



HAL
open science

Contributions des sages-femmes au sein de l'équipe interdisciplinaire, à la prise en charge des femmes avec un trouble bipolaire, accouchant à la maternité du CHU de Caen

Nolwenn Gouache

► **To cite this version:**

Nolwenn Gouache. Contributions des sages-femmes au sein de l'équipe interdisciplinaire, à la prise en charge des femmes avec un trouble bipolaire, accouchant à la maternité du CHU de Caen. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04248199

HAL Id: dumas-04248199

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04248199>

Submitted on 18 Oct 2023

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.

Ecole de Sage-femme de Caen
Université de Caen Normandie

Contributions des sages-femmes au sein de l'équipe interdisciplinaire,
à la prise en charge des femmes avec un trouble bipolaire, accouchant
à la maternité du CHU de Caen

Sous la direction du Docteur DESAUNAY Pierre

Mémoire présenté et soutenu par :

GOUACHE Nolwenn

Née le 05 Novembre 2000

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Années universitaires 2018/2023



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Adresse	Bibliothèque universitaire Santé Pôle des formations et de recherche en santé 2, rue des Rochambelles CS 14032 14032 CAEN CEDEX 5
Tél.	02 31 56 82 06
Courriel	bibliotheque.sante@unicaen.fr
Internet	scd.unicaen.fr/

REMERCIEMENTS

Je tiens à vous adresser mes remerciements Dr Desaunay, pédopsychiatre au CHU de Caen, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour votre accompagnement et vos conseils avisés.

A Madame Potier-Yonnet, pour m'avoir guidé à chaque étape de la réalisation de mon mémoire et pour vos nombreuses relectures.

A Madame Brielle, Directrice de l'école de Sage-femme de Caen, pour la présidence de ce jury, mais aussi pour l'attention que vous portez à notre formation pour qu'elle soit la plus complète et pertinente possible.

A Madame Durand, sage-femme clinicienne, pour l'attention portée à mon travail en étant membre du jury.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance à toutes les sages-femmes enseignantes pour leur présence bienveillante et toutes les connaissances que vous m'avez apporté.

A toutes les équipes soignantes, qui m'ont tant enseigné lors de tous mes stages.

A ma grande sœur, Aurélie pour le repère qu'elle représente pour moi, son écoute et toute sa petite famille Camille, Fabien, Orka et Cookie pour toute la joie de vivre que vous avez au quotidien.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue, fait confiance dans mes choix, même éloignés géographiquement pour cette fin d'étude. Je suis reconnaissante pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises.

A cette promotion, qui a rendu ces années inoubliables. Merci pour ces rencontres riches et surtout aux personnes qui sont devenues des amis, Manon, Adèle, Clara, Jean, Estelle, Elise, Gabrielle, Lou, Mathis, Mathilde, Manon, Romane, Servane, vous serez de merveilleux sages-femmes.

A mes amis d'enfance, maintenant aux quatre coins de la France, pour tous les moments et étapes de la vie que nous avons partagés ensemble.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1. Généralités sur le trouble bipolaire	1
2. Stratégies thérapeutiques.....	4
3. Femmes enceintes et mères avec trouble bipolaire	5
4. Recommandations concernant la prise en charge d'un TB en périnatalité	7
5. Problématique.....	8
MATERIEL ET METHODE	9
1. Objectifs	9
2. Hypothèses	9
3. Type d'étude.....	9
4. Population étudiée	10
5. Critères de jugement.....	10
6. Recueil des données	11
7. Outils statistiques	12
8. Analyse des observations des sages-femmes	12
9. Accords préalables : CLERS.....	12
RESULTATS	13
1. Description de la population	13
2. Caractéristiques de la population	15
3. Analyse comparative de la population avec un TB en parallèle du groupe apparié	15
4. Observations des sages-femmes pour les mères avec un TB	21
DISCUSSION	22
1. Age, voie d'accouchement et complications psychiatriques des femmes avec un trouble bipolaire en post-partum	22
2. Santé des nouveau-nés de mères avec TB.....	23
3. Prise en charge par les sages-femmes des mères avec TB en suites de naissances	25
4. Spécificités de l'accompagnement des femmes avec un TB en maternité.....	26
5. Forces et faiblesses de l'étude	28
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

ABREVIATIONS

AVB : Accouchement Voie Basse

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

Ces. : Césarienne

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLERS : Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé

DSM-5: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Cinquième édition

DSM-IV: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux Quatrième édition

ECG : ElectroCardioGramme

EEG : ElectroEncéphaloGramme

ET : Ecart Type

Ex. : Exemple

Gr. : Groupe

GC : Groupe Contrôle

HPP : Hémorragie du Post-Partum

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Moy. : Moyenne

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MFIU : Mort Foetale Intra Utérine

NDMDA : National Dépressive and Maniaco-Dépressive Association

NFS : Numération Formule sanguine

PAG : Petit poids pour Âge Gestationnel

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QI : Quotient Intellectuel

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA : Semaines d'Aménorrhées

SF : Sage-Femme

SMPS : Staff Médico-Psycho-Social

TB : Trouble Bipolaire

Vs. : Versus

INTRODUCTION

1. Généralités sur le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire (TB) se caractérise par une alternance d'épisodes maniaques et dépressifs (1, 2). C'est un trouble psychiatrique chronique associé à des complications émotionnelles, cognitives et fonctionnelles, d'intensité variables (1). C'est l'un des troubles psychiatriques les plus sévères possédant un des plus hauts risques suicidaires (3).

Le manuel international de classification des troubles mentaux DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{ème} version) subdivise le trouble bipolaire en plusieurs sous-groupe :

- Trouble bipolaire de type I : présence d'au moins un épisode maniaque et d'épisodes hypomaniaques ou dépressifs,
- Trouble bipolaire de type II : présence d'au moins un épisode hypomaniaque et d'un épisode dépressif majeur,
- Trouble cyclothymique : période pendant laquelle une personne présente des symptômes hypomaniaques et dépressifs sans que l'on puisse les qualifier d'épisode majeur d'hypomanie ou de dépression et cela depuis au moins 2 ans,
- Trouble bipolaire induit par une substance : symptômes apparaissant pendant la prise ou le sevrage d'un médicament ou d'une autre substance (4).

Le syndrome maniaque associe une humeur euphorique, une hyperactivité générale (physique, psychique et émotionnelle), avec des réponses émotionnelles disproportionnées, un syndrome délirant et des modifications des conduites instinctuelles (4). Le syndrome maniaque constitue une urgence psychiatrique absolue (4).

L'humeur euphorique se caractérise par une désinhibition et une augmentation de l'estime de soi pouvant mener à des pensées mégalomaniaques (5). Le patient va se sentir surpuissant, il va s'investir dans des projets irréalistes, avec des idées de grandeur utopiques et un optimisme démesuré (5).

L'excitation psychique permanente va être repérée par un discours logorrhéique, la personne va s'exprimer sans pause, pendant des heures, de façon incohérente, avec une hyperexpressivité. Les hallucinations et énonciations d'idées délirantes de grandeur ou de persécution sont présentes chez près de la moitié des patients (5). Les fonctions instinctuelles peuvent aussi être modifiées, avec un rythme et des conditions de vie dégradées, des insomnies sans fatigue et une anorexie sans faim (5).

L'ensemble de ces perturbations mène rapidement les patients à des conduites à risque potentiellement graves : dépenses financières extrêmes, hypersexualité (grossesses non souhaitées, rapports sexuels à risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)), abus de substances psychoactives (4, 5).

Les épisodes maniaques et hypomaniaques se différencient par leurs durées et intensités. L'épisode hypomaniaque comporte des symptômes de moindre intensité que la phase maniaque et souvent sans éléments délirants (4). L'hospitalisation n'est pas toujours nécessaire (4). Par conséquent, les épisodes hypomaniaques sont souvent méconnus des patients et peuvent ne pas être repérés lors d'un examen psychiatrique. Ils peuvent cependant être les prémices d'épisodes de décompensations maniaques. L'entourage est souvent plus à même de repérer ces variations de l'humeur et joue un rôle important dans le diagnostic de ces troubles (4).

A l'inverse, la dépression bipolaire se repère aux éléments suivants : une humeur dépressive du matin au soir marquée par une irritabilité, une tristesse constante et une souffrance morale illustrée par une hyperréactivité émotionnelle sur au moins deux semaines consécutives. (4, 5) Lors d'un épisode dépressif, l'individu est continuellement pessimiste. Il a une vision négative du monde, de l'avenir et de soi-même avec une auto-dévalorisation (perte d'emploi, isolement social), une vision négative, ce qui entraîne l'apparition d'idées autodestructrices et suicidaires. Cette souffrance intense peut être responsable à terme, d'une décompensation maximale du TB telle que le suicide (4, 5).

La dépression se caractérise également par un ralentissement psychomoteur avec des réponses succinctes, lentes, une réflexion intellectuelle freinée et des comportements asthéniques (état de faiblesse général caractérisé par une diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme) (4, 5). Les fonctions instinctuelles peuvent aussi être modifiées : variation importante du poids et/ou de l'appétit (anorexie ou hyperphagie), des troubles du sommeil (insomnies et/ou hypersomnie diurne) (4, 5).

Certaines décompensations maniaques ou dépressives peuvent présenter des caractéristiques psychotiques (2). Elles sont marquées par l'émergence d'idées délirantes, hallucinatoires, d'une culpabilité inexplicée ou d'une autodépréciation (2). Entre ces épisodes, il existe des « phases d'humeur courantes » appelées euthymie (1).

Le diagnostic du TB est clinique et repose sur l'examen clinique par un psychiatre : recherche des antécédents familiaux de troubles bipolaires et de tentatives de suicides, anamnèse, réponse aux médicaments, en particulier aux antidépresseurs (6). Il existe une vulnérabilité génétique au TB, mise en évidence par l'héritabilité familiale du trouble : un enfant dont l'un des parents présente un trouble bipolaire possède 22,5 % de risque de souffrir à son tour un jour de ce trouble (TB avec décompensation maniaque ou hypomaniaque) (7). L'anamnèse explore la période d'apparition, la description détaillée des symptômes dépressifs, maniaques ou hypomaniaques (6). Le diagnostic de TB est souvent tardif. Cela tiendrait au fait que les épisodes dépressifs se répètent sans épisode maniaque ou hypomaniaque qui permettrait de caractériser le trouble ; une méconnaissance et non médicalisation des épisodes hypomaniaques ; la présence de diagnostics différentiels tels que la dépression unipolaire, les troubles de la personnalité (5, 8).

Le TB affecterait plus d'un pourcent de la population mondiale (1). La prévalence serait de 0,6 % pour le TB de type I, et de 0,4 % pour le TB de type II (1). Le sex-ratio du trouble bipolaire serait égal à un (c'est-à-dire qu'il affecte autant les femmes que les hommes) (9, 10).

