

LIVRET DE PARCOURS PERSONNALISE DE SOIN EN PERINATALITE

Juin 2017



Avant Propos.....	5
1. ETAPE PRE-CONCEPTIONNELLE	7
1.1 Identifier d'éventuels facteurs de risque pour une grossesse future	7
1.2 Examen clinique à réaliser	7
1.3 Examens biologiques à proposer.....	7
1.4 Traitements médicamenteux	7
1.5 Vaccination en anté-conceptionnel et pendant la grossesse	8
1.6 Dépister les situations de vulnérabilité psychosociales	8
1.7 Dépistage des conduites addictives, des troubles du comportement alimentaire.....	8
1.8 Rechercher une pénibilité du travail et d'éventuels risques professionnels.....	8
2. LE SUIVI DE GROSSESSE	9
2.1 Quel suivi pour quelle grossesse ?	9
2.2 Les maternités	9
2.3 Quand apprécier le niveau de risque ?	9
2.4 Quelles sont les situations à risque ?	10
2.5 Les acteurs du suivi de la grossesse.....	10
2.6 Les consultations.....	14
2.7 Les échographies autour de la grossesse	20
3. ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE	23
3.1 Allaitement maternel (Fiche 10)	23
3.2 Allaitement artificiel (Fiche 11)	23
4. LA SORTIE DE LA MATERNITE	23
4.1 Les suivis proposés.....	24
4.2 Associations.....	26
4.3 Les consultations post-natales particulièrement pour la mère	26
5. LES DROITS SOCIAUX LIES A LA GROSSESSE	26
5.2 Les prestations familiales	29
5.3 Services sociaux.....	30
5.4 Centre Maternel.....	31
5.5 Services sociaux hébergement d'urgence	31
5.6 Associations caritatives	32
6. DROITS DU TRAVAIL : GROSSESSE ET ALLAITEMENT	33
7. ACCES AUX DROITS CIVIQUES ET ASSOCIATIONS D'AIDE	34
7.1 Droits généraux	34
7.2 Droits des femmes	35
7.3 Traite humaine.....	38
8. INTERCULTURALITE	39
9. CONTRACEPTION/IVG	41
9.1 Liens utiles	41

9.2 La contraception	42
9.3 L'Interruption Volontaire de Grossesse	49
Tableaux	52
1. Tableau des suppléments à proposer	52
2. Tableau des vaccinations recommandées en anté, per- et post-partum	53
Fiches thématiques	55
1. Dépistage du diabète gestationnel	55
1.1 Complications maternelles	55
1.2 Complications fœtales et néonatales	55
1.3 Dépistage ciblé du DG	55
1.4 Modalités du dépistage	56
1.5 Conduite à tenir dans le post-partum	56
1.6 Le pronostic maternel ultérieur	57
2. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	58
2.1 Objectifs généraux de la PNP	58
2.2 Nombre de séances	58
2.3 Participants	58
2.4 Durée et fréquence des séances	58
2.5 Autres types de préparation	58
3. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus	59
3.1 Introduction	59
3.2 Situations cliniques à risque d'allo-immunisation qui peuvent nécessiter d' une immunoprophylaxie « ciblée »	60
4. Le dépistage de la trisomie 21	61
4.1 Recommandations	61
4.2 Les messages importants	62
5. Troubles psychiques et grossesse	65
5.1 Introduction	65
5.2 Les acteurs	66
6. Addictions-Structures de prise en charge	71
6.1 Introduction	71
6.2 Alcool	71
6.3 Tabac, Cannabis	72
6.4 Substances psycho-actives (Héroïne, cocaïne, ecstasy, médicaments psychotropes)	73
6.5 Addictions alimentaires (TCA)	73
6.6 Coordonnées Professionnels Addictologie	74
7. Accès aux droits, solidarité	77
7.1 Droits	77
7.2 Accès aux soins	77

8. Handicap et Parentalité	79
8.1 Parents porteurs de Handicap	79
8.2 Enfants porteurs de Handicap	80
9. Outils EPP Réseau Périnat Aquitaine	82
10. Allaitement Maternel	86
10.1 Recommandations (ANAES).....	86
10.2 Dix conditions pour le succès de l'allaitement :.....	90
10.3 Consultations d'Allaitement Maternel en Dordogne	90
10.4 Liens	90
11. Allaitement Artificiel.....	91
11.1 Préparation du biberon	91
11.2 Quelle eau pour les biberons ?	91
11.3 En cas de réchauffage	91
11.4 Le nettoyage du biberon.....	92
12. Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP).....	93
12.1 Charte de fonctionnement	93
12.2 Consentement Patient	99
12.3 Formulaire de consentement Patient	100

Avant Propos

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive jusqu'à son terme. Plusieurs textes réglementaires ainsi que les documents de l'HAS cadrent ce suivi avec de grands axes.

Elle relève de la compétence des médecins généralistes, des gynécologues médicaux, des sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires) et des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires)

Mais au-delà du suivi médical, de nombreux acteurs de la périnatalité sont engagés dans l'accompagnement des futurs et nouveaux parents.

L'amélioration de l'accompagnement des futurs parents nécessite l'identification et l'évaluation des facteurs de risque de la grossesse le plus précocement possible, notamment avec l'entretien prénatal précoce, afin d'évaluer et prévenir certaines situations à risques médico-psycho-sociaux pour la grossesse future et/ou en cours, et du nouveau-né, de pouvoir proposer un parcours de soin adapté, en cohérence avec les besoins du couple, et les recommandations actuelles, d'établir les liens et la communication interprofessionnels dans un véritable travail en réseau

La circulaire du 4 juillet 2005, relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité nous dit « qu'il s'agit d'atteindre un objectif global de continuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médico-sociaux... Cela implique de réduire les cloisonnements au sein ou entre les dispositifs concernés »

Le « Réseau Périnat Aquitaine » regroupe l'ensemble des professionnels de la périnatalité. Depuis leur arrivée au sein du RPA en 2012, les sages-femmes de coordination de territoire ont rencontré nombreux de ces professionnels et ont répertorié l'ensemble des ressources en Périnatalité. Des outils ont été proposés pour aider à l'amélioration des parcours de soins (EPP, Staffs MPS, RCP...)

Voici aujourd'hui Le livret de « parcours personnalisé de soin en périnatalité », dont l'objectif est de proposer, à partir des données validées actuelles, un « guide » utilisable en pratique quotidienne par l'ensemble des professionnels qui interviennent dans les parcours de soin des femmes, des couples ayant un projet de naissance ou au cours de la grossesse afin d'améliorer les orientations mais aussi les liens interprofessionnels.

Il se présente sous la forme de fiches thématiques accompagnées des coordonnées et liens des professionnels ou structures correspondant aux besoins exprimés des futurs et/ou nouveaux parents

Comme les autres outils proposés par le Réseau Périnat Aquitaine, il a pour objectif d'aider et de permettre aux professionnels de se mettre en lien afin de ne plus être seuls face aux vulnérabilités, de les entendre et de les accueillir, en sachant qu'une solution pourra être cherchée collectivement

« Si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe, notamment, pas celle de professionnels qui les entourent »

Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

[Circulaire DHOS](#)

[Lien recommandations HAS](#)

[Lien site RPA](#)

1. ETAPE PRE-CONCEPTIONNELLE

La période pré-conceptionnelle est un temps favorable aux démarches d'informations, au recueil de données, aux messages de prévention et d'éducation, à la mise à jour des vaccinations...

1.1 Identifier d'éventuels facteurs de risque pour une grossesse future

- Les facteurs de risque individuels
- Les antécédents chirurgicaux ou gynécologiques
- Les antécédents obstétricaux
- Les facteurs de risque médicaux

1.2 Examen clinique à réaliser

- Mesure de la pression artérielle
- Mesures du poids, de la taille et calcul de l'indice de masse corporelle
- Examen gynécologique, en particulier examen clinique des seins, frottis cervical de dépistage (s'il date de plus de 2 à 3 ans)

1.3 Examens biologiques à proposer

Détermination du groupe sanguin (A, B O, phénotypes rhésus complet et Kell) si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires) ; en cas de rhésus négatif, il est proposé d'informer la femme de l'intérêt de la détermination du groupe sanguin du futur père.

Examens sérologiques de la toxoplasmose (en l'absence de preuve écrite de l'immunité) et de la rubéole (sauf si deux vaccinations documentées ont été antérieurement réalisées, quel que soit le résultat de la sérologie).

Sérologie VIH 1 et 2 à proposer à la femme ou au couple.

Autres dépistages à proposer à la femme ou au couple selon facteurs de risque (professionnels, addictions, antécédent transfusionnel) :

- taux d'anticorps anti-Hbs chez une femme vaccinée, sinon antigène Hbs
- sérologie VHC
- sérologie de la syphilis.

1.4 Traitements médicamenteux

Le rapport bénéfice/risque de toute prescription médicamenteuse doit être attentivement évalué

En cas de maladie chronique ou de traitement au long cours, anticiper les éventuels ajustements thérapeutiques à effectuer, si besoin avec le spécialiste de la maladie concernée (par exemple : antiépileptiques, antidiabétiques, antihypertenseurs, anticoagulants, psychotropes, etc.).

Informez la patiente sur les risques de l'automédication.

En pratique :

Si vous avez un doute sur la dangerosité d'un médicament, consultez

[Le CRAT \(Centre de référence sur les Agents Tératogènes\)](#)

Le Centre Régional de [Pharmacovigilance](#)

[La supplémentation en période pré-conceptionnelle et au cours de la grossesse](#)

Les besoins nutritionnels des femmes enceintes sont couverts par une alimentation variée et équilibrée.

[Folates et désir de grossesse : informer et prescrire au bon moment \(INPES\)](#)

[Site INPES](#)

1.5 Vaccination en anté-conceptionnel et pendant la grossesse

Vérifier les rappels ou vaccinations indispensables

[Tableau des vaccinations recommandées en anté-, per- et post-partum](#)

[mesvaccins.net](#)

[Le CRAT \(Centre de référence sur les Agents Tératogènes\)](#)

1.6 Dépister les situations de vulnérabilité psychosociales

- Fragilité psychologique, physique et mentale de la personne
- Un état de santé et en particulier la situation de dépendance physique ou psychique
- L'environnement familial et social
- Isolement personnel ou géographique
- Difficultés d'accès aux soins ([fiche thématique 7 : Accès aux soins](#))
- Handicap ([fiche thématique 8 : Handicap et parentalité](#))
- Deuil

1.7 Dépistage des conduites addictives, des troubles du comportement alimentaire

La période pré conceptionnelle est le cadre idéal pour informer sans culpabiliser, dépister d'éventuels comportements à risque et proposer un accompagnement ([Fiche thématique 6 : Addictions](#))

1.8 Rechercher une pénibilité du travail et d'éventuels risques professionnels

Interroger la patiente sur son environnement professionnel, ses conditions de travail, le vécu du travail pendant la grossesse, afin d'identifier des éléments potentiellement péjoratifs sur l'évolution de la grossesse.

Proposer, en cas de métiers à risque (pénibilité, exposition à des produits tératogènes) :

- une consultation avec le médecin du travail (celui-ci ne peut être informé de la grossesse que par la patiente elle-même)
- existence de conventions collectives qui proposent certaines adaptations au travail
- moyens d'adapter le rythme de travail pendant la grossesse, sur le choix des dates de congé de maternité.

[Vos droit/services publics](#)

2. LE SUIVI DE GROSSESSE

Recommandations HAS

Le passé obstétrical de la femme oriente et conditionne en partie les modalités de suivi de la grossesse. Il faut rechercher, les antécédents familiaux, les antécédents personnels médicaux, chirurgicaux qui pourraient avoir des implications pratiques sur le suivi de cette grossesse.

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et le niveau de risque doit être réévalué à chaque consultation, jusqu'à son terme.

2.1 Quel suivi pour quelle grossesse ?

Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées (accord professionnel)

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

[has.sante.fr/grossesses_a_risque - fiche de synthese.pdf](https://has.sante.fr/grossesses_a_risque_-_fiche_de_synthese.pdf)

2.2 Les maternités

Elles se répartissent en 4 types :

- Maternité de type I : maternité sans hospitalisation néonatale.
- Maternité de type II A: maternité avec un service de pédiatrie néonatale.
- Maternité de type II B: maternité avec un service de soins intensifs et pédiatrie néonatale – maternité prenant en charge les grossesses à risque et les menaces d'accouchement prématuré à partir de 32 semaines de grossesse.
- Maternité de type III: maternité avec un service de réanimation néonatale – maternité prenant en charge les grossesses à risque quel que soit le terme.

2.3 Quand apprécier le niveau de risque ?

Idéalement avant la grossesse, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation pré conceptionnelle)

Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA), lors de la première consultation du suivi de grossesse

Tout au long de la grossesse, jusqu'à la consultation du 9e mois ou l'accouchement

2.4 Quelles sont les situations à risque ?

Rechercher :

- des facteurs de risque généraux ([fiche thématique 7 : accès aux soins](#) et [fiche thématique 8 : handicap et parentalité](#)) (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales)
- des antécédents personnels liés à une grossesse précédente (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- une exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- des facteurs de risque médicaux (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- des maladies infectieuses (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ;
- des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (notamment cancer du sein, hématome rétro placentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis a été recommandé ([cf. tableau 1 des recommandations ci-dessus](#))

2.5 Les acteurs du suivi de la grossesse

Conditions nécessaires

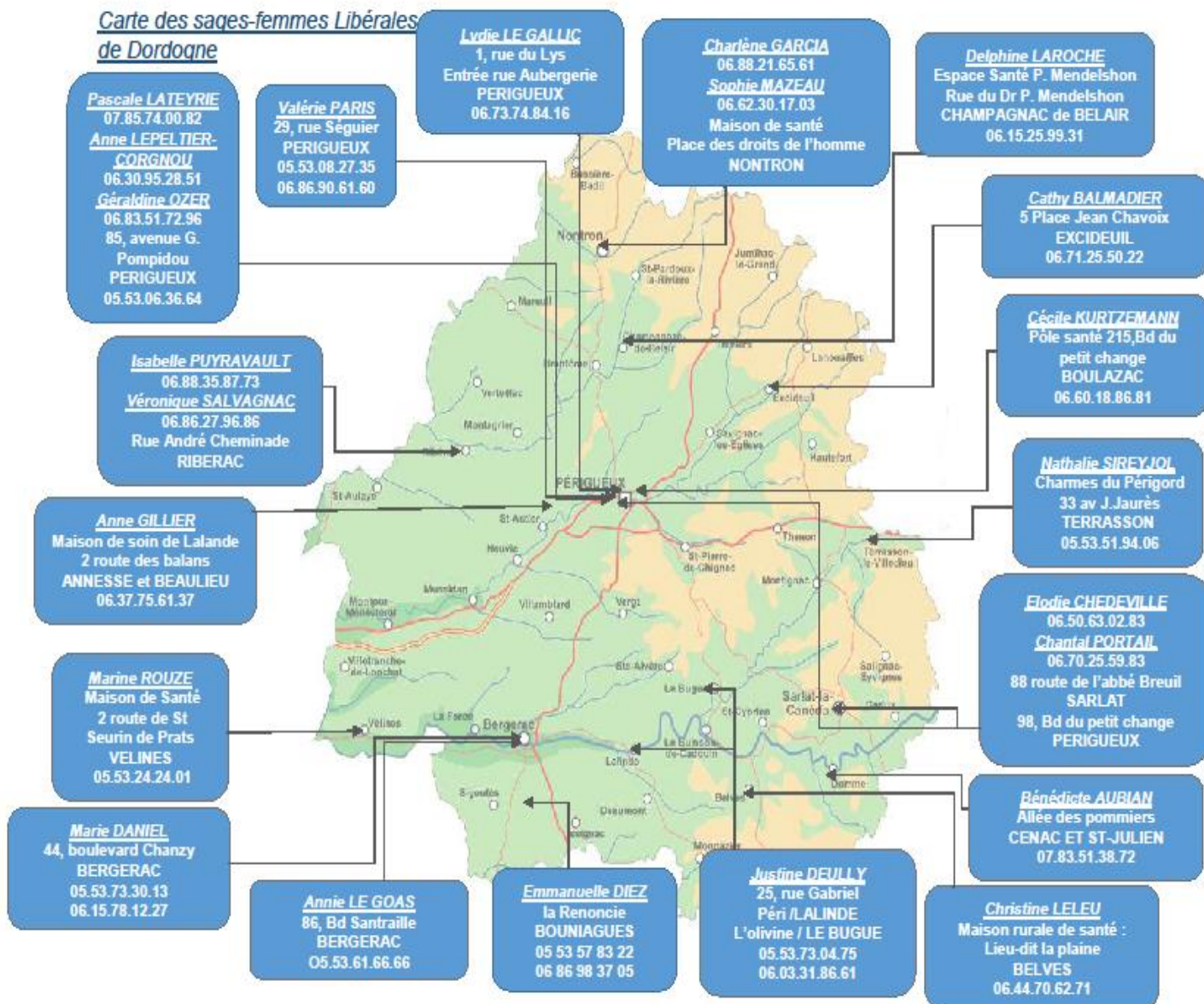
- formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses
- exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locale

Professionnels libéraux

- Sages-femmes libérales : [Association des sages-femmes libérales de la Dordogne](#)
- Médecins généralistes,
- Gynécologues médicaux,
- Gynécologues-obstétriciens
- Radiologues- Echographistes/ Cabinets de radiologie et d'échographie
- Médecins Biologistes/ Laboratoires d'analyses Médicales

ameli.fr

Carte des sages-femmes Libérales de Dordogne



Maternités (adresses)

Cf. Annuaire des professionnels pour l'aide aux transferts en Aquitaine (2017)

CHU de Bordeaux (Type 3)

Place Amélie Raba Léon – 33076 Bordeaux

05 56 79 56 79

www.chu-bordeaux.fr

Centre Hospitalier de Périgueux (Type  2B)

80 av Georges Pompidou - 24019 PERIGUEUX CEDEX

05 53 45 25 25

www.ch-perigueux.fr

Contactez le service

Secrétariat

Tél: 05 53 45 27 07

Fax: 05 53 45 27 10

Service d'hospitalisation

Tél: 05 53 45 27 06

Staff-Médico-Psycho-Social hebdomadaire : Les Mardis à 10h15 en salle de Staff Obstétrique 1

Centre Hospitalier de Bergerac (Type  1)

9 av Prof Albert Calmette, 24108 BERGERAC CEDEX

05 53 63 88 88

www.ch-bergerac.fr

Contactez le service

Par téléphone au 05.53.63.88.20

Par fax au 05.53.73.48.08

Par mail : secretariat.mereenfant@ch-bergerac.fr

Staff-Médico-Psycho-Social mensuel : Les _____ premiers jeudis du mois, salle de réunion/maternité

Centre hospitalier de Sarlat (Type 1)

Le Pouget, CS 80201, 24206 SARLAT LA CANEDA CEDEX

05 53 31 75 75

www.ch-sarlat.fr

Contactez le service

Secrétariat

Tél : 05 53 31 76 51

Fax : 05 53 30 83 68

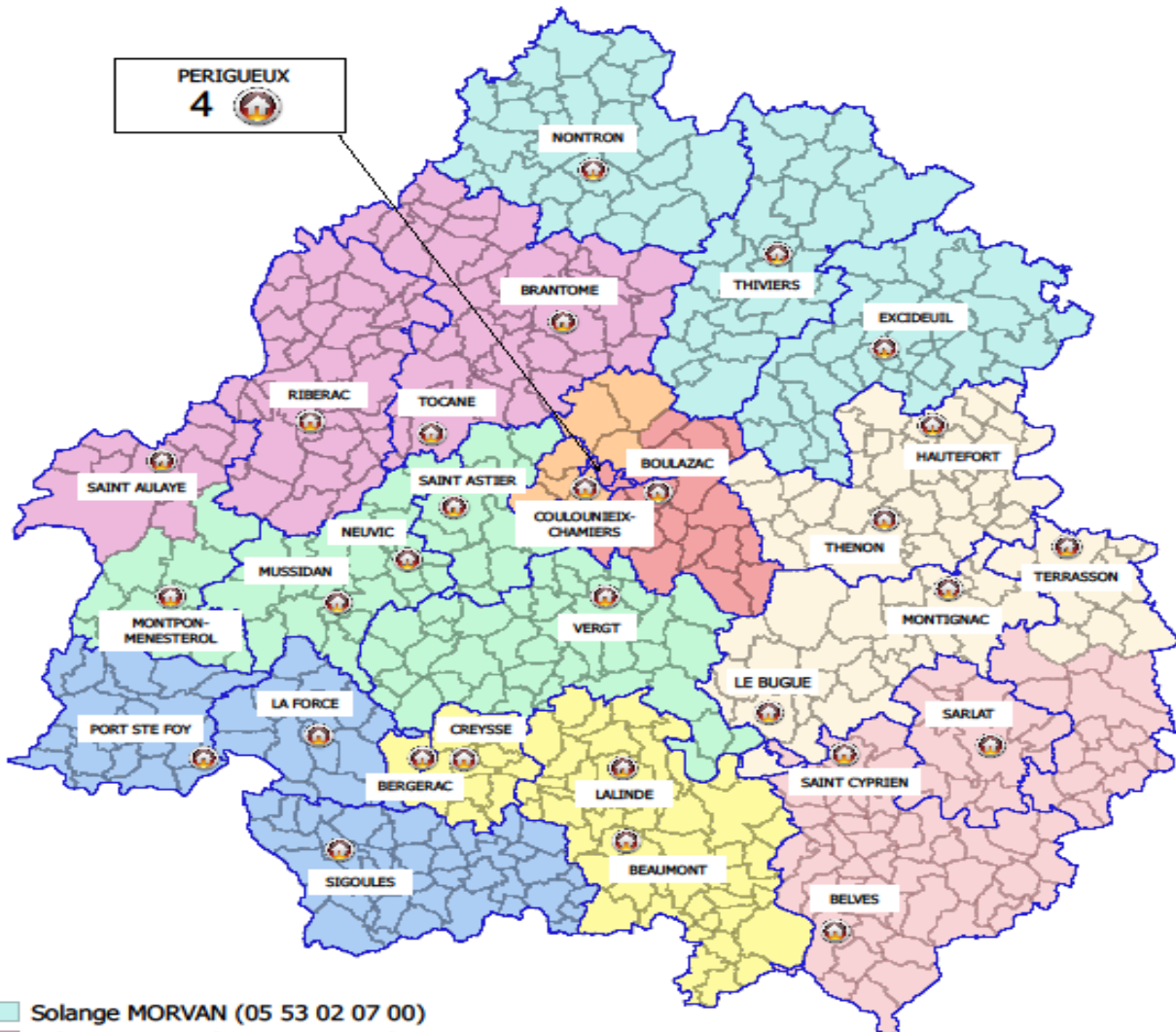
Service Hospitalisation

Tél : 05 53 31 76 35


Staff-Médico-Psycho-Social : A la demande

LES SECTEURS D'INTERVENTION DES SAGES FEMMES

9 SAGES-FEMMES



- Solange MORVAN (05 53 02 07 00)
- Sylvie DUPONT (05 53 92 48 60)
- Blandine BARICAULT (05 53 02 00 50)/Sylvie DUPONT (totalité du canton de Montpon)
- Chantal ROQUES (05 53 02 02 00)
- Sandrine PEYROUNY (05 53 02 02 00)
- Aline DARNAULT (05 53 50 50 40)
- Muriel VIALES (05 53 31 71 71)
- Corinne EUCAT (05 53 02 04 00)
- Zoé DEGOULANGE (05 53 02 04 00)

 Centre Médico-Social

 Dordogne
PERIGORD

Source : PAST
F@ctuel - Mai 2017

2.6 Les consultations

La déclaration de grossesse

En pratique : La déclaration de grossesse

- Elle doit être faite avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse (avant la fin de la 14^{ème} semaine de grossesse ou 16SA) ou dès la première cs avec grossesse confirmée afin de pouvoir accélérer certaines démarches administratives
- Par un médecin ou une sage-femme
- Les examens prénataux obligatoires sont pris en charge à 100% à partir de la date de déclaration de grossesse (100% complet seulement à partir 6^{ème} mois)
- Envoyer la déclaration de grossesse :
 - Feuilles Bleus à la [CAF](#)
 - Feuille Rose à la [CPAM](#) (sert d'attestation de passage du premier examen prénatal)
En voie de dématérialisation
- La date de début de grossesse indiquée sur la déclaration de grossesse est idéalement déterminée par l'échographie de 12SA
- Proposer l'entretien prénatal précoce* individuel ou en couple
- Délivrer une information personnalisée

L'Entretien Prénatal Précoce

Mis en œuvre dans le Plan Périnatalité 2005-2007(21), l'entretien du 1er trimestre de la grossesse est conçu pour aider les professionnels à s'ajuster aux besoins spécifiques de la femme enceinte et du couple. Il ne peut donc se mener sans une bonne connaissance des acteurs relais : médico-sociaux, psychologiques et psychiatriques.

• Modalités

L'entretien prénatal précoce doit être systématiquement proposé au moment de la déclaration de grossesse et réalisé le plus tôt possible dans la grossesse pour une anticipation du parcours personnalisé de soin au regard des besoins et attentes spécifique du couple

Il est réalisé par des professionnels formés à cette pratique (sages-femmes, médecins) de Ville-PMI-Hôpital

Ce n'est pas une consultation médicale, il ne comprend pas d'examen clinique.

