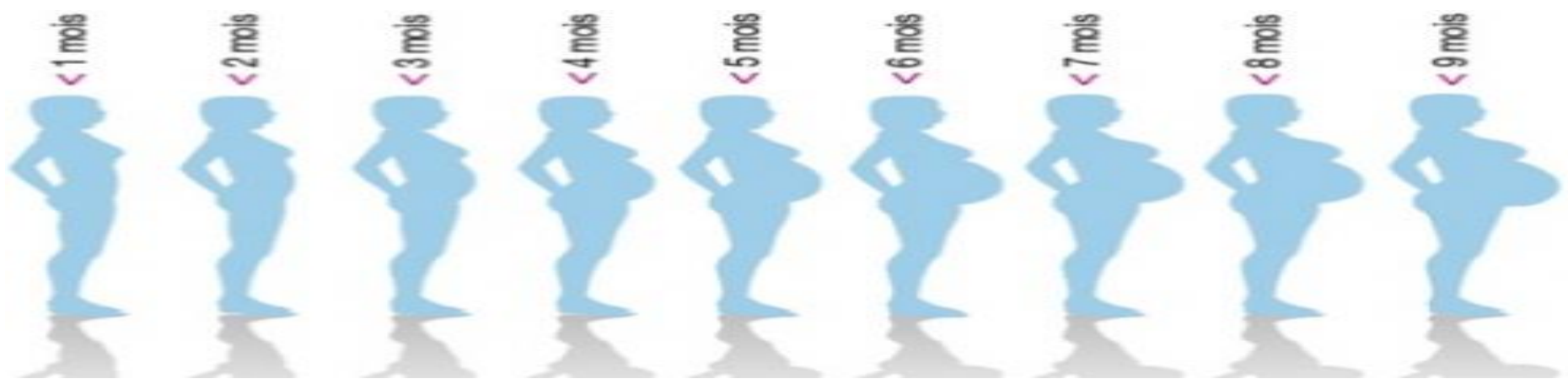




Désir de grossesse et pathologie mentale ? Quelles informations, quels conseils, quel étayage ?

Docteur MN Vacheron. CHSA Paris
6^{èmes} Journées nationales du réseau PIC.
Dijon 15, 16 septembre 2016



Sexualité et maladie mentale : un changement

•Evolution de la société :

- Enfant est devenu un choix venant combler les parents : « une grossesse quand je veux »
- Enfant : symbole d'une famille idéalisée, d'une vie réussie

•Evolution des prises en charge de la maladie mentale :

- Progrès pharmacologiques depuis 1952, thérapies diversifiées associées
- Désinstitutionalisation et mixité des services
- Traitements plus précoces, plus adaptés

•Mais grossesses restent à risque en cas de pathologie mentale chez les parents :

- Effets de la grossesse sur la pathologie mentale : déni, recrudescence délirante, troubles thymiques...
- Effets de la pathologie mentale sur la grossesse +++médicaments, prise de toxiques, mauvaise hygiène de vie, difficultés dans le suivi somatique
- Risque vital pour la femme (suicide : une des principales causes de décès pendant la période périnatale)

Carroll et al, Aust J Psychiatry 2016, 50(5), p453-54.

Schrank et al, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology, 2015;50 : 1765-1783

Johannsen et al, Am J Psychiatry 2016, 173:635-642

Sexualité et pathologie mentale

- **Sexualité :**

- Souvent associée à des conduites à risque, des prises de toxiques, de multiples partenaires
- Fréquente victimisation : violence de la part du partenaire/rapports non souhaités/prostitution
- Plus de grossesses non désirées, et d'interruptions de grossesse
- Plus de maladies sexuellement transmissibles

- **Taux de mariage inférieur à la population générale** (Prévalence des troubles mentaux chez le conjoint de 2 à 4%)

- Fréquente précarité sociale, isolement social et affectif, relations familiales de mauvaise qualité