Le TB apparaît chez le jeune adulte, dans 60 % des cas avant l'âge de 21 ans (1). Ce développement précoce du trouble bipolaire peut avoir des conséquences psychosociales négatives (1). Par exemple, le taux de chômage des personnes avec TB serait quatre fois plus élevé que dans la population générale aux Etats Unis (11). Le TB ferait partie des 10 maladies les plus invalidantes et coûteuses au plan mondial (11).

D'autre part, en Europe, 75 % des patients avec un trouble bipolaire présenteraient au moins une comorbidité psychiatrique ; principalement le trouble anxieux, le trouble de l'attention et les addictions (dont toxicomanie et alcool) (3, 12). Le taux de mortalité par suicide chez les personnes avec un TB serait 20 fois plus élevé que dans la population générale, soit environ 1 500 morts par an en France (1). En plus de la mortalité causée par les suicides, les taux de décès par accident et par morts prématurées seraient aussi augmentés par rapport à la population générale, essentiellement recensé lors des phases maniaques (3, 5).

Par conséquent, les décompensations maniaques ou dépressives du TB peuvent constituer une urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation formelle (risque auto ou hétéro-agressif lors de phases maniaques, risque suicidaire lors de phases dépressives) (2).

2. Stratégies thérapeutiques

D'une part, la mise en place de thérapeutiques diffère entre une phase aiguë et un traitement chronique (1). Lors d'une décompensation, les traitements ont pour but de stabiliser cliniquement le patient (traitement de l'agitation psychomotrice, du délire, du risque suicidaire, etc.) et d'assurer sa sécurité, ainsi que celle de son entourage (1). D'autre part, les troubles bipolaires sont chroniques et requièrent un traitement thymorégulateur au long cours afin d'éviter les décompensations, le tout avec une dose-minimale efficace pour prévenir les effets indésirables (1).

De façon générale, les thymorégulateurs ou stabilisateurs de l'humeur sont des traitements susceptibles de traiter et prévenir des épisodes maniaques et/ou dépressifs (9). Les classes de thymorégulateurs les plus souvent utilisées sont :

1. Le sel de lithium, principalement utilisé à but de prévention de récurrence maniaque,
2. Les anticonvulsivants, tels que la lamotrigine, principalement utilisée à but de prévention d'une récurrence dépressive,
3. Les neuroleptiques de seconde génération, tels que la rispéridone, l'olanzapine, l'aripiprazole, la quétiapine... (9, 13).

Le lithium est le traitement de référence des TB (2). Il est indiqué à la fois dans le traitement curatif des épisodes maniaques, mais également dans le traitement prophylactique au long cours du TB et dans la prévention du risque suicidaire (13). Il possède une concentration thérapeutique étroite, c'est pourquoi des lithémies régulières sont effectuées lors de la mise en place d'un traitement au lithium (13). Certains effets indésirables accentués par la longue durée du traitement et la posologie élevée du lithium sont majeurs (insuffisance rénale, troubles cardiaques et thyroïdiens) (13).

Parmi les thymorégulateurs, des anticonvulsivants comme le valproate et la lamotrigine (lamictal®) sont également prescrits à la place ou en association au lithium (1, 13). L'efficacité de l'acide valproïque a été démontrée dans la prévention des décompensations bipolaires et en tant que thérapeutiques des épisodes maniaques (13).

Cependant, il est strictement contre-indiqué en France chez les femmes en âge de procréer, dès l'adolescence, du fait des risques tératogènes et de troubles neuro développementaux majeurs (trouble du spectre de l'autisme, retard des acquisitions, troubles du langage, etc.) (1). La lamotrigine, compatible avec la grossesse, est utilisée en tant qu'antidépresseur, en présence ou en prévention des épisodes dépressifs caractérisés (2).

Enfin, les anti-dépresseurs ne sont jamais utilisés en monothérapie mais plutôt en complément du traitement déjà établi, en présence d'une phase dépressive sévère (9). En première intention, ce sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine qui sont indiqués (1, 9).

La psychoéducation fait partie intégrante de la prise en charge, associée au traitement médicamenteux (8). D'une part, celle-ci apporte au patient une bonne connaissance de sa maladie, afin de l'instruire sur la prévention des risques de décompensation et l'importance d'une bonne observance thérapeutique (8). De plus, le patient peut devenir acteur de sa prise en charge avec des outils d'auto-apprentissage comme « l'agenda hebdomadaire de l'humeur » ou « une fiche des symptômes précurseurs des décompensations » (8).

D'autre part, les psychothérapies peuvent avoir d'autres bienfaits dans le traitement d'un TB, c'est un moyen entre autres de mieux accepter les conséquences de la maladie au niveau social et de comprendre l'ambivalence des conflits intérieurs que le patient possède (8). En complément, l'approche familiale peut être instaurée pour aider l'entourage à comprendre et accompagner la personne avec un TB (8).

3. Femmes enceintes et mères avec trouble bipolaire

Le TB apparaît majoritairement chez le jeune adulte et donc chez les femmes en âge de procréer (1). Le début de la vie sexuelle serait plus précoce chez les femmes présentant un TB, d'autant plus s'il est associé à un faible statut socio-économique et à une consommation de substances toxiques (14). Le TB entraîne une multiplication des comportements sexuels imprudents : rapports sexuels non protégés, avec des partenaires multiples (14) Ils sont davantage à risque d'abus sexuels (14). Cela s'explique par une impulsivité et une hypersexualité notamment lors des épisodes maniaques ou hypomaniaques (14). Il existerait aussi une fréquence plus élevée de grossesses non planifiées : 49,52 % pour les femmes avec TB, versus 15,04 % dans le groupe témoin (15). Les antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG) seraient également plus élevés chez les femmes avec TB (15).

Les femmes avec TB désireuses d'une grossesse, ou enceintes, sont fréquentes en consultation de gynécologie-obstétrique ou de sages-femmes. Les consultations pré-conceptionnelles, en psychiatrie, permettent d'ajuster les prescriptions en vue d'obtenir une sécurité de prescription optimale vis-à-vis du fœtus et un meilleur rapport bénéfice-risque chez la femme enceinte (1).

Certaines recommandations préconisent l'arrêt de la prescription de lithium au premier trimestre (jusqu'à la fin de l'organogénèse cardiaque, soit J50 post-conception), avec relais par un autre traitement thymorégulateur, du fait du risque de malformations d'Ebstein (anomalie d'insertion de la valve tricuspide dans le ventricule droit) (1, 16).

Par ailleurs, l'arrêt du lithium est à risque de décompensation du TB (16). D'une manière générale, le taux de décompensation global est estimé à environ un quart au cours de la grossesse, davantage sur un mode dépressif que maniaque (17). En post-partum, le taux de décompensation serait en moyenne d'un tiers, précisément de 66% chez les femmes ayant interrompu leur traitement en cours de grossesse et de 23% chez celles qui l'auraient poursuivi (18). L'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (2013-2015) incluait pour la première fois le suicide dans le panel des causes de décès maternel et des psychiatres contribuaient à l'étude (19). Le suicide maternel serait dès lors la première cause de mortalité maternelle, d'autant plus chez une femme porteuse de maladie chronique psychiatrique avec un risque élevé de décompensation (19). Plus précisément, cinq suicides sur les trente-cinq comptabilisés seraient survenus chez des femmes avec un TB stabilisé en période préconceptionnelle (19).

Pendant la grossesse, la dose-minimale efficace de psychotrope peut évoluer en raison des variations hémodynamiques en fonction du trimestre de la grossesse : augmentation du débit cardiaque et du débit de filtration glomérulaire (16). Dans le cas d'un traitement au lithium, une échographie cardiaque de référence est aussi recommandée entre la 18^{ème} et 22^{ème} semaine d'aménorrhée, en plus d'une surveillance rapprochée de la quantité de liquide amniotique (risque d'hydramnios) (16).

En post-partum, l'allaitement est souvent déconseillé chez les mères traitées par lithium ou d'autres traitements psychotropes. Cette exposition est toxique pour le nouveau-né, particulièrement au niveau rénal (1, 20).

4. Recommandations concernant la prise en charge d'un TB en périnatalité

La Haute autorité de Santé (HAS) considère que les femmes enceintes avec une maladie psychiatrique sévère, comme le TB, requièrent un avis A2. En fonction de la stabilité du trouble et des facteurs de risque liés à la thérapeutique, un gynécologue-obstétricien (voir un autre spécialiste) déterminera quel professionnel de santé peut suivre la grossesse :

- Suivi A, les consultations de grossesse peuvent être réalisées par une sage-femme ou un médecin,
- Suivi B, plus rapproché : le suivi sera réalisé uniquement par un médecin (21).

Enfin, en fonction de l'équilibre du TB pendant la grossesse, un avis final A ou B déterminera si l'accouchement peut avoir lieu dans n'importe quelle unité d'obstétrique ou dans une unité plus spécialisée (niveau 3) (21).

Au vu des risques élevés de décompensation en période périnatale chez une femme avec un TB, il semble important d'organiser un accompagnement particulier par l'équipe obstétricale et psychiatrique. Toutefois, l'implication et la prise en charge par les sages-femmes des femmes enceintes et accouchées avec TB apparaît peu étudié en recherche, et non spécifié dans les différentes recommandations. En effet, lorsque nous recherchons des études à la fois sur le thème « *sage-femme* » et « *trouble bipolaire* » comme par exemple sur PubMed, il n'est retrouvé que très peu de résultats (22).

En réalisant un état de la littérature, nous avons identifié un mémoire d'étudiant sage-femme portant sur le vécu des sages-femmes lors de la prise en charge en suites de naissances d'accouchées avec des troubles psychiques sévères, dans lequel seul l'une des trois patientes incluses présentait un TB (23). Ce mémoire concluait que les sages-femmes pourraient se sentir à l'aise dans l'accompagnement des accouchées avec un trouble psychique sévère uniquement si l'ensemble des équipes psychiatriques et obstétricales étaient disponibles pour une prise en charge interdisciplinaire coordonnée. De plus, la qualité de leur accompagnement dépendait des connaissances acquises personnellement ou à l'issue de leur formation (23). Ils se sentaient à l'inverse « isolées et en insécurité » lorsque ces conditions n'étaient pas réunies (23).

La notion d'équipe interdisciplinaire revient fréquemment dans la prise en charge d'un trouble bipolaire en maternité. Celle-ci se définit comme un groupe composé de personnes possédant des formations différentes. Le préfixe « inter » n'indique pas seulement une pluralité et une juxtaposition de professionnels ou de disciplines, il évoque aussi un espace commun entre des savoirs scientifiques et des pratiques différentes (24). Autrement dit, cette vision globale implique la présence de plusieurs professionnels complémentaires, qui vont apporter une expertise singulière menant à une réflexion partagée (25). En l'occurrence, dans le secteur de la périnatalité, l'équipe interdisciplinaire comprend les sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, psychologues, psychiatres, anesthésistes, assistantes sociales et la protection maternelle et infantile (PMI). Cette équipe se réunit notamment lors de staff médico-psycho-social (SMPS) afin d'anticiper les situations à risques avant la naissance de l'enfant (26).