Il est coté C 2.5 pour les médecins et SF15 pour les sages-femmes

- **Objectifs de l'entretien prénatal précoce**

- Recueillir des facteurs de stress ou des facteurs de risque pouvant interférer avec certaines formes de complications obstétricales, afin de les prendre en compte dès que possible,
- Veiller à la cohérence et à l'ajustement de l'environnement professionnel en fonction de ce qui est vécu et exprimé par la femme enceinte et/ou le couple,
- Repérer des situations de vulnérabilité, des antécédents médicaux et/ou obstétricaux mal vécus, une présence sécurisante ou non de l'entourage pour la grossesse et après la naissance, l'existence d'inquiétudes particulières (peur de l'accouchement, de se sentir incompetent ...).
- Répondre aux éventuelles questions sur le suivi médical de la grossesse et l'accouchement
- Etablir avec la femme et le couple un parcours personnalisé de soin global en tenant compte des données de la grossesse en cours et du futur accouchement, des désirs de la femme et/ou du couple, et adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

- **Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés**

En réponse à des facteurs de vulnérabilité ou des demandes d'aide formulées par la femme ou le couple, des dispositifs d'aide et d'accompagnement doivent être proposés

Un soutien de qualité le plus précoce possible pendant la grossesse et après la naissance constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente (fiche thématique 5 : [Troubles psychiques et grossesse](#) ; fiche thématique 6 : [Addictions](#) ; fiche thématique 7 : [Accès aux droits, solidarité](#) ; fiche thématique 8 : [Handicap et Parentalité](#) ; fiche thématique 12 : [Charte RCP](#)).

Il est recommandé que la mise en place des dispositifs d'aide et d'accompagnement, quel que soit le moment de la période périnatale, s'accompagne :

- d'un contact avec les acteurs les plus à même de répondre, si possible lors d'un entretien téléphonique en présence de la femme ou du couple ;
- d'une coordination des actions autour de la femme et du couple, qui implique un travail en réseau entre les divers professionnels concernés, sanitaires (quels que soient leur mode d'exercice et leur discipline), sociaux et médico-sociaux ;
- d'un accord de la femme ou du couple et du respect de leurs souhaits vis-à-vis des démarches ou des contacts pris auprès de ces professionnels ;
- de règles de transmission interprofessionnelle d'informations, qui permettent à la femme et à son entourage de garder confiance dans le système de soins et de rester au centre du dispositif activé autour d'eux
- d'un lien avec le médecin traitant ;
- d'un suivi de la période anténatale à la période postnatale ;
- d'une définition en commun des bonnes pratiques professionnelles qui favorisent et soutiennent la fonction parentale ;
- d'un inventaire des dispositifs et des ressources locales (acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, structures, etc.) qui doivent être mis à disposition des professionnels de santé.

L'entretien Prénatal Précoce peut être à l'origine, quand la situation est particulièrement complexe, d'une présentation en staff médico psycho social de la maternité où est prévu l'accouchement ou en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)*

*Outils staffs MPS et RCP disponibles sur le site du Réseau Périnat Aquitaine/accès professionnels

[Lien site RPA](#)

- Outils EPP Réseau Périnat Aquitaine (fiche thématique 9 : [Outils EPP](#))

[Lien site RPA](#)

Adresses de prise de RDV cf : outils EPP

Le suivi du 1er Trimestre

Contenu du suivi	Consultation pré conceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
		Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
Examens cliniques et biologiques	Sérologies prescrites groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières	Sérologies prescrites obligatoirement (1) groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B toxoplasmose et rubéole Syphilis Ag HbS Glycémie à jeûn (Fiche 1 : Dépistage du Diabète gestationnel) (consensus) glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exception des Ac dirigés contre les Ag A et B	Sérologies prescrites toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie

	Sérologie proposée	Examens proposés systématiquement (2) sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1er trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1re échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et b-hCG libre)	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1er trimestre
		Examens proposés éventuellement examen cyto bactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque	
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement l'Entretien Périnatal Précoce
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes Fiche 6 : Addictions		individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates (tableau des suppléments) à raison de 400 µg/jour		forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Informez sur le suivi de la grossesse		
		Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (Fiche 2 : PNP)

Le suivi du 4ème au 8ème Mois de la grossesse

Consultation (Cs)	3e Cs	4e Cs	5e Cs	6e Cs	7e Cs
Mois de gestation	4e mois	5e mois	6e mois	7e mois	8e mois
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1) Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
2e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
RAI, si Rhésus D négatif (Fiche 3 : Prévention de l'Allo-immunisation Rhésus) : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
Recherche de l'antigène HBs (à reposer en cas de facteurs de risques)	-	-	X	-	-
Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement 2e échographie (entre 20 et 25 SA)	-	X	-	-	-
3e échographie (entre 30	-	-	-	X	-

et 35 SA)					
Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

La consultation du 9ème mois

	Consultation du 9e mois
	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
Examens cliniques et biologiques	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Examens biologiques prescrits obligatoirement Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Réévaluer l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant
	Information et Réflexion sur contraception en post-partum (si non fait précédemment) (Chapitre : Contraception du post-partum)

2.7 Les échographies autour de la grossesse

Introduction

Les examens échographiques pratiqués à titre médical au cours de la grossesse, n'ont entraîné à ce jour aucune complication décelable et ne semblent comporter aucun effet biologique néfaste. Il persiste néanmoins un risque potentiel, toute onde acoustique ultrasonore ayant des effets biologiques sur les tissus (effet thermique, effet mécanique). C'est pourquoi le Comité National Technique d'Echographie de Dépistage Prénatal, en accord avec l'Académie Nationale de Médecine et l'Assaps, recommande de ne faire d'échographie que pour des raisons médicales en limitant la fréquence et la durée des examens à ce qui est nécessaire au diagnostic et à la surveillance.

Aucune échographie n'est obligatoire.

Au cours d'une grossesse d'évolution normale, **trois échographies** sont systématiquement proposées. Elles sont prises en charge par l'Assurance maladie (70% pour celles du 1er et 2ème trimestre et 100% pour celle du 3ème trimestre).

Elles ont toutes leur importance. A chaque stade correspond la période optimale de dépistage de certaines pathologies de la grossesse et du fœtus.

Les actes d'échographie obstétricale sont réalisés dans différentes circonstances, qui doivent être clairement distinguées.

Echographie du premier trimestre

Entre 11 SA + 0 jour et 13 SA + 6 jours : Echographie systématique ou de dépistage

Elle permet de :

- Vérifier la vitalité embryonnaire (activité cardiaque visible dès 6 SA.)
- Déterminer avec précision (+/-3 jours) l'âge de la grossesse d'après la longueur crano-caudale (LCC). Cette évaluation est indispensable lorsqu'un dosage des marqueurs sériques maternels de la T21 est programmé car l'interprétation de ce dosage dépend de l'âge gestationnel. (Fiche 4 : [Dépistage de la Trisomie 21](#))
- Faire un diagnostic précoce de grossesse multiple. Tout compte-rendu échographique de grossesse gémellaire doit comporter le type de géllarité conditionnant le type et la fréquence de la surveillance (échographies bimensuelles des 12 SA pour les mono choriales).
- Réaliser un premier bilan morphologique et dépister certaines malformations majeures à expression précoce.
- Evaluer dans le cadre du dépistage combiné du 1er trimestre le risque de [trisomie 21](#) par la mesure de la clarté nucale et la longueur crano-caudale
-

Echographie du second trimestre

Entre 20 et 25 SA

Elle permet :

- Le diagnostic précoce de trouble de croissance fœtale. Tout compte rendu échographique doit être associé à une courbe de croissance où sont notées les principales mesures.
- L'évaluation d'une anomalie de la quantité de liquide amniotique, orientant vers une pathologie fœtale,
- Le dépistage des malformations fœtales. Ce dépistage exige un bilan morphologique approfondi de première intention induisant si besoin une échographie de seconde intention, dite "de diagnostic", réalisée en cas de suspicion d'anomalie par un échographiste référent affilié à un **CPDPN**.

Echographie du troisième trimestre

Entre 30 et 35 semaines d'aménorrhée.

Elle permet de :

- Dépister les RCIU et les risques de macrosomie,
- Préciser l'aspect, l'insertion haute ou basse du placenta,
- Compléter le bilan morphologique à la recherche de certaines pathologies à expression tardive qui nécessitent une prise en charge néonatale particulière (pathologie digestive et urinaire obstructive, certaines dilatations ventriculaires cérébrales, pathologies cardiaques)

Quand survient une difficulté d'analyse ou lorsqu'une pathologie est suspectée, la patiente est orientée vers une :

✓ Echographie de seconde intention, dite "de diagnostic" :

Elle est indiquée quand un risque élevé d'anomalie morphologique fœtale est identifié par l'anamnèse, qu'une image anormale est suggérée par l'examen de dépistage ou que des difficultés techniques ne permettent pas de mener à bien cet examen. L'objectif de l'échographie est alors d'infirmer ou de confirmer la réalité d'une pathologie fœtale. Cette échographie est sensée être unique au cours de la grossesse.

Cet examen de seconde intention contribue aussi à préciser la gravité de la pathologie fœtale et à guider la demande d'examens complémentaires : échographie cardiaque, IRM, un caryotype,...

✓ Echographie focalisée :

Les échographies "focalisées" sont réalisées pour des indications précises, en plus des échographies de dépistage ou de diagnostic et n'ont pas les mêmes objectifs. Il s'agit d'examens portant sur certains points spécifiques, par exemple :

- la surveillance de la quantité de liquide amniotique en fin de grossesse,
- l'évaluation du "bien être" fœtal dans le cadre de la surveillance d'un retard de croissance intra-utérin (doppler),
- l'examen du col utérin,
- l'échocardiographie fœtale en cas d'ATCD personnels ou familiaux de pathologie cardiaque congénitale

Il faut en rapprocher les examens effectués dans un cadre d'urgence, pour préciser par exemple la vitalité fœtale, la présentation, la localisation placentaire et les examens d'échographie interventionnelle ou d'écho guidage de prélèvements ovulaires.

Ces échographies focalisées doivent être distinguées des brefs examens informels faits au cours des consultations obstétricales, sans objectif précis dont la portée est limitée.

✓ L' examen doppler :

Temps spécifique de l'échographie qui permet d'étudier l'hémodynamique fœtale, d'apprécier la qualité des échanges vasculaires mère/fœtus

Il a son indication en cas :

- de pathologie fœtale,
- de malformation,
- de RCIU,
- d' antécédents de RCIU et de pré éclampsie,
- de facteur de risque comme : antécédent familial d'HTA, de toxémie gravidique, d'obésité,

- de pathologies de la grossesse : HTA, diabète, risque d'incompatibilité fœto-maternelle, d'anémie fœtale, ...),
- de thrombophilie maternelle,
- de Béta HCG élevé (> 5 MoM) ou PAPP-A effondrée (< 0,2 MoM)

Il justifie d'un avis spécialisé.

EN PRATIQUE :

SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE DE LA GROSSESSE

3 échographies :

1^{er} T (entre 11SA et 13SA + 6jours)

Echo T1 : Remboursement à 70% par la SS

2^{ème} T (entre 20 et 25 SA)

3^{ème} T (entre 30 et 35 SA)

Echo T2 et T3 : Remboursement à 100%

www.ameli.fr

✓ **Adresses des CPDPN en Aquitaine**

L'objectif d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) est de regrouper toutes les compétences médicales, cliniques et biologiques, au service des patients et des praticiens pour assurer au mieux le diagnostic et le traitement des **anomalies ou des malformations fœtales** dont certaines, du fait de leur particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, peuvent amener la patiente ou le couple parental à une demande d'**interruption médicale de la grossesse (IMG)**.

Le CPDPN facilite l'orientation des usagers vers les compétences médicales adaptées à leur situation.

<p>CENTRE ALIÉNOR D'AQUITAINE CPDPN Maternité du CHU Pellegrin Place Amélie Raba Léon 33000 Bordeaux Dr FREDERIC COATLEVEN Secrétariat : 05 57 82 06 98</p>	<p>BORDEAUX BAGATELLE CPDPN Pôle Mère-Enfant 2013 Route De Toulouse 33401 Talence Cedex Dr Marie-Françoise FROUTE mf.froute@mspb.com Secrétariat : 05 57 12 36 54</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

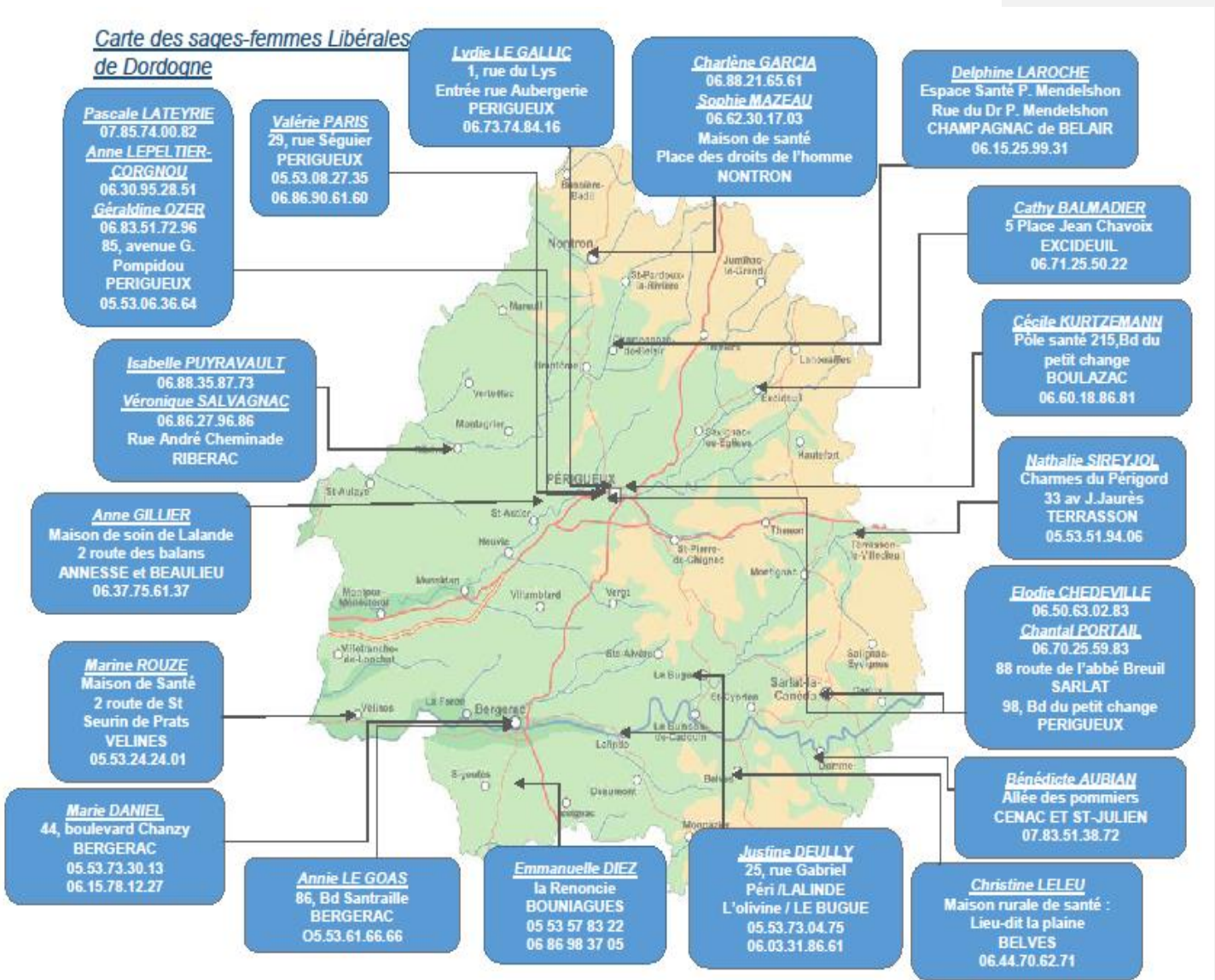
3. ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE

3.1 Allaitement maternel (Fiche 10)

3.2 Allaitement artificiel (Fiche 11)

4. LA SORTIE DE LA MATERNITE

Introduction



Un suivi par des professionnels peut être proposé aux nouveaux parents dès la sortie de la maternité.

4.1 Les suivis proposés

Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO)

Mis en place par l'Assurance Maladie pour les femmes qui viennent d'accoucher.

Après avis de l'équipe médicale soignante, (critères d'éligibilité au dispositif) un conseiller l'Assurance Maladie met en relation la nouvelle accouchée, après recueil de son adhésion, avec une sage-femme libérale de son choix, pour deux visites à domicile.

La première sera programmée pour le lendemain de la sortie, la seconde interviendra dans les 48 heures suivantes.

Durant sa visite, le conseiller de l'Assurance Maladie pourra effectuer les démarches de rattachement du nouveau-né au dossier des parents

Pour toute information sur PRADO contactez le **36.46** (prix d'un appel local depuis un poste fixe)

Renseignements PRADO : ameli.fr

[MSA](#)

Les Professionnels de PMI

La PMI (Protection Maternelle et Infantile) est un service de santé départemental. Les **professionnels de PMI** assurent un **accueil** et un **accompagnement personnalisé** de la famille et de l'enfant (jusqu'à l'âge de 6 ans).

Information, prévention, dépistage, orientation pour les futurs parents, la petite enfance et la famille : **service gratuit, dans des lieux d'accueil ouverts à tous et répartis sur toute la Dordogne.**

Les professionnels de PMI : Sages-femmes, puéricultrices, médecins, psychologues

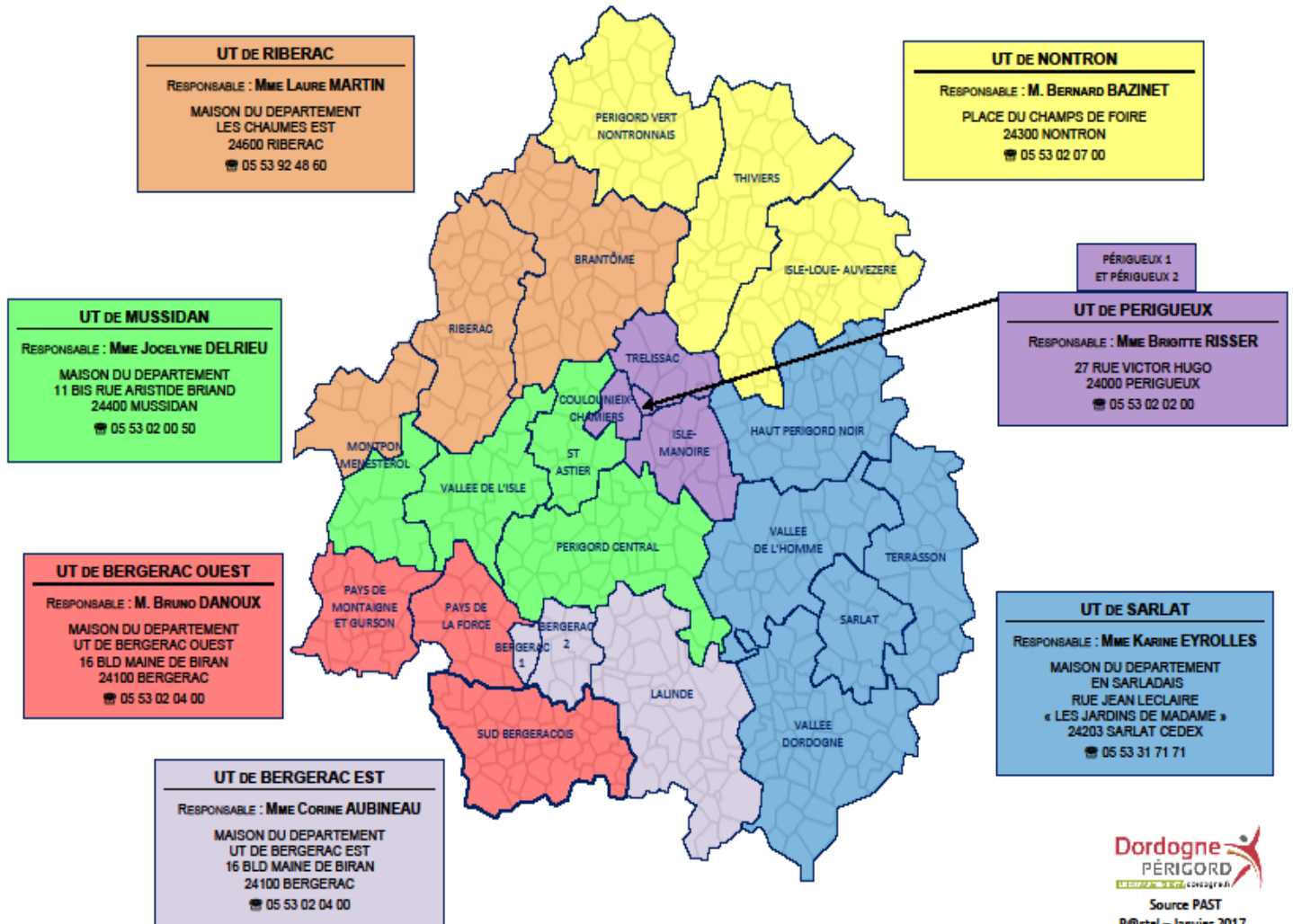
Accueil au sein **des Maisons Du Département**) ou des CMS (Centres Médico-Sociaux)

Permanences : consultations médicales pré-, post-natales et infantiles ; entretiens au CMS ou **au domicile** des parents.

Coordonnées et Renseignements sur www.dordogne.fr ou [Carte Unités Territoriales](#)

Coordonnées des CMS sur la dernière page du carnet de santé du bébé

LES UNITES TERRITORIALES



Médecins généralistes

ameli.fr

Pédiatres

ameli.fr

4.2 Associations

Jumeaux et plus

L'objectif est de créer un réseau d'informations et d'entraide entre parents de multiples.

[Jumeaux et plus L'association de la Dordogne](#)

Hôtel de Ville

Rue Jules Ferry

24110 Saint-Astier

jumeauxetplus24@gmail.com ou 06 05 03 04 77

Ligne téléphonique Allo Parents-Bébés : 0 800 00 34 56 www.alloparentsbebe.org

Handicap et parentalité ([Fiche 8](#))

4.3 Les consultations post-natales particulièrement pour la mère

Après la naissance, la santé de la femme nécessite un accompagnement spécifique.

La **visite postnatale** doit être réalisée dans le 2ème mois suivant l'accouchement par les généralistes, les gynécologues ou les sages-femmes.

La rééducation périnéale peut commencer 6 semaines après la naissance, 10 séances sont remboursées en post-partum. Elles sont pratiquées par les sages-femmes sans prescription (Des séances supplémentaires pourront être remboursées si nécessaires).

Après 3 mois après la naissance, elle peut-être réalisée par un kinésithérapeute ou une sage-femme sur prescription.

5. LES DROITS SOCIAUX LIES A LA GROSSESSE

Remboursements des frais médicaux liés à la grossesse

Dès la déclaration de grossesse et jusqu'au dernier jour du cinquième mois de grossesse, **seuls les examens obligatoires prénataux et les actes relatifs à la grossesse sont pris en charge à 100 %**.

Soit :

- les consultations prénatales obligatoires (une avant la fin du 3^e mois de grossesse, puis une par mois à partir du 4^e mois de grossesse jusqu'à la date de l'accouchement)
- les examens biologiques complémentaires : la recherche de groupe sanguin, les sérologies (toxoplasmose, rubéole, syphilis) HIV avant 10SA, groupe sanguin phénotypé, RAI, glycosurie albuminurie,
- les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- l'Entretien Prénatal Précoce : [EPP](#)
- À compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement, un examen de prévention bucco-dentaire chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologue

Par contre, les deux premières échographies réalisées avant la fin du 5^e mois de grossesse sont prises en charge à 70%.

A partir du premier jour du sixième mois de grossesse, tous les frais médicaux (consultations, frais pharmaceutiques, analyses, examens de laboratoire, hospitalisations) sont pris en charge à 100 % et ce jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

La 3e échographie est prise en charge à 100 %.

En cas de grossesse pathologique ou de pathologie fœtale, d'autres échographies peuvent être prescrites et être prises en charge.

Si nécessaire, le caryotype fœtal et l'amniocentèse pour la recherche de certaines maladies génétiques sont pris en charge à 100 %.

Durant cette période, la femme enceinte est exonérée de la participation forfaitaire de 1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

Le congé Maternité

La durée légale du congé maternité est fixée par le code du travail. Il est de 16 semaines minimum mais varie selon le nombre d'enfants à charge et le nombre d'enfants attendus.

TYPES DE GROSSESSE		Durée totale du congé Maternité (en semaines)	Congé Prénatal	Congé Postnatal
GROSSESSE SIMPLE	Moins de 2 enfants à charge ou nés viables	16	6	10
	2 ou plus enfants à charge ou nés viables.	26	8	18
GROSSESSE GEMELLAIRE		34	12	22
GROSSESSE DE TRIPLES (ou +)		46	24	22

- **Les points importants :**

- ✓ Pour une **grossesse simple**, s'il y a deux enfants à charge, il est possible d'anticiper le point de départ du congé prénatal de deux semaines maximum. La durée du congé postnatal sera réduite d'autant.
- ✓ Pour une **grossesse gémellaire**, le point de départ du congé prénatal peut être anticipé de quatre semaines maximum. La durée du congé postnatal sera réduite d'autant.
- ✓ Il est possible de **reporter une partie du congé prénatal** (les 3 premières semaines maximum) sur le congé postnatal. Soit en une seule fois ou en plusieurs fois renouvelables dans la limite de 3 semaines maximum.
Cette demande doit être faite à la Caisse d'Assurance Maladie (par écrit, au plus tard la veille de la date de début du congé prénatal) accompagnée d'un certificat médical attestant que l'état de santé de la patiente permet de prolonger l'activité professionnelle.
Si un arrêt de travail est prescrit durant cette période de report, celui-ci est annulé et le congé prénatal commence au 1er jour de l'arrêt de travail.

- ✓ **En cas d'accouchement prématuré**, la durée totale du congé de maternité reste identique : le congé prénatal est écourté et le postnatal rallongé d'autant.
- ✓ **En cas d'accouchement tardif**, le congé prénatal est prolongé jusqu' à la date d'accouchement sans que le congé postnatal ne soit réduit
- ✓ **Allaitement**
Il n'est pas prévu de congé maternité spécifique à l'allaitement. Seules les conventions professionnelles spécifiques peuvent prévoir, éventuellement, ce type de dispositions.

Examen de santé du père pendant la grossesse

Le père peut bénéficier avant la fin du 4ème mois de grossesse, d'un examen de santé complet, accompagné de tous les examens biologiques jugés nécessaires (sérologies : VIH..., hématologie), pris en charge à 100% par l'Assurance maladie.