Le constat des psychiatres

- **Des grossesses apparemment plus fréquentes chez leur patientes**

- GB : 63% des femmes psychotiques sont mères et en Australie : 56%

- **Des femmes souvent moins bien suivies durant la grossesse**

- Changement de statut
 - Une difficulté à accepter les soins médicaux
 - Un projet souvent en décalage avec la réalité

- **Une difficile coordination autour des patientes**

- Des interventions fragmentées, dispersées et peu concertées sources d'insatisfaction et d'impuissance reflète de la désorganisation des familles « en extrême difficulté »

- **Fréquence des placements des enfants des patients**

- En GB : 70% des mères avec une schizophrénie n'ont pas la garde de leur enfant

- **Une attention soutenue à ce que peuvent vivre les enfants :**

- Des mères qui ont du mal à percevoir les besoins du bébé « réel »
 - Peu de soutien, père souvent absent ou malade
 - Une stigmatisation d'avoir un ou des parents malades

Risques pour les enfants

- **Les parents interviennent par un double facteur de transmission :**
 - Génétique
 - Environnemental
- **Importance des conditions socio-économiques, des addictions, de l'étayage...**
- **Importance de la prévention et de la détection précoce**
- **Importance de l'articulation pédopsy/psy adulte**

Grossesse et schizophrénie

3500 naissances /an en France

•Problématiques liées à la pathologie psychiatrique et à la maternité :

- Pas d'impact direct de la maternité sur l'évolution globale et le pronostic de la schizophrénie
- Grossesse plus à risque d'HTA, d'éclampsie, de diabète, de saignements, d'accouchements prématurés, de RCIU, de petit poids de naissance
- La naissance : facteur de risque de décompensation, majoré par la réticence de la femme à consulter et par l'arrêt ou la prise de traitement psychotrope anarchique
 - 1/4 de décompensations aiguës dans les 6 premiers mois +++ si ATCD d'hospitalisation > 3 mois
 - Tableaux cliniques variés sans éléments confusionnels
 - Risque de décompensation corrélé à l'existence d'une pathologie thymique associée

•Situation complexe et variable selon :

Parentalité et schizophrénie

•Particularités chez femmes :

- Schizophrénie d'apparition plus tardive que chez l'homme d'où meilleur fonctionnement prémorbide et possibilité d'être en couple et d'avoir des enfants.
- Mères doivent s'occuper de leurs enfants même quand elles ne vont pas bien alors qu'un homme sur 4 atteint de schizophrénie s'occupe de son enfant

•Effets de la parentalité chez les mères :

- Peu de contacts sociaux et de structures adaptées pour les aider, peu d'activités de loisir
- Peu de motivation, peu d'énergie pour s'occuper de leur enfant
- Sentiment d'incompétence, manque d'empathie, difficultés à mettre des limites à l'enfant, à percevoir ses besoins, à s'organiser
- Peur de transmettre leur maladie
- Mais la parentalité donne aussi un sens à leur vie et un rythme.

Risques pour les enfants encas de schizophrénie

- Participation génétique dans les schizophrénies bien documentée par études de jumeaux et d'adoption : augmentation du risque d'être atteint de schizophrénie/population générale

- 7% à 9% quand on a un parent . ↗risque si mère est schizophrène

- Mais 50% des enfants n'ont pas de troubles

- Risque de petit poids de naissance, d'accouchement prématuré, de tératogénicité (toxiques, médicaments), de phénomène de sevrage ou d'imprégnation aux psychotropes

- Enfants de parents schizophrènes :

- Retard psycho-moteur, troubles émotionnels, mauvais ajustement scolaire

- Interactions entre la part génétique, les complications obstétricales en ante et post natal, les conditions de vie précaires, la migration, l'ethnicité, les traumatismes dans l'enfance, les interactions avec parents.

