	Pédiatres	0,903
	15,99	16,09	

Table 40 : Comparaisons de moyenne sur score total (sur 32)

* : sages-femmes, gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens

Il existe une différence significative pour les critères suivants :

- Pour le sentiment de compétence : les répondeurs qui ont déclaré être compétents ont des meilleures notes que ce qui ont déclarés ne pas être compétent.
- Pour la fréquence de prise en charge : les répondeurs qui ont déclaré prendre en charge fréquemment les femmes souffrant d'un trouble bipolaire en période périnatale ont une meilleure moyenne que ceux qui déclarent rarement les prendre en charge.
- Pour l'expérience : les répondeurs qui ont moins de 10 ans d'expérience ont une meilleure moyenne que ceux qui ont plus de 10ans d'expérience.
- Pour les catégories professionnelles : les répondeurs médecins ont une meilleure moyenne que les répondeurs non-médecins. Les médecins généralistes ont une meilleure moyenne que les répondeurs exerçant dans la sphère obstétricale.

Sur les critères de l'âge, d'une formation ou du lieu d'exercice on ne retrouve pas de différence significative.

Enfin nous avons réalisé une comparaison de l'ensemble des moyennes concernant :

- Les catégories professionnelles : pour lequel nous retrouvons une différence intergroupe significative ($p \leq 0,000$)
- Le département d'exercice : pour lequel nous ne retrouvons pas de différence significative ($p \leq 0,349$)

D. Les attentes

A la question n°52 ***« Face à ces situations, la prise en charge collégiale et pluri-professionnelle de ces femmes vous semble ? »***

20 répondeurs pensent que le prise en charge collégiale et pluridisciplinaire est facilement réalisable (10%), 133 qu'elle est possible (64%), 51 qu'elle est compliquée (25%) et 3 qu'elle est impossible (1%).

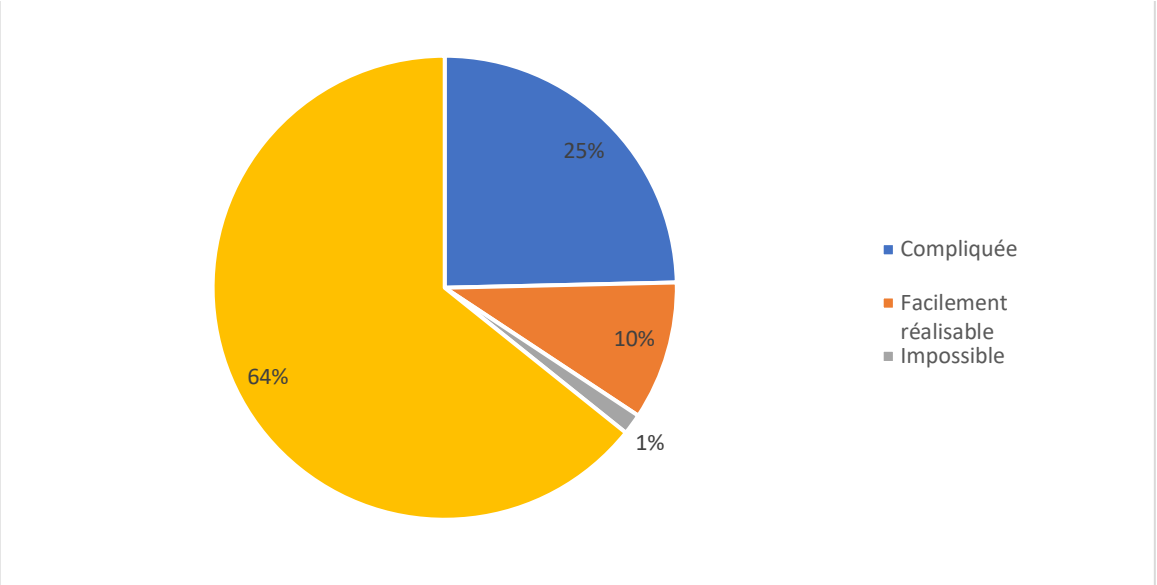

Figure 9 : Représentation prise en charge collégiale et pluridisciplinaire

A la question n°53 ***« Citez 3 leviers (du plus important au moins important) que vous jugez pertinent pour améliorer la prise en charge des patientes en âge de procréer / avec désir de grossesse, souffrant d'un trouble bipolaire »***

Nous avons récolté 125 réponses à cette question.

4 principaux leviers ont pu être identifiés par les répondeurs :

- Une nécessité de formation
- Amélioration collaboration réseau
- Élargissement de l'offre de soins
- Développement de la prévention

A la question n°54 ***« Seriez-vous intéressé(e) par une formation sur cette question de trouble bipolaire et parentalité ? »***

191 répondeurs se disent intéressés par une formation (92,3%), 16 ne sont pas intéressés (8%).

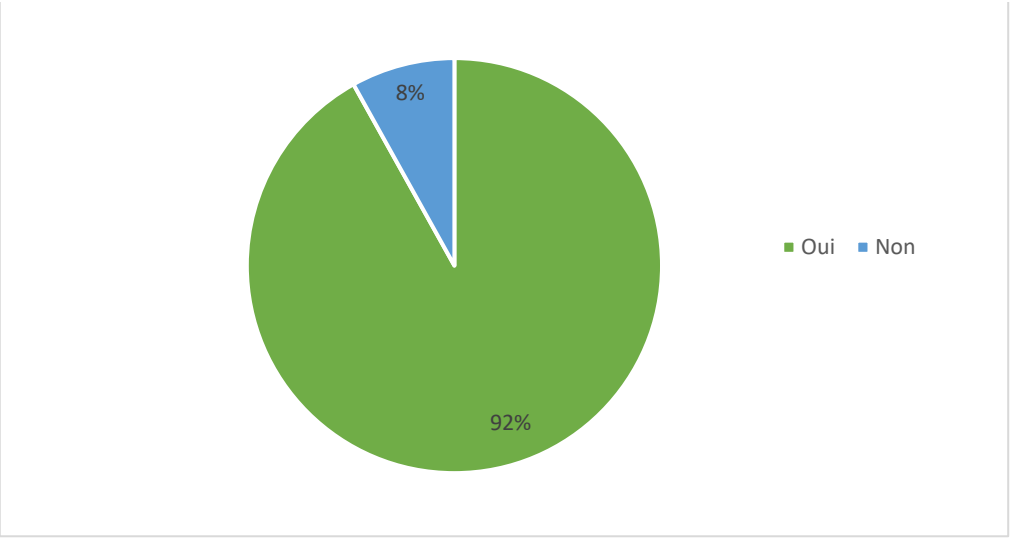

Figure 10 : Intérêt pour une formation

A la question n°55 ***« Quelles thématiques vous semblent importantes / aimeriez-vous voir aborder au cours d'une formation ou dans le cadre d'un travail spécifique ? »***