Congé de paternité et d'accueil de l'enfant

- **Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est un droit ouvert à tout salarié.**

Il est possible d'en bénéficier quelle que soit l'ancienneté ou la nature du contrat (CDI, CDD, temps partiel, intérimaire, saisonnier...) à l'occasion de la naissance d'un enfant, dans les situations suivantes :

- ✓ Soit pour le père de l'enfant, quelle que soit la situation familiale : mariage, pacte civil de solidarité (PACS), union libre, divorce ou séparation, même s'il ne vit pas avec l'enfant ou avec sa mère ;
- ✓ Soit pour le conjoint de la mère, ou son partenaire PACS, ou s'il y a vie maritale avec elle-même même s'il n'est pas le père de l'enfant

Dans chacune de ses situations, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant peut être accordé quel que soit le lieu de naissance ou de résidence de l'enfant, en France ou à l'étranger, et que l'enfant soit ou non à la charge du bénéficiaire.

Pendant ce congé, il est possible, sous certaines conditions, de percevoir des indemnités journalières

- **La durée maximale du congé de paternité et d'accueil de l'enfant**
- ✓ 11 jours consécutifs au plus (samedi, dimanche et jour férié compris) pour la naissance d'un enfant ;
- ✓ 18 jours consécutifs au plus pour une naissance multiple.
- ✓ Il s'ajoute aux **3 jours d'absence** autorisés prévus par le Code du travail. Il peut débiter immédiatement après ces 3 jours ou à un autre moment, mais impérativement dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant.

À noter que ce congé n'est pas fractionnable et que vous pouvez choisir d'en raccourcir la durée. Il existe des cas particuliers

Pour l'ensemble des informations et des formalités à accomplir suivre le lien :

[Vos droits](#)

5.2 Les prestations familiales

Aides à domicile

Les services d'aide à domicile sont un soutien temporaire, proposé aux familles par les caisses versant les prestations familiales (CAF ; MSA,...) pour les aider à surmonter des difficultés ponctuelles. Ils s'adressent aux familles avec enfant rencontrant des difficultés d'ordre médical, familial ou social, notamment pendant la grossesse ou à la naissance d'un enfant.

Les professionnels intervenants sont des **TISF** (technicien d'intervention sociale et familiale); ou des auxiliaires de vie sociale (AVS)

Renseignements sur [CAF](#), [MSA](#), [RSI](#), ...

<p>Périgord Famille, aide et intervention à domicile www.perigord-famille.fr Le Mercurial, 78 rue Victor Hugo 24000 Périgueux Tél : 05 53 45 41 30 Mail : contact@perigordfamille.fr</p>	<p>L'Association Familiale d'Aide à Domicile de la Dordogne (AFAD) 37 rue Blaise Pascal 24100 Bergerac Tél : 05 53 57 58 98 Mail : contact@afadbergerac.fr</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le congé parental d'éducation

Durée de droit prévues pour la naissance d'un enfant

- **Pour un premier enfant et ;**

En couple : chacun peut bénéficier de la PreParE pendant 6 mois maximum dans la limite du premier anniversaire de l'enfant ;

Seul(e) : on peut bénéficier de la PreParE dans la limite du premier anniversaire de l'enfant.

- **Avec au moins un autre enfant présent au foyer et ;**

En couple : chacun peut bénéficier de la PreParE pendant 24 mois maximum dans la limite du troisième anniversaire du dernier né ;

Seul(e) ; on peut bénéficier de la PreParE dans la limite du troisième anniversaire de l'enfant.

- **Arrivée de triplés ou plus ;**

En couple : chacun peut bénéficier de la PreParE pendant 48 mois maximum dans la limite du sixième anniversaire des enfants ;

Seul(e) ; on peut bénéficier de la PreParE dans la limite du sixième anniversaire des enfants.

Site de la CAF : [CAF](#) ou site de la MSA : [MSA](#)

5.3 Services sociaux

Maisons du Département

Adresses et coordonnées : Dordogne.fr

COORDONNEES UT ET CMS

BERGERAC EST Maison du Département 16 boulevard Maine de Biran 24100 BERGERAC 05.53.02.04.00	BERGERAC OUEST Maison du Département 16 boulevard Maine de Biran 24100 BERGERAC 05.53.02.04.00	UT PERIGUEUX 27 rue Victor Hugo 24000 PERIGUEUX 05.53.02.02.00	UT RIBERAC Maison du Département Les Chaumes Est 24600 RIBERAC 05.53.92.48.60	UT SARLAT Maison de Département en Sarladais Rue Jean Leclaire Les Jardins de Madame - BP 91 24203 SARLAT CEDEX 05.53.31.71.71		UT NONTRON Place du Champ de Foire 24300 NONTRON 05.53.02.07.00	UT MUSSIDAN Maison du Département 11 bis rue Aristide Briand 24400 MUSSIDAN 05.53.02.00.50
CMS BERGERAC MDD en Bergeracois 16 bd Maine de Biran 24100 BERGERAC 05.53.02.04.00	CMS SIGOULES 2 rue Caillaud 24240 SIGOULES 05.53.58.44.39	CMS PERIGUEUX VILLE 27 rue Victor Hugo 24000 PERIGUEUX 05.53.02.02.50	CMS RIBERAC MDD Les Chaumes Est 24600 RIBERAC 05.53.92.48.60 ou 05.53.90.01.14	CMS HAUTEFORT Maison des Services Publics Rue Sylvain Floirat BP 15 24390 HAUTEFORT 05.53.50.50.40	CMS SARLAT MDD en Sarladais Rue Jean Leclaire Les Jardins de Madame BP 91 24200 SARLAT CEDEX 03.53.31.71.71	CMS NONTRON Place du Champ de Foire 24300 NONTRON 05.53.02.07.04	CMS MONTPON MENESTEROL rue Wilson 24700 MONTPON MENESTEROL 05.53.02.06.41
CMS BEAUMONT 5 avenue Rihau 24440 BEAUMONT 05.53.02.06.10	CMS LA FORCE 2 rue Jean Miquel Maison du Service public 24130 LA FORCE 05.53.58.02.39	CMS COULOUNIEIX CHAMIERIS Av Général De Gaulle 24660 COULOUNIEIX CHAMIERIS 05.53.03.45.84	CMS BRANTOME Place du Champ de Foire 24310 BRANTOME 05.53.05.71.17	CMS THENON 11 rue Lamartine 24210 THENON 05.53.02.06.51	CMS ST CYPRIEN Maison des Communes et des Services au Public Avenue de Sarlat 24220 SAINT CYPRIEN 05.53.02.06.58	CMS EXCIDEUIL Ancienne Gendarmerie 24 rue André Audy 24160 EXCIDEUIL 05.53.02.06.52	CMS MUSSIDAN 11 bis Aristide Briand 24400 MUSSIDAN 05.53.02.00.50
CMS CREYSSE 12 Grand Rue 2ème étage 24100 CREYSSE 05.53.02.04.89	CMS PORT SAINTE FOY 71 rue Onésime Reclus 33220 PORT STE FOY ET PONCHAPT 05.53.24.72.67	CMS GOUR DE L'ARCHE 1 rue Pierre Brantôme 24000 PERIGUEUX 05.53.02.02.70	CMS SAINT AULAYE 6 rue du Docteur LADOUCH 24410 SAINT AULAYE 05.53.02.06.70	CMS MONTIGNAC Rue des Casernes BP 13 24290 MONTIGNAC 05.53.02.06.50	CMS LE BUGUE Square Lobigeois Rue de la Boétie 24260 LE BUGUE 05.53.02.06.57	CMS THIVIERS 6 avenue de Verdun 24800 THIVIERS 05.53.55.15.55	CMS NEUVIC Avenue Talleyrand du Périgord 24190 NEUVIC 05.53.81.51.78
CMS LALINDE 12 avenue Jean Moulin 1er étage 24150 LALINDE 05.53.02.04.90		CMS LA BOETIE 23 rue de la Boétie 24000 PERIGUEUX 05.53.53.49.62	CMS TOCANE Place St Apre 24350 TOCANE 05.53.90.32.86	CMS TERRASSON Route de la Barétie 24120 TERRASSON 05.53.02.06.49	CMS BELVES Avenue des Cèdres 24170 BELVES 05.53.29.00.10		CMS SAINT ASTIER Gimel 24110 SAINT ASTIER 05.53.02.06.42
		CMS LES CHAUDRONNIERS Rue des Chaudronniers 24000 PERIGUEUX 05.53.02.02.71					CMS VERGT 2 rue de l'Église 24380 VERGT 05.53.02.06.40
		CMS BOULAZAC Espace Bibbina 24750 BOULAZAC 05.53.08.29.84					

DOSP/PAST/JANVIER 2017

Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)

Renseignements auprès de la mairie du domicile

[Annuaire CCAS](#)

5.4 Centre Maternel

Lorsque le lien mère - enfant nécessite un accompagnement **éducatif dans un cadre contenant et étayant**, un accueil est proposé en Centre Maternel, pour les femmes enceintes ou les mères ayant au moins un enfant de moins de 3 ans.

- **Centre Maternel de Périgueux**

VILLAGE DE L'ENFANCE

Impasse Louis Braille
BP 5135
24005 Périgueux Cedex
Tél : 05 53 35 52 22
Fax : 05 53 03 21 90
Mail : cq24.vde@dordogne.fr

5.5 Services sociaux hébergement d'urgence

- ✓ Le 115

Service d'écoute et d'urgence sociale gratuit (numéro vert) ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ce service informe et oriente les personnes en situation d'urgence sociale, en matière d'hébergement d'urgence, d'accès aux soins et à l'hygiène, d'aide alimentaire, d'accès au service sociaux sur toute la Dordogne. En cas d'urgence, les opérateurs du 115 peuvent également appeler des secours (pompiers, Samu) pour venir en aide aux appelants.

- ✓ Les centres d'accueils

- Annuaire des Associations
- ASD : Association De Soutien De La Dordogne

61 r Lagrange Chancel, 24000 PÉRIGUEUX

Tél : .05 53 06 82 10

- SAFED : Secours aux Familles en Difficulté

8 Bis cours Fénelon, 24000 PERIGUEUX

Tél : 05 53 05 55 39

- Association Périgourdine d'Action et de Recherche sur l'Exclusion (A P A R E)

141 r Combe des Dames, 24000 Perigueux

Tél : 05 53 45 88 70

- Association L'atelier :

40 rue Neuve d'Argenson

24100 Bergerac

Tel: 05.53.57.78.26

Mail : atelier-bergerac@wanadoo.fr

- Cité Béthanie :

13 r Pont St Jean, 24100 BERGERAC

Tél : 05 53 23 74 98

✓ SIAO 24 (Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation)

Information, orientation et l'accompagnement social des ménages de plus de 18 ans, seul ou en couple, avec ou sans enfant, sans résidence stable.

du lundi au vendredi de 9h à 17h :

ASD

62 rue de Lagrange Chancel

24001 PERIGUEUX

05 53 06 82 10

asd.115veillesociale.amd@orange.fr

du lundi au vendredi de 12h à 14h ou de 17h à 19h les week-ends :

SAFED

8 bis cours Fénélon

24000 PERIGUEUX

05 53 53 93 33

chrs@safed24.fr

5.6 Associations caritatives

- [Annuaire des Associations](#)
- [Emmaüs](#), les [Restos du Cœur](#), le, le [Secours catholique](#), le [Secours Populaire français](#).

6. DROITS DU TRAVAIL : GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Une femme enceinte n'est pas tenue de révéler son état à son employeur, sauf si elle demande à bénéficier des privilèges légaux qui lui sont accordés. Dans cet objectif, il est conseillé de déclarer sa **grossesse** à son employeur à la fin du 4^e mois pour bénéficier des avantages le plus tôt possible sans risquer d'avoir à annoncer une fausse-couche.

On peut lui remettre la [déclaration de grossesse](#) (donnée lors de la consultation prénatale de la fin du 3^e mois) en mains propres en lui demandant de signer un exemplaire ou par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une femme salariée enceinte peut exiger de changer d'emploi provisoirement, sans diminution de salaire, si le sien comporte des obligations pénibles (porter de lourdes charges, [travail de nuit](#), en extérieur). Si ce n'est pas possible, elle arrêtera de travailler, mais sera toujours payée.

Selon les conventions collectives, il est également possible de bénéficier d'une réduction du temps de **travail**, de temps de pause, d'un aménagement des horaires ou du poste de travail.

Une femme enceinte bénéficie d'autorisations d'absences pour se rendre aux [examens médicaux](#) obligatoires de surveillance médicale de la **grossesse** (examen prénatal de la fin du troisième mois, puis les 6 examens mensuels), sans diminution de salaire. À noter que depuis 2014, le père a également le droit de s'absenter pour se rendre à 3 des examens médicaux obligatoires.

Allaitement

L'allaitement au travail est autorisé par la loi jusqu'à l'âge d'un an de l'enfant. La salariée dispose d'une heure par jour pour allaiter son enfant pendant les heures de travail. L'allaitement peut se faire sur le lieu de travail. Dans les entreprises de plus de 100 salariés, des locaux dédiés à l'allaitement peuvent être installés.

Des droits du travail particuliers accordés aux femmes enceintes

Embauche

Une femme enceinte à la recherche d'un emploi n'a pas à prévenir son futur employeur de sa **grossesse**. Si elle est tout de même connue, elle ne pourra être utilisée pour refuser une embauche ou rompre une période d'essai.

Licenciement

Enceinte, la salariée ne peut être licenciée que pour faute grave ou si le poste qu'elle occupe doit être supprimé pour un motif étranger à la grossesse (licenciement économique).

Lors du congé de maternité, aucun licenciement ne peut avoir lieu. Si l'employeur contrevient à ces dispositions, la salariée obtiendrait l'annulation du licenciement en lui adressant dans les 15 jours un [certificat médical](#) attestant de son état.

Vous ne pouvez pas être licenciée avant la fin de la 4^e semaine de reprise du **travail** après votre congé maternité.

En revanche, une femme enceinte dont la grossesse est apparente ou qui l'a déclarée à son employeur peut démissionner sans préavis et sans avoir à payer d'indemnité de brusque rupture.

Rémunération

Pendant son congé de maternité, la salariée ne travaille pas, mais perçoit des indemnités journalières versées par l'Assurance maladie selon certaines conditions. Chaque trimestre de congé maternité compte pour la retraite depuis janvier 2014.

À la reprise du travail au retour du [congé de maternité](#), les salariées sont en droit de retrouver leur poste ou un emploi comparable avec une rémunération au moins équivalente.

La situation de grossesse est l'un des critères de discrimination prévu par la loi.

Informations et saisine auprès du Défenseur des droits [Défenseurs des droits](#) et de ses délégués départementaux

A Bergerac: Jacques Bourguignon, jacques.bourguignon@defenseurdesdroits.fr et 05 47 24 16 22

A Périgueux: Gérard Glénat, gerard.glenat@defenseurdesdroits.fr et 05 53 46 75 53

7. ACCES AUX DROITS CIVIQUES ET ASSOCIATIONS D'AIDE

7.1 Droits généraux

- **Infodroits**

Association qui informe chaque citoyen sur l'étendue de ses droits et de ses devoirs.

[Info Droits](#)

[Info Droits Dordogne : permanences](#)

- **Conseil Départemental d'Accès aux Droits (CDAD)**

Une aide gratuite pour le public pour en savoir plus sur les droits, obtenir des conseils et une orientation.

Des entretiens gratuits et confidentiels uniquement sur rdv.

[CDAD Dordogne](#)

- ✓ Point d'accès au Droit (permanences gratuites professionnels et associations) fait partie du Conseil départemental d'accès au droit

Permanences à la maison des associations de Périgueux

12 cours Fénelon

Maison des associations (2ème étage)

05.53.06.39.33

Juriste du C.I.D.F.F. : lundi de 13h45 à 16h30

Avocat : mardi de 9h00 à 12h00

Conciliateur : 2ème et 4ème mardi de 14h00 à 16h00

Huissier : 1er lundi du mois de 9h15 à 12h00

Notaire : 4ème jeudi du mois de 9h15 à 12h00

- **Maison de la Justice et du Droit de Bergerac**

16 rue du Petit Sol

24100 BERGERAC

05.53.73.24.77

Du Lundi au Vendredi : de 09h30 à 12h30 de 14h00 à 18h00

mjd.tgi-bergerac@justice.fr

CIDFF

PJJ

ADAVIP

Conciliateur de justice

Médiation familiale (ASD)

- **Point d'Accès au Droit de Terrasson**

Château Jeanne d'Arc - Place du Foirail

05.53.06.39.33

Avocat : 2ème vendredi du mois de 9h00 à 12h00

Huissier : 1er lundi du mois de 14h00 à 16h30

Notaire : 1er vendredi du mois de 9h00 à 12h00

- **Point d'accès au Droit de Nontron**

Ancien TI - Place Raymond Boucharel

05.53.06.39.33

Avocats : 1er vendredi du mois de 9h00 à 12h00

Huissier : 2ème mercredi du mois de 9h00 à 12h00

Notaire : 3ème mercredi du mois de 9h00 à 12h00

7.2 Droits des femmes

- **CIDFF**_(Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)

4, rue Kléber

24000 Périgueux

DORDOGNE

Tèl.05 53 35 90 90

Fax.05 53 35 90 91

<http://www.infofemmes-aquitaine.org/>

[Info femmes Dordogne](#)

Horaires :

Lundi : 13h30 à 17h00 et du mardi au vendredi : 8h45 - 12h00 et 13h30 - 17h00

Permanences :

- ✓ **Périgueux** : Point Accès aux Droits Maison des associations cours fénelon - 24000 PERIGUEUX - Lundi de 13h30 à 16h30
- ✓ **Montpon** : CAF Point PIF - 47, rue Thiers - 24700 MONTPON - Mardi : 9h00 - 12h00 et de 13h30 - 16h00
- ✓ **Nontron** : Point PIF - 24 rue Carnot - 24300 NONTRON - Dernier jeudi de chaque mois 9h00 – 12h00
- ✓ **Ribérac** : Mairie - 24600 RIBERAC - Dernier Jeudi de chaque mois 14h00 – 17h00
- ✓ Thiviers : Mairie Salle n°2 J. Duvost 44 rue Général Lamy - 24800 THIVIERS - 2ème Jeudi de chaque mois 14h00 – 17h00
- ✓ **Sarlat** : CAF Point PIF - 91 avenue de Selves - 24200 SARLAT - 9h00 -12h00 Points Accès aux Droits TGI Place de la grande Rigaudie - 24200 SARLAT - 14h00 -16h00
- ✓ **Lalinde** : Espace Economie Emploi - 24150 LALINDE - 1er Jeudi de chaque mois 9h00 -12h00
- ✓ **St Foy** : RSP 12, boulevard Garrau - 33150 ST FOY - 2 vendredis par mois 9h00 -12h00
- ✓ **Bergerac** : MJD 3, rue d'Albert - 24100 BERGERAC - 1er et 3ème lundi de chaque mois 9h00 -12h00 - CAF 24 bd Victor Hugo chaque mercredi de 9h00 – 12h00 et 13h30 – 16h00 - 21 bd Jean Moulin 9H00 -12H00 14H00 -17H00

- **Planning Familial**

Le Planning Familial est un **mouvement** qui prend en compte toutes les sexualités, défend le droit à la contraception, à l'avortement, et à l'éducation à la sexualité. Il dénonce et combat toutes les formes de violences, lutte contre le SIDA et les IST, contre toutes les formes de discrimination et contre les inégalités sociales.

[Planning Familial Dordogne](#)

74, Bd Ampère

24000 Périgueux

05 53 53 11 96

- **Violences faites aux femmes**



	SAMU	15
	POLICE	17
	POMPIERS	18
	TOUTES URGENCES <i>Numéro prioritaire, européen et fonctionne avec mobiles et fixes</i>	112
	SMS OU FAX <i>Pour les personnes ayant des difficultés à parler ou à entendre</i>	114

[stop-violences-femmes](http://stop-violences-femmes.gov.fr)

Pour obtenir un hébergement d'urgence Contactez le 115-SIAO (appel gratuit, 24h/24, 7 jours/7)

✓ **39 19**

Numéro de téléphone contre les violences faites aux femmes.

Appel anonyme et gratuit pour être écoutée et orientée.

✓ Se rapprocher du médecin de son choix ou de l'Unité Médico-judiciaire d'Urgence - Centre hospitalier de Périgueux - 05 53 45 26 27

✓ **L'Îlot Femmes (accueil de jour départemental)**

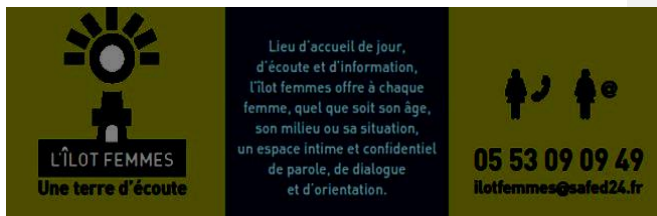
Lieu d'accueil de jour, d'écoute et d'information, l'îlot femmes offre à chaque femme, quel que soit son âge, son milieu ou sa situation, un espace intime et confidentiel de parole, de dialogue et d'orientation. Aucun sujet n'est tabou et chaque interrogation ou difficulté sera traitée par des intervenants spécialisés et compétents dont les consultations, avis et conseils sont gratuits.

1 rue Jacques le Lorrain – Périgueux

05 53 09 09 49

✉ ilotfemmes@safed24.fr

[L'îlot femmes](http://lilotfemmes.fr)



✓ **Centre d'Informations sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)**

15 rue Thiers – Périgueux

05 53 35 90 90

✉ cidff-dordogne24@orange.fr

Antenne de Bergerac :

21 boulevard Jean Moulin – Bergerac

05 53 63 32 30

✉ cidff-dordogne24@orange.fr



✓ **Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infraction Pénale (ADAVIP)**

9 rue de Maleville – Périgueux

05 53 06 11 73

✉ adavip24@gmail.com

Permanence à Bergerac

06 74 35 85 24

✉ adavipbergerac@gmail.com

✓ **Mouvement Français pour le Planning Familial**

74 boulevard Ampère – Périgueux

05 53 53 11 96

✉ pf.dordogne@gmail.com



✓ **Femmes Solidaires**

Femmes solidaires s'engage pour faire reculer toutes formes de discriminations et développer une éducation non sexiste et non violente.

Elle informe, sensibilise sur les droits des femmes. L'association défend les valeurs fondamentales de laïcité, de mixité, d'égalité pour les droits des femmes, de paix et de liberté.

Maison des Associations – 12 cours Fénelon – Périgueux

07 78 26 13 61

✉ femmessolidaires24@gmail.com



✓ **Conseil Départemental de la Dordogne**

Pour prendre rendez-vous avec l'assistante sociale la plus proche de vous

[Coordonnées CMS Dordogne](#)

✓ **Ordres des Avocats**

19 bis cours Montaigne – Périgueux

05 53 53 21 34

✉ barreaudeperegueux@wanadoo.fr

13 boulevard Victor Hugo – Bergerac

05 53 57 66 68

✉ avocats.bergerac@wanadoo.fr



✓ **Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne**

50 rue Claude Bernard – Périgueux

0 810 25 24 10

✓ **Délégation Départementale des droits des femmes et de l'égalité**

femmes.gouv.fr

✓ **Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression (CAUVA) - Bordeaux**

Prise en charge médico-légale, infirmière, sociale, psychologique et judiciaire selon les situations.

Hôpital Pellegrin

Place Amélie Raba Léon

Bordeaux

Tél : 05 56 79 87 77

[CAUVA](#)

7.3 Traite humaine

- **I.P.P.O** (Information, Prévention, Proximité, Orientation)

Association travaillant avec le public en situation de prostitution, composée d'une équipe de professionnels salariés, qui propose une approche pluridisciplinaire, axée autour de la personne et un suivi dans le temps, privilégiant le travail de proximité, l'écoute, la création du lien.

14, rue Villedieu

33000 Bordeaux

[I.P.P.O \(Information, Prévention, Proximité, Orientation\)](#)

[Permanences du lundi au jeudi de 14 à 16 heures](#)

[Accueil individualisé chaque matin et le vendredi toute la journée](#)

- **RUELLE**

L'association Ruelle est une association locale née en Juin 2011, accompagnement du public depuis janvier 2012.

Accompagnement de « personnes victimes d'exploitation dans le cadre de parcours de traite » : prostitution, mendicité, délinquance forcée, travail forcé, esclavage domestique.

Accompagnement social, psychologique et juridique par une équipe de professionnels afin d'amener la personne à identifier le lien d'exploitation et à s'en émanciper.

6 Quai Paludate

33000 BORDEAUX

06 98 39 70 42

[RUELLE](#)

[Liens utiles](#)

8. INTERCULTURALITE

[Annuaire des associations](#)

- **MANA (Gironde)**

Cette association mène de nombreuses actions en direction des familles de cultures diverses.

Consultation transculturelle à la maternité Pellegrin : Service gratuit sur orientation d'un professionnel

www.cliniquetransculturelle-mana.org

- **L'école des femmes (Gironde)**

Elle propose des ateliers « Accueil du nouveau- né » et des « Causeries pour femmes enceintes et jeunes mamans », ateliers traduits et animés par des professionnelles, ouverts à tous, anonymes et gratuits.

Permanences le lundi de 9h30 à 12h et jeudi de 14h à 16h30 ; ou sur rdv.

Tél: 05 24 61 95 88

ecoledesfemmes.mana@gmail.com

- **AMI: Accompagnement psychologique et Médiation Interculturelle (Gironde)**

Association qui propose des soins psychologiques par la prise en charge globale de la personne dans sa dimension culturelle.

10 rue de la Benaugue Bordeaux

Tél : 05 56 86 91 70

www.ami-asso.com

- **Promofemmes (Gironde)**

L'association Promofemmes accueille des femmes en situation de migration provenant d'une soixantaine de pays.

Les objectifs de l'association : accompagner sur le plan social, culturel et professionnel, des femmes migrantes en prenant en compte les problèmes qu'elles rencontrent mais aussi leurs potentialités et leurs compétences. Cette action s'inscrit dans la durée et vise à une meilleure insertion personnelle et familiale dans la société d'accueil

L'association organise des groupes d'échanges sur la parentalité.