- Peu d'études sur le devenir à long terme et l'étude des interactions au-delà d'un an et études très hétérogènes dans leur méthodologie

Parentalité et trouble bipolaire (TBP)

- **Insertion socio-professionnelle** souvent préservée mais addictions, conduites sexuelles à risque dans les phases d'excitation, instabilité affective
- **Par ailleurs** : 7% des femmes BP ont leur 1^{er} épisode dans un contexte de périnatalité
- **50 à 70% des rechutes en post-partum**
 - RR de 23,3/aux femmes sans pathologies mentales de J1 à J30
 - RR de 6,3/aux femmes sans pathologies mentales de J30 à J60
 - Dès les premiers jours, il n'y a pas d'intervalle libre
- **Concernant les hospitalisations** :
 - 26,9% des mères BP réadmisses l'année après la naissance.
 - Dg antérieur de TBP : le plus fort prédicteur de réadmission
- **Liées à de multiples facteurs** : facteurs génétiques, modifications hormonales, absence de sommeil, alimentation fréquente et soins constants au bébé
 - Plus de risques en l'absence de support, et si traitement inadapté

Risques pour les enfants de mères BP

- 4 × risque population générale si un des parents est atteint (selon les études 1-3% à 27%)
- La moitié des enfants d'un parent BP présente un trouble psychiatrique quel qu'il soit
 - Dépression : 10%
 - Troubles des conduites, troubles oppositionnels
 - Troubles émotionnels
- Risques environnementaux :
 - Fréquentes séparations liées aux hospitalisations
 - Instabilité
 - Causes environnementales
 - Répercussions des conduites addictives des parents...

Quelles questions ?

- « **Droit à la maternité** » des patientes :

- Parfois encore un problème éthique pour équipes

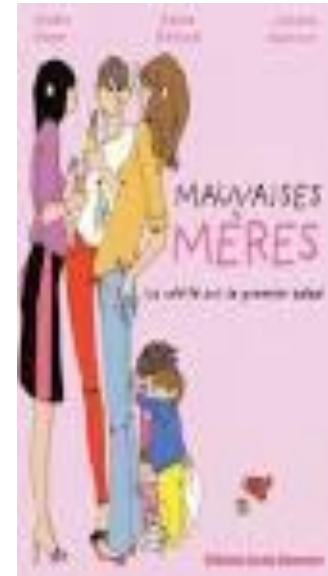
- Accompagner la grossesse et espérer un changement de la patiente :
 - Enfant = médicament pour la patiente ?
 - Favoriser l'interruption de grossesse

- Surtout une situation à haut risque nécessitant :

- Sensibilisation, formation et disponibilité des équipes
 - Une préoccupation par les psychiatres adultes des enfants de leurs patientes
 - Un travail de collaboration étroite avec les services de pédo-psychiatrie
 - Un travail de partenariat avec les PMI, les services de gynéco-obstétrique

- Dans la mesure du possible il faut anticiper et programmer une grossesse

- Information et éducation à la santé et à la sexualité des jeunes filles et des jeunes femmes en âge de procréer : MST, contraception...
 - Traitement stabilisé après éventuelles modifications en vue de la grossesse
 - Pathologie stabilisée depuis au moins un an



Dans tous les cas

- Information éclairée de la patiente sur le trouble et le traitement
- Suivi obligatoirement pluridisciplinaire dès la période préconceptionnelle :
 - **mais environ 50 % des grossesses ne sont pas planifiées**
- En post-partum : recherche dès les premiers jours de symptômes de décompensation
- Suivi psychiatrique renforcé pendant le temps de la grossesse et la période périnatale

Dans tous les cas (2)



- **Prescription pendant la grossesse :**

- Selon une balance bénéfice-risques : nécessité de maintenir ou de prescrire versus impact potentiellement négatif sur l'enfant
- Selon les règles de bonne pratique (RCP) qui sont surtout basées sur des études rétrospectives
- Avec une déclaration de pharmacovigilance si nécessaire

- **Ne pas arrêter brutalement, ni sous-traiter**
- **Ne pas hésiter à augmenter la posologie en cas d'efficacité moindre du traitement en cours de grossesse**
- **Eviter les redondances thérapeutiques : choisir de préférence un seul médicament psychotrope, ou un seul médicament par classe à la dose minimale efficace**