5. Problématique

La littérature déjà présente sur le thème des troubles bipolaires et de la grossesse, nous a permis de faire évoluer notre réflexion. Il nous apparaît alors intéressant et pertinent de nous interroger sur la prise en charge d'un trouble bipolaire chez la femme enceinte et en post-partum. Dans ce mémoire de fin d'étude, nous nous intéresserons spécialement au rôle des sages-femmes qui font partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire en périnatalité.

Ainsi, notre questionnement peut se formuler de la manière suivante, quelles sont les contributions des sages-femmes au sein de l'équipe interdisciplinaire, lors prise en charge des femmes avec un trouble bipolaire, accouchant à la maternité du CHU de Caen ?

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs

L'objectif principal de l'étude consistait à réaliser un état des lieux de la prise en charge par les sages-femmes des mères avec un trouble bipolaire (TB) en suites de naissances au sein d'une équipe interdisciplinaire.

Les objectifs secondaires visaient quant à eux à évaluer l'état de santé néonatal des enfants des mères avec un TB. L'étude avait également pour but d'identifier les spécificités de l'accompagnement pendant la grossesse et à la sortie de la maternité pour les femmes avec un TB.

2. Hypothèses

Notre hypothèse principale était la suivante : la prise en charge par les sages-femmes de patientes avec un TB était plus approfondie, plus globale en post-partum que celle sans pathologie psychiatrique et impliquerait plusieurs acteurs de l'équipe interdisciplinaire de périnatalité. Les sages-femmes étaient des acteurs de première ligne pour évaluer l'état obstétrical et psychologique des patientes avec un TB.

Nos deux hypothèses secondaires étaient les suivantes :

- La présence d'un TB chez la mère avait un impact sur l'état de santé néonatal de l'enfant.
- L'accompagnement des femmes avec un TB pendant la grossesse et à la sortie de la maternité présentait des spécificités.

3. Type d'étude

Notre recherche était une étude rétrospective, monocentrique, quantitative et observationnelle réalisée grâce à un recueil de données à partir des dossiers obstétricaux et néonataux sur la période allant du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} décembre 2022 au CHU de Caen (niveau III). En complément, une étude descriptive via les observations des sages-femmes dans les dossiers était effectuée. Elle exposait l'état somatique, affectif, familial, des mères avec un TB en postpartum immédiat.

4. Population étudiée

Pour constituer la population, deux groupes ont été formés. Un premier incluait les femmes avec un TB et un second, groupe contrôle (GC) était composé de patientes sans TB.

Les critères d'inclusion de la population de premier groupe étaient les suivants :

- Les femmes françaises avec un TB,
- Agées de 18 à 38 ans inclus
- Accouchées à terme (≥ 37 SA),
- Les femmes accouchées d'un fœtus né vivant.

Les critères de non-inclusion pour le groupe principal étaient les suivants :

- Les femmes de moins de 18 ans ou de plus de 38 ans,
- Les patientes présentant d'autres pathologies psychiatriques,
- Les accouchements sous X,
- Les morts fœtales in utéro ou péri-natales,
- Les grossesses gémellaires,
- La prématurité.

Le groupe contrôle possédait les mêmes critères d'inclusion et de non inclusion que le groupe principal, hormis le fait que les femmes n'avaient pas un TB. Pour constituer le groupe contrôle, chaque femme avec un TB a été appariée à trois patientes sans TB ayant le même âge (plus ou moins deux ans), la même parité et la même voie d'accouchement. Ce quota de patientes a été décidé après avis des statisticiens (conseil d'apparier une patiente du groupe principal à 1 à 3 patientes sans TB). Pour augmenter les effectifs et la fiabilité des statistiques, nous avons choisi d'apparier une femme avec TB à trois femmes de la population générale.

5. Critères de jugement

Le critère d'évaluation principal était une comparaison du nombre d'observations de la part des sages-femmes lors de la prise en charge des femmes avec un TB versus le groupe contrôle, qui représente la population générale.

Les critères secondaires étaient :

- Le pourcentage de perte du poids de naissance dans les premiers jours de vie et le pourcentage de mutation en service de néonatalogie,
- Le pourcentage de staff médico-psycho-social (SMPS) et le suivi à la sortie de la maternité par un psychiatre et/ou la PMI.

6. Recueil des données

Les données ont été recueillies de manière rétrospective sur 10 ans, via les dossiers informatisés du CHU de Caen. Les patientes avec un TB ont été sélectionnées à l'aide du codage F31 sur le logiciel 4D qui correspond aux troubles bipolaires.

Les variables étudiées (âge, parité et voie d'accouchement des patientes avec un TB) ont mené à la création de dix sous-groupes pour pouvoir effectuer l'appariement selon les critères énumérés précédemment (par exemple Groupe 1 : accouchements voie basse (AVB), 1^{ère} pare, âgées de 30 ans, soit 5 patientes avec un TB et 15 patientes dans le GC, voir tableau I). Ensuite, pour chaque sous-groupe, les numéros de dossiers 4D des patientes retrouvées ont été associés (exemple : le dossier 12A00851 a été associé au numéro 2 et dossier le dossier 22A01689 au numéro 228). A l'aide des 10 listes de patientes extraites, un tirage au sort a été réalisé grâce au logiciel CRAN et la formule suivante fournie par les statisticiens : « *series.1 <- c("34537", "54635", "67483", "64734") sample(series.1, size = X, replace = T)* ». La formule permettait de tirer au sort le nombre de dossier demandé pour la création de chaque sous-groupe, il fallait ensuite réassocier les numéros (exemple : le numéro 2 correspondait au dossier 12A00851).

Tableau I : Description des données permettant de constituer les groupes appariés

Numéro de groupe	Voie d'accouchement : Accouchements voie basse (AVB) / Césariennes (Cés)	Parité	Age (en années)	Nombre de patientes avec un TB	Nombre de patientes incluses dans le GC
1	AVB	1	30	5	15
2	AVB	1	35	7	21
3	AVB	2	28	3	9
4	AVB	2	32	2	6
5	AVB	3	37	2	6
6	AVB	4	29	1	3
7	Cés	1	28	3	9
8	Cés	1	34	4	12
9	Cés	2	28	1	3
10	Cés	2	34	1	3

Une fois les deux groupes établis, les logiciels « 4D », « USV2 » et « LOGIPREN » des mères et des nouveau-nés ont été consultés pour réaliser le recueil complet des données. Au niveau des outils d'analyse, la base de données a été constituée sur le logiciel Excel et les calculs statistiques ont été réalisés grâce au logiciel JASP.

7. Outils statistiques

Les variables quantitatives ont été analysées en calculant la moyenne (moy) ou médiane (med) et l'écart-type (ET). Les variables qualitatives ont été analysées en calculant le pourcentage (%) à partir du nombre de sujets (number soit l'abréviation « n ») dans l'échantillon par rapport au nombre total de sujets dans la population. Ces analyses ont été réalisées pour le groupe avec un TB et pour le groupe contrôle.

Dans un second temps, les données quantitatives de ces deux groupes ont été comparées via le test statistique de Wilcoxon-mann-whitney. En effet, le test de Student ne pouvait pas être utilisé puisque la distribution des populations n'était pas « Normale ».

Les données qualitatives de ces deux groupes ont été comparées via le test statistique de Khi-2 si les effectifs des populations étaient supérieurs ou égaux à cinq. Dans le cas inverse, un test de Fisher a été utilisé.

Une valeur de p value < 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

8. Analyse des observations des sages-femmes

En complément de cette analyse statistique, nous avons mené un recueil des observations précises des sages-femmes au sein de la population des mères avec un TB. Le recueil a été réalisé sur le logiciel référence dans « expertise obstétricale », « surveillance post-opératoire » et le logiciel 4D dans « dossier d'accouchement, surveillance du post-partum ». Les observations ont été rassemblées, puis classées pour en faire une analyse thématique.

9. Accords préalables : CLERS

Nous avons reçu un avis favorable le 25/08/2022 quant à la réalisation de l'étude par le Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé (CLERS). Les patientes ont été informées de la recherche via le principe de non opposition (Annexe 1).

RESULTATS

1. Description de la population

Notre étude a été réalisée à partir d'un recueil de données entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 novembre 2022. Durant cette période, **33772** accouchements ont eu lieu au CHU de Caen, dont **46 femmes** avec des TB (0,136%). Dans cet échantillon, **38** étaient âgées entre 18 et 38 ans. **36** patientes avaient accouché d'un singleton vivant et parmi elles **30** à terme. Au total, **29 patientes** sans autre trouble psychiatrique associés à un TB ont été incluses dans notre étude, ce qui représentait **0,086 %** des accouchements totaux sur la période retenue.

Au total, **29** patientes ont été incluses dans le groupe principal avec TB (**n=29**) et **87** patientes ont été incluses dans le groupe contrôle sans TB (**n=87**). Finalement, le nombre total de patientes au sein de l'étude était **n=116**.