Accueil et Inscriptions

Mercredi après-midi sur rendez-vous

(Sauf vacances scolaires)

10, rue Carpenteyre

33800 Bordeaux

05 56 94 64 07

promofemmes.stmichel@wanadoo.f

www.promofemmes.org/

- **OFII - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (Aquitaine)**

L'OFII remplit 4 principales missions : la gestion des procédures régulières aux côtés ou pour le compte des préfectures et des postes diplomatiques et consulaires ; l'accueil et l'intégration des immigrés autorisés à séjourner durablement en France et signataires à ce titre d'un contrat d'accueil d'intégration avec l'Etat ; l'accueil des demandeurs d'asile ; l'aide au retour et à la réinsertion des étrangers dans leur pays d'origine.

55 rue Saint Sernin

CS 90370 - 33002 Bordeaux Cedex

Tel : 05 57 14 23 00

[OFII](#)

9. CONTRACEPTION/IVG

Numéro Vert IVG Contraception Sexualités : 0800 08 11 11

9.1 Liens utiles

Lieux d'accueil d'écoute et d'orientation

- **Planning familial**

Le Planning Familial est un **mouvement** qui prend en compte toutes les sexualités, défend le droit à la contraception, à l'avortement, et à l'éducation à la sexualité. Il dénonce et combat toutes les formes de violences, lutte contre le SIDA et les IST, contre toutes les formes de discrimination et contre les inégalités sociales.

[Planning Familial Dordogne](#)

74, Bd Ampère
24000 Périgueux
05 53 53 11 96

www.planning-familial.org

- **CPEF**

[Permanences CPEF Dordogne](#)

- **AIDES AQUITAINE (lutte contre le sida et hépatites)**

51 allée du Port
24000 Périgueux
TEL: 05 53 54 32 01
mail: dordogne@aides.org

Page Facebook : <https://www.facebook.com/aides.dordogne>

[AIDES](#)

- **Gynécologues libéraux**

[ameli](#)

- **Sages-femmes libérales**

[ameli](#)

- **Sages-femmes PMI**

[Permanences CPEF Dordogne](#)

- **CeGIDD**

Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

Conseil, information et dépistage gratuit du VIH-SIDA, des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), des Hépatites B et C : c'est ce que vous propose le CeGIDD, hébergé au sein du :

Centre hospitalier de Périgueux 80 avenue Georges Pompidou 24019 PERIGUEUX Téléphone: 05.53.45.26.48 e-mail: jerome.marie@ch-perigueux.fr	Centre Hospitalier de Bergerac 9 rue Pr Albert Calmette 24100 Bergerac Téléphone : 05 53 63 86 40
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9.2 La contraception

Recommandations HAS

www.has-sante.fr

- **Un choix personnalisé après une information éclairée**

La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme (ou couple) et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications.

- **Cette consultation doit être**

- Dédiée : Une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif, quel que soit son âge.
- essentielle dans la démarche d'aide au choix : C'est une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit respecter intimité et confidentialité.
- un entretien dont le champ est large tant au plan médical qu'au plan du vécu de la femme

- **Le recueil d'information recouvre**

- âge, profession, habitudes de vie (tabac, pratiques sexuelles [risque infectieux]),
- méthodes de contraception utilisées jusque-là, date des dernières règles, allaitement en cours
- nombre d'enfants, antécédents de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
- antécédents familiaux chez les apparentés au premier degré (parents, frères et sœurs ou enfants) d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels (âge de survenue et si possible circonstances de survenue), hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie ;
- antécédents personnels : d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels, HTA, diabète, dyslipidémie, migraine avec ou sans aura, autres antécédents médicaux (cardiovasculaires et neurologiques), chirurgicaux ou gynéco-obstétricaux (notamment infections sexuellement transmissibles [IST], grossesses extra-utérines [GEU], cancers, pathologie ou chirurgie utérine, trophoblastique ou vaginale) ;
- traitements en cours (anticiper de possibles interactions médicamenteuses).

- **Un examen clinique et biologique** visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention

- L'examen clinique comprend : examen général, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle (TA)
- L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure notamment chez l'adolescente et si elle en exprime le souhait.
- L'examen des seins et l'examen gynécologique (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans) visent à dépister des cancers ou des lésions précancéreuses.
- Le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale oestroprogestative (pilule, patch, anneau) :
 - comporte un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun :
 - est à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux,

- chez une personne sans antécédent personnel ni familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription,
 - en cas d'antécédent familial de dyslipidémie, doit être réalisé avant le début de toute contraception oestroprogestative et 3 à 6 mois après ;
 - peut comporter un bilan d'hémostase (dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) : à discuter après avis spécialisé en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans).
 - Avant la pose d'un dispositif intra-utérin, en présence de facteur de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples), rechercher une infection à C trachomatis et N gonorrhoeae.
- **Des informations à donner** à la femme sur les méthodes existantes et sur la façon d'utiliser la méthode choisie
 - **Un suivi** visant à évaluer adéquation de la méthode choisie, observance, tolérance et satisfaction de la femme
 - Évaluer l'adéquation de la méthode contraceptive et la satisfaction de la femme : en cas d'insatisfaction ou d'intolérance, rappeler les autres méthodes de contraception et proposer d'y réfléchir.
 - Évaluer l'observance : fréquence et circonstances des oublis, trouver avec la femme l'horaire le mieux adapté pour éviter un oubli, réévaluer ses connaissances et réitérer les conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli (Voir plaquette « [Que faire en cas d'oubli de pilule ?](#) ») et sur la contraception d'urgence (à utiliser le plus rapidement possible après le rapport à risque).
 - À chaque renouvellement de prescription, réévaluer les risques en fonction de la méthode choisie.
 - Refaire une information sur les possibilités de sevrage en cas de tabagisme.
 - Rappeler les principes de protection contre les infections sexuellement transmissibles et le sida (intérêt du préservatif, possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance).
 - Programmer la consultation suivante : première consultation à 3 mois puis généralement une consultation par an si la femme va bien pour son renouvellement de contraception ou tous les 3 ans en cas de contraceptif de longue durée d'action (DIU, Implant), plus souvent et autant que nécessaire en cas de difficultés rencontrées avec sa contraception ou de symptômes évoquant une complication.

Autres fiches mémos HAS :

[Efficacité des différentes méthodes contraceptives](#)

[Fiche mémo HAS/prescription de la contraception](#)

[Fiche mémo HAS/contraception de la femme adulte](#)

[Fiche mémo HAS/contraception chez l'adolescente](#)

[Fiche mémo HAS/contraception du post-partum](#)

[Fiche mémo HAS/contraception post-IVG](#)

[Fiche mémo HAS/Contraception chez la femme à risque cardio-vasculaire](#)

Ressources Internet

[Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé](#)

[Association fil-santé jeunes](#) :

[Association française pour la contraception](#) :

[Choisir sa contraception](#) :

[Institut National de prévention et d'éducation pour la santé](#) :

Aide à la prescription

- Comment choisir le contraceptif selon le désir des patientes : [Tableau comparatif](#)
- [tableau des recommandations OMS suivant les cas 2015](#)
- Prescription des contraceptifs hormonaux combinés : [ANSM](#)
- Que faire en cas d'oubli de pilule : [Urgence, l'oubli de pilule](#) (Choisir sa contraception)
- Contraception et allaitement maternel ([Fiche 10](#))

Contraception d'urgence








Tableau complet sur :

[Fiche mémo HAS/contraception d'urgence](#)

Switch contraceptifs

Comment passer d'une méthode contraceptive à une autre ?

Source : [Formagyn/Switch Contraceptifs](#)

	Pilule	Patch	Anneau	Micro-progestatif	Depo-Provera	Implant	SIU	DIU
Pilule normo ou mini dosée 	0 jour Prendre le 1er cp de la nouvelle plaquette le lendemain du dernier cp de l'ancienne plaquette	1 jour Commencer le patch 1 jour avant l'arrêt de la pilule	0 jour Commencer l'anneau le lendemain du dernier cp de l'ancienne plaquette	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant l'arrêt de la pilule	7 jours avant 1ère injection 7j avant l'arrêt de la pilule	4 jours avant Poser l'implant 4j avant l'arrêt de la pilule	7 jours avant Poser le SIU 7j avant l'arrêt de la pilule	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5j après l'arrêt de la pilule
Patch 	1 jour avant Commencer la pilule 1j avant l'arrêt du patch		0 jour Commencer l'anneau le jour du retrait du patch	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant l'arrêt du patch	7 jours avant 1ère injection 7j avant l'arrêt du patch	4 jours avant Poser l'implant 4j avant l'arrêt du patch	7 jours avant Poser le SIU 7j avant l'arrêt du patch	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5j après l'arrêt du patch
Anneau 	1 jour avant Commencer la pilule 1j avant l'arrêt de l'anneau	2 jours avant Commencer le patch 2j avant de retirer l'anneau		7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant l'arrêt de l'anneau	7 jours avant 1ère injection 7j avant le retrait de l'anneau	4 jours avant Poser l'implant 4j avant l'arrêt de l'anneau	7 jours avant Poser le SIU 7j avant l'arrêt de l'anneau	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5j après le retrait de l'anneau
Micro-progestatifs 	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant l'arrêt du micro-progestatif	7 jours avant Commencer le patch 7j avant l'arrêt du micro-progestatif	7 jours avant Commencer l'anneau 7j avant l'arrêt du micro-progestatif		7 jours avant 1ère injection 7j avant l'arrêt du micro-progestatif	4 jours avant Poser l'implant 4j avant l'arrêt du micro-progestatif	7 jours avant Poser le SIU 7j avant l'arrêt du micro-progestatif	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5j après l'arrêt du micro-progestatif
Depo-Provera 	15 semaines après Le 1er cp peut être pris jusqu'à 15 sem après la dernière injection	15 semaines après Le patch peut être commencé jusqu'à 15 sem après la dernière injection	15 semaines après L'anneau peut être commencé jusqu'à 15 sem après la dernière injection	15 semaines après Le 1er cp peut être pris jusqu'à 15 sem après la dernière injection		15 semaines après L'implant peut être posé jusqu'à 15 sem après la dernière injection	15 semaines après Le SIU peut être posé jusqu'à 15 sem après la dernière injection	16 semaines après Le DIU peut être posé jusqu'à 16 sem après la dernière injection
Implant 	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant le retrait de l'implant	7 jours avant Commencer le patch 7j avant le retrait de l'implant	7 jours avant Commencer l'anneau 7j avant le retrait de l'implant	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant le retrait de l'implant	7 jours avant 1ère injection 7j avant le retrait de l'implant		7 jours avant Poser le SIU 7j avant le retrait de l'implant	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5j après le retrait de l'implant
SIU 	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant le retrait du SIU	7 jours avant Commencer le patch 7j avant le retrait du SIU	7 jours avant Commencer l'anneau 7j avant le retrait du SIU	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant le retrait du SIU	7 jours avant 1ère injection 7j avant le retrait du SIU	4 jours avant Poser l'implant 4j avant le retrait du SIU		0 jour Le DIU peut être posé juste après le retrait du SIU
DIU 	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant le retrait du DIU	7 jours avant Commencer le patch 7j avant le retrait du DIU	7 jours avant Commencer l'anneau 7j avant le retrait du DIU	7 jours avant Prendre le 1er cp 7j avant le retrait du DIU	7 jours avant 1ère injection 7j avant le retrait du DIU	4 jours avant Poser l'implant 4j avant le retrait du DIU	Protection 7 jours Poser le SIU juste après le retrait du DIU. Utiliser une méthode complémentaire pendant 7j	

0 jour = Changer directement d'une contraception à l'autre sans délai

x Jours avant = Commencer la prochaine contraception avant d'arrêter la précédente. Cela laisse le temps à la future contraception d'être efficace.

x Jours après = Le DIU est la meilleure contraception d'urgence. La pose est possible même un peu après l'arrêt d'une autre contraception.

Protection 7 jours = Vous n'êtes pas sûr de ce qu'il faut faire ? Vous pouvez utiliser cette méthode dans tous les cas. Une contraception complémentaire par préservatif ou spermicide est alors nécessaire jusqu'à 7 jours après le début de la nouvelle contraception.

Cas particulier : La jeune fille de 15 à 18 ans

- **Faciliter l'accès à la contraception**

De nombreuses jeunes filles rencontrent encore des difficultés à s'engager dans une démarche contraceptive adaptée à leur situation en raison de contraintes sociales et financières.

Trois mesures pour faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans* :

Le tiers payant sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie (part obligatoire) pour les consultations et les examens biologiques nécessaires à la contraception ainsi que les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif.

Le secret de la délivrance et de la prise en charge des contraceptifs.

La délivrance sans avance de frais des contraceptifs remboursables pharmacie, sur prescription médicale.

* Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013, loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 et décret n°2013-248 du 25 mars 2013.

Le secret de la prescription et de la délivrance des contraceptifs

En application de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, la jeune fille mineure n'a pas obligation d'obtenir le consentement de ses parents pour la prescription, la délivrance ou l'administration (prise de la pilule ou pose d'un stérilet) de contraceptifs. Dans chacune de ces situations, les professionnels de santé sont tenus au secret médical.

Si la jeune fille le demande, il ne sera pas fait mention de cette délivrance sur les relevés de remboursement de l'Assurance Maladie.

À noter :

La délivrance à 100 % sans avance de frais des contraceptifs remboursables doit être systématiquement pratiquée, que la jeune fille demande l'anonymat ou non.

La notion de secret ne dispense pas la jeune fille mineure de vous communiquer son identité et son âge et de vous présenter sa carte Vitale ou son attestation de droits lorsque vous lui délivrez un contraceptif.

CPEF

Une jeune fille mineure qui souhaite bénéficier d'une consultation de contraception anonyme et gratuite peut être orientée vers un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Les différentes pilules contraceptives

Lien Formagny : [Les pilules contraceptives](#) Mars 2016

Les idées reçues sur les DIU au cuivre

Rend stérile	Les patientes gardent la même fertilité qu'elles aient un DIU ou non. L'infection à Chlamydia trachomatis peut rendre stérile, pas le DIU.	Allergie	L'allergie vrai au cuivre est très rare.
Pas eu d'enfant (nulliparité)	Le DIU ne rend pas stérile, il est tout à fait adapté aux patientes nullipares. Certains DIU sont d'ailleurs faits pour elles. L'OMS considère le bénéfice d'un DIU supérieur aux risques, même chez l'adolescente.	Donne des infections	Le risque est très faible ($\leq 1\%$) et n'existe que dans les 20 premiers jours. Dans certains cas, un dépistage du Chlamydiae et des gonocoques pourra être proposé.
La grossesse extra-utérine (GEU)	Une patiente sous DIU a 10 fois moins de risque d'avoir une GEU qu'une patiente n'ayant pas eu de contraception. Le DIU protège donc de la GEU et peut être posé chez les patientes ayant fait une GEU.	Risque de grossesse	Le DIU est au moins 10 fois plus efficace que la "pilule". L'efficacité du DIU est supérieur à 99%.
Les traitements	Aucun traitement n'a démontré une augmentation du risque de grossesse, pas même les AINS.	Il peut s'en aller	La migration du DIU arrive dans moins de 5% des cas. Un contrôle en ce sens est possible après le premier mois.
Les fils sont ressentis par le partenaire	Il suffit alors de les recouper un peu pour normaliser cette situation.	Abortif	Le DIU est une contraception efficace particulièrement sur les spermatozoïdes.

Source : [Formagyn/Explication DIU](#)

La contraception du post-partum

- **Méthodes hormonales – Oestroprogestatifs** (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)
 - Chez la femme qui allaite : les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement.
 - Chez la femme qui n'allait pas :

les Oestroprogestatifs sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement (normalisation du risque thromboembolique) en l'absence de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel[1], hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine) ; selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux (antécédent thromboembolique veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC > 30 kg/m², hémorragie du post-partum, accouchement par césarienne, pré éclampsie ou tabagisme) et en l'absence d'autres contre-indications ;

- **Méthodes hormonales – Progestatifs** (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

Les progestatifs sont utilisables chez la femme en post-partum ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne) ;

- en cas d'allaitement : les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir de 21 jours après l'accouchement ;
- en l'absence d'allaitement : les progestatifs seuls sont utilisables à partir de 21 jours après l'accouchement.

- **Dispositifs intra-utérins (DIU)** (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

Les DIU sont utilisables chez la femme en post-partum que la femme allaite ou non :

- à partir de 4 semaines après l'accouchement* ;
- après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae** avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples).

Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

La pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas d'usage courant en France.

- **Méthodes barrières** (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.

Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.

- **Méthodes naturelles** (aménorrhée lactationnelle, retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

Aménorrhée lactationnelle (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée [MAMA]) : l'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois < 2 %) si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- allaitement exclusif ;
- allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées/jour ;
- pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour ;
- aménorrhée persistante (absence totale de règles).

Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois (OMS).

- **Méthodes de stérilisation**

Peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.

Plusieurs méthodes disponibles :

- insertion d'un dispositif intratubaire par hystérocopie : réalisable à partir de la 6e semaine après l'accouchement ou la césarienne ;
- ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips) : peuvent être réalisées soit dans les 7 jours après l'accouchement, soit à partir de 42 jours (6e semaine) après l'accouchement ou la césarienne (délai d'involution utérine).

Les présenter comme irréversibles.

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.

9.3 L'Interruption Volontaire de Grossesse

Sante.gouv/ivg

L'IVG en pratique

En pratique, la démarche à entreprendre pour réaliser une IVG comporte plusieurs étapes à respecter avant, pendant et après l'intervention.

La démarche étape par étape

- Consultations Médicales Préalables

Une (voire deux) consultation(s) médicale(s) (par un médecin ou une sage-femme) sont réalisées avant une interruption volontaire de grossesse.

Penser à la prévention allo-immunisation Rhésus chez les femmes de Rhésus négatif ([Fiche 3](#))

- Entretien Psycho-Social

Il doit être **obligatoirement proposé aux femmes majeures mais reste facultatif**

Il est **obligatoire pour les femmes mineures**.

Il sert à mieux comprendre le sens de la survenue de cette grossesse non prévue et peut permettre une entrée dans un suivi gynécologique de prévention.

C'est un moment d'écoute bienveillante et de dialogue. Ce n'est pas un moment de décision.

Il est anonyme et gratuit et peut se faire en pré- et post-IVG.

- IVG MÉDICAMENTEUSE

Jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée selon le lieu

L'IVG médicamenteuse en établissement de santé

L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 7ème semaine de grossesse, soit 9 semaines après le début des dernières règles.

L'IVG médicamenteuse hors établissement de santé

L'IVG médicamenteuse est pratiquée jusqu'à la fin de la 5ème semaine de grossesse, soit au maximum 7 semaines après le début des dernières règles.

Si la femme souhaite interrompre sa grossesse par méthode médicamenteuse sans hospitalisation, une IVG pratiquée dans ce cadre est réalisée :

- soit par un médecin ou une sage-femme d'un cabinet de ville ayant signé une convention avec un établissement de santé,
- soit par un médecin ou une sage-femme d'un centre de planification ou d'un centre de santé ayant signé une convention avec un établissement de santé.

Les conditions de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé

- la situation médicale et psychologique de la patiente permet cette méthode ;
- la patiente peut se rendre dans un délai raisonnable dans l'établissement de santé avec lequel le médecin du cabinet de ville ou le centre de planification ou le centre de santé est en relation (trajet de l'ordre d'une heure maximum).
- la femme peut être accueillie à tout moment par cet établissement.
- cette méthode, qui se déroule en partie au domicile de la patiente, demande, de sa part, un suivi vigilant et une bonne compréhension de toutes les étapes :
- déroulement de l'interruption de la grossesse ;
- signes qui peuvent se produire ;
- la conduite à tenir.

- **IVG instrumentale**

L'IVG chirurgicale peut être pratiquée **jusqu'à la fin de la 12ème semaine de grossesse**, soit 14 semaines après le début des dernières règles ; elle est pratiquée obligatoirement en établissement de santé.

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale. La femme choisit avec l'aide du médecin le mode d'anesthésie le mieux adapté à sa situation.

- **La Visite De Contrôle**

Elle doit intervenir entre le 14e et le 21e jour après l'IVG. **Elle est absolument nécessaire** pour vérifier que la grossesse est interrompue et s'assurer de l'absence de complication. Elle permet aussi de s'assurer du vécu psychologique qui en l'absence de soulagement doit faire repenser un entretien psycho-social. Elle permet enfin une réintégration dans le suivi gynécologique de prévention avec une information sur le dépistage des dysplasies cervicales et une vérification du choix contraceptif.

- **Choisir Sa Contraception Après L'ivg**

Dans la mesure du possible, le choix de la méthode contraceptive doit être fait avant la réalisation de l'IVG.

La méthode de **contraception** choisie doit être mise en place **dès que possible** après la réalisation de l'IVG, une grossesse pouvant survenir rapidement.

[Recommandations HAS/Contraception post-IVG](#)

- **Coût**

Prise en charge à 100% par la sécurité sociale.

Gratuité et anonymat garantis aux mineures.

[Site Service Public](#)

[Assurance maladie](#)

- **POUR LA FEMME MINEURE**

Pour que l'IVG soit pratiquée :

La femme mineure doit détenir les documents attestant de la réalisation des démarches obligatoires :

- l'attestation de consultation psycho-sociale.
- sa confirmation écrite de demande d'IVG.
- le consentement écrit de son père ou de sa mère (ou de son représentant légal) ou l'attestation de réalisation du choix de l'adulte accompagnant si la femme mineure ne dispose pas de ce consentement.

Les sites d'information

[Sante.gouv/ivg](#) : [Informations pour les professionnels](#)

[Dossier Guide](#)

[ivglesadresses.org](#)

[planning-familial.org](#)

[choisirsacontraception.fr](#)

[femmes.gouv.fr](#)

[Vosdroits.service-public.fr](#)

Contact téléphonique Aquitaine

[Fédération Aquitaine du planning familial](#)

Centres d'Education et de Planification Familiale (CPEF)

Les centres de planification ont pour mission d'informer sur la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, les infections sexuellement transmissibles, la sexualité, lors de rencontres individuelles au sein des centres de planification et d'éducation familiale, lors d'actions collectives

Ils proposent une écoute, des informations, des conseils et des consultations avec des professionnels spécialisés. (Conseillères conjugales et familiales, infirmières, médecins gynécologues ou formés en gynécologie, sages-femmes)

Les centres de planification sont ouverts à tous, avec anonymat et confidentialité garantis, et plus particulièrement aux mineurs (accès sans autorisation parentale) et aux non assurés sociaux

Les consultations, les prescriptions de contraceptifs, les examens de laboratoire et le traitement des infections sexuellement transmissibles sont **gratuits et anonymes** pour les personnes mineures et les personnes sans assurance maladie.

Il en existe dans tous les départements

[Permanences CPEF](#)

Annuaire des centres d'orthogénie Réseau Périnat Aquitaine

[www.reseuperinat-aquitaine.fr](#)

Tableaux

1. Tableau des suppléments à proposer

Acide folique (Vitamine B9 ou « folates »)	<p>Les anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) entraînent de graves anomalies congénitales qui surviennent précocement entre la troisième et la quatrième semaine de grossesse.</p> <p>L' incidence est de 0,5 à 4,0/1 000 naissances.</p> <p>Une supplémentation en acide folique 1 mois avant la grossesse a fait la preuve de son efficacité en prévention primaire et secondaire.</p> <p>A débiter 1 mois avant la conception et à continuer 3 mois après</p> <p>A quelle posologie ?</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Pour les femmes sans antécédent particulier</u>, avec une observance fiable, a la dose de 0,4 mg/jour. (SPECIAFOLDINE 0,4R ou acide folique CCCR)- <u>Pour les femmes à risque élevé</u>, a la dose de 5 mg/ jour (SPECIAFOLDINE 5mgR) dès qu'elles envisagent une grossesse. <p><i>Les situations à risque élevé sont :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>un antécédent personnel ou familial de grossesse avec AFTN,</i>- <i>une obésité (IMC>35) ou des antécédents de chirurgie bariatrique, du fait des carences en folates qu' ils peuvent induire,</i>- <i>certaines traitements médicamenteux : Methotrexate, Antiépileptiques http://www.lecrat.fr</i>
Vitamine D	Il est recommandé de prescrire une dose unique de 100 000 UI de vitamine D au début du septième mois
Protéines, Fluor, Calcium, Magnésium, Vitamine A	Aucune justification à la supplémentation systématique
Situations particulières de la supplémentation en Vitamine K1	En cas d'utilisation de certains traitements (anticonvulsivants et antituberculeux) 15 jours avant l'accouchement

2. Tableau des vaccinations recommandées en anté, per- et post-partum

Commentaire [vm1]: A revoir avant parution

Vaccin	anté-conceptionnel	grossesse	post-partum /allaitement
Coqueluche	Rappel recommandé pour les adultes susceptibles d'être parents dans les mois à venir ou années à venir .	CI chez la femme enceinte	Mise à jour en post-partum immédiat de la femme et de l'entourage proche de l'enfant. -L'allaitement n'est pas une contre-indication.
Rubéole	Vacciner les femmes dont la sérologie est négative (pour les femmes nées après 1980 : vaccin trivalent - rougeole, rubéole, oreillons - au lieu d'un vaccin rubéoleux seul). Il n'y a pas lieu de vacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, quel que soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée. Une contraception doit être poursuivie pendant les deux mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique En cas de grossesse pendant cette période, il n'y a pas d'indication à recommander une IVG.	CI pdt grossesse	mise à jour en post-partum immédiat. L'allaitement n'est pas une contre-indication-
Varicelle	Vaccination-recommandé pour les femmes n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle (en cas de doute , un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué). S'assurer de l'état de non grossesse et contraception pdt les 3 mois suivants chaque dose de vaccin	CI pdt grossesse	
Grippe		Uniquement vaccins inactivés pendant la	Recommandé chez la femme allaitante

		grossesse. Le passage transplacentaire des anticorps antigrippaux maternels permet de conférer une protection aux nouveau-nés et aux nourrissons qui ne peuvent être vaccinés avant l'âge de 6 mois.	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Vaccinations autorisées chez la femme enceinte	Vaccinations contre-indiquées chez la femme enceinte
Hépatite B Grippe(Influenza) Méningocoque <i>si risque infection</i> Poliomyélite inactivée <i>si indication</i> Rage <i>si indication</i> Tétanos Fièvre jaune**, à éviter sauf en cas de risque élevé	BCG, <i>sauf forme inactivée</i> Choléra, <i>innocuité non déterminée</i> Hépatite A, <i>innocuité non déterminée</i> Vaccination anti HPV, <i>innocuité non déterminée</i> Encéphalite japonaise Rougeole Oreillons Rubéole* Diphtérie, <i>réactions fébriles importantes</i> Typhoïde, <i>innocuité non déterminée</i> Variole Varicelle Coqueluche

*La vaccination ne pouvant être pratiquée pendant la grossesse, elle devra être pratiquée immédiatement après l'accouchement, de préférence avant la sortie de la maternité(Cette vaccination peut-être pratiquées par les sages-femmes(arrête de 10 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 22 Mars 2005° ou à défaut au plus tôt après la sortie**Cette vaccination doit être reportée chez les femmes qui allaitent tant que le nourrisson allaité n'a pas atteint l'âge de 6 mois, sauf en situation épidémique.