Psychotropes et grossesse

- Médicaments chez femme enceinte agissent sur **deux personnes** dont capacités physiologiques et métabolique sont **différentes** :

•modification très importante de la distribution liquidienne en raison des variations hémodynamiques (↗ débit cardiaque et ↘ tension artérielle) •augmentation des compartiments liquidiens (eau extra et intra cellulaire) • ↗ débit sanguin rénal d'où ↗ élimination rénale	•tension artérielle faible •Vascularisation céphalique importante •Absence de barrière hémocéphalique •Shunt foie et poumons : ↘ capacités métaboliques •Seule voie d'élimination : circulation placentaire qui permet retour vers circulation maternelle
---	---

Psychotropes et grossesse

•Influence des traitements chez l'enfant selon la période :

–**Jusqu'à la fin de l'implantation** qui s'achève à J12 de la conception, peu de risques car échanges materno-fœtaux très peu importants.

–**Pendant la période d'organogénèse** dite embryonnaire : risque tératogène malformatif : +++ 1^{er} trimestre pendant la période d'organogénèse du 13^{ème} au 56^{ème} jour

- Risque bien connu : études animales, suivi néonatal

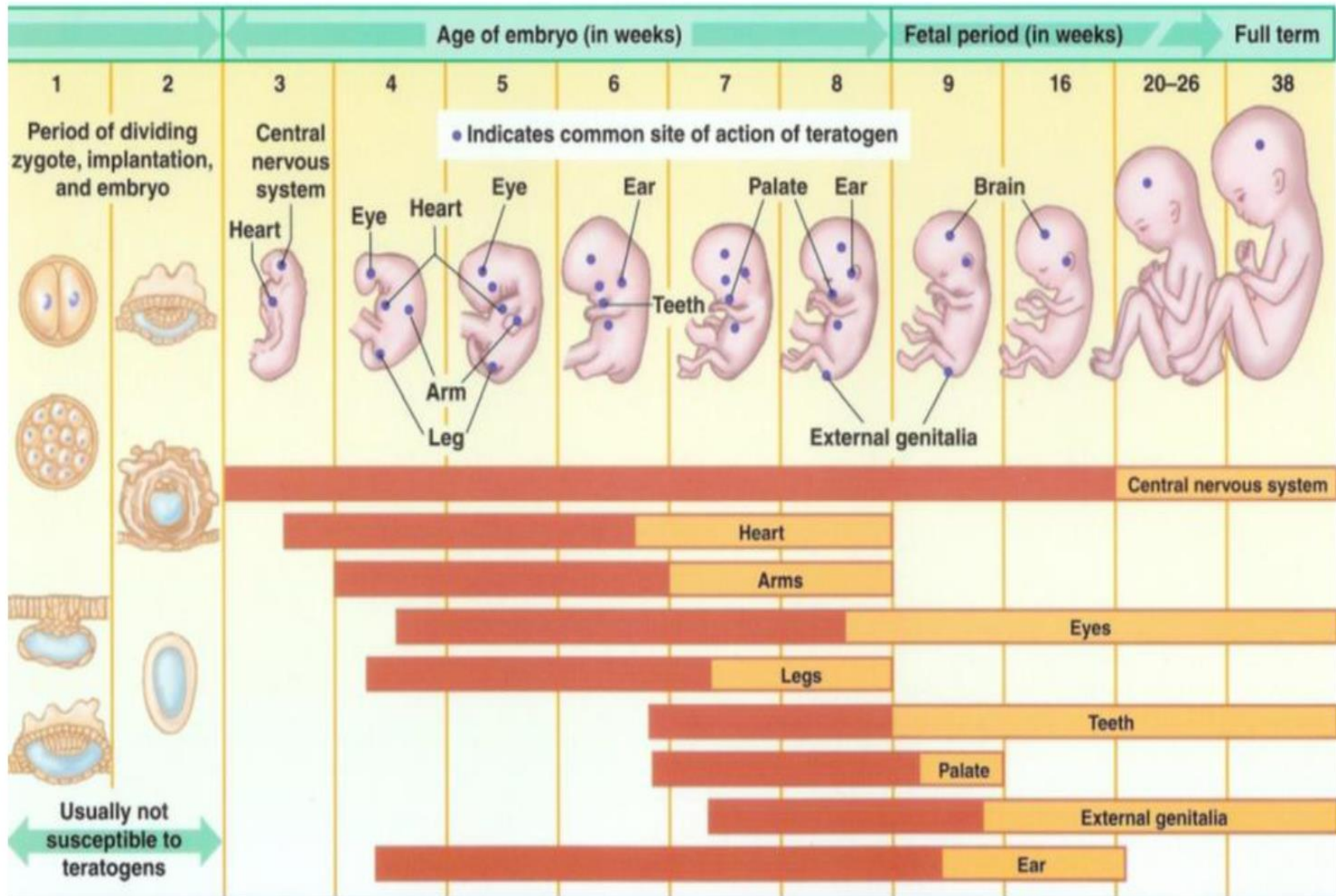
–**Pendant la période fœtale** du 2nd et 3^{ème} trimestre : risque moins bien connu sur le développement du fœtus; (RCIU, flopping sd...)