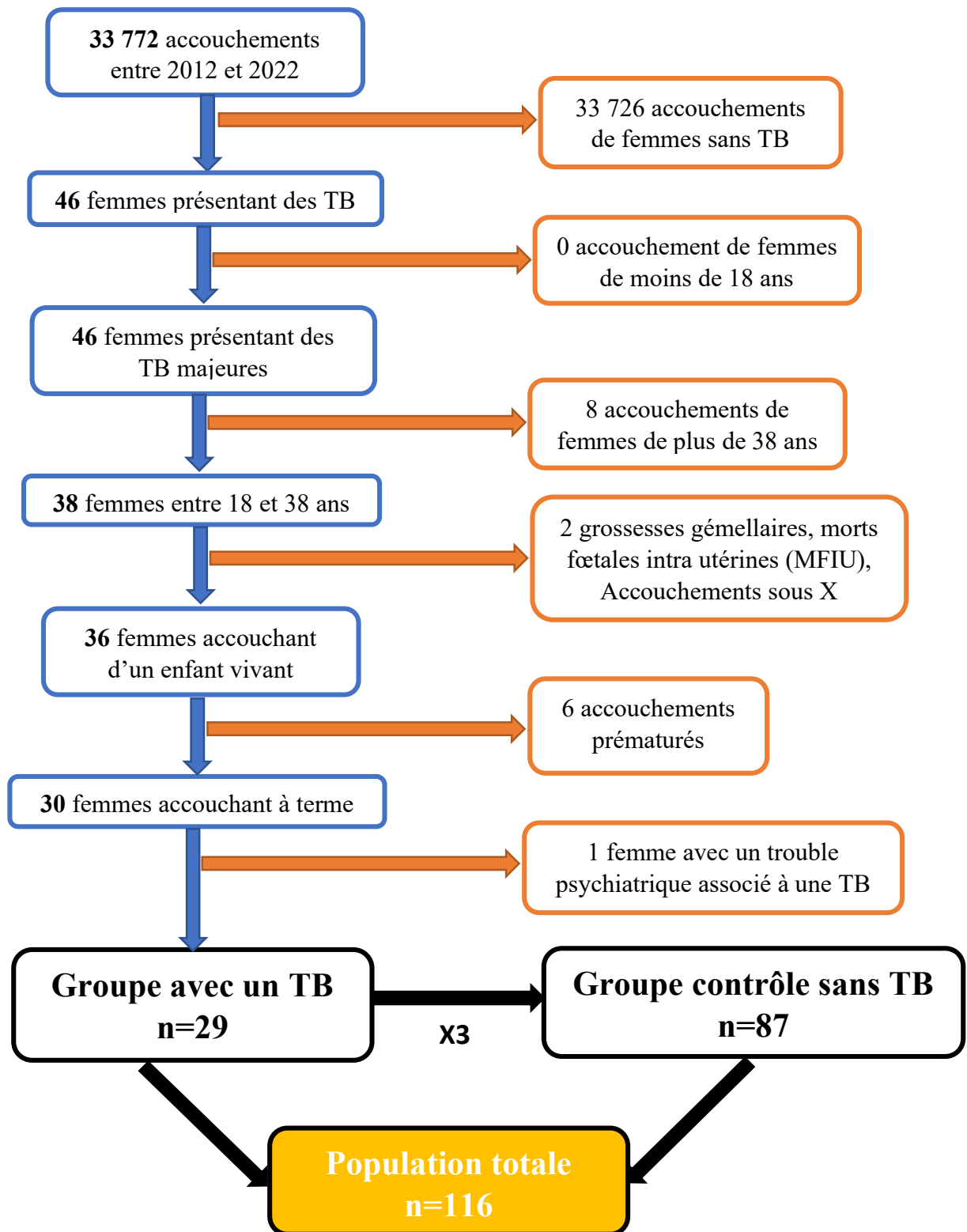


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Caractéristiques de la population

Tableau II: Analyse descriptive de la population des femmes avec un TB

Caractéristiques maternelles	Groupe avec TB n=29
Age en année (moy ± ET)	32 ± 3,3
Parité n(%)	
1ère pare	20 (69%)
2ème pare	5 (17%)
3ème pare	3 (10%)
4ème pare	1 (4%)
Voie d'accouchement n (%)	
AVB	20 (69%)
Césarienne	9 (31%)
Traitement psychotrope avant grossesse n (%)	26 (89,7%)
Arrêt traitement psychotrope pendant grossesse n (%)	10 (38,5%)
Décompensation du TB pendant la grossesse n (%)	5 (17,2%)
Suivi pédopsychiatre à la maternité pendant la grossesse n (%)	11 (38%)
Protocole personnalisé établie par un pédopsychiatre de la maternité pour la prise en charge n (%)	5 (17,2%)
Complication TB pendant le séjour à la maternité en post-partum n (%)	3 (10,3%)
Modification traitement psychotrope pendant le séjour en maternité n (%)	14 (48,3%)

3. Analyse comparative de la population avec un TB en parallèle du groupe apparié

Dans notre étude, 116 dossiers ont été sélectionnés, décomposés en 2 groupes :

- Groupe avec un trouble bipolaire (TB) : 29 dossiers (soit 25% de la population),
- Groupe contrôle (GC) : 87 dossiers (soit 75% de la population).

Tableau III : Caractéristiques maternelles de la population

Caractéristiques maternelles	Groupe avec TB n=29	Groupe contrôle n=87	p value
Gestité n (%)			
Primigeste	6 (20,7%)	39 (44,9%)	0,021
Multigeste	23 (79,3%)	48 (55,1%)	0,021
Antécédents IVG n (%)	8 (27,6%)	13 (15%)	0,126
Années d'étude post-bac (med ± ET)	1 ± 1,9	2 ± 2,4	<0,01
Consommation de toxiques n (%)			
Tabac	13 (45%)	14 (16%)	0,002
Alcool	1 (3,5%)	0 (0%)	0,250
Cannabis	2 (7%)	0 (0%)	0,013
Présence d'un coparent n (%)	27 (93%)	87 (100%)	0,013
Grossesse non désirée n (%)	4 (14%)	7 (8%)	<0,01

Tableau IV: Suivi de la grossesse

Caractéristiques maternelles liées au suivi de la grossesse	Groupe avec TB n=29	Groupe contrôle n=87	p value
Staff Médico-Psycho-Social n (%)	13 (45%)	5 (5,7%)	<0,01
Pathologies obstétricales* n (%)	19 (65,5%)	30 (34%)	0,003
Macrosomie fœtale	10 (34,5%)	8 (9%)	0,001
Diabète gestationnel	7 (24%)	12 (13,7%)	0,192
RCIU/PAG	2 (7%)	7 (8%)	1
MAP	0 (0%)	5 (5,7%)	0,32
Incompétence cervicale	1 (3,5%)	1 (1,1%)	0,44
Protéinurie isolée	1 (3,5%)	3 (3,5%)	1
Oligoamnios	0 (0%)	3 (3,5%)	0,57
Hydramnios	1 (3,5%)	0 (0%)	0,25
Hypertension artérielle chronique	0 (0%)	1 (1,1%)	1
Pré-éclampsie	2 (7%)	3 (3,5%)	0,6
HPP	0 (0%)	2 (2,3%)	1
Hospitalisation pendant grossesse n (%)	7 (24%)	8 (9%)	0,038
Motif obstétrical	2 (7%)	8 (9%)	1
Motif psychiatrique	5 (17%)	0 (0%)	<0,01
Nombre de consultations obstétricales spécialisées au CHU (med ± ET)	1 ± 2,2	0 ± 1,8	<0,01
Terme accouchement en SA (moy ± ET)	39,3 ± 1,4	39,6 ± 1,4	0,38

*les patientes pouvaient présenter une ou plusieurs pathologies obstétricales.

45% (n=13) des dossiers des femmes avec un TB étaient discutés en anténatal en Staff Médico-Psycho-Social (SMPS) versus 5,7% (n=5) dans le GC. Les dossiers des patientes avec un TB étaient donc significativement plus présentés en SMPS ($p < 0,01$).

Les femmes avec un TB présentaient près de deux fois plus de pathologies obstétricales que le GC (65,5% pour le groupe avec TB, vs. 34%, écart significatif). Nous notons significativement plus de macrosomie fœtale pendant la grossesse (estimation du poids fœtale supérieure ou égale au 90^{ème} percentile) chez les femmes avec un TB (34,5% vs. 9% dans le GC).

Tableau V: Caractéristiques néonatales de la population

Caractéristiques néonatales	Groupe avec TB n=29	Groupe contrôle n=87	p value
Poids de naissance en grammes (médiane \pm ET)	3730 \pm 630	3340 \pm 533	0,21
Apgar à 5 minutes de vie (moy \pm ET)	9,5 \pm 1,8	9,8 \pm 0,9	0,34
Pourcentage de perte de poids dans les premiers jours de vie (moy \pm ET)	4,3 \pm 3	5,3 \pm 2,5	0,047
Alimentation n (%)			
Maternelle	7 (24%)	61 (70%)	<0,01
Artificielle	22 (76%)	26 (30%)	
Pathologies ou complications néonatales* n (%)	16 (55%)	23 (26%)	0,005
Macrosomie fœtale	10 (34,5%)	8 (9%)	0,01
Hypoglycémies néonatales	4 (14%)	2 (2,3%)	0,034
Syndrome de sevrage	4 (14%)	1 (1,1%)	0,014
Détresse respiratoire	3 (10%)	5 (5,7%)	0,118
PAG	2 (7%)	5 (5,7%)	0,139
Infection néonatale	2 (7%)	4 (4,6%)	0,106
Tétralogie de Fallot	1 (3,5%)	0 (0%)	0,25
Pyélectasie bilatérale	2 (7%)	2 (2,3%)	0,26
Transfert en néonatalogie n (%)	12 (41%)	8 (9,2%)	<0,01

*les nouveau-nés pouvaient présenter une ou plusieurs pathologies néonatales.

Les nouveau-nés de mère avec un TB perdaient significativement moins de poids que les nouveau-nés du GC (4,3% \pm 3 vs 5,3% \pm 2,5 pour le GC, $p=0,047$). Moins d'un quart (24%, n=7) des nourrissons de mères avec un TB avaient une alimentation maternelle, alors que dans le groupe contrôle, près de trois quarts des nouveau-nés (70%, n=61) recevaient une alimentation maternelle (différence significative).

Le pourcentage de pathologies ou complications néonatales ($p=0,005$) et de transfert en néonatalogie ($p<0,01$) (unité kangourou, pré-sortant, soins-intensifs ou réanimation néonatale) étaient significativement plus élevés dans chez les nouveau-nés de mères avec un TB. Parmi les pathologies ou complications néonatales, c'était la macrosomie fœtale, le syndrome de sevrage et les hypoglycémies néonatales qui étaient significativement plus fréquent chez les nouveau-nés de mères avec TB. D'ailleurs, le poids de naissance de ces nouveau-nés était en moyenne majoré de 290 grammes par rapport aux nouveau-nés du GC.

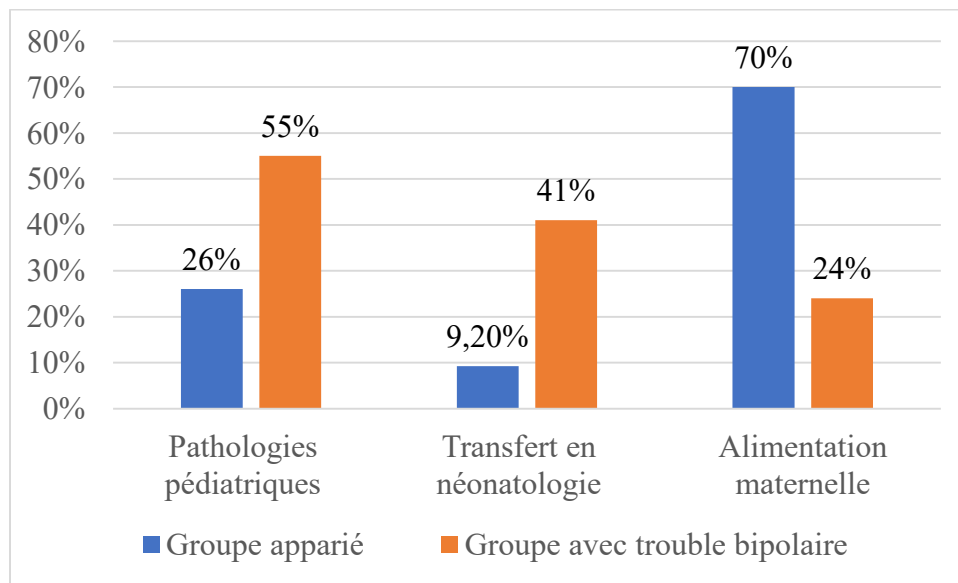


Figure 2 : Caractéristiques néonatales en présence ou non d'un TB chez la mère (n=116)