[CNGOF](#), [GRAT](#), [SANTE -GOUV,VACCINS.NET](#)

Fiches thématiques

1. Dépistage du diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum (OMS).

Cette définition englobe en fait deux entités différentes qu'il convient de distinguer :

- Un diabète patent, le plus souvent de type 2 (glycémie $\geq 1,27$ g/l), préexistant à la grossesse et découvert seulement à l'occasion de celle-ci, et qui persistera après l'accouchement.
- Une anomalie de la tolérance glucidique réellement apparue en cours de grossesse, généralement en deuxième partie, et disparaissant, au moins temporairement, en postpartum.

Dans les conditions actuelles de dépistage, la prévalence du DG est estimée entre 2 et 6 %, mais peut être beaucoup plus élevée dans des populations spécifiques. La tendance actuelle va vers une augmentation de la prévalence.

Parcours de soins en cours de validation dans le cadre du GHT/Mise à jour prochainement

1.1 Complications maternelles

Le DG est associé à un risque accru de pré éclampsie et de césarienne. Ces risques sont corrélés de façon positive et linéaire au degré de l'hyperglycémie initiale.

Le surpoids, défini par $25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$ kg/m², et l'obésité (IMC > 30 kg/m²), sont des facteurs de risque de pré éclampsie et de césarienne indépendamment de l'hyperglycémie maternelle.

Leur association avec le DG augmente ces risques par rapport aux femmes ayant un IMC normal.

1.2 Complications fœtales et néonatales

La macrosomie est la principale conséquence néonatale démontrée d'un DG. Elle est le facteur principal associé aux complications rapportées en cas de DG (dystocie de l'épaule, lésion du plexus brachial, césarienne).

L'obésité maternelle et le diabète de type 2 sont des facteurs de risque de complications surajoutées.

1.3 Dépistage ciblé du DG

Il doit permettre d'identifier les femmes à haut risque d'événements pathologiques, celles qui doivent bénéficier d'une prise en charge intensive et de préserver les autres d'une surveillance excessive.

Les arguments en faveur du dépistage du DG :

- L'augmentation de la morbidité maternelle et néonatale associée à l'hyperglycémie maternelle,
- L'existence d'un test de dépistage valide et fiable,
- L'efficacité démontrée de la prise en charge thérapeutique sur l'incidence des complications,
- Le caractère acceptable des effets adverses du dépistage et de la prise en charge.

Le dépistage du DG est recommandé en présence d'au moins un des critères suivants :

- âge maternel ≥ 35 ans,
- IMC ≥ 25 kg/m²
- antécédents de diabète de type 2 (DT2) chez les apparentes au 1er degré,
- antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome (PN > 4 kg).

La prévalence estimée des femmes à dépister est de 15 à 20%.

Dans tous les cas, la décision de dépister ou de ne pas dépister le DG doit faire l'objet d'une évaluation et d'une information individuelle.

1.4 Modalités du dépistage

Dépister les femmes qui présentent au moins 1 facteur de risque,

A la 1^{ère} consultation prénatale ou à la déclaration de grossesse par un dosage de la glycémie à jeun.

Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l, il s'agit d'un diabète gestationnel à traiter comme tel.

Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l, cela confirme un diabète de type 2 pré gestationnel

Il n'est pas recommandé de réaliser une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) en début de grossesse.

Si la glycémie à jeun est normale ($< 0,92$ g/l) ou en l'absence de dépistage en début de grossesse et en présence d'au moins 1 facteur de risque de DG, on proposera à cette patiente de réaliser au 6^{ème} mois (24 à 28 SA) une HGPO à 75 g de glucose sur 2 heures.

Valeurs-seuil définissant le diabète gestationnel lors d'un test d'hyperglycémie à 75 g.

Valeur-seuil en mmol/L Valeur-seuil en g/l

Glycémie à jeun : 5,1 / 0,92

Glycémie à 1H : 10,0 / 1,80

Glycémie à 2 H : 8,5 / 1,53

Le diabète gestationnel est défini lorsqu'une seule de ces valeurs-seuil est égale ou franchie.

Normalité du dépistage entre 24 et 28 SA : pas d'arguments pour répéter ultérieurement le dépistage à titre systématique.

Chez les femmes ayant des facteurs de risque qui n'ont pas eu de dépistage du DG, celui-ci peut être fait au 3^e trimestre, au minimum par une glycémie à jeun.

La mise en évidence de biométries fœtales supérieures au 97^e percentile ou d'un hydramnios chez une femme sans facteurs de risque doit faire rechercher un DG.

Un avis spécialisé est recommandé (obstétricien + diabétologue) en cas de DG.

La prise en charge est basée sur :

1. les mesures hygiéno-diététiques,
2. l'auto surveillance glycémique (4 à 6 fois/jour)
3. l'insulinothérapie si on dépasse les objectifs glycémiques ($< 0,95$ g/l à jeun et 1,20 en postprandiale) au bout de 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques.

1.5 Conduite à tenir dans le post-partum

Les femmes ayant eu un DG doivent être surveillées dans le postpartum immédiat pour s'assurer de la normalisation des glycémies sans traitement.

Le choix de la contraception doit tenir compte essentiellement des facteurs de risque associés. L'existence d'une obésité, d'une hypertension artérielle, d'une dyslipidémie doit inciter à choisir une contraception sans impact cardiovasculaire ; dans ces situations, le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou l'implant sont à conseiller.

1.6 Le pronostic maternel ultérieur

Le risque de récurrence du diabète gestationnel varie de 30 à 84 % selon les études et augmente avec le temps.

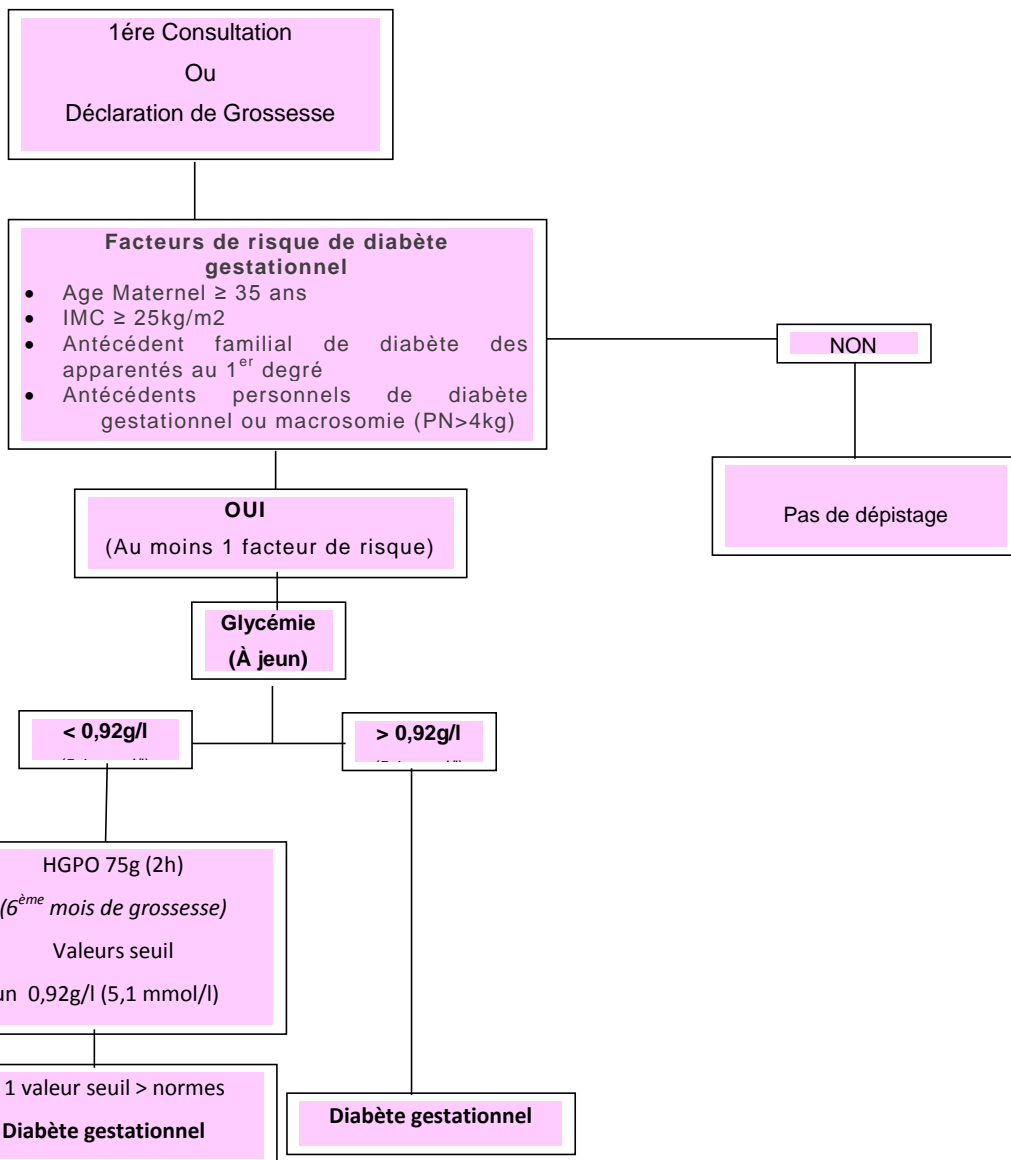
Certains facteurs sont associés à un risque plus élevé de DT2 après un DG : surcharge pondérale, diagnostic du DG avant 24 SA, glycémies de l'HGPO diagnostiqué élevées, nécessité d'une insulinothérapie.

L'allaitement ou la contraception ne modifient pas le risque.

Le risque élevé de DT2 après un DG justifie l'information de la patiente et le dépistage :

- Le dépistage est recommandé lors de la consultation postnatale, avant une nouvelle grossesse puis tous les un à trois ans, selon les facteurs de risque.
- Le dépistage peut être réalisé par la glycémie à jeun ou l' HGPO.
- Après un DG, le suivi doit inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (activité physique, alimentation équilibrée, arrêt du tabagisme); il convient de traiter d'éventuels facteurs de risque cardiovasculaire associés.

Dépistage diabète gestationnel : en pratique



2. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

La PNP s'adresse à chaque femme enceinte ou couple.

Elle doit s'adapter aux besoins spécifiques des femmes dont c'est ou non la première grossesse, en particulier ceux des adolescentes, des femmes venant de pays étrangers et vivant en France, des femmes ayant un handicap moteur ou sensoriel, et des femmes en situation de précarité ou en difficulté.

Les adaptations portent en particulier sur les conditions d'accueil et d'accessibilité, le choix des techniques éducatives et des dispositifs d'aide et d'accompagnement, le suivi.

2.1 Objectifs généraux de la PNP

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel, dans le respect du choix des parents
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile.
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent.
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur.
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance.

2.2 Nombre de séances

- 8 séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie et fait l'objet d'une cotation spécifique (arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels).
- Ces séances prénatales sont individuelles ou en groupe, à l'exception de l'entretien du 1^{er} trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple.

2.3 Participants

Le nombre de participants peut être modulé selon le type d'activité éducative proposé. La taille du groupe doit favoriser la participation active des participants.

Les séances doivent être ouvertes aux futurs pères.

2.4 Durée et fréquence des séances

La durée de chaque séance doit être suffisante pour donner des informations, permettre le développement des compétences et mettre en pratique un travail corporel. La durée de chaque séance doit être adaptée au thème abordé et à la technique éducative utilisée

Préparation à la naissance : [Association des sages-femmes libérales de la Dordogne](#),

[ameli.fr](#), [Sages-femmes de PMI](#), [CH Périgueux](#), [CH Bergerac](#), [CH Sarlat](#)

2.5 Autres types de préparation

Prépa piscine, haptonomie, Sophrologie, Yoga, Chant prénatal,

3. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus

3.1 Introduction

Chez la femme RhD négatif l'allo-immunisation anti-D est due à la synthèse d'anticorps IgM puis IgG anti-D en réponse au passage transplacentaire d'hématies fœtales RhD positif dans la circulation maternelle.

Les anticorps maternels IgG (à l'inverse des IgM) traversant le placenta vers la circulation fœtale provoquent en retour une hémolyse et une anémie chez le fœtus RhD positif.

L'allo immunisation anti-D (RhD ou RH1) peut être responsable d'hémolyse et d'anémie fœtale et néonatale sévère ainsi que d'ictère néonatal grave.

La fréquence a considérablement diminuée depuis la pratique des injections d'Ig anti-D chez les femmes RhD négatif en cas de situations à risque d'hémorragie fœto-maternelle.

Malgré cette prévention ciblée, il persiste des cas d'allo-immunisation RhD qui peuvent avoir plusieurs causes :

- prévention oubliée ou inadaptée (doses et/ou délais),
- grossesses méconnues (fausses couches précoces),

Enfin, certaines immunisations surviennent, surtout au 3ème trimestre, sans facteur de risque identifié d'hémorragies fœto-maternelles. Ces dernières échappent à la prévention ciblée.

D'où la recommandation actuelle de réaliser en plus de la prévention ciblée, une prophylaxie systématique au 3ème trimestre de la grossesse entre 26 et 28 SA (rattrapage possible jusqu'à 32 SA)

Cela permet une réduction de l'immunisation de 60 à 80 % par rapport à une prévention ciblée seule.

En pratique chez une femme RhD négatif :

Une information doit être délivrée sur l'immunisation anti-D (objectifs, modalités et effets secondaires).

Le consentement de la patiente doit être systématiquement obtenu avant toute administration d'Ig anti-D.

A cette occasion, le groupe RhD du conjoint est à documenter. Si le conjoint est RhD négatif et la paternité certaine : la prophylaxie anti-D peut être évitée.

Vérifier si la recherche du rhésus fœtal par prélèvement sanguin maternel est possible (réalisé dans certains centres hospitaliers) afin d'éviter une injection inutile si le fœtus est RH négatif.

Si le conjoint est RhD positif ou inconnu, proposer une prophylaxie systématique par une injection d'Ig anti-D (RHOPHYLAC 300 µg sol injR) entre 26 et 28 SA avec rattrapage possible jusqu'à 32 SA.

La dose recommandée est une dose unique de 300 µg (1500 UI), administrée par voie IM ou IV.

Prescrire avant (moins d'une semaine) toute injection d'Ig anti-D, une RAI afin de s'assurer de l'absence d'immunisation.

Après toute injection d'IgRh :

- assurer la traçabilité (dossier patiente ET pharmacie ; 2 étiquettes dans la boîte).
- Il est inutile de répéter par la suite les RAI et ce jusqu'à l'accouchement (efficacité 12 semaines pour le RHOPHYLAC 300 µg). Les RAI ultérieures sont à visée exclusivement transfusionnelle. Il est donc recommandé de ne pas réaliser cet examen avant admission pour l'accouchement.

Si la patiente n'a pas reçu d'injection de 300 µg d'anti-D à 28 SA :

- la RAI du 8ème mois doit être maintenue ;

- la prophylaxie ciblée est effectuée comme au cours du second trimestre.

3.2 Situations cliniques à risque d'allo-immunisation qui peuvent nécessiter d'une immunoprophylaxie « ciblée »

Elles relèvent d'une prise en charge obstétricale. L'efficacité repose sur une posologie d'anti-D adaptée dans les 72 heures après un événement potentiellement immunisant. Au-delà, un bénéfice peut être espéré jusqu'à 30 jours.

Au T1 de la grossesse :

- Fausse couche ou menace de FCS,
- IVG ou IMG, quel que soit le terme et la méthode utilisée,
- Grossesse molaire, Grossesse extra-utérine,
- Métrorragies,
- Choriocentèse (biopsie de villosités choriales), amniocentèse,
- Réduction embryonnaire,
- Traumatisme abdominal ou pelvien (même sans gravité),
- Cerclage cervical

ROPHYLAC 200 μ g (1000 UI) par voie IV ou IM (la voie intraveineuse sera toujours préférée pour la prophylaxie post-exposition).

Dans les situations d'urgence, le résultat ne doit pas être attendu pour réaliser l'injection.

Lorsqu'une nouvelle circonstance anténatale indiquant une immunoprophylaxie ciblée survient après une 1ère administration d'anti-D, on peut s'abstenir de renouveler la prophylaxie dans un délai qui est fonction de la dose antérieurement reçue (9 semaines pour 200 μ g).

Aux T2 et T3 de la grossesse :

Risque important de passage d'hématies fœtales en cas de :

- Interruption médicale de grossesse
- Fausse couche spontanée tardive
- MFIU
- Version par manœuvres externes,
- Traumatisme abdominal ou pelvien (quel que soit le terme de la grossesse)
- Intervention chirurgicale abdominale ou pelvienne (quel que soit le terme de la grossesse)
- Prélèvement ovulaire : amniocentèse, cordocentèse, placentocentèse
- Accouchement, quelle que soit la voie

Risque modéré de passage d'hématies fœtales en cas de:

- Métrorragies
- Cerclage du col utérin
- Menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement

Dans des circonstances pouvant entraîner un passage important d'hématies fœtales, la posologie sera guidée par un test de quantification des hématies fœtales (Kleihauer).

Pour toutes les autres circonstances, le test de quantification des hématies fœtales n'est pas nécessaire et une dose de 200 μ g suffit.

[CNGOF](#)

4. Le dépistage de la trisomie 21

- Prévalence : 1/2000 à la naissance, 1/500 à la conception,
- 1er facteur de risque : âge maternel.
- Il est nécessaire d'obtenir le Consentement éclairé des parents pour ce dépistage
- Ce dépistage n'est pas obligatoire.

4.1 Recommandations

Mise en œuvre des nouvelles stratégies de dépistage de la trisomie 21

L'arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals utilisant des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, signé par la ministre de la Santé Mme Roselyne Bachelot, a été publié au Journal officiel du 3 juillet 2009.

Une information claire doit être délivrée aux femmes

Lors de la consultation médicale prévue à l'article R. 2131-2 du code de la Santé publique, toute femme enceinte, quel que soit son âge, est informée de la possibilité de recourir à un dépistage combiné permettant d'évaluer le risque de trisomie 21 pour l'enfant à naître.

Dépistage combiné dès le 1^{er} trimestre de la grossesse

Le gynécologue-obstétricien ou le médecin généraliste propose un dépistage combiné dès le 1^{er} trimestre de la grossesse (à réaliser entre 11^{se} et 13^{se} SA). Dans le cadre du dépistage combiné du 1^{er} trimestre, les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale sont effectuées préalablement aux analyses de biochimie portant sur les marqueurs sériques. Ce dépistage combiné du 1^{er} trimestre repose sur un calcul de risque effectué par un logiciel d'évaluation du risque marqué CE spécifiquement adapté aux réactifs utilisés. Le calcul de risque est réalisé par un praticien agréé pour effectuer les analyses.

Mise en place d'un système d'assurance qualité

Le dépistage combiné doit être assorti de la mise en place d'un système d'assurance qualité pour les mesures échographiques et dosages biochimiques. Le contrôle de qualité des mesures de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale, prises en compte dans le calcul de risque, repose sur :

- l'adhésion des échographistes à un programme d'assurance qualité portant sur la mesure de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale, dans le cadre de l'EPP ;
- la production d'images documentant la qualité des mesures ;
- un suivi des médianes et de la distribution des mesures de la clarté nucale ;
- l'adhésion des échographistes à un réseau de périnatalité associé à un ou plusieurs CPDPN.

Les laboratoires sont chargés de recueillir des données de suivi en population des résultats des marqueurs biochimiques et échographiques. Une procédure de transmission de ces données de suivi est mise en place par le réseau de périnatalité.

Dépistage séquentiel intégré du 2^e trimestre

Si les conditions de l'organisation d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre ne peuvent être garanties, la femme enceinte est informée de la possibilité de recourir à un dépistage séquentiel intégré du 2^e trimestre. Ce dépistage associe le dosage des marqueurs sériques du 2^e trimestre, réalisé à partir d'un prélèvement sanguin, et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale qui ont été effectuées au 1^{er} trimestre.

Proposer à toute femme enceinte un dépistage combiné du 1er trimestre (T1).

Le risque calculé dit « combiné du 1er trimestre » est réalisé entre 11 SA+0 jour et 13 SA+6 jours.

Il associe la mesure échographique de la clarté nucale(CN), la longueur crano caudale (LCC) et le dosage des marqueurs sériques du 1er trimestre (Protéine plasmatique placentaire de type A (PAPP-A) et Fraction libre de la chaîne bêta de l' hormone chorionique gonadotrope (bêta libre de l' HCG)).

- L'objectif de ce dépistage est de réduire le nombre de femmes « à risque » et de pratiquer moins de prélèvements fœtaux (4 à 5%) avec le même résultat en terme de nombre de trisomies 21 dépistées in utero.

- Si les dates du T1 ou les conditions de dépistage n'ont pu être respectées, la femme enceinte est informée de la possibilité de réaliser ce dépistage au 2ème trimestre.

Le dépistage sanguin au 2ème trimestre (T2) est réalisé entre 14 SA+0 jour et 17 SA+6jours.

Les marqueurs biologiques sont : AFP, β HCG libre et éventuellement l'oestriol.

Le risque calculé est dit :

« Intégré du 2ème trimestre » si les marqueurs sériques T2 prennent en compte les mesures de la clarté nucale et de la LCC calculées lors de l'échographie réalisée au T1 entre 11 SA+0jour et 13 SA+6jours,

«dépistage par les seuls marqueurs sériques du 2ème trimestre» si les marqueurs sont proposés indépendamment de l'échographie du T1 (délais dépassés).

Les points importants en pratique

- Informer (obligatoire, traçabilité dans dossier) précocement (dès la 1ere consultation, ne pas attendre la déclaration de grossesse) la patiente sur la possibilité de recourir ou non au dépistage.

- Le compte rendu est daté, signé, avec la mesure de la LCC (doit être entre 45 mm et 84 mm) et de la CN en mm et 1/10ème de mm. Une CN > 3,5 mm nécessite un avis spécialisé (CPDPN).

4.2 Les messages importants

Expliquer ce qu'est un taux de risque,

Rappeler qu'il ne s'agit que d'une probabilité.

Il faut éviter de parler de test « positif » ou « négatif ».

Préférer « test plaçant la grossesse dans un groupe à « risque élevé » en cas de risque au-dessus de 1/250, et « test plaçant la grossesse dans un groupe à bas risque » ou « risque faible » au-dessous de 1/250.

A l'issue de cette information, la femme exprime son consentement par écrit, sur un formulaire spécifique en 3 exemplaires (pour elle-même, le prescripteur, le laboratoire).

Prescrire le dosage des marqueurs biologiques T1 (à réaliser entre 11SA + 0 jour et 13SA + 6 jours) avec le formulaire du laboratoire « agréé »

(Cf. auprès Laboratoire de proximité). ameli.fr

Ce formulaire comprend :

- le document d'information et de consentement de la patiente,

- les éléments cliniques indispensables au calcul du risque : la date de naissance, la date de l'échographie, le poids, l'ethnie, la consommation de tabac, certains renseignements cliniques (diabète de type 1...).

Remettre le résultat à la patiente, l'informer du risque de T21 et proposer une prise en charge adaptée en fonction des résultats.

Si le risque calculé par le laboratoire (sur la mesure de la clarté nucale + les marqueurs biologiques du 1er trimestre) est supérieur à 1/250, informer et adresser la femme à un spécialiste pour un prélèvement villositaire ou une amniocentèse, en vue d'un caryotype fœtal.

Par qui ? Un échographiste ayant un n° d' identifiant (Réseau Périnat Aquitaine)

Echo T1

En cas d'impossibilité technique de réaliser une mesure de la clarté nucale conforme aux recommandations scientifiques et professionnelles : aucune mesure ne doit être rendue.

Méthodes de Prélèvement

Trois méthodes de prélèvement, de nature invasive et une non invasive, peuvent être proposées aux femmes pour lesquelles les résultats des tests de dépistage placent leur fœtus dans un groupe à risque ($\geq 1/250$).

Les modalités de prélèvements et les risques :

En cas de risque identifié ($\geq 1/250$) le seul moyen diagnostique reste, à ce jour, le caryotype fœtal sur prélèvement in utero (liquide amniotique, trophoblaste, sang fœtal).

Prélèvement /Terme/ Délai réponse résultat :

Dans certaines maternités :

Amniocentèse Liquide amniotique : Dès 15 SA : Résultats entre 12J et 3 sem.

Dans CPDPN :

Biopsie trophoblaste Villosités choriales. Entre 10 SA+6 j et 13 SA+6j

- Premiers résultats provisoires : 48H à 72H
- Résultats définitifs après culture : 10 à 15j

Cordoscentèse sur Sang fœtal Dès 20 SA : Résultats : 2 à 3 jours

Analyse de l'ADN fœtal sur sang maternel : Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) des aneuploïdies foetales incluant les trisomies 13, 18 et 21. Test accessible, après une consultation anté-natale au sein du centre DDIANE (Dépistage Diagnostic et Investigations AnteNatalEs) au CHU de Pellegrin, aux patientes à haut risque d'aneuploïdies :

- ayant un risque combiné du 1^{er} ou 2^{ème} trimestre supérieur ou égal à 1/250
- ayant un antécédent de grossesse avec trisomie 13, 18 et 21 fœtale
- au sein d'un couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13 ou 21

Ce test est accessible sans coût pour toutes les patientes du réseau Aquitain.