- Travaux peu nombreux, rétrospectifs, sur de faibles nombres de patients

–**Après la naissance** : capacités métaboliques et excrétrices du nouveau-né encore faibles : demi vie des molécules plus longue

- nécessité de traiter la patiente en collaboration avec les différentes équipes et notamment le pédiatre de la maternité

Figure n°3 : Calendrier du risque tératogène



Classification de la FDA (food and drug administration)

- **La FDA** (Food and Drug Administration) a mis en place une échelle de classement des agents tératogènes:

- Risque A : études contrôlées ne montrant aucun risque chez l'homme
- Risque B : aucun risque tératogène chez l'animal
- Risque C : effets retrouvés chez l'animal ; évaluer le rapport bénéfice/risque pour chaque cas.
- Risque D : effets chez le fœtus ; mais réel bénéfice maternel
- Risque X : contre-indiqué au cours de la grossesse effet tératogène démontré et aucun bénéfice maternel

- **Il faut donc se rappeler que le risque zéro n'existe pas**

Lithium	Malformations cardiaques mais utilisation envisageable en l'absence d'alternative	Utilisation possible. Dépistage anténatal si exposition au 1 ^{er} trimestre de cardiopathies	Utilisation possible. Dépistage anténatal si exposition au 1 ^{er} trimestre de cardiopathies	Catégorie D	A éviter au 1^{er} trimestre car malformations cardiaques (surestimées selon auteurs)
Valproate	Contre-indiqué chez femme en âge de procréer sans contraception et durant toute la grossesse	Contre-indiqué chez femme en âge de procréer sans contraception et durant toute la grossesse	Contre-indiqué chez femme en âge de procréer sans contraception et durant toute la grossesse	Catégorie E	A éviter : malformations tube neural; cardiopathies, craniosténoses, autisme, $\searrow$ QI
Carbamazepine	Effet malformatif mais envisageable en l'absence d'alternative	Possible si nécessaire : mettre en avant balance bénéfice/risque	Envisageable mais taux plus élevé de spinabifida	Catégorie D	A éviter les deux premiers mois : risque de spina bifida mais envisageable si pas d'autres alternatives
Lamotrigine	Possible	Possible	possible	Catégorie C	Quelques publications récentes sur $\nearrow$ fentes labiales