Tableau VI: Caractéristiques en post-partum de la population

Caractéristiques maternelles et post partum	Groupe avec TB n=29	Groupe apparié n=87	p value
Durée du séjour en jours (moy ± ET)	6 ± 6	4,3 ± 1,3	0,059
Nombre d'observation effectuées par les sages-femmes pendant le séjour (med ± ET)	11 ± 5	7 ± 4,5	<0,01
Service hospitalisation maternelle n (%)			
Suites de naissances	20 (69%)	83 (95,4%)	<0,01
Unité Kangourou (unité mère-enfant)	9 (31%)	4 (4,6%)	<0,01
Visite des praticiens hors SF à la maternité n (%)			
Gynécologue-obstétricien	25 (86,2%)	41 (47,1%)	<0,01
Pédopsychiatre	19 (65,5%)	6 (7%)	<0,01
Visite de sortie réalisée par la sage-femme n (%)	10 (34,5%)	54 (62%)	0,01
Particularités maternelles dans la prise en charge par les sages-femmes* n (%)	18 (62%)	30 (34,5%)	0,009
Anémie	2 (7%)	8 (9,2%)	1
Hypertension artérielle	2 (7%)	2 (2,3%)	0,26
Céphalées	2 (7%)	2 (2,3%)	0,26
Œdème des membre inférieurs	2 (7%)	8 (9,2%)	0,73
Œdème périnéal	2 (7%)	6 (7%)	1
Hyperthermie	3 (10%)	4 (4,6%)	0,36
Infections	3 (10%)	1 (1,1%)	0,048
Crevasses	4 (14%)	3 (3,5%)	0,6
Suivi à la sortie de la maternité n (%)	29 (100%)	9 (10,3%)	<0,01
Psychiatre (ou psychologue)	28 (96,5%)	3 (3,5%)	<0,01
PMI	13 (45%)	6 (7%)	<0,01

*les patientes pouvaient présenter une ou plusieurs particularités

En post-partum, la durée d'hospitalisation en maternité était en moyenne de six jours pour les femmes avec un TB, plus longue que celle des femmes sans TB (4,3 jours en moyenne, écart non significatif). Le nombre d'observation des sages-femmes sur les logiciels était significativement plus élevé pour les patientes avec TB, avec une moyenne de onze observations, versus sept observations pour les femmes du GC. La prise en charge des femmes avec TB intégrait également significativement plus les gynécologues-obstétriciens et pédopsychiatres ($p < 0.01$) que pour le groupe contrôle. 31% des patientes avec TB ($n=9$) étaient prises en charge en unité kangourou ou unité mère-enfant, ce qui est significativement plus élevé que pour le GC (4,6%, $n=4$).

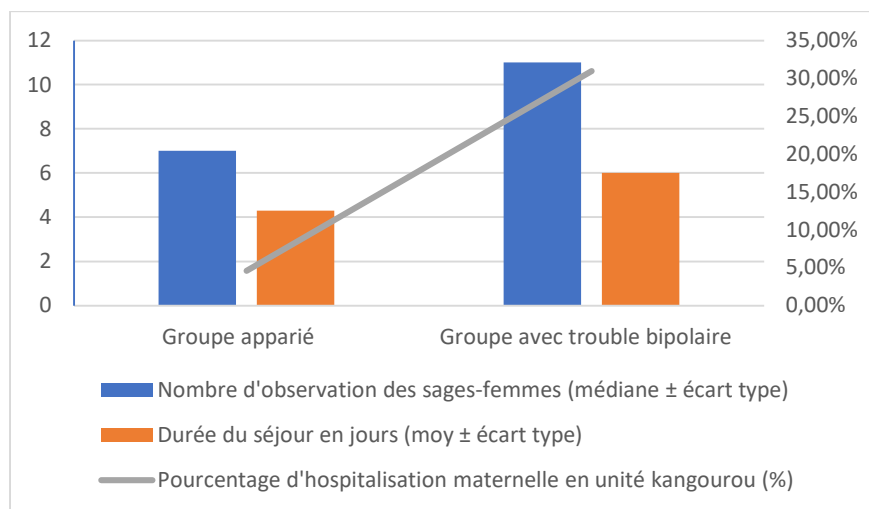


Figure 3 : Prise en charge des mères avec un TB en post-partum à la maternité (n=116)

Toutes les patientes bénéficiaient d'un suivi à la sortie de la maternité : 96,5% par un psychiatre (ou psychologue) et 45% par le service de protection maternelle et infantile (PMI) (suivi significativement plus organisé en présence d'un TB chez la mère vs. GC).

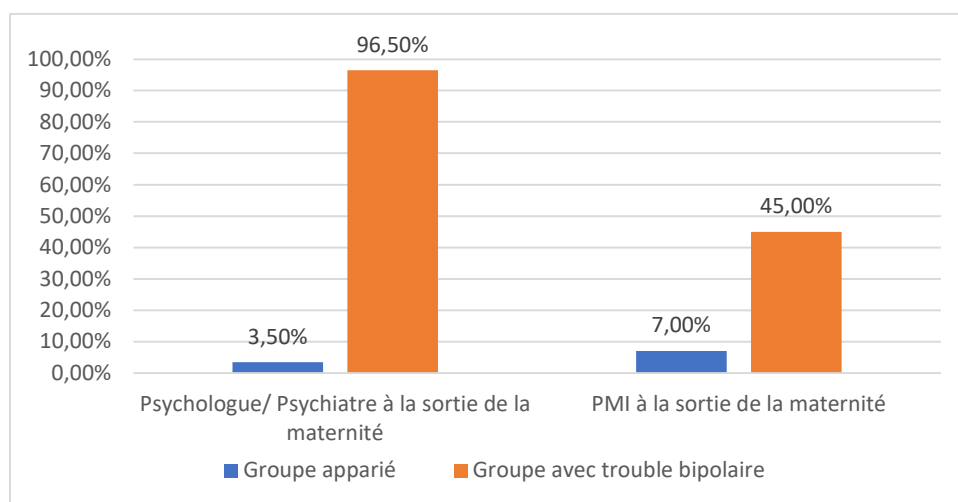


Figure 4 : Suivi à la sortie de la maternité pour les femmes avec un TB (n=29)

4. Observations des sages-femmes pour les mères avec un TB

Tableau VII : Analyse thématique des observations des sages-femmes en post-partum

Thèmes isolés	n=29 (%)	Champs lexical associé
Evaluation de l'humeur	27 (93%)	« bon moral », « moral semble bon », « coup de mou », « triste de ne pas être avec son bébé », « mieux moralement et psychiquement », « état émotionnel stable »
Relation mère-enfant	18 (62%)	« relation mère/bébé se met en place », « se sent plus à l'aise avec son bébé », « bonne relation mère-enfant », « bon lien mère-enfant », « bébé contre elle », « bébé dans les bras », « bonnes interactions mère-enfant », « investissement de la relation avec son bébé », « peu de soin réalisé par la patiente », « bébé mis en peau à peau »
Présence d'un coparent et/ou de l'entourage	17 (59%)	« conjoint présent et investi », « conjoint soutenant et disponible », « conjoint soutenant reste dormir les nuits », « mari très présent et la soutient », « famille présente pour la sortie », « bon entourage familial », « patiente entourée »
Visite ou appel d'un pédopsychiatre	15 (52%)	« pédopsychiatre vu », « appel pédopsychiatre astreinte pour CAT », « pédopsychiatre venu ce jour », « pédopsychiatre passé », « ne ressent pas le besoin de rencontrer pédopsychiatre pendant séjour », « souhaite voir pédopsychiatre »
Evaluation du sommeil, du repos de la patiente	14 (48%)	« se repose », « fatiguée », « sommeil de qualité mais réveils difficiles à gérer », « fatigue s'accumule », « se programme des siestes », « sommeil compliqué à la maternité », « a dormi un peu », « sommeil semble de bonne qualité », « bébé est en nurserie pour que la patiente se repose », « difficultés à s'endormir »
Présence ou non de signes de décompensation	11 (38%)	« crise maniaque cette nuit, patiente complètement déboussolée », « parle beaucoup », « logorrhéique », « grand gestes », « excitabilité », « patiente exaltée », « patiente énervée », « labilité émotionnelle décrite par la patiente en pleurs ce matin », « patiente délirante », « la patiente exprime qu'elle ne se sent pas bien », « envie de crier, d'étrangler quelqu'un », « patiente très ralentie, pose plusieurs fois les mêmes questions »
Patientes anxieuses	8 (28%)	« anxiété, angoisse, stressée », « crise d'angoisse », « inquiète pour son bébé », « crainte »,
Difficultés rencontrées par l'équipe	2 (7%)	« patiente souhaite que le service s'occupe de sa fille la nuit pour qu'elle puisse dormir, sage-femme ok selon possibilités du services, sollicitations ++ du service, compliqué à gérer pour les sages-femmes car service plein », « patiente énervée, ne comprend pas qu'on ne lui ait pas donné le Dostinex, explication de contre-indication, patiente décide de partir, retrouvée dans le hall par son mari, appel pédopsychiatre de garde », « patiente a menacé de quitter le service suite à l'altercation de cet après-midi »

DISCUSSION

Notre recherche avait pour objectif principal de réaliser un état des lieux de la prise en charge par les sages-femmes des mères avec un TB en suites de naissances, au sein d'une équipe interdisciplinaire, au CHU de Caen. Nous avons identifié une corrélation entre la présence d'un TB et le nombre d'observations de part des sages-femmes.

Secondairement, nous souhaitions évaluer l'état néonatal des enfants des mères avec un TB. Le taux de transfert en néonatalogie était significativement plus élevé chez les nouveau-nés de mères avec un TB.

Enfin, l'étude avait pour but de connaître les spécificités de l'accompagnement de ces femmes, pendant la grossesse et à la sortie de la maternité. La moitié des situations étaient discutées en staff médico psycho-social anténatal. Toutes les patientes bénéficiaient d'un suivi psychiatrique (ou psychologique) à la sortie de la maternité et la moitié étaient aussi orientées en PMI.

1. Age, voie d'accouchement et complications psychiatriques des femmes avec un trouble bipolaire en post-partum

L'âge moyen des femmes accouchées avec un TB était de 32 ans en moyenne dans notre étude, soit 1 an et demi de plus que la moyenne d'âge des femmes accouchées dans la population générale sur la même période (27). A cela s'ajoute les 8 exclusions pour âge supérieur à 38 ans. Nous pouvons alors supposer que ces femmes avec TB ont attendu d'avoir un trouble suffisamment stabilisé pour s'engager dans une grossesse. Nous pouvons aussi présumer qu'un relai thérapeutique, vers un traitement plus sécurisé vis-à-vis de la grossesse, ait pu retarder le début de la grossesse (20). Ces hypothèses sont toutefois nuancées par le taux de grossesse non désirées dans notre population (14% vs. 7% dans le groupe contrôle).