Les réponses à cette question seront intégrées dans la discussion

III. Discussion

A. Limites de l'étude

Ce travail comporte plusieurs limites qu'il faut discuter.
La principale est la représentativité de la population. Seul 11% de la population cible a répondu au questionnaire. Or dans les enquêtes du réseau un taux de réponse de 20% est espéré. Ainsi nos résultats n'ont pour l'instant qu'une faible puissance statistique. Ils ne peuvent être représentatifs de la population générale et traduisent uniquement une tendance. Plusieurs facteurs peuvent entrainer ce biais de sélection. Premièrement nous pouvons penser que les personnes qui ont répondu au questionnaire étaient celles intéressées par le sujet. Ensuite nous notons une grande disparité entre la profession des répondeurs : la majorité des répondeurs exercent une profession d'obstétrique (sages-femmes et gynécologues). Les professionnels de l'enfance n'ont que très peu répondu au questionnaire et nombreux ont indiqué « ne pas être concerné » par certaines questions, leurs résultats sont donc plus difficiles à généraliser. Ceci pourrait être expliqué par le fait que ces professionnels soient moins confrontés à ces situations que les professionnels d'obstétriques, mais également par le fait que les questions de notre questionnaire se concentraient majoritairement sur la période anténatale. Un meilleur équilibre entre questions sur anténatal ou postnatal aurait peut-être permis de mieux mobiliser les professionnels de l'enfance. Enfin, plus de 60% des répondeurs exercent en milieu hospitalier, nous manquons de répondeurs travaillant en ville sans doute lié à une difficulté de diffusion entrainant un biais de sélection.

Nous avons pris le parti que les personnes ayant répondu « je ne sais pas » étaient classés dans la partie absence de connaissance. Cette décision est réductrice et a pu entrainer un biais d'information.

Ensuite notre enquête ne peut laisser présager de la qualité de la prise en charge sur le terrain. En effet il s'agit d'une enquête déclarative sur les connaissances théoriques. Aucune évaluation des connaissances n'a été faite face à une situation clinique donnée. Elle ne peut donc préjuger des pratiques professionnelles en pratique qui peuvent être dissociées des connaissances. De plus la question de la représentation du trouble bipolaire par les professionnels n'a pas été évaluée, or elle constitue un facteur important dans la qualité de prise en charge de ses patientes.

Enfin l'analyse des questions ouverte a été difficile compte tenu des différentes réponses, pouvant conduire à un biais supplémentaire.

B. Principaux résultats

Sur l'ensemble de l'échantillon, un faible nombre de professionnels interrogés estiment avoir de bonnes connaissances sur le trouble bipolaire en période périnatale : plus de 20% pensent ne pas avoir du tout de connaissances, plus de 65% des répondeurs pensent n'avoir que quelques notions.
Ils estiment avoir une meilleure connaissance sur le trouble bipolaire en général que sur trouble bipolaire en période périnatale (grossesse et post-partum). Plus de 80% des répondeurs ne se sentent pas compétents pour prendre en charge ses patientes.

L'évaluation des connaissances faite à l'aide du score sur 32 points montre une bonne corrélation entre évaluation de leurs propres compétences par les répondeurs et connaissances théoriques réelles en période périnatale. Cependant, d'après les réponses aux questionnaires, les professionnels ont également peu de connaissances sur le trouble bipolaire en général.
Cette mauvaise connaissance globale pourrait expliquer le fait qu'ils recherchent peu les antécédents psychiatriques, les symptômes maniaques, les symptômes délirants et idées suicidaires lors de leur évaluation clinique. Le fait que plus de 60% des répondeurs disent prendre en charge une patiente souffrant d'un trouble bipolaire

moins d'une fois par an questionne, au vu de la prévalence du trouble bipolaire, sur leur capacité à repérer ou rechercher les éléments évocateurs d'un trouble bipolaire. Les personnes ayant moins d'expérience ont de meilleures connaissances ce qui nous parait être un résultat surprenant. Pouvons-nous y voir une corrélation avec la modalité d'acquisitions des connaissances ? Puisque la majorité des répondeurs a indiqué avoir acquis des connaissances lors de ses études. Pouvoir proposer une actualisation des connaissances semble nécessaire.

Sur la question des traitements médicamenteux, les professionnels ont largement conscience de l'intérêt de poursuivre un traitement thymorégulateur sur la période périnatale et des risques de rechute en cas d'arrêt brutal. Les connaissances sur les molécules par contre sont faibles. Très peu de répondeurs savent qu'il ne faut pas prescrire d'antidépresseur seul chez une personne souffrant d'un trouble bipolaire. Parmi les 3 classes thérapeutiques de thymorégulateurs (sels de lithium, antiépileptiques et antipsychotiques) ; les connaissances sont meilleures pour le valproate qui est également prescrit en neurologie. Ces résultats laissent penser que les connaissances des psychotropes prescrit exclusivement en psychiatrie sont moindres.

Nous concentrons maintenant notre propos sur le lithium qui constitue l'option thérapeutique la plus efficace dans le trouble bipolaire sur le plan psychiatrique. Très peu des répondeurs savent qu'il n'est pas forcément préférable de changer de traitement pour une autre classe thérapeutique, que le risque de malformations cardiaques chez un fœtus exposé au lithium n'est pas significativement prévalent ou encore que l'allaitement chez une patiente traitée par lithium soit envisageable. L'inquiétude que peut représenter la prescription de lithium en période périnatale chez ces professionnels pourrait constituer un facteur de stress pour la patiente qu'il est important de pouvoir éviter. Bien que le choix de prescription soit une question de spécialiste, les lacunes en termes de connaissances par les professionnels de périnatalité peuvent être donc préjudiciables pour la qualité des soins et se traduire par un manque d'intégration de la problématique du trouble bipolaire dans les

pratiques professionnelles. A juste titre, 191 répondeurs sur 207 (soit 92%) ressentent le besoin de (ré)actualiser leurs connaissances par le biais de formation.