	<u>ANSM</u>	<u>RCP</u>	<u>CRAT</u>	<u>FDA</u>	<u>Littérature</u>
<u>Tricyclique</u>	Possible : amitriptyline, clomipramine et imipramine Envisageable : maprotiline A éviter par prudence : Amoxapine, dosulépine, doxépine et trimipramine	Possible : Amitriptyline, clomipramine, imipramine, maprotiline A éviter : amoxapine, dosulépine, doxépine, trimipramine	Amitriptyline, clomipramine et imipramine = molécules de choix	Catégorie C Sauf maprotiline : catégorie B	les mieux connus, bon recul, aucune données alarmantes + Effets néonataux transitoires + Risque pré-éclampsie et hémorragie chez la mère
<u>IRSS</u>	<i>En cours d'évaluation</i>	Possible si nécessaire : citalopram, fluoxétine, paroxétine Déconseillé : escitalopram et fluvoxamine A éviter : sertraline	Paroxétine : au-delà du 1 ^{er} trimestre Pour les autres : utilisation possible (<i>sertraline en 1ere intention si désir d'allaitement</i>)	Catégorie D : paroxétine Catégorie C : sertraline, fluoxétine, fluvoxamine seroplex, seropram	Controverse sur l'augmentation du risque de malformations cardiaque avec la paroxétine + effets néonataux transitoires
<u>IRSNa</u>	<i>En cours d'évaluation</i>	Possible si nécessaire, mettre en balance bénéfice/risque : venlafaxine et duloxétine A éviter : milnacipram	Si un IRSNa doit être utilisé préférer la venlafaxine	Catégorie C	Peu de données, effets semblants similaires aux IRSS, Venlafaxine est la mieux connue
<u>IMAO</u>	Déconseillé : iproniazide A éviter par prudence : Moclobémide	Déconseillé : iproniazide A éviter : moclobémide	Préférer un tricyclique ou un IRSS	Catégorie C	Peu de données disponibles
<u>Autres</u>	A éviter par prudence : Miansérine, mirtazapine, tianeptine,	A éviter : miansérine, tianeptine et agomelatine Possible que si nécessaire : mirtazapine	Préférer un tricyclique ou un IRSS	Catégorie C	Peu de données disponibles
<u>Millepertuis</u>	<i>En cours d'évaluation</i>	Déconseillé par précaution	Préférer un antidépresseur mieux connus	Déconseillé par précaution	Données rassurantes

	<u>ANSM</u>	<u>RCP</u>	<u>CRAT</u>	<u>FDA</u>	<u>Littérature</u>
<u>NEUROLEPTIQUES</u> <u>1^{ère} GENERATION</u> <u>(classiques)</u>	Possible : chlorpromazine, halopéridol Envisageable : cyamémazine, fluphénazine, lévomépromazine, loxapine, pipotiazine, propériciazine, sulpiride, tiapride A éviter : carpipramine, dropéridol, flupentixol, Perphénazine, penfluridol, pimozide, pipampérone, zuclopenthixol	Possible : Chlorpromazine, fluphénazine halopéridol, lévomépromazine, loxapine, perphenazine, pipotiazine, sulpiride, tiapride A éviter : Carpipramine, dropéridol, flupentixol, penfluridol, pimozide, pipampérone, zuclopenthixol Déconseillé : Cyamémazine, propériciazine	Préférer : chlorpromazine et halopéridol	Catégorie C	Effets néonataux réversibles
<u>NEUROLEPTIQUES</u> <u>2^{nde} GENERATION</u> <u>(atypiques)</u>	Envisageable : amisulpride, clozapine, olanzapine, rispéridone	Déconseillé amisulpride, aripiprazole, paliperidone rispéridone A éviter : olanzapine Possible si nécessaire : clozapine, quétiapine <i>mettre en balance bénéfice/risque</i>	Préférer : olanzapine	Catégorie C <u>sauf</u> clozapine : catégorie B	Effets néonataux réversibles + prise de poids par la parturiente associé à une augmentation de diabète gestationnel et d'HTA