DDIANE-Maternité d'Alienor d'Aquitaine **Bordeaux Pellegrin**

Génétique médicale

pl Amélie Raba Léon 33076 BORDEAUX

05 57 82 24 00 secretariat.ddiane@chu-bordeaux.fr

Bordeaux Bagatelle

CPDPN Métropole CPDPN Hôpital Bagatelle

Pôle Mère-Enfant

2013 route de Toulouse

BP 50048 33401 TALENCE Cedex

05 57 12 36 54

Le risque d'événements indésirables (Rupture Prématuration des Membranes, Mort Fœtale In Utéro) est < 1 %, quel que soit le mode de prélèvement.

Les indications de prélèvement fœtal pour âge maternel (femmes de 38 ans et plus,) disparaissent au profit du calcul de risque combine T1, quel que soit l'âge de la mère.

Ces examens ne sont donc plus pris en charge par l'Assurance Maladie. Toutefois, à titre exceptionnel, si la patiente n'a pu bénéficier d'aucun des dépistages de la T21 prévus par l'arrêté du 23 juin 2009, l'estimation du risque lié à l'âge seul, peut permettre l'accès au remboursement.

Quelques cas particuliers

- Antécédents de trisomie 21 : le risque étant élevé dans certaines formes caryotypiques, une indication de prélèvement fœtal est possible sans les marqueurs biologiques.
- CN > 3.5 mm : l'indication de prélèvement fœtal peut être proposée sur ce seul argument, mais proposer quand même le dosage pour des raisons d'évaluation du dispositif. Le biologiste rendra un résultat de calcul du risque en précisant que l'indication d'un prélèvement fœtal ne dépend pas seulement de ce résultat.

EN PRATIQUE : DEPISTAGE T21

1^{ère} CS de Grossesse :



Prescription Echographie 1^{er} T

+

Dosage Marqueurs Sériques avec le formulaire du laboratoire « agréé », avec le document d'information et de consentement de la patiente et les éléments cliniques indispensables au calcul de risque



Clarté Nucale > 3,5

Risque Calculé par le laboratoire > 1/250



Caryotype (+/-Conseil génétique)

(Prélèvement villositaire ou amniocentèse ou DPNI)

5. Troubles psychiques et grossesse

5.1 Introduction

La prise en charge interdisciplinaire des grossesses s'accompagnant de troubles psychiques est un problème de santé publique majeur pour le devenir de la mère, celui de l'enfant, celui de la famille et d'éventuelles grossesses ultérieures.

Il s'agit d'abord de prévenir, les effets des facteurs de stress sur le déroulement obstétrico-pédiatrique, sur les décompensations du post-partum et les troubles de l'attachement.

Les pathologies psychiatriques sont souvent évolutives, plus ou moins diagnostiquées, ne se disent pas aisément, peuvent être masquées par des problèmes autres (dépendance, comportement d'évitement)

Les difficultés des équipes périnatales sont liées en grande partie à la méconnaissance des divers aspects du problème :

- les traitements: leurs effets sur l'enfant, les risques d'un arrêt dans l'immédiat et pour le devenir de la pathologie psychiatrique
- les particularités de la relation avec l'enfant selon la pathologie
- le devenir social de l'enfant
- les facteurs de protection et les risques associés.

Les symptomatologies sont variables et renvoient à des maladies psychiatriques d'intensité et de durée diverses:

- troubles anxieux sévères
- états dépressifs
- troubles graves des conduites alimentaires
- troubles bipolaires
- troubles psychotiques délirants
- insuffisances mentales sévères (accompagnées en général de tutelle

Quelle que soit l'expression des troubles, l'intérêt de la période obstétricale et périnatale est d'offrir un cadre humain centré sur la naissance de l'enfant, donc sur l'aspect positif et non menaçant –sauf cas extrêmes -tout en assurant un suivi attentif d'une grossesse qui doit être considérée «à risque médical». Les rôles du psychiatre, du pédopsychiatre, sont à préciser malgré la diversité des contextes de travail, qui doivent évoluer vers un meilleur ajustement. L'intervention du pédiatre fait également partie des «outils» de sécurisation et de continuité dans la prise en charge.

L'anticipation du projet de sortie assortie de l'évaluation des capacités parentales dans un climat de confiance sont les enjeux d'un avenir plus serein tant pour l'enfant que pour la famille, mais aussi pour les professionnels de la petite enfance amenés à intervenir ultérieurement.

L'expérience clinique a démontré que les outils nécessaires à une rigueur d'accompagnement existent, mais doivent se référer à un cadre interdisciplinaire consensuel, face à des situations qui entraînent des réactions émotionnelles violentes du fait même de la pathologie. Pour toutes ces raisons, la qualité d'une approche coordonnée dès que possible dans la grossesse peut changer considérablement le devenir de l'enfant.

[Protocole obstétrique et psychiatrie](#)

Parcours de soins en cours dans le cadre du GHT/Mise à jour prochainement

5.2 Les acteurs

Le Médecin généraliste,

ameli.fr

Le médecin généraliste est le médecin référent de la famille de l'anté au postnatal, lui conférant ainsi un rôle primordial tout au long de la grossesse et en particulier en postpartum, période de séparation d'avec les professionnels de la grossesse de l'anténatal.

Il peut avoir une bonne connaissance de l'ensemble de la famille, et intervient dans le soin sans connotation péjorative (comme peuvent être perçus les services médico-sociaux ou psychiatriques).

Réseau de Psychiatrie Périnatale

Unité mère-enfant

Réseau de psychiatrie périnatale

Service d'hospitalisation conjointe mère et bébé, protégeant l'installation du lien mère-enfant.

Centre Hospitalier Charles Perrens

121 rue de la Béchade Bordeaux.

Tél : 05 56 56 35 38

Hospitalisation (Charles Perrens) : 05 56 56 34 34

- Unité Mère/Enfant (HDJ Maternité) : 05 57 82 19 10 (équipe IDE)
- Secrétariat du Dr Sutter et de Mme Glatigny : 05 56 56 17 82
- Hospitalisation Temps Plein (Carrère Charles Perrens) : 05 56 56 35 38

Hôpital de jour

Réseau de psychiatrie périnatale

Places d'hospitalisation de jour accueillent les mères pour des soins psychiques tout en favorisant l'élaboration du lien et des interactions mères-enfants dans un lieu sécurisant et bienveillant, au sein même de la maternité.

Centre Hospitalier d'Esquirol

UNITÉ D'HOSPITALISATION MÈRE-BÉBÉ (U.H.M.B.) TEMPS COMPLET

CH Esquirol 15 rue du Dr. Marcland 87025 Limoges Cedex

Tél : 05 55 43 11 34

P.H responsable : Dr. Christine RAINELLI

Missions :

- Soins hospitaliers psychiatriques périnataux (région Limousin)
- Coordination des soins de l'équipe mobile départementale et du réseau régional de psychiatrie périnatale
- Hospitalisation mère-bébé temps plein et accueils de jour :
- Soins centrés sur les décompensations psychiatriques maternelles autour de la naissance
- Prévenir les distorsions de la relation parents-bébé
- Repérer et accompagner en soins les signes de souffrance psychique du nourrisson






Soins dispensés :

- Entretiens thérapeutiques, individuels et familiaux
- Observation contenante et soutien des interactions mère-bébé

- Activités thérapeutiques: relaxation, groupe de paroles, vidéo mère-bébé, chant groupal mère-bébé
- Evaluations et soins spécifiques de psychiatrie périnatale

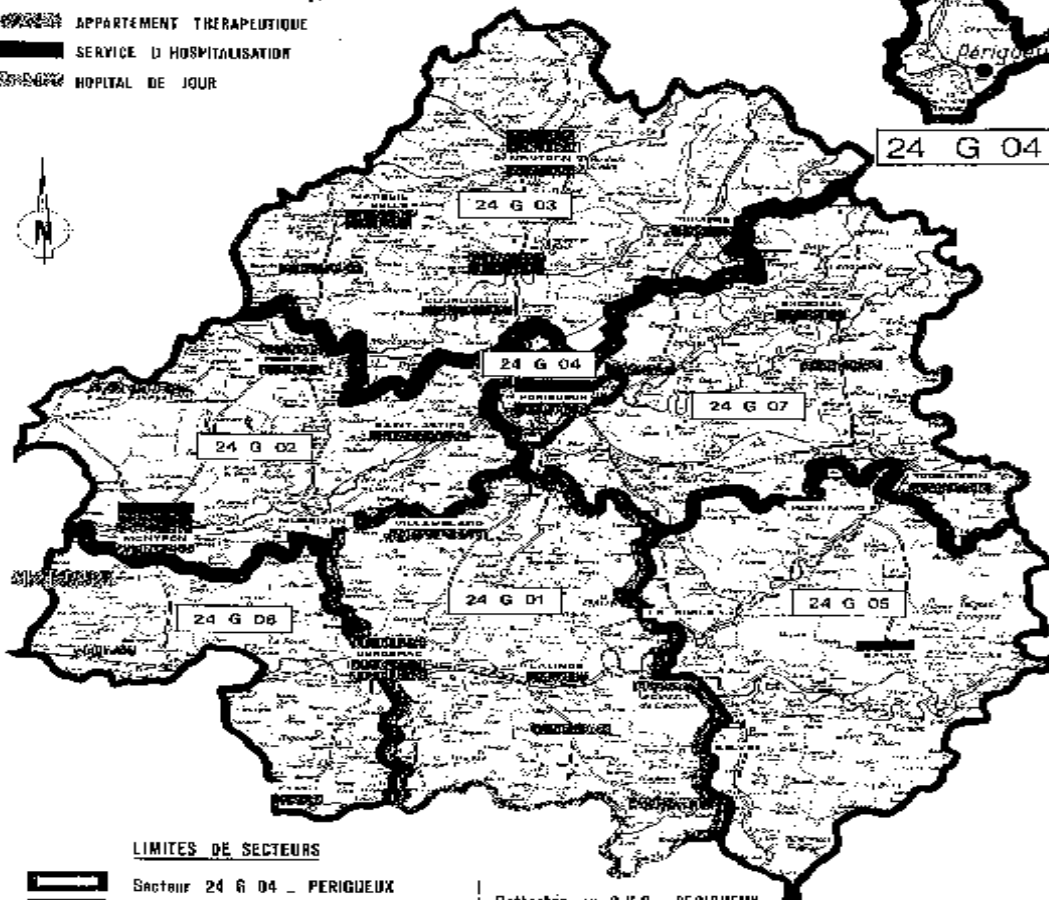
DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE

HYGIENE MENTALE ADULTE








-  MAISON DE RETRAITE (HOSPITALISATION)
-  CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE
-  APPARTEMENT THERAPEUTIQUE
-  SERVICE D'HOSPITALISATION
-  HOPITAL DE JOUR



24 G 04



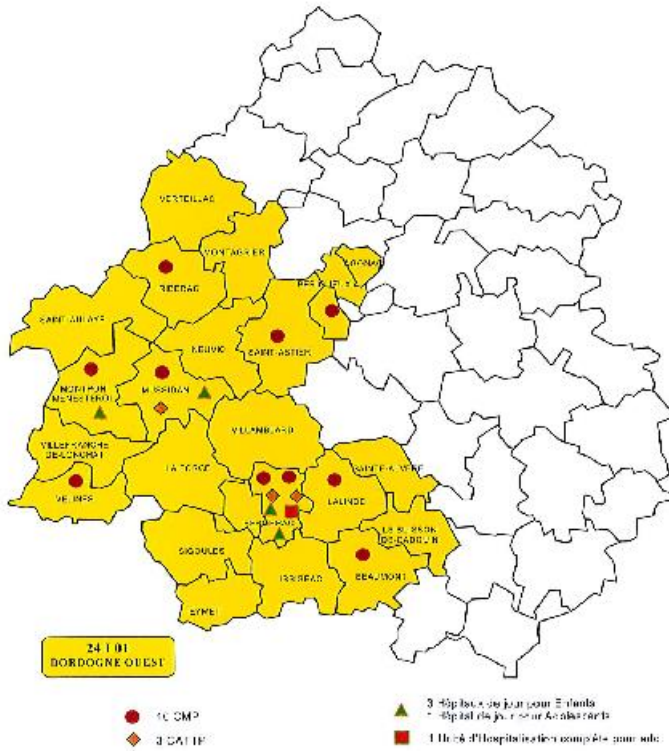
LIMITES DE SECTEURS

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
|  | Secteur 24 G 04 - PERIGUEUX | Rattachés au C.H.G. PERIGUEUX |
|  | Secteur 24 G 07 - DORDOGNE EST | |
|  | Secteur 24 G 03 - MONTRON | Rattachés au C.H.S. VAUCLAIRE |
|  | Secteur 24 G 02 - VALLEE DE L'ISLE | |
|  | Secteur 24 G 06 - BERGERAC OUEST | |
|  | Secteur 24 G 01 - BERGERAC EST | Rattachés au C.H.G. SARLAT |
|  | Secteur 24 G 05 - SARLAT | |



Psychiatrie infanto-juvénile

Découpage sectoriel de la Dordogne et structures de soins en 2013



LIMITES DE SECTEURS

	Secteur 24 6 04 - PERIGUEUX	
	Secteur 24 6 07 - DORDOGNE EST	Rattachés au C.H.
	Secteur 24 6 03 - MONTRON	
	Secteur 24 6 02 - VALLEE DE L'ISLE	Rattachés au C.H.
	Secteur 24 6 06 - BERGERAC OUEST	
	Secteur 24 6 01 - BERGERAC EST	
	Secteur 24 6 05 - SARLAT	Rattaché au C.H.

Les CMP Secteur « Adulte » et « Enfant »

✓ Centre Hospitalier Vauclaire

Vauclaire, 24700 MONTPON MÉNESTÉROL

Tél : 05 53 82 82 82

Fax : 05 53 81 32 73

[Site internet](#)

✓ **Centre Hospitalier de Périgueux**

80 av Georges Pompidou, 24019 PERIGUEUX CEDEX

Tél : 05 53 45 25 25

[Coordonnées CMP Adultes](#) (psy A)

[Coordonnées CMP Adultes](#) (psy B)

[CMP Infanto-juvénile et Adolescent](#)

[Intersecteur de psychiatrie Adulte](#)

✓ **Centre Hospitalier de Sarlat**

Le Pouget, CS 80201, 24206 SARLAT LA CANEDA CEDEX voir le plan

Hôpital

Tél : .05 53 31 75 75

Fax : .05 53 59 17 62

Médecins psychiatres libéraux : [ameli](#)

Psychologues

✓ **Libéraux** : [pages jaunes](#)

✓ **PMI** : [Dordogne.fr](#)

Psychiatrie transculturelle

MANA

Soin psychologique en direction des personnes migrantes, sur orientation d'un professionnel.

Interprétariat.

CHU de Bordeaux, groupe hospitalier

St-André. 86 cours d'Albret Bordeaux. Tél : 05 56 79 57 14

[MANA](#)

AMI

Accompagnement psychologique des personnes migrantes.

Consultation avec interprète.

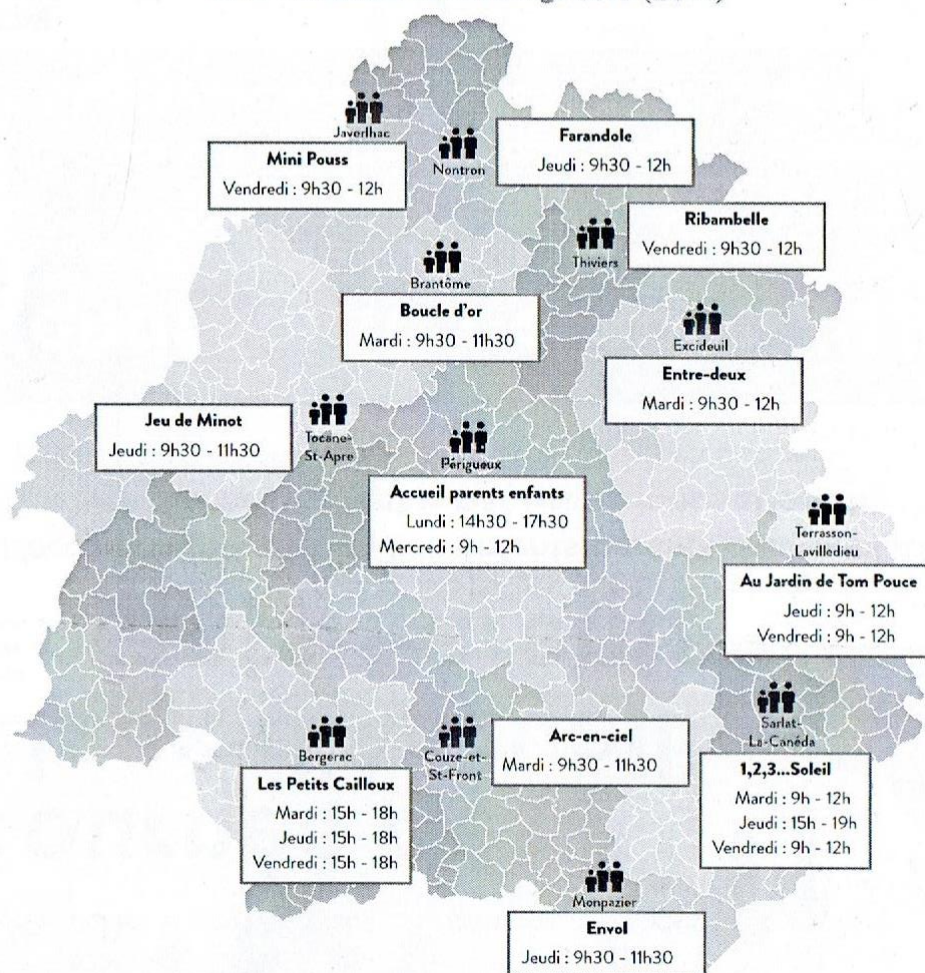
10 rue de la Benauge Bordeaux.

Tél : 05 56 86 91 70

<http://www.ami-asso.com/>

[Interculturalité](#)

Les Lieux d'Accueil Enfants-Parents en Dordogne identifiés par la Caisse d'Allocations Familiales, le Conseil Général et la Mutualité Sociale Agricole (2014)



Bergerac	05 53 61 66 72	21/23 rue des conférences
Brantôme	05 53 05 71 17	Centre de Loisirs, place du Champ de Foire
Couze-et-St-Front	05 53 61 04 83	Place de la mairie Armand Delcel
Excideuil	05 53 62 40 62	Centre Médico-Social , rue André Audy
Javerlhac	05 53 56 23 25	Salle des Fêtes, avenue de la Gare
Monpazier	05 53 73 56 20	Médiathèque, 14 rue St Jacques
Nontron	05 53 56 00 36	RAM, boulevard Anatole France
Périgueux	06 48 14 98 76	Ludothèque, Gour de l'Arche, 5 rue Pierre Brantôme
Sarlat-La-Canéda	05 53 30 29 81	Le colombier
Terrasson-Lavilledieu	05 53 51 87 93	Route de la Barétie
Thiviers	05 53 55 15 55	RAM, rue du Général Lamy
Tocane-St-Apre	05 53 90 32 86	Pôle enfance, 22 rue Arnault Daniel

6. Addictions-Structures de prise en charge

6.1 Introduction

Les consommations à risques (tabac, alcool, autres drogues) sont responsables de complications pour la mère et pour l'enfant, de manière variable selon les produits.

Addictions avec produits :

- Tabagisme et cannabisme
- Alcoolisation
- Toxicomanies illicites
- Médicaments : anxiolytiques, psychotropes, produits de substitution
- ...

Les intérêts et objectifs du dépistage :

- **Informé sur les risques** : le conseil minimal a été valide et a montré son efficacité.
- **Dépister** : poser une question, sans culpabiliser, réalise le premier temps du dépistage.
- **Accompagner la prise en charge selon les souhaits de la patiente** : ambulatoire ou dans une structure spécialisée de proximité.

La réalisation en pratique quotidienne comprend beaucoup d'obstacles :

- Aborder ces questions est souvent difficile dans la relation soignant/patient,
- La complexité du fait des interactions fréquentes de comorbidités psycho-sociales (addictions, précarité, stress et vulnérabilité...)
- Consultations chronophages

6.2 Alcool

« Alcool zéro pendant la grossesse »

Informé sur les conséquences possibles :

L'alcool est dangereux pour le fœtus.

A l'heure actuelle, comme on ne sait pas si des quantités faibles quotidiennes, ou plus importantes et intermittentes (« binge drinking ») sont toxiques, **le message est de ne consommer aucune boisson alcoolisée dès la conception.**

Les conséquences possibles:

- Syndrome d'alcoolisation fœtal : dysmorphie, malformations, RCIU, retard psychomoteur.
- En début de grossesse : fausse couche, malformations.
- En milieu et fin de grossesse : retard de croissance, retard psychomoteur.

Méthodes de dépistage

Questions à poser :

- « Est-ce que ça vous arrive de prendre de temps en temps de l'alcool ou une boisson alcoolisée depuis que vous êtes enceinte ? » Si oui :
- « Combien, en moyenne, consommez-vous par jour de la bière, du vin, du cidre, des apéritifs, du champagne, des digestifs... ? »

Les **4 questions suivantes** correspondent au T-ACE publiée en 1989 et sont recommandées par la Société Française d'Alcoologie pour les femmes enceintes [Alcool et grossesse parlons en](#)

- « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? »
- « Votre entourage vous a t'il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? »
- « Combien de verres vous faut-il pour ressentir les effets de l'alcool ? »
- « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? »

La fonction majeure des questionnaires standardisés est la promotion de ce dialogue autour de la consommation d'alcool, dans une relation d'aide au sujet consommateur.

[Centre Ressource Alcool et Grossesse](#)

6.3 Tabac, Cannabis

Informé sur les risques

- **Tabac :**

L'oxyde de carbone représente la substance inhalée la plus toxique pour le fœtus (petit poids de naissance, malformations, prématurité, complications de l'accouchement....)

Un traitement de substitution par produits nicotiques percutané est possible pendant la grossesse.

- **Cannabis :**

Le cannabis dont le delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) est le principal alcaloïde peut traverser la barrière placentaire en raison de sa liposolubilité.

Il semble que l'effet du cannabis sur la croissance intra-utérine soit dose-dépendant.

Conséquences possibles : Hypo perfusion placentaire, difficultés d'implantation embryonnaire, retard de croissance fœtale, prématurité.

Dépister et évaluer la dépendance (du couple si le père est présent)

Questions à poser :

« Fumez-vous actuellement du tabac ou autre chose? Si oui :

« Combien de cigarettes par jour ? »

« Est-ce que vous connaissez les conséquences pour vous et votre bébé ? »

« Est-ce que votre conjoint fume ? »

Et le conseil minimal : « Avez-vous pensé à arrêter ? »

Si oui :

« Nous pouvons vous aider »

« Une aide à la substitution est possible : il n'y a pas de contre-indications des substituts nicotiques pendant la grossesse »

Si non :

« Est-ce que vous avez des craintes lors de l'arrêt (prise de poids, irritabilité, stress... ?) »

Proposer une prise en charge

- Prescriptions de substituts nicotiques et prise en charge du conjoint.
- Proposer une consultation de tabacologie et/ou d'addictologie.

Il existe fréquemment une consultation avec un tabacologue (sage-femme, médecin.) au sein des maternités

Lors de ces consultations, une analyse de la concentration du CO dans l'air expiré est systématiquement proposée

Ce taux de CO authentifie la toxicité pour le fœtus du tabac ou du cannabis inhalé : une concentration de 0 à 5 ppm correspond à l'absence de toxicité, de 5 à 10 à une toxicité légère, plus de 10 à une toxicité importante.

6.4 Substances psycho-actives (Héroïne, cocaïne, ecstasy, médicaments psychotropes)

Contexte

La grossesse doit être considérée comme à risque.

Il s'agit souvent de poly toxicomanies avec utilisation possible de médicaments psychoactifs, associées au tabagisme, à l'alcool, aux pathologies infectieuses et aux pathologies psychiques.

Informez sur les conséquences possibles

- Retard de croissance intra-utérin, menace d'accouchement prématuré,
- Syndrome de sevrage du bébé à la naissance
- Risque d'infections virales transmises en cas d'injections intraveineuses : HIV, HBV, HCV.

Méthodes de dépistage :

Questions à poser :

« Consommez-vous de la cocaïne, de l'héroïne, de l'ecstasy ou d'autres substances ? »

« Consommez-vous des médicaments pour dormir ou pour les nerfs ? »

Si la femme a répondu oui à l'une de ces questions, une proposition d'aide est nécessaire.

Proposer une prise en charge :

« Des personnes peuvent vous aider »

« Le professionnel propose de prendre RDV avec une équipe spécialisée ».

Les produits de substitutions seront proposés dans des structures spécialisées

Une consultation anténatale est préconisée pour informer les parents sur la prise en charge de l'enfant à la naissance (prévention du syndrome de sevrage)

L'allaitement n'est pas formellement contre indiqué, parfois même conseillé (sevrage progressif du nouveau-né).

6.5 Addictions alimentaires (TCA)

Troubles du comportement alimentaire (TCA) - Addictions comportementales:

- anorexie restrictive,
- crises de boulimie avec conduites d'annulation, vomissements provoqués, vomissements gravidiques associés

Ces situations sont particulièrement à risque de complications métaboliques (déshydratation, hypokaliémie, carences+++).

Messages clés :

- Les poids maternels extrêmes (maigreur : IMC inf à 18,5 ou obésité : IMC sup à 30) ont des répercussions importantes et documentées sur la santé de la mère et de l'enfant.

- Les troubles alimentaires : anorexie restrictive, crises de boulimie avec conduites d'annulation, vomissements provoqués, vomissements gravidiques associés, ne se reflètent pas forcément sur le poids, mais peuvent être le symptôme de conduites addictives.

Dépister Les conduites alimentaires pathologiques (TCA) indépendamment de l'état d'obésité ou de maigreux.

Questions à poser :

- « Avez-vous envie de maigrir ? »
- « Que pensez-vous de votre poids ? »
- « Avez-vous beaucoup vomi pendant votre grossesse ? »
- « Avez-vous envie de manger subitement ? »

Proposer une aide

- « Un suivi nutritionnel est souhaitable, je vous conseille de lire cette brochure sur L'alimentation de la femme enceinte »
- « des personnes peuvent vous aider, il existe des centres spécialisés, voici les coordonnées »

6.6 Coordonnées Professionnels Addictologie

- ✓ **Annuaire des correspondants d'Addictologie pour l'Aquitaine :** www.addictoclic.com .
- ✓ **Centre Hospitalier Vauclaire**

<p>ELSA Périgueux 79 avenue Georges Pompidou 24000 PERIGUEUX Tél.: 05 53 05 66 81 Fax : 05 53 05 99 82 elsa@ch-montpon.fr http://www.ch-montpon.fr Sage-femme référente en Addictologie prochainement dans l'équipe</p>	<p>ELSA Bergerac 32 avenue Calmette 24100 BERGERAC Tél.: 05 53 63 11 00 Fax : 05 53 63 09 90 elsa@ch-montpon.fr http://www.ch-montpon.fr Sage-femme référente en Addictologie prochainement dans l'équipe</p>	<p>ESCALES 24 – Périgueux Hôpital Espace sevrage Centre d'Accueil et d'Accompagnement Lieu d'Ecoute et de Soins 79 avenue Georges Pompidou 24000 PERIGUEUX Tél.: 05 53 05 66 80 Fax : 05 53 05 99 82 secretariat.addictologie@ch-montpon.fr</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- ✓ **CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)**

La mise en place des Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) a pour objectif une prise en charge mieux coordonnée des addictions sur les différents territoires de la région.

Ces structures fédèrent les compétences des acteurs. En Aquitaine, les CSAPA ont vocation à jouer un véritable rôle de structure pivot de proximité.

<p>CSAPA Périgueux Centre de soin en addictologie 18-20, rue Aubarède</p>	<p>CSAPA Sarlat 6 rue du 26 juin 1944 24120 SARLAT</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

24000 PERIGUEUX Tél : 05 53 07 66 82 csapa.perigueux@anpaa.asso.fr	Tél. : 05 53 28 92 34 Fax : 05 53 29 95 14 centre.addictologie.sarlat@orange.fr
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

✓ **ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie)**

ANPAA

Accueil, écoute, accompagnement, orientation des personnes en difficulté avec leur(s) conduite(s) addictive(s) et/ou leur entourage. Suivi personnalisé, en ambulatoire. Consultations individuelles. Groupes / Ateliers d'expression.

ANPAA 24 ANPAA départementale 18-20, rue Aubarède 24000 PERIGUEUX Tél : 05 53 07 66 82 anpaa24@anpaa.asso.fr	ANPAA Bergerac 10 rue Saint Georges 24100 BERGERAC Tél.: 05 53 61 70 83 Fax : 05 53 74 85 82 csapabergerac@anpaa.asso.fr	CSAPA Sarlat 6 rue du 26 juin 1944 24120 SARLAT Tél. : 05 53 28 92 34 Fax : 05 53 29 95 14 centre.addictologie.sarlat@orange.fr
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Aide et soins pour toutes addictions : alcool, cannabis, cocaïne, médicaments, jeux...

✓ **CEID (Comité d'Etudes et d'Information sur les Drogues et es addictions)**

CEID

Objectif : Développer des actions d'accueil et de soins des usagers de drogues.

Il est animé par une équipe pluridisciplinaire, y assure le suivi médical, psychologique et socio-éducatif des usagers. Les prises en charge, fondées sur le volontariat, sont strictement individuelles et adaptées à chaque situation particulière. Un premier accueil sans rendez-vous est possible en se présentant au centre pendant les heures de permanences sinon un rendez-vous peut être pris par simple appel téléphonique.

Les possibilités d'intervention sont multiples : l'accompagnement de sevrage et de prévention de la rechute, le traitement de substitution, la consultation médicale et psychiatrique, l'accueil de la famille et de l'entourage, la prise en charge psychothérapeutique, le suivi socio-éducatif, l'aide à la réinsertion,

CEID Dordogne 8 rue Kléber 24000 PERIGUEUX Tél. : 05 53 46 63 83 Fax : 05 53 35 21 45 dordogne@ceid-addiction.com	Antenne de Bergerac 10 rue Saint-Georges 24100 BERGERAC Tél. : 05 53 74 20 49 Fax : 05 53 23 39 31 bergerac@ceid-addiction.com	Sarlat /CSAPA 6 rue du 26 juin 1944 24120 SARLAT Tél. : 05 53 28 92 34 Fax : 05 53 29 95 14 centre.addictologie.sarlat@orange.fr sarlat@ceid-addiction.com
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

✓ **L'accompagnement social : Association Alcool assistance**

22, rue Louis Blanc à Périgueux

05 24 13 41 21

[Alcool Assistance](#)

✓ **Ecoutes anonymes:**

Ecoute Alcool 0811 913 030

Ecoute Cannabis 0811 91 20 20,

Tabac Info Service 0825 309 310

[Tabac info service](#)

Alcool Info service

Ligne d'écoute n° 0 980 980 930.

7j/7 de 8h à 2h.

Appel non surtaxé.

Drogues infos service

Ligne d'écoute n° 0 800 23 13 13 - 01 70 23 13 13 depuis un portable

7j/7. Anonyme et gratuit..

SOS Femmes

0240 121 240

✓ **Sites Addictologie**

[Drogues-dependance](#)

[Drogues.Gouv](#)

[respadd](#)

✓ **Supports pratiques d'information, outils d'évaluation de la dépendance (tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites) :**

Sur le site de l' [INPES](#)

(Département diffusion : edif@inpes.sante.fr (Tél 01 49 33 23 71))

7. Accès aux droits, solidarité

7.1 Droits

Afin d'évaluer la situation de précarité et de vulnérabilité afin de proposer des orientations adaptées et un accompagnement:

- S'assurer auprès des futures mères qu'elles possèdent :
 - une couverture santé, la Protection Universelle Maladie (PUMa), la CMU complémentaire ou l'aide médicale d'Etat (AME)
 - une mutuelle ou une assurance complémentaire
 - Vivent-elles seule ou en couple ?
 - Ont-elles des ressources ?
 - La grossesse donne accès au RSA indépendamment de l'âge
 - Ont-elles un emploi? A temps plein ? A temps partiel ?
 - Le conjoint a-t-il un emploi ?
 - Ont-t-elles un logement stable ?
 - Si non, comment sont-elles logées? (hôtel, caravane, squat, hébergement par un tiers...)
 - Rechercher des situations de stress, de maltraitance ou de violence domestique
 - Questions :
 - « Vous sentez-vous parfois surmenée ou débordée ? »
 - « Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de couple ? »
- Lien calcul du score épice [score épice](#)*

[L'entretien Prénatal précoce est un excellent moyen de pouvoir aborder ces thèmes et pouvoir proposer au couple des aides et accompagnement \(Lien EPP\)](#)

7.2 Accès aux soins

Pour avoir une couverture santé

CPAM (salarié, intérimaire ou saisonnier du régime général).

Tél : 36 46

ameli.fr

RSI (indépendant, artisan, libéral, commerçant).

Tél : 36 48

[RSI](#)

MSA (salariés et exploitants agricoles).

Tél: 05 56 01 98 80 msa33.fr

[MSA 33](#)

Pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle

[CMU](#)

ameli.fr

Santé Info Droits

Pour les questions juridiques liées à la santé : 0 810 004 333

[info droit](#)

Les PASS (Permanence d'accès aux soins de santé)

Une PASS est un lieu de prise en charge médico- sociale destinée à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système de santé et aux réseaux institutionnels et associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Son rôle est essentiel :

- ✓ pour réduire les inégalités sociales de santé
- ✓ pour proposer des solutions aux situations complexes grâce à l'expertise médico-sociale de son équipe (médecin, infirmière, travailleur social, psychologue...

Sont concernées :

- ✓ les personnes sans couverture sociale ou avec une couverture sociale incomplète
- ✓ les personnes désocialisées qui ont besoin d'être accompagnées dans leur parcours de soin

[PASS Aquitaine](#)

La plaquette de présentations des PASS d'Aquitaine est téléchargeable sur le site.

La PASS du Centre Hospitalier de Périgueux

Accueil 05 53 45 26 07

8. Handicap et Parentalité

8.1 Parents porteurs de Handicap

- **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).**

Créées par la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont en place depuis le 1er janvier 2006.

Elles traduisent la volonté de rassembler les compétences liées au handicap afin de faciliter les démarches des personnes handicapées.

Les MDPH sont ainsi, dans chaque département, le « guichet unique » d'accès aux droits et prestations prévu pour les personnes handicapées.

Immeuble le Phénix
264 boulevard Godard Bordeaux
Tél : 05 56 99 69 00

[MDPH Dordogne](#)

[Dordogne](#)

- **Associations de la Dordogne**

[APEI Périgueux](#)

[Papillons Blancs](#)

[APF Dordogne](#)

[APAJH Dordogne](#)

Pour le handicap psychique :

[UNFAM 24](#) ; [Croix Marine](#)

- **Association « Handiparentalité »** (Gironde) [Handiparentalité](#)

L'association Handiparentalité a pour objet :

- **Aider et soutenir** les parents en situation de handicap et les personnes handicapées souhaitant devenir parents.
- **Informations et préventions** sur la parentalité
- Travailler en réseaux avec les **professionnels et avec d'autres associations**.
- **Inform**er et avoir des **actions de préventions** sur la vie affective et la vie sexuelle des personnes en situation de handicap auprès des professionnels et des personnes handicapées.
- **Rassembler les informations** sur l'Handiparentalité
- Faire reconnaître le statut de parent handicapé en France
- Demander la mise en place d'une aide humaine et d'une aide au matériel de puériculture pour le parent en situation de handicap ;
- Proposer une **biblio/dvd thèque associative** ainsi qu'une [Puériculthèque](#). Recenser les professionnels (maternités, gynécologues, sexologues, sages-femmes, PMI...) sensibilisés et formés au handicap à défaut les former et les sensibiliser à l'handiparentalité.
- Proposer des **« trucs et astuces » au quotidien**.
- Mettre en contact les futurs parents handicapés et les parents handicapés entre eux.
- Proposer des **rencontres et ateliers**.
- **Sensibiliser** le grand public et les scolaires au handicap.

- **Centre Papillon (Gironde)**

<http://www.centre-papillon.fr/>

Le centre Papillon en partenariat avec l'association « handiparentalité » propose **aux futurs parents et parents en situation de handicap** un accompagnement spécifique.

Une équipe de professionnels de la santé, de la petite enfance, de la justice et du handicap vous accompagne les parents dans leur désir de grossesse, l'arrivée du bébé et dans leur rôle parental.

Au centre Papillon, possibilité de rencontrer d'autres parents valides et non valides lors d'ateliers ou de conférences-débats

Le centre **PAPILLON** propose les conseils et services de professionnels de santé et de la petite enfance dans le domaine de la parentalité et **handiparentalité**.

- **Institut régional des sourds et aveugles**

Cette association a pour mission d'accompagner les personnes déficientes visuelles et auditives, dans différents domaines

139 bd du président Wilson Bordeaux

Tél : 05 56 44 29 51

irsa.fr

8.2 Enfants porteurs de Handicap

CAMSP polyvalent

Les Centres d'action médico-sociale précoce interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

CAMSP- antenne de Périgueux	CAMSP - antenne de Bergerac	CAMSP- antenne de Terrasson
Cité administrative - Bât B - Rue du 26ème RI - CS 70010 24016 PERIGUEUX CEDEX Tél. 05.53.02.03.91	Impasse Desmarts 24100 BERGERAC Tél. 05.53.02.04.40	Château Jeanne d'Arc - Place du Foirail 24120 TERRASSON Tél. 05.53.02.06.48

Trisomie 21 Gironde

70 avenue des Pyrénées Villenave d'Ornon.

Tél : 05 57 99 09 80

trisomie21-gironde

Alliance maladie rare

20 avenue du Parc de Lescure Bordeaux

Tél : 05 56 24 70 20 / 06 09 96 77 80

alliance-maladies-rares

Association neuf de cœur

20-24 avenue Canteranne Pessac

Tél : 05 56 16 27 20

[9decoeur](#)

Institut régional des sourds et aveugles

Cette association a pour mission d'accompagner les personnes déficientes visuelles et auditives, dans différents domaines dont l'éducation

139 bd du président Wilson Bordeaux

Tél : 05 56 44 29 51

MDPH

Des parents assumant la charge d'un enfant en situation de handicap ou gravement malade , peuvent peut-être bénéficier de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Demande à adresser à :

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Immeuble le Phénix

264 boulevard Godard Bordeaux

Tél : 05 56 99 69 00

[MDPH Dordogne](#)

Les parents peuvent peut-être bénéficier de la prestation de compensation (PCH) versée par le Conseil départemental et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) de la CAF.

9. Outils EPP Réseau Périnat Aquitaine

Cet entretien est confidentiel,
pris en charge par la sécurité sociale;
il est *conseillé* de le demander le plus précocement
possible après la *déclaration de grossesse*.

*Les personnes habilitées à pratiquer cet entretien
ont suivi une formation spécifique et sont les suivantes :*

- sages-femmes de maternité
- sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- sages-femmes libérales
- gynéco-obstétriciens, gynécologues
- médecins généralistes

Les centres hospitaliers de la Dordogne :



Tél : 05 53 63 88 88



Tél : 05 53 45 25 25



Tél : 05 53 31 75 75

Les Unités Territoriales de la Dordogne qui vous orienteront vers une PMI :

UT de Bergerac Est-Ouest : Tél : 05 53 02 04 00	UT de Nontron : Tél : 05 53 02 07 00	UT de Ribérac : Tél : 05 53 92 48 60
UT de Mussidan : Tél : 05 53 02 00 50	UT de Périgueux : Tél : 05 53 02 02 00	UT de Sarlat : Tél : 05 53 31 71 71

Trouver une sage-femme libérale près de chez vous :
www.sages-femmes-liberales-de-dordogne.fr



www.reseauperinat-aquitaine.fr



Vous attendez *un enfant*...
Prenez le temps d'en parler.

Entretien Périnatal Précoce

Les femmes enceintes
peuvent bénéficier
d'un entretien
individuel ou en couple
avec un professionnel **formé.**

Un moment *d'écoute et d'échange...*

*Pour exprimer vos besoins et vos attentes,
vous accompagner au mieux dans vos démarches.*

Votre suivi médical

En quoi consiste-t-il ?

Informations sur vos consultations,
vos examens, la diététique et l'hygiène
de vie pendant la grossesse.

Vos questions autour de la naissance
et l'accueil du nouveau-né.

La coordination des acteurs autour de vous.

Vous aider à trouver les relais
au sein de votre réseau périnatal.

Votre vécu

*Quels changements
pendant votre grossesse ?*

- votre corps
 - votre humeur
 - vos émotions
 - votre sexualité
 - vos relations aux autres
(conjoint, enfants, famille...)
- Et après?

Vos droits

*Vos démarches administratives
autour de la grossesse et de la naissance*

- La grossesse et le travail
 - les congés (maternité, paternité...)
 - la déclaration et la reconnaissance de votre bébé
 - les aides possibles
 - les modes de garde
- ...

ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Cet entretien non obligatoire est confidentiel, aucun des éléments échangés et/ou notés ne peuvent être transmis sans votre accord. Un exemplaire, rendu anonyme de cette feuille, contenant uniquement les informations administratives, sera utilisé à des fins statistiques.

➔ feuille personnelle à conserver et à communiquer, avec votre accord, aux professionnels de votre choix.

Date de naissance : __ / __ / __	Médecin traitant:
Code postale lieu résidence: _____	Déclaration de grossesse faite par*:
Date de l'entretien : __ / __ / __	Adressée par :
En présence du conjoint : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Age gestationnel : __ SA	
Lieu envisagé d'accouchement:	
Professionnel qui a réalisé l'entretien et fonction* :	
<small>* Noter le nom, la profession et le lieu d'exercice : CH, PMI, Libéral, Clinique...</small>	

◆ Propositions d'orientations ◆

Préparation à la naissance, diététicienne, tabacologue, sag e-femme libérale, sage-femme de PMI, psychologue, assistante sociale, conseillère conjugale, autre :

(Entourez + coordonnées).....



◆ Synthèse commune de l'entretien Nom: Prénom: ◆

Ex: antécédents marquants et santé globale, environnement social et familial, projet de naissance, ressentis...

✍ Vos notes éventuelles

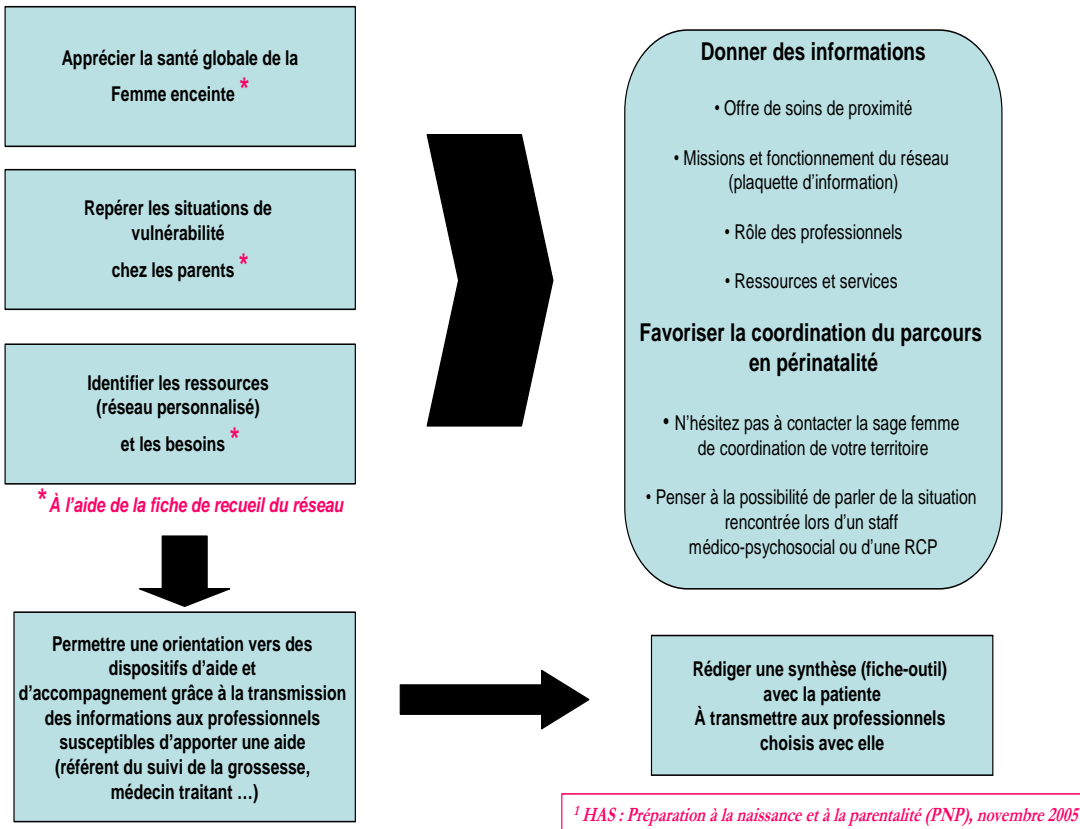
(Vous pouvez utiliser cet espace pour noter au fur et à mesure de votre grossesse ce qui paraît être important)

.....

Mémo pour l'EPP¹

L'entretien prénatal précoce :

Un entretien proposé systématiquement au moment de la confirmation de la grossesse
Une aide pour le professionnel qui assure le suivi médical de la grossesse,
Qui pourra ajuster sa vigilance grâce aux transmissions



Mémo pour l'EPP¹

Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie.
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père.
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple.
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision.
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier.
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens.
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils.
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète).
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées.
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, Décidé.
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse.
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique.
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Liste de questions pour faire preuve de discernement au moment de la transmission interprofessionnelle d'information

Les questions suivantes peuvent aider les professionnels impliqués dans un réseau périnatal à faire preuve de discernement au moment d'un passage d'information

- Si je transmets de l'information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?
- Avec quelle retombée positive espérée ?
- Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?
- L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?
- La femme ou le couple à aider est-il au courant de cet éventuel Passage d'information ? Puis-je me passer de leur accord ?
- Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?
- En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?

10. Allaitement Maternel

10.1 Recommandations (ANAES)

Définitions et description de l'allaitement maternel

S'appuyant sur les travaux de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Interagency Group for Action on Breastfeeding, le groupe de travail de l'ANAES propose les définitions suivantes :

- le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;
- l'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau ;
- l'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture ;
- la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Pour le suivi de l'allaitement par le professionnel de santé et l'évaluation des publications, les éléments de description d'un allaitement maternel devraient être les suivants :

- l'âge du nourrisson ;
- le niveau d'allaitement (exclusif ou partiel) ;
- la fréquence et la durée des tétées ;
- les autres aliments consommés ;
- l'utilisation de biberons pour les liquides y compris le lait maternel exprimé.

Bénéfices et durée optimale de l'allaitement maternel exclusif

L'allaitement maternel exclusif permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois.

L'allaitement exclusif protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales et, dans une moindre mesure, des infections ORL et respiratoires. L'effet protecteur de l'allaitement maternel dépend de sa durée et de son exclusivité.

La poursuite de l'allaitement exclusif pendant 6 mois par rapport à une durée de 3 à 4 mois permet un développement optimal des nourrissons et doit donc être encouragée (grade B).

L'introduction d'une alimentation complémentaire entre 4 et 6 mois n'apporte aucun bénéfice particulier (grade B).

Contre-indications de l'allaitement maternel

Les raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont exceptionnelles, tant pour la mère (infection par le VIH, sauf pasteurisation du lait) que pour le nouveau-né (anomalie congénitale du métabolisme : galactosémie).

Le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer. Mais de toute façon, l'allaitement reste le meilleur choix.

Durée et fréquence des tétées

Seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels. La plupart des nourrissons allaités ont besoin de téter fréquemment, y compris la nuit (souvent davantage que les 6 à 7 tétées préconisées habituellement), d'autant que la tétée a d'autres fonctions que nutritionnelle (réconfort, plaisir, tendresse).

Il n'y a aucun avantage démontré à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre 2 tétées. En effet, la restriction des tétées est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquence plus élevée des douleurs des mamelons et des engorgements et au recours plus fréquent à des compléments de substituts de lait (grade C). Il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées. Cela rend nécessaire la proximité de l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24.

Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. Il est cependant important de n'offrir l'autre sein au nourrisson que lorsque celui-ci arrête de téter de lui-même, afin de prévenir un éventuel engorgement.

Utilisation de compléments

L'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. Il n'y a alors pas de risque d'hypoglycémie et les contrôles systématiques de la glycémie sont inutiles. Il n'y a pas lieu de donner des compléments (eau, eau sucrée, substitut de lait) à un nouveau-né allaité exclusivement. L'introduction de compléments perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce (grade C).

Les biberons de substituts de lait prêts à l'emploi ne doivent pas être mis à disposition des mères dans leur chambre.

Il est recommandé d'évaluer la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion avant de donner des compléments au nouveau-né. Les indications des compléments sont actuellement mal définies, la décision d'utiliser des compléments sera prise au cas par cas en concertation avec la mère.

L'introduction de compléments entre 4 et 6 mois en plus de la poursuite de l'allaitement conduit à un excès de risque significatif de gastro-entérite et doit donc être déconseillée car cela n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant.

Prévention et traitement des difficultés liées à l'allaitement maternel

La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner systématiquement l'arrêt de l'allaitement.

- Les douleurs et lésions des mamelons

Une sensibilité douloureuse est souvent inévitable au début de l'allaitement. Les douleurs et lésions des mamelons (rougeur, irritation, crevasse) sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson. Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson lors des tétées. L'observation des premières tétées et la correction de la position du nourrisson et de la mère par les professionnels de santé sont recommandées.

Une hygiène quotidienne (douche) est suffisante. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement.

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une pathologie, en particulier une mycose. Un examen soigneux des mamelons est recommandé avant de recourir à un traitement.

En cas de lésions du mamelon, l'utilisation de topiques, de protège-mamelon et de coupelles d'allaitement a été insuffisamment évaluée pour être recommandée.

- L'engorgement mammaire

La congestion mammaire se traduit par une augmentation de volume et une tension des seins ainsi qu'une sensation de chaleur survenant dans les premiers jours suivant la naissance ne doit pas être confondue avec un engorgement.

L'engorgement physiologique se traduit par un œdème résultant d'une stase capillaire et lymphatique et par une augmentation du volume de lait produit. Il témoigne de l'installation du stade II de la lactogénèse. Il se résout rapidement avec des tétées efficaces.

L'engorgement devient pathologique s'il s'accompagne de fièvre, de frissons, de douleur et d'une gêne à l'écoulement du lait. Il peut évoluer vers une mastite si des mesures rapides ne sont pas prises.

Les mères doivent être prévenues de l'éventualité de la survenue d'un engorgement, il est conseillé de leur apprendre à les prévenir, à identifier les signes d'engorgement et à y faire face.

La prévention de l'engorgement repose sur des tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée.

Aucun traitement de l'engorgement n'a fait la preuve de son efficacité hormis l'expression du lait (manuelle ou à l'aide d'un tire-lait) qui réduit la stase lactée quand l'enfant est incapable de prendre le sein ou tète de façon inefficace. L'expression de lait doit être suivie d'une tétée par le bébé.

Même si le bénéfice d'un traitement symptomatique (application de froid ou de chaud) n'est pas démontré, il peut être utilisé s'il procure un soulagement à la mère.

La restriction hydrique, le bandage des seins aggravent l'inconfort de la mère et ne sont pas recommandés.