Ensuite, comme nous l'avons vu dans la première partie, la complexité de la prise en charge périnatale la rend indissociable de la pratique d'un travail en réseau multidisciplinaire intégré, gradué et coordonné. En interrogeant les professionnels sur leur perception du réseau nous souhaitions savoir comment cette organisation des soins est développée au niveau territorial. Pour quasiment la moitié des répondeurs le réseau est mal identifié ou inconnu. Ces réponses laissent à penser qu'il existe un manque de visibilité des partenaires du réseau à solliciter. Par ailleurs, seul 40 % des professionnels pour lequel le réseau est bien identifié nous avouent ne pas le solliciter régulièrement. Quels sont les freins à ce travail en réseau ? Alors que le psychiatre est identifié par quasiment la totalité des professionnels comme le spécialiste auquel ils demandent un avis, nombreux rapportent « une faible disponibilité des services psychiatriques », « une mauvaise communication » ou encore « un manque des retour » après sollicitation d'un avis. Pourquoi la collaboration entre les somaticiens et les psychiatres semble-t-elle être difficile ?

C. Perspectives

La majorité des répondeurs sont d'accord pour dire que la prise en charge d'une grossesse chez les patientes bipolaires en âge de procréer devrait être améliorée. Voici les leviers proposés par les professionnels interrogées :

Tout d'abord, la nécessité de formation. Les imprécisions et lacunes dans les connaissances des professionnels sur la question du trouble bipolaire et périnatalité s'expliquent par un manque de formation, initiale comme continue, dans ce domaine L'intégration d'une unité d'enseignement sur le trouble bipolaire et la périnatalité lors des études médicales et paramédicales est primordiale pour avoir accès à un socle de connaissance sur cette question. Proposer une formation dans le cadre du développement professionnel continu est quant à lui indispensable pour que les

professionnels puissent actualiser leurs connaissances en concordance avec les données scientifiques actuelles.

Ensuite, l'amélioration du travail en réseau. Les professionnels pointent d'une difficulté d'identification du réseau. Une meilleure visibilité et accessibilité des intervenants serait à développer. Pour cela un système de référents en maternité pourrait être bénéfique afin de coordonner la prise en charge entre différents intervenants. Un numéro unique dédié aux professionnels pourrait permettre aux professionnels d'être aiguillés sur l'orientation des patientes au cas par cas.
Ils indiquent également une difficulté de collaboration entre les différents soignants et particulièrement avec les psychiatres. Afin d'optimiser un travail conjoint il faudrait pouvoir décloisonner les pratiques et avoir une offre de soins élargie. Décloisonner les pratiques en démocratisant des staffs multidisciplinaires en maternité, des co-consultations spécialisées, un dossier périnatal partagé, des recommandations de bonnes pratiques avec la description « d'un parcours idéal » permettrait de construire la mise en place d'une culture partagée. Des outils comme le « case management » permettraient également une meilleure communication entre les différents intervenants.

Puis, élargir l'offre de soins qui est décrite comme insuffisante. Au niveau des professionnels créer une offre spécialisée avec des équipes dédiées à la psychiatrie périnatale. Augmenter les structures de soins spécialisées capable de prendre en charge conjointement la mère et son enfant. Et enfin déployer un programme de prévention auprès des patientes. Même si ces quelques propositions ont pu être faites, il faudrait en préalable recenser l'ensemble de l'offre de soins disponible sur le territoire.

CONCLUSION

La grossesse et le post-partum chez une femme souffrant d'un trouble bipolaire constituent des périodes de grande vulnérabilité marquées par des risques majorés de décompensation et de suicide maternel avec des possibles répercussions sur le développement psycho-affectif de l'enfant.

Les professionnels de périnatalité sont des acteurs privilégiés car leurs nombreux contacts avec ces femmes lors de la grossesse et lors du post-partum constituent un temps opportun au dépistage, à l'accompagnement et à l'orientation de ces patientes.

L'étude a permis de faire un état des lieux des connaissances et pratiques des professionnels de périnatalité de la région PACA Corse Monaco en matière de trouble bipolaire et périnatalité. Il en ressort un défaut de connaissances lié à un manque de formation initiale et continue. Il semble donc intéressant de proposer à ses professionnels la mise une place de formation afin qu'ils soient mieux armés pour prendre en charge ces patientes.

Par ailleurs, les professionnels pointent également une difficulté face au travail en réseau et une insuffisance de l'offre de soins. Une meilleure coordination entre les différents professionnels ainsi que la création d'outils et d'une offre de soins spécialisée semblent également être des leviers, pour in fine améliorer la prise en charge de ses femmes, de leurs enfants et de leurs proches.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guelfi J-D. De la manie-mélancolie à la maniaco-dépression et au trouble bipolaire. J Francais Psychiatr. 2015;n° 42(2):24-33.

2. American psychiatric association, éditeur. DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington (D.C.) London: American Psychiatric Publishing; 2013.

3. Azorin J-M. Qu'est-ce que le trouble bipolaire ? L'Encéphale. 1 août 2006;32(4, Part 2):489-96.

4. Delay J. Les dérèglements de l'humeur. Paris, Presses Universités de France. 1946.

5. Bipolaire : le grand écart émotionnel [Internet]. Apsytude. 2019 [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: http://www.apsytude.com/fr/mes-soucis/bipolaire-le-grand-ecart-emotionnel/

6. Rouillon F. Épidémiologie du trouble bipolaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2009;167(10):793-5.

7. Hamdani N, Gorwood P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. L'Encéphale. 1 août 2006;32(4, Part 2):519-25.

8. Jamain S. 42. Vulnérabilité génétique et trouble bipolaire [Internet]. Lavoisier; 2014 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-309.htm

9. Leboyer M, Soreca I, Scott J, Frye M, Henry C, Tamouza R, et al. Can bipolar disorder be viewed as a multi-system inflammatory disease? J Affect Disord. 1 déc 2012;141(1):1-10.

10. Sportiche S, Delavest M, Lépine J-P. 33. Principales données épidémiologiques dans le trouble bipolaire [Internet]. Lavoisier; 2014 [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-251.htm

11. Kahn J-P. Comorbidités et troubles bipolaires. L'Encéphale. 1 août 2006;32(4, Part 2):511-4.

12. Belzeaux R, Sanguinetti C, Murru A, Verdolini N, Pacchiarotti I, Hidalgo-Mazzei D, et al. Pharmacotherapy for the peripartum management of bipolar disorder. Expert Opin Pharmacother. 4 juin 2019;0(0):1-11.

13. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2018;20(2):97-170.

14. Power RA, Kyaga S, Uher R, MacCabe JH, Långström N, Landen M, et al. Fecundity

of Patients With Schizophrenia, Autism, Bipolar Disorder, Depression, Anorexia Nervosa, or Substance Abuse vs Their Unaffected Siblings. JAMA Psychiatry. 1 janv 2013;70(1):22-30.

15. Dolman C, Jones I, Howard LM. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. Arch Womens Ment Health. juin 2013;16(3):173-96.

16. Dolman C, Jones IR, Howard LM. Women with bipolar disorder and pregnancy: factors influencing their decision-making. BJPsych Open. sept 2016;2(5):294-300.

17. Florio AD, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, et al. Perinatal Episodes Across the Mood Disorder Spectrum. JAMA Psychiatry. 1 févr 2013;70(2):168-75.

18. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of Mood Disorders in 2,252 Pregnancies and Postpartum Periods. Am J Psychiatry. nov 2011;168(11):1179-85.

19. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of Recurrence in Women With Bipolar Disorder During Pregnancy: Prospective Study of Mood Stabilizer Discontinuation. Am J Psychiatry. 1 déc 2007;164(12):1817-24.

20. Marsh W, Viguera A. Bipolar Disorder Through Pregnancy and Postpartum. Psychiatr Ann. 1 mai 2012;42(5):184-9.

21. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. Arch Gen Psychiatry. févr 2009;66(2):189-95.

22. Khan M, Sharma V. Post-partum depressive episodes and bipolar disorder. The Lancet. févr 2015;385(9970):771-2.

23. Battle CL, Weinstock LM, Howard M. Clinical correlates of perinatal bipolar disorder in an interdisciplinary obstetrical hospital setting. J Affect Disord. 1 avr 2014;158:97-100.

24. Munk-Olsen T, Jones I, Laursen TM. Birth order and postpartum psychiatric disorders. Bipolar Disord. 2014;16(3):300-7.

25. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of Puerperal Psychoses. Br J Psychiatry. mai 1987;150(5):662-73.

26. Florio AD, Munk-Olsen T, Bergink V. The birth of a psychiatric orphan disorder: postpartum psychosis. Lancet Psychiatry. juin 2016;3(6):502.

27. Kamperman. Bipolar Spectrum Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period, chapiter 4 : Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: a clinical cohort study. In 2017. p. Bipolar Disorders 2017; 19(6):450-457.

28. Chaudron, Rw P. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. J Clin Psychiatry. 1 nov 2003;64(11):1284-92.

29. Cailliez P. Psychose du post-partum : les enjeux actuels. [UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL]; 2008.

30. Sharma V, Bergink V, Berk M, Chandra PS, Munk-Olsen T, Viguera AC, et al. Childbirth and prevention of bipolar disorder: an opportunity for change. Lancet Psychiatry. sept 2019;6(9):786-92.

31. Taylor CL, Stewart R, Ogden J, Broadbent M, Pasupathy D, Howard LM. The characteristics and health needs of pregnant women with schizophrenia compared with bipolar disorder and affective psychoses. BMC Psychiatry [Internet]. déc 2015 [cité 15 janv 2020];15(1). Disponible sur: http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0451-8

32. Bauer AE, Maegbaek ML, Liu X, Wray NR, Sullivan PF, Miller WC, et al. Familiality of psychiatric disorders and risk of postpartum psychiatric episodes: A population-based cohort study. Am J Psychiatry. 1 août 2018;175(8):783-91.

33. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 30 oct 2015;173(2):117-27.

34. Vacheron M-N. Maternité et psychiatrie: répercussions et prise en charge. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2015. (Cahiers de Sainte-Anne).

35. Guillard V, Gressier F. Suicidalité en période périnatale. Presse Médicale. juin 2017;46(6):565-71.

36. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. Front Psychiatry [Internet]. 2016 [cité 15 déc 2019];7. Disponible sur: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2016.00138/full

37. Johannsen BMW, Larsen JT, Laursen TM, Bergink V, Meltzer-Brody S, Munk-Olsen T. All-Cause Mortality in Women With Severe Postpartum Psychiatric Disorders. Am J Psychiatry. 4 mars 2016;173(6):635-42.

38. Grigoriadis S, Wilton AS, Kurdyak PA, Rhodes AE, VonderPorten EH, Levitt A, et al. Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. Can Med Assoc J. 28 août 2017;189(34):E1085-92.

39. Boukakiou R, Glangeaud-Freudenthal NMC, Falissard B, Sutter-Dallay A-L, Gressier F. Impact of a prenatal episode and diagnosis in women with serious mental illnesses on neonatal complications (prematurity, low birth weight, and hospitalization in neonatal intensive care units). Arch Womens Ment Health. 1 août 2019;22(4):439-46.

40. Khalifeh H, Brauer R, Toulmin H, Howard LM. Perinatal mental health: What every neonatologist should know. Early Hum Dev. 1 nov 2015;91(11):649-53.

41. Wisner KL, Sit D, O'Shea K, Bogen DL, Clark CT, Pinheiro E, et al. Bipolar disorder and psychotropic medication: Impact on pregnancy and neonatal outcomes. J Affect Disord.

15 janv 2019;243:220-5.

42. Sanguinetti F-C. L'accès à la parentalité des patientes souffrant d'un trouble bipolaire. 23 avr 2019;141.

43. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. BMJ [Internet]. 8 nov 2012 [cité 19 janv 2020];345. Disponible sur: https://www.bmj.com/content/345/bmj.e7085

44. Pawlby S, Fernyhough C, Meins E, Pariante CM, Seneviratne G, Bentall RP. Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant–mother interactions in mothers with severe mental illness. Psychol Med. nov 2010;40(11):1861-9.

45. Doucette S, Horrocks J, Grof P, Keown-Stoneman C, Duffy A. Attachment and temperament profiles among the offspring of a parent with bipolar disorder. J Affect Disord. 5 sept 2013;150(2):522-6.

46. Santucci AK, Singer LT, Wisniewski SR, Luther JF, Eng HF, Sit DK, et al. One-Year Developmental Outcomes for Infants of Mothers With Bipolar Disorder. J Clin Psychiatry. oct 2017;78(8):1083-90.

47. Duffy A, Horrocks J, Doucette S, Keown-Stoneman C, McCloskey S, Grof P. The developmental trajectory of bipolar disorder. Br J Psychiatry. févr 2014;204(2):122-8.

48. Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885302/?tool=pmcentrez&report=abstract

49. Grover S, Avasthi A. Mood stabilizers in pregnancy and lactation. Indian J Psychiatry. juill 2015;57(Suppl 2):S308-23.

50. Fornaro M, Maritan E, Ferranti R, Zaninotto L, Miola A, Anastasia A, et al. Lithium Exposure During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review and Meta-Analysis of Safety and Efficacy Outcomes. Am J Psychiatry. 18 oct 2019;appi.ajp.2019.19030228.

51. Poels EMP, Schrijver L, Kamperman AM, Hillegers MHJ, Hoogendijk WJG, Kushner SA, et al. Long-term neurodevelopmental consequences of intrauterine exposure to lithium and antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1 sept 2018;27(9):1209-30.

52. Provencher H, Keyes CLM. Une conception élargie du rétablissement. Inf Psychiatr. 2010;Volume 86(7):579-89.

53. Jentink J, Loane MA, Dolk H, Barisic I, Garne E, Morris JK, et al. Valproic acid monotherapy in pregnancy and major congenital malformations. N Engl J Med. 10 juin 2010;362(23):2185-93.

54. Cummings C, Stewart M, Stevenson M, Morrow J, Nelson J. Neurodevelopment of children exposed in utero to lamotrigine, sodium valproate and carbamazepine. Arch Dis Child. juill 2011;96(7):643-7.

55. Meador KJ, Baker GA, Browning N, Clayton-Smith J, Combs-Cantrell DT, Cohen M, et al. Cognitive function at 3 years of age after fetal exposure to antiepileptic drugs. N Engl J Med. 16 avr 2009;360(16):1597-605.

56. Christensen J, Grønborg TK, Sørensen MJ, Schendel D, Parner ET, Pedersen LH, et al. Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. JAMA. 24 avr 2013;309(16):1696-703.

57. Pointek Peindl KS, Wisner KL. Serum valproate levels in 6 breastfeeding mother-infant pairs. J Clin Psychiatry. 2000;170-2.

58. Wisner KL, Jeong H, Chambers C. Use of Antipsychotics During Pregnancy: Pregnant Women Get Sick—Sick Women Get Pregnant. JAMA Psychiatry. 1 sept 2016;73(9):901-3.

59. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M, Wilton L, Shakir S, Diav-Citrin O, et al. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. J Clin Psychiatry. avr 2005;66(4):444-9; quiz 546.

60. Vacheron M-N, Mintz A-S. Quelle information donner à une femme souffrant de troubles psychotiques ou de troubles bipolaires avant la naissance d'un enfant ? PSN. mai 2011;9(2):86-94.

61. National Institute for Health and Clinical Excellence. Mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE [Internet]. 2014 [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/guidance/cg192

62. Fountoulakis KN, Grunze H, Vieta E, Young A, Yatham L, Blier P, et al. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 3: The Clinical Guidelines. Int J Neuropsychopharmacol. 01 2017;20(2):180-95.

63. DGS_Anne.M, DGS_Anne.M. Périnatalité [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite

64. Sutter-Dallay A-L, Guédeney A, Guédeney N. Psychiatrie périnatale : histoire, concepts, applications, limites. Wwwem-Premiumcomdatatraitesps37-87533 [Internet]. 14 mai 2019 [cité 4 janv 2020]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1292659/resultatrecherche/1

65. Instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. [Internet]. MinistèredesAffaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. juill 3, 2015. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/ pdf/2015/07/cir_39846.pdf

66. Ministère de la santé. Plan périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité. :44.

67. Molénat F. La collaboration médico-psychologique en périntalité, Rapport à la DHOS. 2004.

68. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité, recommandations professionnelles. 2005.

69. Acef S. Réseaux de santé et territoires. Inf Soc. 15 juill 2008;n° 147(3):72-81.

70. Code de la santé publique - Article L6321-1. Code de la santé publique.

71. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS no 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm

72. Perrotte F, Grangeon M. Les missions d'un réseau de santé en périnatalité. Soins PédiatriePuériculture. mars 2018;39(301):40.

73. Les acteurs du réseau - Réseau PerinatMed [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: http://www.reseauperinatmed.fr/acteurs-reseau,68.html

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé DSM-V

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représente un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive soit une perte d'intérêt ou de plaisir : 1. Humeur dépressive présente toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, quasiment toute la journée et presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres)

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours, et constaté par les autres

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

7. Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Annexe 2 : Critères diagnostiques d'un épisode maniaque DSM-V

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents, avec une intensité significative, et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel : 1. Augmentation de l'estime de soi, ou idée de grandeur
   2. Réduction du besoin de sommeil
   3. Plus grande communicabilité, ou désir constant de parler
   4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent
   5. Distractibilité (attention trop facilement attirée par des stimuli extérieurs, sans importance ou non pertinents)
   6. Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice
   7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (substance donnant lieu à un abus, médicament, ou autre traitement) ou à une autre affection médicale
   NB : Un épisode maniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple fait physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque, et conduire par conséquent à un diagnostic de trouble bipolaire I.

Annexe 3 : Critères diagnostiques d'un épisode hypomaniaque DSM-V

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive, ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins quatre jours consécutifs.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
   1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
   2. Réduction du besoin de sommeil
   3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler
   4. Fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
   5. Distractibilité
   6. Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice
   7. Engagement excessif vers des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristique psychotiques, l'épisode est par définition maniaque.

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance
   NB : un épisode hypomaniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être diagnostiqué comme un épisode hypomaniaque. Toutefois, la prudence s'impose, car un ou deux symptômes ne sont pas suffisants pour un diagnostic d'hypomanie, et ne sont pas obligatoirement indicatifs d'une diathèse bipolaire.