Pendant la grossesse, 17,2 % des patientes avec un TB ont décompensé, soit un résultat inférieur au 24 % de décompensation retrouvée à la suite d'une revue de la littérature (17). Concernant le taux de rechute en post-partum, il était de 10,3 % dans notre population, bien moindre que le pourcentage retrouvé via une méta-analyse qui était 35 % (patientes avec ou sans traitement thymorégulateur). Cependant, ce dernier résultat incluait uniquement les décompensations pendant le séjour à la maternité, or une grande partie des décompensations surviennent au retour à domicile (18).

Par ailleurs, nous pouvons supposer que l'âge plus avancé des femmes avec TB de notre population et l'équilibre de leur humeur en période préconceptionnelle permettait de limiter les décompensations pendant la grossesse et en post-partum.

Concernant la voie d'accouchement, le taux de césarienne était de 31 %. Ce qui est supérieur à la moyenne nationale de 21.4 % dans la population générale sur la période 2016 et 2021, mais inférieur au taux de 40 % identifié dans des études internationales chez les femmes avec TB (28, 29). Ce résultat pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des macrosomies fœtales dans notre population avec TB (34,5 % vs 9 % dans le groupe contrôle), qui constitue un facteur de risque de césariennes (30). L'exposition néonatale aux antipsychotiques est aussi associée dans la littérature à un risque accru de macrosomie fœtale, possiblement liée à leurs effets indésirables métaboliques (31).

Une hypothèse qui pourrait regrouper ces données, serait que les femmes de la population d'étude avaient un TB relativement bien stabilisé au moment de l'accouchement. Cela s'obtenant au prix d'une grossesse plus tardive et engendrant davantage de macrosomies et de césariennes.

2. Santé des nouveau-nés de mères avec TB

La perte de poids des nouveau-nés est définie comme physiologique dans les premiers jours de vie si elle est inférieure à 10% du poids de naissance, du principalement à une perte de l'œdème (32). La perte de poids était supérieure chez les nouveau-nés de mère sans TB par rapport aux nouveau-nés de mères avec TB et physiologiques dans ces deux groupes. Cette perte de poids supérieure dans le groupe témoin pourrait être expliquée par la proportion d'allaitement dans ce groupe (70%). La perte de poids est plus importante chez les enfants allaités car les quantités de colostrum prises dans les premiers jours de vie sont moindres (32). Dans notre étude, seulement un quart des mères avec TB allaitaient, ce qui peut être lié à la contre-indication à l'allaitement de plusieurs traitements thymorégulateurs (lithium, lamotrigine, carbamazépine, neuroleptiques à fortes posologies) (33). Malgré les bénéfices de l'allaitement et le souhait des mères avec TB d'allaiter, le rapport bénéfice/risque des psychotropes dans le traitement du TB est en défaveur de l'allaitement maternel (33, 34).

Le pourcentage de transfert en néonatalogie était environ quatre fois plus élevé chez les nouveau-nés de mères avec un TB par rapport aux nouveau-nés contrôles (41% vs. 9,2%). Ces derniers étaient majoritairement accueillis en unité kangourou (31% vs. 4,6%). Ce recours supérieur à l'unité kangourou pourrait être lié aux signes de sevrage, hypoglycémie, et macrosomie, plus fréquents chez les nouveau-nés de mères avec TB par rapport aux nouveau-nés contrôles.

Le syndrome de sevrage (arrêt brutal du passage de la molécule médicamenteuse chez le nouveau-né à la naissance) survient essentiellement lors d'une exposition fœtale aux benzodiazépines, antidépresseurs, traitements de substitution aux opiacés, qui ne sont pas des traitements thymorégulateurs mais qui peuvent être indiqués dans le traitement du TB (16). Nous pouvons supposer que ce syndrome de sevrage était consécutif aux psychotropes coprescrits aux traitements thymorégulateurs ou que cette appellation (« syndrome de sevrage ») recouvrait en fait un syndrome d'imprégnation marqué principalement par une hypotonie à la naissance (16, 35, 36). L'hypoglycémie néonatale est concomitante au syndrome de sevrage en psychotropes, mais est aussi une conséquence de la macrosomie fœtale (37, 38). Dans la majorité des cas, cela reste des complications peu sévères, avec un bon pronostic néonatal (37, 38).

55% des nouveau-nés de mères avec TB présentaient une complication néonatale et 41% étaient hospitalisés en néonatalogie, dont 31% en unité kangourou. Nous pouvons donc valider l'hypothèse supposant que le TB maternel est associé à davantage de complications néonatales par rapport au groupe témoin. Il s'agit d'une association statistique, mais le lien causal ne peut pas être démontré. En effet, d'autres causes peuvent être discutées, en particulier l'effet indésirable des psychotropes et l'IMC qui n'a pas été mesuré. Toutefois, les principales complications néonatales observées (syndrome de sevrage, hypoglycémie, macrosomie) sont à terme de pronostic favorable.

3. Prise en charge par les sages-femmes des mères avec TB en suites de naissances

Onze observations en moyenne étaient rédigées par les sages-femmes durant l'hospitalisation pour les mères avec un TB, contre sept dans le groupe contrôle (différence significative). Huit thèmes ont été identifiés, qui correspondent à deux dimensions principales. La première dimension était l'évaluation psychiatrique minimale et le lien avec l'équipe pédopsychiatrique qui rassemblait les thèmes suivants : évaluation de l'humeur, du sommeil et du repos de la patiente, présence ou non de signes de décompensation, anxiété et angoisse, visite ou d'un appel au pédopsychiatre. La seconde dimension était la qualité des relations dyadiques et triadiques regroupant les thèmes de l'évaluation de la relation mère-enfant, de la présence d'un coparent et/ou de l'entourage. Notons que le thème « difficultés rencontrées par l'équipe » est d'occurrence rare dans les observations.

En premier lieu, les observations des sages-femmes se rapportaient au TB de leurs patientes. Ces observations s'intéressaient d'abord à la recherche d'une complication ou d'une décompensation psychiatrique du TB (par ex. « discours logorrhéique », « labilité émotionnelle »). Cela suggère que les sages-femmes s'enquéraient de l'état de santé psychique de leurs patientes, connaissant ou supposant les risques de ce trouble mental en postpartum. Nous pouvons présager que les sages-femmes étaient sensibles au fait que les complications néonatales, plus nombreuses chez ces femmes avec TB, sont aussi une source de stress supplémentaire. Les sages-femmes semblaient aussi avoir connaissance que la qualité du sommeil dans les troubles psychiatriques et en particulier les TB est un facteur protecteur vis-à-vis du risque de décompensation (par ex., psychose puerpérale) (39, 40). L'implication du coparent notamment la nuit, ou la garde du nouveau-né en nurserie lorsque la charge du service le permet, sont des ressources thérapeutiques envisageables pour les mères avec TB.

L'appel ou la visite du pédopsychiatre était renseigné dans 52% des dossiers, ce qui laisse penser que les sages-femmes s'assuraient d'une prise en charge spécialisée pour leurs patientes. Notre profession permet de prendre en charge, de façon globale, les femmes lorsque le suivi est physiologique (41). En présence d'une pathologie, notamment le TB, la sage-femme doit faire appel à un médecin (41). Dans notre étude, les pédopsychiatres pour 65,5% des patientes et les gynécologues-obstétriciens pour 86,2% des patientes intervenaient dans la prise en charge des patientes avec un TB (différence significative).

En second lieu, les sages-femmes évaluaient dans 62% des dossiers l'établissement des liens dyadiques mère-enfant et dans 59% des dossiers triadiques mère, coparent, enfant. Nous pouvons supposer que les sages-femmes étaient sensibles au fait qu'une pathologie néonatale peut rendre plus difficiles les premiers liens dyadiques et triadiques et nécessite un accompagnement spécifique (informer, expliquer, rassurer, déculpabiliser, soutenir). Les sages-femmes semblaient aussi être conscientes qu'un trouble psychiatrique maternel s'associe à des difficultés de la régulation émotionnelle, particulièrement lorsque le nouveau-né est hospitalisé en néonatalogie ou en unité kangourou.

Rarement, les sages-femmes rapportaient des difficultés dans la prise en charge des patientes avec un TB. Cela conforte l'hypothèse précédente selon laquelle les femmes rencontrées dans notre étude avaient un TB stabilisé.

Finalement, de ces observations, nous pouvons présumer que les sages-femmes contribuent à la prise en charge globale des mères avec TB, en évaluant régulièrement la santé psychique et le bien-être maternel, en s'assurant d'une évaluation psychiatrique spécifique ; soutenant la relation mère- et parent-bébé dans le contexte des complications néonatales possibles. Nous pouvons valider l'hypothèse indiquant que la prise en charge par les sages-femmes de patientes avec un TB était plus approfondie, plus globale en post-partum que celle des mères contrôles, et qu'elle impliquait plusieurs acteurs de l'équipe interdisciplinaire de périnatalité. Les sages-femmes étaient des acteurs de première ligne pour évaluer l'état obstétrical et psychologique des patientes avec un TB.

4. Spécificités de l'accompagnement des femmes avec un TB en maternité

Environ la moitié (45%) des patientes avec TB étaient présentées au staff médico-psycho-social (SMPS) anténatal. En période postnatale, environ la moitié des patientes (45%) bénéficiaient d'un accompagnement par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et 96,5% par un psychiatre ou un psychologue. En associant ces deux acteurs (PMI et/ou psychiatre/psychologue), toutes les patientes avec un TB bénéficiaient d'un accompagnement en post-partum.

Le SMPS est une réunion pluridisciplinaire présentant les situations de vulnérabilité psychologique et/ou sociales qui regroupe : sages-femmes et puéricultrices, hospitalières et de PMI, psychologue(s), pédopsychiatre(s), représentants de la gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie (soignants, cadres) (26).

Le SMPS permet d'organiser et de coordonner une prise en charge ou des soins, de manière optimale et spécifique pendant la grossesse et en vue du post-partum (26). Vis-à-vis des mères avec TB, ce staff permet :

- D'organiser un premier contact anténatal, avec le pédopsychiatre ou psychiatre intervenant à la maternité, en vue d'anticiper le passage à la maternité (s'assurer de la stabilité clinique, faire le lien avec le psychiatre traitant, définir une conduite à tenir en cas de décompensation, rédiger les ordonnances pour le séjour, prendre en charge les difficultés dans la parentalité future pressenties par la patiente),
- D'organiser la prise en charge postnatale à la maternité compte tenu de l'état de santé anticipable de l'enfant (par exemple en cas de syndrome de sevrage ou de risque d'hypoglycémie lié à la macrosomie),
- D'anticiper les difficultés de parentalité au regard du TB via une intervention précoce de la PMI (par ex. : besoin de sommeil des mères avec TB vs. réveils de l'enfant ; gestion du stress des mères avec TB vs. pleurs du bébé),
- Si besoin, discuter d'une observation du lien mère-enfant à la maternité (45% des patientes présentées lors des staffs MPS en région PACA) (42).