- La lymphangite ou mastite

La mastite (terme utilisé dans les publications internationales) est une inflammation du sein qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange. Le quadrant supéro-externe du sein est le plus souvent atteint. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux (fièvre ou symptômes pseudo-grippaux).

L'engorgement, les crevasses, les lésions du mamelon sont des facteurs de risque de mastite.

Le traitement repose sur :

- la recherche des facteurs favorisants, l'observation d'une tétée et l'évaluation de la pratique de l'allaitement ;
- l'écoulement efficace du lait maternel par la poursuite de l'allaitement en optimisant le drainage du sein (tétées sans restriction de durée et de fréquence) et l'extraction du lait, surtout du côté atteint ; il n'y a aucun risque pour un nourrisson sain. Si la tétée est trop douloureuse, l'expression du lait (manuelle ou avec un tire-lait) est indispensable.

Suspendre l'allaitement expose au développement d'un abcès du sein.

Le traitement antibiotique est indiqué :

- en cas de mastite infectieuse ou
- si les symptômes sont graves d'emblée ou
- si une lésion du mamelon est visible ou
- si les symptômes ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures.

Si possible, le lait sera mis en culture pour affirmer le diagnostic et réaliser un antibiogramme. L'antibiotique prescrit sera compatible avec l'allaitement maternel. Le traitement symptomatique repose sur l'application de chaud ou de froid sur le sein, qui peut être utilisée si elle procure un soulagement à la mère, et sur le repos.

- L'insuffisance des apports de lait maternel

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffisamment de lait est très rare. Le plus souvent, l'insuffisance de lait est la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses) à l'origine d'une diminution du transfert de lait au nourrisson et de la sécrétion lactée.

Dans ce cas, il est proposé d'évaluer la pratique de l'allaitement, de corriger les éventuels problèmes identifiés, d'évaluer une éventuelle stagnation staturo-pondérale du nourrisson et d'apporter des conseils et un soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses compétences et ses capacités.

Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une insuffisance de lait, en particulier lors de la reprise du travail, et de la manière d'y faire face : augmenter transitoirement la fréquence et la durée des tétées et rechercher le soutien des professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés.

Reprise des activités quotidiennes

La reprise du travail, des activités ou du sport ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Cette possibilité de concilier reprise d'activités et allaitement doit être envisagée avec chaque mère.

Les mères doivent être informées des différentes modalités de poursuite de l'allaitement : tétée matin et soir, expression et conservation du lait, allaitement partiel, reprise de l'allaitement à la demande pendant les jours de congés ou les temps de fin de semaine et les vacances. De même les femmes doivent être informées des mesures inscrites dans le Code du travail pour encourager la poursuite de l'allaitement maternel (pauses sur le temps de travail, réduction journalière du temps de travail ou horaires de travail souples, lieux appropriés pour exprimer le lait).

Le recours à des professionnels de santé ou des bénévoles formés au suivi de l'allaitement et la recherche d'un soutien en cas de difficultés sont recommandés.

Allaitement et nutrition de la mère

Les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée recommandée durant la grossesse s'appliquent également durant toute la durée de l'allaitement maternel.

Aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée ni interdite, y compris pour la quantité d'eau bue quotidiennement, à l'exception de la caféine et de l'alcool. La caféine diffuse dans le lait maternel. Son métabolisme étant lent chez le nouveau-né, la consommation de café (ou boissons riches en caféine) doit être modérée (2-3 tasses par jour). La concentration d'alcool dans le lait maternel est voisine de celle du sérum. La consommation d'alcool est donc déconseillée. Si la consommation d'alcool est occasionnelle, elle doit être modérée (1 à 2 verres).

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sont largement supérieurs aux éventuels effets des dioxines qui passent dans le lait maternel. Les données existantes montrent que l'exposition du nouveau-né allaité au sein reste inférieure aux valeurs recommandées par l'OMS pour assurer la protection à long terme de la santé des personnes. Il est conseillé à la mère de réduire sa consommation de matières grasses d'origine animale et d'éviter une perte de poids trop rapide afin de minimiser le risque d'exposition du nourrisson aux dioxines.

Allaitement et médicaments

De nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite.

Avant de prescrire un traitement, il faut se poser trois questions :

- Le symptôme ou la pathologie nécessitent-ils vraiment un traitement ?
- Ce traitement est-il, à efficacité équivalente, celui qui présente le moins de risques pour l'enfant allaité ?
- Le risque potentiel pour le nourrisson est-il supérieur à l'avantage que lui procure l'allaitement maternel ?

La décision d'arrêter ou de poursuivre un allaitement maternel sous traitement doit être le plus souvent prise au cas par cas, en accord avec la mère, après l'avoir informée des risques éventuels. Il faut alors tenir compte de l'activité pharmacologique du médicament et de son profil cinétique ; du profil des effets indésirables du médicament ; de l'âge du nourrisson ; du niveau d'allaitement ; de la possibilité de surveillance et de suivi du nourrisson ; de la compréhension de la mère.

En présence d'un enfant présentant une symptomatologie inexplicquée, il faut penser à demander à la mère si elle prend des médicaments, en veillant à ne pas exclure la possibilité d'une automédication.

Il convient d'être attentif à ne pas oublier les interactions médicamenteuses entre les traitements que l'enfant reçoit par le lait et ceux qu'on lui administre directement ainsi que les médicaments utilisés localement sur le sein.

[Le CRAT](#) (Centre de Référence des Agents Tératogènes)

Allaitement et contraception

[Contraception du post-partum](#)

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple afin de lui permettre de choisir la méthode de régulation des naissances la plus appropriée.

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode naturelle pendant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.(allaitement toutes les 4H et proximité avec l'enfant 24H/24H)

Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées ou si la femme le souhaite, il faut conseiller une autre contraception (consultation postnatale conseillée dans les 6 premières semaines du post-partum). Si ce choix se porte sur une contraception hormonale, celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du post-partum.

Les œstrogénostatifs ne sont pas recommandés car ils pourraient réduire la production de lait.

Les microprogestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être utilisés sans inconvénients ni pour l'allaitement, ni pour le nouveau-né. Toutefois la contraception hormonale

ne doit pas être débutée avant l'installation de la lactogénèse de stade II (montée laiteuse). Les progestatifs ne seront pas utilisés avant la sixième semaine du post-partum.

La pose d'un dispositif intra-utérin est possible, sans risque particulier, dès la quatrième semaine du post-partum, même en l'absence de retour de couches.

Les préservatifs ou les spermicides peuvent être utilisés en sachant que leur efficacité contraceptive est moindre.

10.2 Dix conditions pour le succès de l'allaitement :

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de la pratique de cet allaitement - Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

10.3 Consultations d'Allaitement Maternel en Dordogne

[Association des Sages-femmes Libérales de la Dordogne](#)

Centre Hospitalier de Périgueux : Consultations le vendredi Après-midi

10.4 Liens

HAS : [Favoriser l'Allaitement Maternel : processus-évaluation](#) (Juin 2006) ; [Allaitement Maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de l'enfant](#) (Mai 2002) ; [Allaitement Maternel suivi par le Pédiatre](#) (Juillet 2005)

OMS : [Allaitement Maternel](#) ; [Allaitement maternel dans le contexte du virus ZIKA](#)

[Le CRAT](#) (Centre de Référence des Agents Tératogènes)

[Guide de l'allaitement maternel](#) (INPES, « Manger, Bouger » PNNS 2011-2015/Janvier 2015)

[Société Française de Pédiatrie : Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère](#) (Comité de nutrition de la Société Française de pédiatrie/2013)

[Comment bien recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité](#) (Ministère de la Santé, ANSES, SFP, AFPA, Aliments de l'enfance/Déc 2012)

[Guide référentiel des recommandations pour la poursuite de l'allaitement maternel dans les structures d'accueil de la petite enfance](#) (Périnat France)

[Fiches référentielles Allaitement maternel](#) (Naître et Grandir Languedoc-Roussillon/2010)

Les associations de soutien : [Leche League](#) , [Solidarilait](#) , [Cofam](#)

Centre de Ressources Documentaire pour l'Allaitement Maternel : [CERDAM](#)

La formation : [Co-Naître](#)

Label : [IHAB](#)

Lactarium : [Lactariums de France](#) , [Lactarium Bordeaux/Marmande](#)

11. Allaitement Artificiel

En matière d'alimentation du nourrisson, l'allaitement maternel constitue la référence. Il est ainsi recommandé d'allaiter de façon exclusive jusqu'à six mois révolus, et si cela n'est pas possible au moins jusqu'à quatre mois. Cependant, même pour une durée plus courte, l'allaitement reste bénéfique pour l'enfant.

Toutefois, l'allaitement n'est pas toujours possible ou souhaité. Le bébé est alors alimenté avec des laits maternisés, dont la composition répond aux normes européennes.

Ces produits peuvent se présenter :

- sous forme liquide, ils sont stériles et prêts à l'emploi;
- sous forme de poudre à mélanger à de l'eau pour reconstituer le lait. Ces poudres ne sont pas stériles, et peuvent contenir à de rares occasions des microorganismes (microbes) en très faible quantité. Une fois le lait reconstitué il devient très fragile car ces microorganismes peuvent se multiplier de façon dangereuse au cours du temps.

11.1 Préparation du biberon

Préparez le biberon sur un plan de travail propre. Lavez-vous soigneusement les mains avec du savon. Séchez-les avec un torchon propre ou mieux avec du papier absorbant jetable. Utilisez la cuillère-mesure (dosette) issue de la boîte d'origine de la poudre de lait. La dosette doit rester sèche et être jetée lorsque la boîte est entièrement consommée.

Dans l'idéal, le biberon doit être préparé juste avant d'être donné au bébé. A température ambiante le lait doit être donné dans l'heure, sinon il faut le jeter.

Lors de sorties, transportez l'eau dans le biberon et la poudre de lait dans un autre récipient. Au dernier moment, ajoutez la poudre dans le biberon. Mélangez bien.

Exceptionnellement, le biberon peut être préparé à l'avance et conservé au réfrigérateur dans la partie la plus froide, à une température inférieure ou égale à 4°C (pas dans la porte du réfrigérateur).

11.2 Quelle eau pour les biberons ?

L'eau du robinet (eau de distribution publique) peut être utilisée pour la préparation du biberon. Cependant, il convient de prendre certaines précautions :

- laissez couler l'eau du robinet quelques secondes avant de remplir le biberon de la quantité souhaitée
- utilisez uniquement de l'eau froide (au-delà de 25°C, l'eau peut être davantage chargée en microbes et en sels minéraux)
- nettoyez régulièrement la tête du robinet (détartrage notamment)
- n'utilisez pas d'eau ayant subi une filtration (carafe filtrante par exemple ou tout autre type de traitement de filtration à domicile) ou ayant subi un adoucissement car ces systèmes peuvent favoriser la multiplication des microorganismes

Dans les habitats anciens (antérieurs à 1948), les canalisations d'eau peuvent être encore en plomb. Il faut vous renseigner auprès de la mairie où vous résidez ou auprès de la DDPP de votre département afin de savoir s'il est possible d'utiliser l'eau pour préparer les biberons.

Si vous utilisez une eau en bouteille, eau de source ou eau minérale naturelle, veillez à ce qu'elle soit bien destinée aux nourrissons. Par ailleurs, une bouteille entamée doit être réfrigérée et consommée rapidement.

L'utilisation d'eau gazeuse ne convient pas pour la préparation des biberons.

A l'étranger, en l'absence d'eau potable ou d'eau embouteillée, l'eau bouillie et refroidie peut être utilisée.

11.3 En cas de réchauffage

Il n'est pas indispensable de réchauffer le biberon avant de le donner, sauf s'il a été conservé au réfrigérateur. Le réchauffage du biberon doit être rapide. Il doit être fait soit au bain-marie, soit au chauffe-biberon. Une fois réchauffé, le biberon doit être consommé dans un délai d'une demi-heure pour éviter le développement des microbes éventuels.

L'utilisation du four à micro-ondes est absolument déconseillée. En effet, la température peut s'élever très fortement dans le biberon de lait chauffé au four à micro-ondes et entraîner des brûlures graves de la bouche et de la gorge du bébé.

Quel que soit le mode de réchauffage utilisé, il est essentiel d'agiter fortement le biberon pour éviter les brûlures et de vérifier la température en versant quelques gouttes sur l'intérieur de votre poignet.

11.4 Le nettoyage du biberon

Une fois le biberon terminé, rincez-le d'abord à l'eau froide.

Pour le nettoyer, utilisez de l'eau chaude avec du liquide vaisselle et un écouvillon (sorte de brosse allongée). Rincez soigneusement et laissez sécher le biberon tête en bas, sur un égouttoir, démonté à l'air libre. N'utilisez pas de torchon qui apporte des microbes pour sécher le biberon et la tétine,

Vous pouvez également nettoyer le biberon, la bague, le capuchon et la tétine au lave-vaisselle. Dans ce cas, utilisez un cycle complet à une température de lavage d'au moins 65°C, avec séchage. Les tétines en caoutchouc ne peuvent pas être lavées en machine, elles doivent être nettoyées et rincées à la main.

Il n'est pas nécessaire de stériliser le biberon et les tétines comme cela a été longtemps préconisé.

[Lien ANSES/Allaitement](#)

[Comment bien préparer et transporter le lait infantile en toute sécurité](#) (Ministère de la Santé, ANSES, SFP, AFPA, Aliments de l'enfance/Décembre 2012)

[Recommandation d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons](#) (AFSSA/Juillet 2006)

12. Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)

12.1 Charte de fonctionnement

I. Objectifs

Organiser la coordination d'un parcours de soin maternité, adapté et personnalisé, dans le cadre d'un suivi de grossesse dont le contexte médico-psychosocial est complexe.

Cet outil de coordination implique la communication et le partage d'informations connues des différents professionnels concernés par ce suivi et a pour but d'apporter une aide réelle à l'usager et aux professionnels

Tout professionnel exerçant dans le domaine médical, social, médico-social ou psychologique du département de la Dordogne, quel que soit son mode d'exercice, peut initier l'organisation d'une RCP, à la seule condition qu'il ait obtenu le consentement écrit de la patiente.

Les objectifs d'une RCP, pour les professionnels, sont :

- la connaissance mutuelle des acteurs entre eux,
- le tissage de liens de confiance autour de la patiente et du couple,
- la construction d'un parcours personnalisé et coordonné pour le suivi de la grossesse, en anticipation de l'accouchement et de la naissance, ainsi que du post-partum et de l'accompagnement de la famille,
- l'aide à la décision, concernant des orientations ou des modalités de prises en charge médicale ou d'accompagnement en lien avec celle-ci.
- la prévention des complications et/ou de leur gravité potentielle, qu'elles soient d'ordre médical, social ou psychique,
- dans un objectif global de continuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats.

Les objectifs d'une RCP , pour la femme enceinte, son couple et sa famille, sont :

- un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dans le pré et le post-partum,
- la meilleure sécurité émotionnelle possible pour leur enfant qui passe par celle de ses parents, laquelle passe, notamment, par celle des professionnels qui les entourent.

II. Définition du cadre

2.1 Professionnels participant aux RCP de périnatalité

(a) Coordinateur de la RCP

Le coordinateur de la RCP est désigné par l'établissement suivant des compétences requises. Un suppléant est également désigné en cas d'absence du coordinateur.

Il assurera l'organisation des RCP selon les modalités décrites dans la présente charte.

(b) Les membres permanents

Le rôle des membres permanents est de donner un avis sur le plan médical, social et psychique et de proposer un projet personnalisé des soins.

Au Centre hospitalier de Périgueux, les membres permanents sont :

- le pédiatre référent des soins en néonatalogie
- la psychiatre de l'équipe mobile de psychiatrie
- les cadres de la maternité et de la néonatalogie
- la sage-femme du secteur de PMI ou la coordinatrice du pôle PMI-Promotion de la santé
- l'assistante sociale référente de la maternité
- la psychologue de la maternité

Au Centre hospitalier de Bergerac, les membres permanents sont :

- le pédiatre référent de la maternité
- la cadre de la maternité
- la sage-femme du secteur du pôle PMI-Promotion de la santé
- l'assistante sociale référente de la maternité

Au Centre hospitalier de Sarlat, les membres permanents sont :

- le pédiatre référent de la maternité
- la cadre de la maternité
- la sage-femme du secteur du pôle PMI-Promotion de la santé
- l'assistante sociale référente de la maternité

2.2 Le professionnel demandeur

Tout professionnel du territoire du champ médical, psychologique et social concerné par une **situation complexe de prise en charge médicale** d'un couple en périnatalité.

(c) Les membres invités

Les **membres invités du territoire peuvent être**:

- le gynécologue obstétricien référent du suivi de grossesse
- les médecins généralistes et/ou spécialistes libéraux ou hospitaliers
- les sages-femmes libérales, et/ou hospitalières
- les professionnels des filières de prise en charge de la parentalité.
- les professionnels médicaux-psycho-sociaux du Conseil Départemental
 - médecin, puéricultrice du secteur du Pôle PMI-Promotion de la Santé du secteur du domicile de la patiente
 - services sociaux (Assistante sociale du secteur, ASE)

- Centre maternel
- tout autre professionnel concerné par la prise en charge de la famille, en santé et post-natal. (UDAF, ASD, SAFED, APARE, l'Atelier, ...etc)

2.3 Cadre institutionnel

Les professionnels médicaux qui souhaitent être nommés coordinateur RCP, doivent signer la présente charte, pour approbation et engagement à respecter les modalités décrites.

Egalement, les membres permanents ou invités prendront connaissance de la charte de la RCP, et s'y conformeront.

2.4 Cadre éthique

La participation à la RCP implique, pour ses membres, **le respect de la déontologie, de la confidentialité et des textes régissant le secret professionnel partagé.**

Le professionnel demandeur de la RCP, **informera la patiente ou le couple** que leur situation sera présentée en RCP, et leur remettra un document d'information relatif à cette démarche.

L'adhésion de la patiente et/ ou du couple dans cette démarche doit être tracée.

2.5 Calendrier et lieu

Centre Hospitalier de Périgueux : Réunion mensuelle sur demande de préférence les mardis

Les RCP se dérouleront dans **la salle de réunion SURPOG ou Salle de staff obstétrique 1 du CH Périgueux.**

Centre Hospitalier de Bergerac : Réunion sur demande

Centre Hospitalier de Sarlat : Réunion sur demande

III. Modalités d'organisation

3.1 Traçabilité de l'information délivrée à la patiente et ou couple

L'information de la patiente concernée par la RCP est tracée dans le dossier obstétrical par la présence de la « fiche de consentement RCP » (cf. Pièces jointe) dûment signée par la femme ou le couple.

3.2 Modalités de demande de présentation d'un dossier, d'inscription et d'organisation de la RCP

La demande peut être faite dès l'ouverture d'un dossier de grossesse mais également suite à un Entretien Prénatal Précoce (EPP), au Staff Médico-Psycho-Social, ou lors d'un évènement survenant au cours du suivi de la grossesse.

(d) Demande de présentation d'un dossier en RCP

La demande de présentation d'un dossier en RCP est faite auprès du Centre Hospitalier où la patiente souhaite accoucher.

Le demandeur devra établir sa demande par mail à l'intention du coordinateur du CH concerné soit

- **Au Centre Hospitalier de Périgueux** : staff-rcp-perinat@ch-perigueux.fr
- **Au Centre Hospitalier de Bergerac** : staff-rcp-perinat@ch-bergerac.fr
- **Au Centre Hospitalier de Sarlat** : staff-rcp-perinat@ch-sarlat.fr

(e) Modalités d'inscription

Le coordinateur fait parvenir le **formulaire de demande de présentation de dossier** par mail.

Le professionnel qui sollicite la RCP devra impérativement remplir et signer le **formulaire de demande de présentation de dossier**.

(f) Organisation de la RCP

1- Le coordinateur de la RCP

- communique **le jour et l'heure de présentation de la situation** en fonction des disponibilités, selon le calendrier pré établi.
- fait parvenir par messagerie le document « **Projet Personnalisé de soins (PPS)-RCP de périnatalité** », **la charte et le document d'information** destinée à la patiente.
- Invite les professionnels listés par le demandeur et les membres permanents.

2- Le demandeur de la RCP

- renseigne le document « *Projet Personnalisé de soins (PPS)-RCP de périnatalité* » et le fait parvenir par messagerie sécurisée ou de manière anonyme au coordinateur
- liste les professionnels du réseau de la patiente qu'il souhaite inviter. Le coordinateur de la RCP pourra être sollicité pour avis sur le choix des membres invités.

Attention : ces documents doivent être envoyés de préférence par messagerie sécurisée. Dans le cas d'utilisation d'un **mail non sécurisé**, ils doivent être **anonymisés**. (Les deux premières lettres du Nom, les deux premières lettres du Prénom, l'année de naissance. cf. CNIL)

3.3 Déroulement de la RCP

(g) En amont de la RCP

- L'ordre du jour est défini par le coordinateur de la RCP, il sera au préalable envoyé aux membres permanents par messagerie sécurisée et conservé dans le classeur « RCP » rangé au secrétariat de la maternité du Centre Hospitalier concerné.
- Le coordinateur de la RCP est chargé de récupérer les dossiers de grossesse des patientes et complète le document « Projet Personnalisé de soins (PPS)-RCP de périnatalité »

(h) Le jour de la RCP

- Une feuille d'émargement est signée par l'ensemble des professionnels présents lors de chaque RCP et sera conservé dans le classeur « RCP »
- La réunion est animée par le coordinateur de la RCP.
- Le dossier sera présenté par le demandeur et discuté sur un temps de 1 heure dans le créneau horaire préétabli.
- **Un projet Personnalisé de Soins (PPS) est élaboré par l'ensemble des professionnels présents et sera formalisé dans le documents (Projet Personnalisé de Soins), établissant ainsi la conduite à tenir pour la poursuite de la prise en charge pré- et post-natale**
- Pour les patientes extérieures à l'établissement coordonnant la RCP, le demandeur tracera la date de la RCP dans le dossier obstétrical.
- La RCP peut se dérouler par visioconférence.

(i) Après la RCP

- Ce PPS sera proposé à la patiente ou au couple par le professionnel demandeur de la RCP. Il devra informer les membres de la RCP de l'adhésion ou du refus du PPS par la patiente et le faire notifier dans le Projet Personnalisé de Soins.
- Le document « Projet Personnalisé de soins (PPS)-RCP de périnatalité du territoire » sera envoyé par messagerie sécurisée aux membres permanents et un exemplaire est classé dans le dossier obstétrical de la patiente.
- Seule la synthèse est envoyée aux invités.

IV. La gestion des documents relatifs aux RCP

3.1 Les documents

Les Centres Hospitaliers mettent à disposition des professionnels les documents suivants :

- le document de consentement donné aux patientes et/ou aux couples,
- le formulaire de demande de présentation de dossier,
- le document Projet Personnalisé de soins (PPS)-RCP de périnatalité du territoire 24
- la présente charte.

Ces documents ont été validés par le Réseau Périnatal d'Aquitaine (RPA) et la Direction Qualité/Gestion des Risques (DURQ) des Centres Hospitaliers et le Conseil Départemental de la Dordogne.

3.2 L'archivage

Le coordinateur de la RCP archive les documents dans un classeur de suivi, conservé au secrétariat de chaque Centre Hospitalier.

Y sont consignés :

- le calendrier prévisionnel de la RCP *de périnatalité territoriale au Centre Hospitalier*
- le listing des dossiers présentés en RCP.
- les feuilles d'émargements de chaque réunion signées par les membres présents et invités

V. Evaluation de la démarche de RCP périnatale

Le recueil d'indicateurs sera le moyen d'évaluer l'exhaustivité et l'organisation des RCP et de suivre la dynamique mise en œuvre par les professionnels des Centre Hospitaliers et du territoire 24.

Tous les ans, les évaluations suivantes seront réalisées :

- **une évaluation organisationnelle et qualitative (outils d'évaluation existant et distribué à chaque Centre Hospitalier)**
- **une extraction de données statistiques.**

12.2 Consentement Patient



Document de consentement relatif au partage d'informations nécessaire à la présentation des dossiers médicaux en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Les équipes des services de gynécologie-obstétrique des Centres Hospitaliers de Périgueux, Bergerac et Sarlat ont chacun mis en place une réunion de coordination professionnelle dans le but de vous soutenir dans votre futur rôle de parents.

Les professionnels médico-psycho-sociaux de votre parcours de santé, ainsi que des référents en périnatalité (sages-femmes, médecins, psychologues, libéraux ou hospitaliers, représentants de la Protection Maternelle et Infantile) se consultent dans l'objectif de vous proposer un accompagnement coordonné et adapté à l'accueil de votre enfant.

Ce temps de travail et d'échanges, entre spécialistes de différentes disciplines et de différents secteurs, s'effectue dans le cadre du secret professionnel et du partage d'informations vous concernant, seules les informations nécessaires à assurer votre suivi seront échangées.

A l'issue de cette réunion, un **Projet Personnalisé de Soins** vous sera présenté par votre professionnel de référence.

Je soussigné, Madameaccepte les conditions de réalisation d'une RCP, et le partage d'informations me concernant dans le but d'élaborer un **Projet Personnalisé de Soins**

Le

Signature

12.3 Formulaire de demande de présentation de dossier



RCP de périnatalité du territoire Dordogne Formulaire de demande de présentation de dossier

Demander

Je, soussigné,

NOM . PRENOM

Exerçant à :

En tant que :

Demande l'organisation d'une RCP

Pour une grossesse en cours dont l'Age Gestationnel actuel est de : ou le terme est prévu le :

L'évènement de la grossesse qui motive la demande de participation à une RCP est :

EPP et besoin accompagnement :

Poly pathologie antérieure :

Complication obstétricale :

Contexte psychologique :

Contexte social :

Consommation de produit(s) toxique(s) :

Diagnostic anténatal :

TIU (motif et AG) :

TNN (motif et AG) :

Autre motif :

Et assure auprès des membres du RCP que :

La patiente et/ou le couple est/sont informé(s) de la présentation du dossier en RCP et le document d'information relatif à cette réunion leur a été remis,

Je suis bien désigné pour être le professionnel qui la/les représentera dans des conditions de confidentialité définies préalablement avec elle/eux,

Fait à le

Signature du demandeur :

1