Annexe 4 : Hiérarchisation des traitements de 1er et 2nde ligne recommandés pour traitement du trouble bipolaire

TABLE 17 Hierarchical rankings of first- and second-line treatments recommended for maintenance treatment in bipolar disorder

	Level of evidence by phase of treatment					Considerations for treatment selection			
	Maintenance			Acute		Acute		Maintenance	
	Prevention of any mood episode	Prevention of depression	Prevention of mania	Depression	Mania	Safety concerns	Tolerability concerns	Safety concerns	Tolerability concerns
First-line treatments									
Lithium	●	●	●	◔	●	+	+	++	++
Quetiapine	●	●	●	●	●	+	++	++	++
Divalproex	●	◔	◐	◔	●	–	+	++[c]	+
Lamotrigine	●	●	◔	●	■	++	–	–	–
Asenapine	◔	◔	◔	n.d	●	–	+	–	+
Quetiapine + Li/DVP	●	●	●	◕	●	+	++	+++[c]	++
Aripiprazole + Li/DVP	◔	n.d.[a]	◔	◕	◔	+	+	++[c]	++
Aripiprazole	◔	n.d.[a]	◔	■	●	–	+	–	+
Aripiprazole OM	◔	n.d.[a]	◔	n.d.	n.d.	–	+	–	+
Second-line treatments									
Olanzapine	●	●	●	●[b]	●	+	++	+++	++
Risperidone LAI	●	n.d.[a]	●	n.d.	n.d.	–	+	+	++
Risperidone LAI (adj)	◔	◕	◔	n.d.	n.d.	+	++	+++	++
Carbamazepine	◔	◔	◔	◐	●	++	++	+[c]	++
Paliperidone (>6 mg)	◔	n.d.[a]	◔	n.d.	●	–	+	+	++
Lurasidone + Li/DVP	◐[d]	◐[e]	◕	◔	n.d.	+	++	++[c]	++/–
Ziprasidone + Li/DVP	◔	n.d.[a]	◔	◧	◧	++	++	++[c]	+

DVP, divalproex; LAI, long-acting injectable; Li, lithium, OM, once monthly.
●, level 1 evidence; ◔, level 2 evidence; ◐, level 3 evidence; ◕, level 4 evidence; ■, level 1 negative evidence; ◧, level 2 negative evidence; ◧, level 3 negative evidence; ◧, level 4 negative evidence; n.d., no data; – limited impact on treatment selection; +, minor impact on treatment selection; ++, moderate impact on treatment selection; +++, significant impact on treatment selection.
[a]Did not separate from placebo in those with index mania; no studies available in index depression.
[b]Did not separate on core symptoms of depression.
[c]Divalproex and carbamazepine should be used with caution in women of child bearing age.
[d]Trend for superiority on the primary efficacy measure, hence the lower rating.
[e]Effective in those with an index episode of depression.
[Colour table can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

Annexe 5 : la mise en œuvre de la préparation à la naissance et à la parentalité (HAS)

La mise en œuvre de la PNP

Un entretien précoce, individuel ou en couple

- proposé systématiquement au moment de la confirmation de la grossesse
- réalisé durant le 1er trimestre de la grossesse par une sage-femme ou un médecin
- ne doit pas se substituer à la première consultation médicale de suivi de la grossesse
- est une aide pour le professionnel, qui assure le suivi médical de la grossesse, qui pourra ajuster sa vigilance grâce aux transmissions

Les conditions de dialogue et l'utilisation des techniques de communication appropriées permettent d'accéder au ressenti des femmes et des couples et de consolider leur confiance en eux et dans le système de santé.

Identifier les besoins d'information
Définir les compétences parentales à développer

Apprécier la santé globale de la femme enceinte
Faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance

Repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père

Orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement si nécessaire
Transmettre des informations aux professionnels susceptibles d'apporter une aide

Donner des informations
- Offre de soins de proximité
- Missions et fonctionnement du réseau
- Rôle des professionnels
- Alternatives locales de séances de PNP
- Ressources et services

Consolider le projet de naissance

Rédiger une synthèse et coordonner le suivi

Une coordination dès l'entretien individuel ou en couple

- Un travail en réseau quels que soient la discipline et le mode d'exercice
- Une fonction de coordination pour assurer la cohérence du suivi
- Un partage et des modalités de transmission de l'information
- Une évaluation à tous les stades pour adapter le suivi en fonction des besoins

Annexe 6 : boite à outils sur trouble bipolaire et périnatalité (Belzeaux et al, 2019)

ABOUT RELAPSE

- Risk of relapse is high during pregnancy (>20%) and very high after delivery (>35%)
- Relapse could be severe during post-partum (>15%)
- To maintain a mood stabilizer reduce significantly the risk of relapse
- When stopping medication during pregnancy, relapse may occur within 2 months
- Rapid discontinuation (i.e. 15 days) is associated with very early relapse (50% within 2 weeks)
- Patients who stop medication during pregnancy are at risk to be untreated during the post-partum period
- Prescription of antidepressant alone during pregnancy may be associated with higher risk of relapse
- Sleep disturbance during post-partum may be a risk factor of relapse
- Suicide risk may increase during pregnancy and post-partum period
- Relapse or psychiatric symptoms may be associated with fetal growth restriction

ABOUT DELIVERY AND PAEDIATRIC OUTCOMES

- Delivery complication may be more frequent during BD (preterm, caesarian rate, non-spontaneous start to delivery)
- Mood stabilizers are not the sole reason for increased risk of adverse pregnancy and birth outcome
- Patient with untreated BD may have great risk of small for gestational age infants
- Patients with atypical antipsychotic may have higher risk of gestational diabetes
- All new-born form patient treated before delivery needs to be evaluated by a paediatrist due to increased risk of hypotonia, sedation, side effects and/or toxic effects of mood stabilizers in child)

ABOUT CONGENITAL MALFORMATION

- Literature confirmed higher risk of congenital malformation for valproate and carbamazepine
- Literature demonstrated divergent results for lamotrigine and lithium
- Lithium could be considered safe when prescribed at lower dosage (i.e. < 900 mg/day) but cardio-fetal ultrasound is required
- A potential dose dependent higher risk of has been described for lamotrigine
- Dopamine antagonist/partial agonists could be considered safe but they should be used with caution considering possible risk of excess weight gain and gestational diabetes (i.e. for olanzapine)
- Risk of congenital malformation may occur early during pregnancy (i.e. for lithium since day 21)

ABOUT CHILD DEVELOPMENT

- No significant difference has been described for attachment strategy nor psycho-motor development

Annexe 7 : Arbre décisionnel prise en charge d'un trouble bipolaire en période périnatale (Belzeaux et al, 2019)

OVERALL TREATMENT RECOMMENDATIONS DURING PERINATAL PERIOD FOR BIPOLAR DISORDER

- Collaborative and intensive care including psychiatrist, child psychiatrist, pediatrician, gynecologist, midwife including referral to high risk clinic
- Exhaustive analysis of all comorbidity (somatic, psychiatric, addiction) and specific treatment if possible
- Involvement of family members
- Education about BD and specific risk during perinatal period
- Avoid antidepressant alone
- Psychotherapy according specific needs of patient
- All measures to prevent fetal growth restriction and delivery complications
- Folates 5mg/day
- Limit mother stress and sleep restriction
- Support maternal new-born bounding