Les sages-femmes hospitalières et territoriales (PMI) interviennent à chacune de ces étapes, en organisant, réalisant, ou coordonnant ces soins. Le SMPS et/ou les sages-femmes de suites de naissances organisent aussi le suivi des patientes au retour à domicile en post-natal : avec les sages-femmes libérales, les sages-femmes et puéricultrices de PMI et les psychiatres ou psychologues (42).

Ainsi, nous pouvons supposer que les sages-femmes ont conscience qu'un TB chez une mère peut provoquer l'apparition de nombreuses angoisses chez elle et des difficultés à la parentalité, avec à terme un risque de décompensation. Pour prévenir ces risques, les sages-femmes contribuent à l'organisation d'un suivi spécifique et adapté des femmes avec un TB pendant la grossesse et à la sortie de la maternité (Staff MPS, suivi psychiatrique et PMI). Ces aménagements significativement plus fréquents dans le groupe avec TB nous permettent de valider notre dernière hypothèse.

5. Forces et faiblesses de l'étude

En premier lieu, la méthodologie choisie comporte de nombreux points forts tels que la présence d'un groupe contrôle apparié. En effet, tirer au sort les dossiers et appairer les deux groupes selon l'âge, la voie d'accouchement et la parité permettait de réduire les biais de sélection. Par exemple, l'âge aurait pu avoir une influence sur le taux de pathologies obstétricales et la voie d'accouchement sur la durée du séjour. Il a aussi été décidé d'inclure trois fois plus de patientes dans le groupe sans TB pour augmenter l'effectif total et ainsi rendre l'étude plus fiable. Cette méthodologie a été validée par les statisticiens et a permis de comparer les prises en charges des soignants en présence ou non d'un TB chez la mère en limitant le biais.

Un autre point fort de l'étude était qu'elle abordait une thématique très peu étudiée dans le métier de sage-femme et en particulier dans les mémoires des étudiants en maïeutique. Il existe de nombreuses recherches sur les thérapeutiques compatibles avec la grossesse pour une femme avec un TB ou quelques mémoires sur la prise en charge d'un trouble psychiatrique de manière générale, mais très peu de recherches s'intéressent aux contributions des sages-femmes au sein de l'équipe interdisciplinaire, dans la prise en charge des femmes avec un TB. C'est donc un sujet novateur, qui peut mener à de nombreuses réflexions, voir une amélioration des pratiques au niveau de la prise en charge d'une pathologie qui présente un fort risque de décompensation en post-partum.

Pour finir, nous avons choisi d'effectuer un recueil de données approfondi des dossiers. En effet, les prises en charges ont été étudiées à différentes périodes (pendant la grossesse, en post-partum immédiat et à la sortie de la maternité) ; à la fois sur le plan maternel, néonatal. Cette méthodologie a été pensée pour être la plus complète possible. Nous avons souhaité comparer les modalités de la prise en charge des femmes avec ou sans trouble bipolaire, afin de comprendre comment adapter au mieux le suivi de ces femmes en post-partum, plus particulièrement par la profession de sages-femmes.

Cependant, nous pouvons supposer l'existence de certains biais dans cette étude. D'abord, le premier était un biais de sélection. En effet, la population du groupe principal de l'étude, composée de femmes accouchées avec un TB représentait 0,136% de l'ensemble des accouchements sur 10 ans. Pourtant, le TB affecterait plus d'un pourcent de la population mondiale (1), nous pouvons donc soupçonner un biais de recrutement des patients et que l'étude ne représente pas la proportion des femmes avec un TB dans la population générale.

De plus, comme expliqué dans l'introduction, le diagnostic de TB est difficile à établir et souvent tardif (7). Par conséquent, l'effectif des patientes avec un TB de l'étude pourraient être sous-estimé par rapport à l'effectif réel, ce qui constitue un biais d'information. Ensuite, certains critères comme l'indice de masse corporel ou le taux d'extraction instrumentale, nous aurait permis d'avoir une analyse plus complète, notamment au vu des pourcentages de macrosomie fœtale.

La méthode de recherche pourrait aussi être à l'origine de biais de subjectivité de l'observateur. En effet, notre étude se basait sur l'analyse des dossiers informatiques remplis par les équipes. En fonction des équipes, de la charge de travail mais aussi de la multiplication des supports informatiques (4D, référence, Logipren), il pouvait exister une variation de la qualité et de la quantité de saisie des données dans les dossiers.

Pour finir, les deux derniers points faibles de l'étude que nous avons relevés étaient le faible échantillon de femmes avec un TB (29 dossiers) et la méthode rétrospective considérée comme un faible niveau de preuve scientifique selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (43).

CONCLUSION

Le trouble bipolaire ferait partie des 10 maladies les plus invalidantes et toucherait 1% de la population mondiale (1,11). Cette pathologie psychiatrique présente un risque accru de décompensation en période périnatale, principalement durant les deux premières semaines du post-partum (32).

L'objectif principal de notre étude était de réaliser un état des lieux de la prise en charge par les sages-femmes, des femmes avec un TB en suites de naissances, au sein d'une équipe interdisciplinaire. Nous avons constaté que les sages femmes donnaient une attention particulière au couple mère-enfant avec significativement plus d'observations de leur part. Ces écrits portaient notamment sur l'état psychologique des patientes et l'établissement des liens mère-enfant-coparent. Ces professionnels étaient en première ligne pour organiser les soins avec l'équipe interdisciplinaire et notamment les pédopsychiatres et les gynécologues-obstétriciens dans respectivement 86,2% et 65,5% des situations.

Les sages-femmes étaient d'autant plus présentes pour les mères avec un TB, que la santé de leur nouveau-né était marquée par des complications plus fréquentes (syndrome de sevrage, hypoglycémie néonatales, macrosomie). Cela engendrait des transferts en néonatalogie plus nombreux (41% contre 9,2%), notamment en unité kangourou (31% contre 4,6%) et donc des situations psychologiquement plus à risque d'angoisses, et à terme de décompensation.

Enfin, les sages-femmes contribuaient à la coordination d'une prise en charge spécifique des femmes avec un TB, pendant la grossesse et le post-partum. En anténatal, le SMPS constituait un moyen d'échanger et d'organiser le suivi avec l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire (45% des dossiers présentés). Au retour à domicile, le suivi des patientes était toujours programmé, 96,5% d'entre elles avec un psychiatre (ou psychologue) et 45% avec la PMI.

Afin de poursuivre les recherches, nous pourrions réaliser une étude sur le déroulement et les issues de la prise en charge au retour à domicile des mères avec un TB. Nous pourrions connaître, via notamment les professionnels libéraux, les taux de décompensation et d'hospitalisation en psychiatrie, pour rechercher des corrélations avec le suivi de la grossesse ou l'accompagnement en suites de naissances.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *The Lancet*. 2015 ;387(10027):1561-72
2. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021.
3. Haute autorité de santé. (page consultée le 21/11/2022). Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf.
4. Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding MC, éditeurs. *Mini DSM-5®: critères diagnostiques*. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS; 2016. 347 p.
5. Étain B. Clinique de la bipolarité. *Le Journal des psychologues*. 2009;273(10):20-23
6. Benazzi F. Phenotype of bipolar II depression: comment on « Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach ». *Bipolar Disord*. mai 2009;11(3):337-8.
7. Axelson D, Goldstein B, Goldstein T, Monk K, Yu H, Hickey MB, et al. Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder among Offspring of Parents with Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *Am J Psychiatry*. 1 juil 2015;172(7):638-46
8. Ferrero F, Aubry JM, éditeurs. *Traitements psychologiques des troubles bipolaires*. 1^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2009. (Collection Médecine et psychothérapie; vol. 1).
9. Leboyer M, éditeur. *Troubles bipolaires: pratiques, recherches et perspectives*. Montrouge: J. Libbey Eurotext; 2005. (Pathologie, sciences, formation).
10. Nivoli AMA, Pacchiarotti I, Rosa AR, Popovic D, Murru A, Valenti M, et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*. Oct 2011;133(3):443-9.
11. Bourgeois ML, Gay C, Henry C, Valenti M, éditeurs. *Les troubles bipolaires*. Paris: Médecine sciences publications-Lavoisier; 2014. 620 p. (Collection Psychiatrie).
12. Fajutrao L, Locklear J, Priaulx J, Heyes A. A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5(1):3.
13. Aubry JM, Ferrero F, Schaad N, Sartorius N, éditeurs. *Pharmacothérapie des troubles bipolaires*. 1^e éd. Genève: Médecine et hygiène; 2004.
14. Krantz M, Goldstein T, Rooks B, Merranko J, Liao F, Gill MK, et al. Sexual Risk Behavior Among Youth With Bipolar Disorder: Identifying Demographic and Clinical Risk Factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Fév 2018;57(2):118-24
15. Zengin Eroglu M, Luş MG. Impulsivity, Unplanned Pregnancies, and Contraception Among Women with Bipolar Disorder. *NDT*. Fév 2020;Volume 16:407-14

16. Sutter-Dallay A-L. Le lithium et la grossesse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mai 2014;172(3):229-33
17. Salim M, Sharma V, Anderson KK. Recurrence of bipolar disorder during pregnancy: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. Août 2018;21(4):475-9
18. 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. *AJP*. Fév 2016;173(2):117-27
19. Vacheron M-N, Tessier V, Rossignol M, Deneux-Tharaux C. Mortalité maternelle par suicide en France 2013–2015. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. Jan 2021;49(1):38-46
20. Mahmood A. Retentissement obstétrical et néonatal des troubles bipolaires ou dépressifs pendant la grossesse [thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine]. Paris: Université Paris Descartes; 2017.
21. Haute autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *La Revue Sage-Femme*. Déc 2007;6(4):216-8
22. Pubmed. (date : 03 Jan. 2023). (midwife [Title/Abstract]) AND (bipolar disorder [Title/Abstract]), [en ligne]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28midwife%5BTitle%2FAbstract%5D%29+AND+%28bipolar+disorder%5BTitle%2FAbstract%5D%29>
23. Dubreucq M, Jourdan S, Poizat A, Dubreucq J. Ressenti des sages-femmes dans la prise en charge en suites de couche des patientes avec troubles psychiques sévères : une analyse qualitative. *L'Encéphale*. juin 2020;46(3):226-30
24. Gusdorf G. Réflexions sur l'interdisciplinarité. *Bulletin de psychologie*. 1990;43(397):869-85
25. Couturier Y. Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? Distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée. *Recherche en soins infirmiers*. 2009;97(2):23-33
26. Charnay M, Gardette V, Raynaud JP, Parant O, Franchitto L. Réunions pluridisciplinaires en maternité pour les femmes à haut risque médico-psycho-social : étude qualitative entre 2012–2018. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 nov 2021;49(11):830-7
27. Insee. (page consultée le 21/02/2023). Âge moyen de la mère à l'accouchement, [en ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-figure1>
28. Santé publique France. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 [en ligne]. 2021, (page consultée le 21/02/2023). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021>
29. Solé E, Torres A, Roca A, Hernández AS, Roda E, Sureda B, et al. Obstetric complications in bipolar disorder: The role of mental health disorders in the risk of caesarean section. *Journal of Affective Disorders*. juin 2019;252:458-63
30. Ridha F, houssem R, Latifa M, Ines M, Sabra H. Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de la macrosomie fœtale: étude comparative à propos de 820 cas. *Pan Afr Med J* [en ligne]. 2017, (page consultée le 07/03/2023). Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/126/full/>