	<u>ANSM</u>	<u>RCP</u>	<u>CRAT</u>	<u>FDA</u>	<u>Littérature</u>
<u>HYPNOTIQUES</u>					
<u>Benzodiazépines hypnotiques</u>	A éviter par prudence	A éviter par prudence	Envisageable (mais privilégier doxylamine ou apparentées aux benzodiazépines)	Catégorie X (estazolam, témazépam)	Prématurité + Risques de fente labiale/palatine + Effets néonataux réversibles (signes d'imprégnation +/- de sevrage)
<u>Apparentées aux benzodiazépines</u>	A éviter par prudence	A éviter par prudence	Possible	Catégorie C (zolpidem)	Prématurité + Données rassurantes
<u>Anti-histaminiques hypnotiques</u>	A éviter par prudence <u>sauf</u> doxylamine : Possible	Possible : doxylamine A éviter : Alimémazine	Privilégier la doxylamine (molécule de choix)		Effets néonataux réversibles (sédation+ signes atropiniques) + Données rassurantes
<u>Autres (circadin)</u>	Ne se prononce pas	Déconseillé	Ne se prononce pas		Très peu de données
<u>ANXIOLYTIQUES</u>					
<u>Benzodiazépines anxiolytiques</u>	Envisageable : Alprazolam, bromazépam, chlordiazépoxide, clobazam, clorazépate, diazépam, lorazépam, nordazépam, oxazépam, prazépam A éviter : clotiazépam, loflazépate	Possible : alprazolam, bromazépam, clobazam, clorazépate, diazépam lorazépam, prazépam, oxazépam A éviter : Clotiazépam, loflazépate	Privilégier l'oxazépam Utilisation possible bromazépam, alprazolam, diazépam, lorazépam, prazépam, nordazépam clorazépate, ou clobazam.	Catégorie D	Prématurité + Risques de fente labiale/palatine + Effets néonataux réversibles (signes d'imprégnation +/- sevrage)
<u>Anti-histaminiques anxiolytiques (hydroxyzine)</u>	Envisageable	Possible mettre en balance bénéfice/risque	Molécule de choix : à privilégier (avec l'oxazépam)	Non classé	Effets néonataux réversibles+ Données rassurantes
<u>Buspirone</u>	Déconseillé	Déconseillé	pas assez de données pour se prononcer	Catégorie B	Peu de données
<u>Captodiamé</u>	Déconseillé	Déconseillé	pas assez de données pour se prononcer		Peu de données
<u>Etifoxine</u>	A éviter par prudence	A éviter	Pas assez de données mais rien d'inquiétant		Peu de données

En pratique

- Si possible s'aider des services de pharmacovigilance, en envoyant une requête et transmettre le rapport écrit aux psychiatres et obstétriciens
- Intérêt du CRAT : centre de référence des agents tératogènes : www.lecrat.fr, hôpital Armand Trousseau, 75012 Paris

?



Un outil : la CICO

La Consultation d'Information de Conseils et d'Orientation
Pour les femmes atteintes de trouble psychique enceintes ou avec un désir d'enfant

La consultation CICO

- **Pour les femmes suivies pour maladies mentale :**

- Avec un désir d'enfant et/ou un projet de grossesse
- Enceintes qui présentent ou non des troubles psychiatriques au cours de la grossesse nécessitant une réévaluation de la prise en charge, et/ou des conseils pour préparer l'arrivée de l'enfant (réseau avec la pédo-psy, la PMI, les unités mère-enfant...).
- Dans les suites d'un accouchement ou d'un avortement.

- **A la demande :**

- du psychiatre référent public ou libéral
- du psychiatre de maternité
- du médecin de PMI, du pédiatre, de la sage-femme et de l'obstétricien

La consultation CICO

- Consultation conjointe pédopsy/psy adulte
- Consultation longue de 1 h 30 suivant un entretien semi-directif
- Dans un bureau neutre extérieur aux services
- Après:
 - Un courrier du médecin adresseur
 - Un RDV pris auprès d'une secrétaire spécifique
 - Un contact téléphonique avec une infirmière spécifiquement formée
- Rythme de une à trois consultations dont l'une après l'accouchement de la femme avec son conjoint si possible
- Réévaluation une fois tous les deux mois des dossiers
- Questionnaire de satisfaction adressé à la patiente et au médecin adresseur.

Consultation conjointe

- Double regard pour l'évaluation et aussi double soutien, la femme garde un interlocuteur propre et elle échange avec un interlocuteur identifié au bébé. Cela permet de construire un environnement soignant le plus sécurisant possible pour ces mères.
- Construction d'une alliance thérapeutique en prépartum qui permet :
 - la mise en place d'une confiance avec la femme ou le couple avant le moment de fragilisation de la naissance.
 - La mise en place d'un suivi de guidance pour les parents souvent démunis dans l'éducation de leur enfant
- Se donner les moyens d'une continuité entre prénatal et postnatal.

La consultation CICO

- **Evaluation de la pathologie psychiatrique de la mère et/ou du père :**

- Ancienneté, nombre d'hospitalisations, durée des hospitalisations, mode de placement, durée de la période de stabilisation sans crise aigue
- Evaluation de la connaissance par la mère de sa pathologie
- Evaluation de l'adhésion au traitement, au suivi
- Evaluation des addictions
- Evaluation du retentissement physique (syndrome métabolique, diabète, HTA, surpoids ...)

- **Evaluation des ressources pour la famille**

- Ressources sociales, conditions de vie et de logement
- Capacités à demander de l'aide
- Réseau social (famille, amis...) et médical (médecin traitant, maternité envisagée...)
- Organisation prévue à la naissance et après

- **Evaluation du risque génétique :**

- ATCD familiaux de pathologie psychiatriques (parents, fratrie)
- Pathologie chez un ou les deux parents
- ATCD de complications obstétricales pour les 2 parents, moments de la naissance

La consultation CICO (2)

- **Evaluation du désir de grossesse et du désir d'enfant**

- ATCD de grossesse, d'avortement spontané ou provoqué
- Autres enfants ? A la maison ? Placés ?
- Prise de contraception
- Histoire de cette grossesse dans le couple
- Evaluation des représentations des besoins d'un nouveau né, d'un jeune enfant

- **Recommandations**

- Evaluation balance bénéfice/risque des différentes thérapeutiques médicamenteuses; guide thérapeutique
- Proposition des différents soutiens qui pourraient être nécessaires dans tous les domaines avant la grossesse, pendant la grossesse, après l'accouchement et pendant la période périnatale

- **Rédaction d'un compte rendu détaillé**

Objectifs

- En fonction de l'évaluation, l'objectif est de mettre en place un réseau de soins multidisciplinaires qui permet :
 - d'aider ces femmes à gérer leur pathologie mentale
 - tout en les soutenant dans l'établissement du lien avec leur bébé
 - et en étant attentif au développement de leur enfant.
- Favoriser une continuité des suivis entre pré et postnatal
- Permettre dans certains cas de préparer un placement dans des conditions les meilleures possibles en dehors de l'urgence

Pour joindre la CICO

- Un numéro de téléphone : 01 45 65 83 08
- Un mail : a.manac'h@ch-sainte-anne.fr
- L'équipe :
 - Psy adultes : docteurs Mokrani, Testud, Vacheron, Velasco
 - Pedo-psy : docteurs Conversy, Dugravier, Lepez, Ronen, Larnaudie
- Un lieu : pavillon Levi-Valensi, hôpital sainte Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris.

Conclusion

- Le projet d'enfant fait de plus en plus partie **du projet de vie** des patientes psychiatriques
- Parfois la grossesse est **accidentelle** soulevant de nombreux questionnements éthiques, avec des patientes non toujours stabilisées
 - D'abord traiter
 - Rechercher ATCD de verbalisation de désir d'enfant ou pas
 - Rencontre avec l'entourage
- Notre intervention double, par le biais de la CICO, depuis 2010, nous permet :
 - Préparer l'arrivée d'un enfant ou aider à renoncer ou à différer un projet de grossesse
 - Établir un projet pour la mère et un projet pour l'enfant qui prennent en compte toutes les dimensions médicales, sociales et psychologiques, ainsi que les possibilités d'étayage de l'environnement.
 - Parfois prendre une décision sans que celle-ci ne soit trop réalisée dans l'urgence, sous la pression des équipes ou de l'entourage.
- Dans tous les cas **le travail en partenariat et en réseau est essentiel**, d'où la nécessité de se connaître, et de partager une culture commune

Merci pour votre attention