IF CONTINUATION

- Monotherapy if possible
- Lower dosage if possible
- Better risk/benefice balance according to efficacy on relapse prevention and risk of congenital malformation
- Dosage adaptation during pregnancy (e.g. increase lithium and lamotrigine during 3rd trimester)
- Prepare and make choice according to breastfeeding project or not
- Specific follow-up (e.g. cardiofetal ultrasound if lithium)
- Delivery: lower dose 1 week before and discontinuation when labor start (e.g. lithium)

IF DISCONTINUATION

- As far as possible, avoid rapid discontinuation (<15 days)
- Attentive follow-up of mood symptoms
- Management plan in case of relapse (which treatment if needed according to the term)
- Management plan after delivery or when stop breastfeeding to reintroduce a preventive strategy

Annexe 6 : questionnaire

Trouble bipolaire et parentalité - Analyse des connaissances et des pratiques des professionnels de santé en périnatalité de la région PACA.

Madame, Monsieur,

- Vous exercez une des professions suivantes dans la région PACA Corse Monaco: ...

§ Docteur en médecine, spécialisé en gynécologie-obstétrique
§ Docteur en médecine, spécialisé en gynécologie médicale
§ Docteur en médecine, spécialisé en pédiatrie
§ Docteur en médecine, spécialisé en médecine générale exerçant dans le champ de la périnatalité (PMI)
§ Sages-femmes diplômés d'état
§ Puéricultrices diplômés d'état

… votre avis nous intéresse.

Nous sommes aujourd'hui de plus en plus confrontés à la question de la maternité chez les femmes souffrant d'un trouble bipolaire. Devant l'absence de consensus des recommandations, leur prise en charge apparait comme un réel challenge. L'expérience clinique nous montre que leur prise en charge semble soulever de nombreuses problématiques et mettre en difficultés les professionnels qui y sont confrontés.

En tant que professionnels de la santé périnatale vous êtes en première ligne et jouer rôle préventif central dans leur prise en charge.

Je me permets donc de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse dirigé par le Docteur Raoul BELZEAUX, psychiatre au centre expert pour les troubles bipolaires en collaboration avec le réseau de périnatalité PACA CORSE Monaco .

- Nous avons élaboré un questionnaire dont l'objectif est de réaliser un état des lieux de vos connaissances et pratiques dans le domaine.

- Nous espérons que les résultats non permettront d'identifier des leviers potentiels pour améliorer les pratiques avant, pendant et après la grossesse chez ses patientes. Et, in fine, d'améliorer la prise en charge des patientes souffrant de troubles bipolaires ainsi que celle de leurs enfants.

Sa participation est totalement anonyme.
La validation finale du questionnaire vaut pour consentement à participer à l'étude.
Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier.
De même vous pouvez vous retirer à tout moment sans justification et sans conséquence.

A l'issue de l'enquête, les résultats et le plan d'action au sein du réseau de périnatalité PACA CORSE Monaco vous seront communiqués.

Merci beaucoup du temps que vous consacrerez à cette étude.

* Required

A. Votre Profil

1. Quel est votre sexe? *

Mark only one oval.

- Femme
- Homme

2. Quel est votre âge ? *

3. Quel est votre département d'exercice? *

Mark only one oval.

- 04 Alpes de Haute Provence
- 05 Hautes Alpes
- 06 Alpes-maritimes
- 13 Bouches du Rhône
- 83 Var
- 84 Vaucluse
- 2A Corse du Sud
- 2B Haute Corse
- Monaco
- Other: _____

4. Quelle est votre profession? *

Mark only one oval.

- Gynécologue-obstétricien
- Gynécologue médical
- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Sage femme
- Infirmières puéricultrices
- Other: _____

5. Quel est votre lieu d'exercice? *

Check all that apply.

- [ ] CHU
- [ ] Centre hospitalier et maternité non universitaire
- [ ] Cabinet de ville
- [ ] Remplacement
- [ ] PMI

Other: [ ] _____

6. Si vous exercez en maternité, quel est le type de maternité? *

Mark only one oval.

- ( ) Type 1
- ( ) Type 2A
- ( ) Type 2B
- ( ) Type 3
- ( ) Je ne travaille pas en maternité.

7. Quel est votre mode d'activité? *

Mark only one oval.

- ( ) Salarié
- ( ) Libéral
- ( ) Mixte

8. Quelle est votre expérience professionnelle en périnatalité? *

Mark only one oval.

- Moins de 5ans
- 5 à 10ans
- Plus de 10ans

Vos pratiques médicales et paramédicales

9. Au cours de votre carrière en périnatalité avez-vous été amené à prendre en charge une patiente souffrant d'un trouble bipolaire? *

Mark only one oval.

- Jamais
- Moins d'une fois/an
- Quelques fois /an
- Une fois par mois ou plus

10. D'une manière générale comment percevez-vous la prise en charge d'une grossesse chez les patientes bipolaires en âge de procréer? *

Mark only one oval.

- Idéale
- Complexe mais satisfaisante
- Correcte mais perfectible
- Insatisfaisante
- Particulièrement insatisfaisante

11. Avez vous des connaissances sur ... *

Mark only one oval per row.

	Oui de bonnes connaissances	Oui quelques notions	Non, pas du tout
Trouble bipolaire (général)			
Trouble bipolaire et grossesse			
Trouble bipolaire et post-partum			

12. Comment avez vous acquis ces connaissances ? *

Check all that apply.

- [ ] Etudes
- [ ] Stages
- [ ] Formations professionnelles (congrès, DU, DIU...)
- [ ] Lectures personnelles
- [ ] Pas de connaissances acquises

13. Vous sentez-vous compétent pour prendre en charge cette population de patientes? *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14. Lors d'une première consultation chez une femme en âge de procréer recherchez-vous la présence d'une pathologie mentale? *

Mark only one oval.

- Oui, systématiquement
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Je travaille dans le champ de la psychiatrie
- Non concerné
- Other: _____

15. Lors d'une consultation avec une patiente en âge de procréer , vous recherchez à l'interrogatoire? *

Check all that apply.