31. Ellfolk M, Leinonen MK, Gissler M, Lahesmaa-Korpinen AM, Saastamoinen L, Nurminen ML, et al. Second-generation antipsychotics and pregnancy complications. *Eur J Clin Pharmacol*. 1 janv 2020;76(1):107-15.
32. Fonseca MJ, Severo M, Barros H, Santos AC. Determinants of Weight Changes During the First 96 Hours of Life in Full-Term Newborns. *Birth*. juin 2014;41(2):160-8
33. Pastol J. Traitement thymorégulateur d'un trouble Bipolaire au cours de l'allaitement maternel une revue de la littérature concernant le passage du médicament dans le lait maternel [thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine]. MARSEILLE : Aix MARSEILLE Université ; 2022.
34. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*. Nov 2013;20:S29-48.
35. Coulm B, Beghin D, Vauzelle C, Elefant É. Femme enceinte et traitements psychotropes. *Sages-Femmes*. 1 juill 2022;21(4):21-4
36. Van der Lugt NM, van de Maat JS, van Kamp IL, Knoppert-van der Klein EAM, Hovens JGFM, Walther FJ. Fetal, neonatal and developmental outcomes of lithium-exposed pregnancies. *Early Human Development*. 1 juin 2012;88(6):375-8
37. Uguz F. The Relationship Between Maternal Antidepressants and Neonatal Hypoglycemia: A Systematic Review. *Alpha Psychiatry*. sept 2021;22(5):224-9.
38. Ridha F, Houssein R, Latifa M, Ines M, Sabra H. Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de la macrosomie fœtale: étude comparative a propos de 820 cas Risk factors and materno-fetal prognosis of foetal macrosomia: comparative study of 820 cases. *Pan Afr Med J*. 10 oct 2017;28:126.
39. Nordon C, Sutter AL, Verdoux H. Prise en charge des femmes souffrant d'un trouble bipolaire de la conception au post-partum. *La Presse Médicale*. Déc 2007;36(12):1913-8
40. Geoffroy PA. Le trouble bipolaire : une maladie du sommeil et des rythmes circadiens ? *European Psychiatry*. Nov 2014;29(S3):557-8.
41. Légifrance. (page consultée le 17/03/2023). Article L4151-3 - Code de la santé publique - [en ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688931
42. Roth B, Einaudi MA, Tardieu S, Bernard O. Évaluation des pratiques d'un dispositif de prévention des vulnérabilités périnatales : les staffs médico-psychosociaux. *Périnatalité*. 2021;13(4):173-82
43. Haute autorité de santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [en ligne]. Avr 2013, (page consultée le 07/03/2023). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

ANNEXES



C.L.E.R.S

Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie

Adresse pour toute
correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire Moutel

Membres

Fanny Rogue
Pr Philippe Ravasse
Nathalie Brielle
Dr Sonia Guillouet,
Guillaume Grandazzi
Claude Françoise
François Girault
Véronique Gauthier
Dr Bertille Suzat
Dr Xavier Humbert
Pr Achille Aouba
Dr Remy Morello

A : Nolwenn GOUACHE

Objet : avis favorable projet de recherche N° 3515

Cher(e) collègue,

Nous avons analysé au sein du comité d'éthique de la recherche (CLERS) votre étude : Contributions des sages-femmes au sein de l'équipe interdisciplinaire, dans la PEC des femmes atteintes de troubles bipolaires accouchant à la maternité du CHU de Caen

Projet soumis pour validation éthique.

Notre comité, après en avoir fait l'analyse, a émis l'avis suivant :

Avis Favorable

Cette étude apparaît conforme aux règles et standards éthiques requis. Nous avons bien pris note et vous rappelons que vous vous engagez dans le projet soumis et validé par notre comité à :

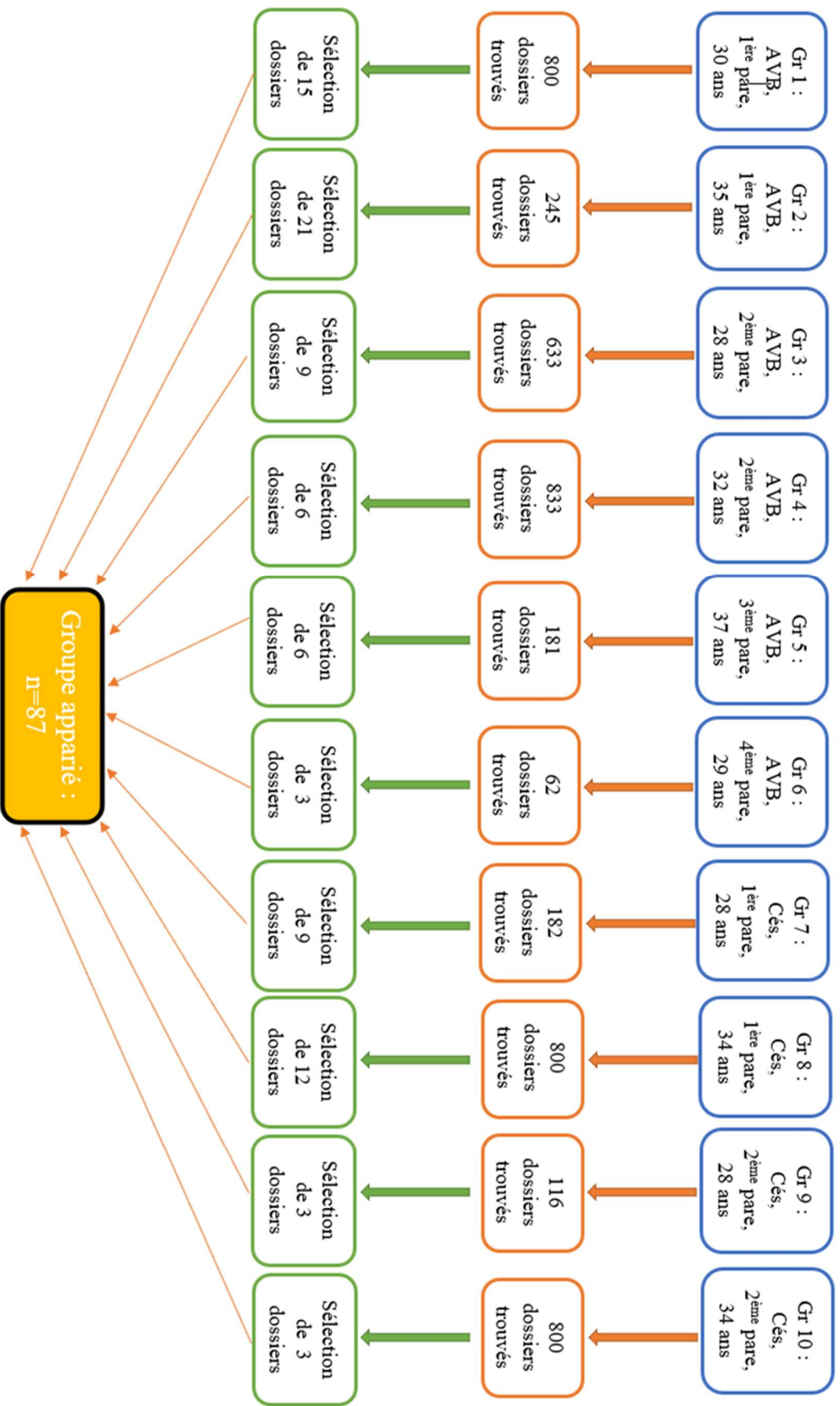
- Une démarche qui n'implique aucune visite ou soin ou acte invasif supplémentaire à ce qui est prévu dans le cadre de leurs soins courants.
- Une analyse des données respectant le caractère totalement anonyme de celles-ci et le secret médical, avec un traitement des données de santé conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.
- **Respecter le principe d'information des participants, information adossée au principe de non opposition (voie d'affichage, livret d'accueil...)**

Cordialement

Pr G Moutel

Président du CLERS

25/08/2022



Annexe 2 : Figure du système d'inclusion du groupe apparié

RESUME

Méthode - Etude rétrospective, observationnelle réalisée entre 2012 et 2022 au CHU de Caen. Deux groupes ont été formés, le premier de 29 femmes avec un trouble bipolaire et le second de 87 patientes sans trouble bipolaire.

Résultats- En post-partum, le nombre d'observation des sages-femmes notamment sur la santé psychique et le bien-être maternel était significativement plus élevé pour les patientes avec un trouble bipolaire. Les gynécologues-obstétriciens et les pédopsychiatres intervenaient aussi dans respectivement 86,2% et 65,5% des cas.

Conclusion- Les sages femmes participaient au dépistage des signes de complications du trouble bipolaire et évaluaient l'établissement des interactions du couple mère-enfant, ils sont en première ligne pour l'organisation des soins dispensés par l'équipe interdisciplinaire.

Mots clés – trouble bipolaire, contributions des sages-femmes, équipe interdisciplinaire, suites de naissance.

Titre - Contributions des Sages-femmes au sein de l'équipe interdisciplinaire, à la prise en charge des femmes avec un trouble bipolaire, accouchant à la maternité du CHU de Caen.

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN
PROMOTION 2018-2023

ABSTRACT

Method - A retrospective, observational study conducted between 2012 and 2022 at the Caen University Hospital. Two groups were formed, the first of 29 women with bipolar disorder and the second of 87 patients without bipolar disorder (matched group).

Results - In the postpartum period, the number of midwife observations on mental health and maternal well-being in particular, was significantly higher for patients with bipolar disorder. Gynaecologists-obstetricians and child psychiatrists were also involved in 86.2% and 65.5% of cases, respectively.

Conclusion - The midwives participated in the screening for signs of bipolar disorder complications and evaluated the establishment of mother-child interactions. They were at the forefront of the organization of care provided by the interdisciplinary team.

Key words - bipolar disorder, midwives' contributions, interdisciplinary team, postpartum period.

Title - Contributions of midwives within the interdisciplinary team, to the care of women with bipolar disorder, giving birth at the maternity hospital of Caen.

STATE DIPLOMA OF MIDWIFE
MIDWIFERY SCHOOL OF CAEN
CLASS OF 2018-2023