	Oui, systématiquement	Oui, souvent	Rarement	Jamais	Non concerné
Antécédents personnels psychiatriques	☐	☐	☐	☐	☐
Antécédents familiaux psychiatriques	☐	☐	☐	☐	☐
Antécédents gynécologiques et obstétricaux	☐	☐	☐	☐	☐
Antécédents somatiques	☐	☐	☐	☐	☐
Comorbidités addictives	☐	☐	☐	☐	☐
Traitements	☐	☐	☐	☐	☐
Désir / projet de grossesse	☐	☐	☐	☐	☐
Moyens contraceptifs	☐	☐	☐	☐	☐
Aidants familiaux	☐	☐	☐	☐	☐
Etat vaccinal	☐	☐	☐	☐	☐

16. Si vous réalisez une évaluation psychiatrique sommaire recherchez-vous les signes suivants? *

Mark only one oval per row.

	Oui, toujours	Oui, souvent	Oui parfois	Rarement	Non jamais	Non concerné
Symptomatologie dépressive						
Symptomatologie maniaque						
Symptomatologie anxieuse						
Symptômes délirants						
Idées suicidaires						

17. Dans votre pratique courante face à ces patientes à quel(s) professionnel (s) vous arrive t'il de demander un avis spécialisé? *

Check all that apply.

- [ ] Gynécologue-obstétricien
- [ ] Psychiatre
- [ ] Pédopsychiatre
- [ ] Pédiatre
- [ ] Je ne demande pas d'avis spécialisé

Other: [ ] _____

18. Le réseau que vous pouvez solliciter pour ces patientes est...: *

Mark only one oval.

- Clairement identifié, je le sollicite régulièrement
- Clairement identifié, mais je le sollicite peu
- Clairement identifié , mais je ne les sollicite pas du tout
- Mal identifié
- Inconnu

19. Remarques libres sur votre pratique professionnelle.

Connaissances

C.a. A propos du trouble bipolaire

20. Le pourcentage de patients atteints de troubles bipolaires en France est de 0,1% *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

21. Il existe une prédisposition familiale aux troubles bipolaires? *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

22. Le trouble bipolaire touche surtout les milieux socio-économiques favorisés *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

23. Le début de la maladie se situe habituellement après 25 ans *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

24. Les évènements de vie stressants peuvent déclencher ou aggraver la maladie *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

25. Des symptômes résiduels peuvent persister en dehors des périodes de décompensation *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

26. La grande majorité des personnes bipolaires ne travaille pas à cause de leur maladie *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

27. Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire ont une aussi bonne observance médicamenteuse que les personnes souffrant d'une pathologie chronique somatique comme le diabète. *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

28. Les comorbidités addictives chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire sont plus importantes qu'en population générale *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

B. Trouble bipolaire en période périnatale

29. La grossesse est un facteur protecteur de décompensation thymique *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

30. Une femme souffrant d'un trouble bipolaire présente plus de risques obstétricaux que les autres *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

31. Le post-partum est une période où le risque de décompensation thymique est franchement augmenté *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

32. Le suicide constitue une des principales causes de mortalité en période périnatale en particulier pour les femmes souffrant de trouble bipolaire *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

33. Les rechutes/récidives en période périnatale constituent un risque pour le développement du fœtus et développement psychomoteur de l'enfant *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

34. Les femmes souffrant d'un trouble bipolaire ont plus d'enfant(s) que la population générale *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

35. Les femmes souffrant d'un trouble bipolaire qui sont compliantes aux soins et avec une bonne observance thérapeutique ont une meilleure fécondité que les autres patientes *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

36. La peur de transmission génétique de la pathologie freine les femmes bipolaires en âge de procréer dans leur projet de grossesse *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

37. La crainte de décompensation thymique durant grossesse et le post-partum freine de nombreuses patientes à avoir des enfants *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

38. En général les familles des patients encouragent une femme souffrant d'un trouble bipolaire dans son projet de grossesse *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

C. Les traitements médicamenteux

39. Peut-on prescrire un traitement antidépresseur seul au cours d'un trouble bipolaire? *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

C.1. Traitements en période périnatale.

40. Presque toutes les patientes ayant un traitement pour leur trouble bipolaire décident de l'arrêter au cours de leur grossesse *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

41. D'une manière générale, il est préférable de suspendre un traitement thymorégulateur lors d'un projet de grossesse. *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

42. Un arrêt brutal (c'est à dire sur quelques jours) des thymorégulateurs durant la grossesse est responsable d'un taux de récidive/rechute thymique plus élevé et de rechute plus sévère. *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

43. Le maintien d'un traitement thymorégulateur pendant la grossesse diminue le risque de rechute dans le post-partum *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

C.1.a. Lithium

44. Chez une patiente traitée efficacement par lithium avec un projet de grossesse, il est préférable de changer de traitement pour une autre classe thérapeutique *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

45. Le lithium constitue l'option thérapeutique la plus sure lors d'une grossesse chez une patiente souffrant d'un trouble bipolaire *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

46. L'allaitement est envisageable chez une patiente traitée par lithium *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

47. Le risque de malformations cardiaques fœtale chez un fœtus exposé au lithium est significativement important et prévalent *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

C.1.b. Valproate de sodium

48. Le valproate de sodium est contre-indiqué chez une femme en âge de procréer *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

49. Le risque syndrome polymalformatif est mineur chez le fœtus exposé au valproate de sodium. *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

C.1.c. Les antipsychotiques atypiques

50. Les antipsychotiques atypiques (aripiprazole, quetiapine, olanzapine) peuvent être poursuivi lors de la grossesse *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

51. Si vous avez répondu oui à la question précédente. : Une surveillance particulière doit être portée à la naissance du nouveau-né en lien avec effets secondaires du traitement. *

Mark only one oval.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Réponse non à la question précédente

D. Vos attentes

52. Face à ces situations, la prise en charge collégiale et pluri-professionnelle de ces femmes vous semble ? *

Mark only one oval.

- Facilement réalisable
- Possible
- Compliquée
- Impossible

53. Citez 3 leviers (du plus important au moins important) que vous jugez pertinent pour améliorer la prise en charge des patientes en âge de procréer / avec désir de grossesse , souffrant d'un trouble bipolaire

54. Seriez-vous intéressé(e) par une formation sur cette question de trouble bipolaire et parentalité? *

Mark only one oval.

- Oui
- Non

55. Quelles thématiques vous semblent importantes / aimeriez-vous voir aborder au cours d'une formation ou dans le cadre d'un travail spécifique?

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai

usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de

i jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle s ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre