



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

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

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

Ecole de Sages-femmes Albert Frühinsholz

Comparaison des pratiques au sein du service de consultations de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy au vu des recommandations en vigueur et réalisation d'un guide sur le suivi de grossesse à destination des étudiants

Mémoire présenté et soutenu par

Gauthier GIRARDIN

Promotion 2010

Guidance :

Madame ARCANGELI-BELGY

Sage-femme cadre supérieur enseignante

École de sages-femmes Albert Fruhinsholz

Experte :

Madame MACQUET

Sage-femme cadre supérieur

Maternité Régionale Universitaire de NANCY A. Pinard

*A toutes les sages-femmes de consultations,
Qui m'ont accordé de leur temps libre afin de me permettre de réaliser ce mémoire.*

*A Gaëlle,
Pour son soutien et sa patience tout au long de mon travail.*

SOMMAIRE

Sommaire	4
Préface	6
Introduction	8
Partie I : Contexte	11
I.1 Le service de consultation de la Maternité Régionale Universitaire A. Pinard	11
I.2 Justification de l'étude : La problématique de la durée de consultation	12
I.3 Objectifs de l'étude et méthodologie	13
Partie II : Référentiel	
II.1 Possibilité d'exploitation des résultats	18
II.2 Contenu du référentiel et argumentaire	18
II.2.a Le constat de grossesse	18
Le diagnostic de grossesse	19
Le désir de grossesse	20
Le TV systématique	24
L'acide folique	28
II.2.b La déclaration de grossesse ou consultation du 3 ^{ème} mois (avant 15 SA)	28
La rubéole	30
NF, féritine en début de grossesse	31
II.2.c La consultation du quatrième mois (de 15 à 19 SA)	33
II.2.d La consultation du cinquième mois (de 19 à 23 ½ SA)	35
II.2.e La consultation du sixième mois (de 23 ½ à 28 SA)	36
Le Rhophylac	38
Vitamine D	38

Le diabète gestationnel	39
II.2.f La consultation du septième mois (de 28 à 32 SA)	40
II.2.g La consultation du huitième mois (de 32 à 37 SA)	41
II.2.h La consultation du neuvième mois (de 37 à 41 SA)	42
La radiopelvimétrie	44
II.2.i La consultation postnatale (de 6 à 8 semaines après l'accouchement)	44
II.2.k L'Entretien Prénatal Individuel	47
La pratique locale de l'EPI	47
Les ressources humaines locales	55
II.3 Guide mémoire à destination des étudiants	55
 Partie III : Evaluation et Prospection	 58
III.1 Présentation des résultats aux sages-femmes du service	58
III.2 Evaluation des documents et possibilité d'exploitation	58
III.3 Evaluation des pratiques professionnelles	59
 Conclusion	 60
 Bibliographie	 61
Table des matières	66
 ANNEXE 1 : Liste des abréviations	 68
ANNEXE 2 : Feuillet « Suivi d'une Grossesse Normale »	69
ANNEXE 3 : Planche « ENTRETIEN PRENATAL INDIVIDUEL Guide d'entretien »	72
ANNEXE 4 : Présentation destinée aux sages-femmes de consultation externe	73
ANNEXE 5 : Guide à l'intention des étudiants	78

PREFACE

Une grossesse est un évènement majeur dans la vie d'un couple et encore plus dans la vie d'une femme. Neuf mois durant, alors que l'enfant à naître grandit, le couple se prépare à devenir parents. A nul moment de l'histoire ce passage ne s'est fait seul : anciennement, ce rôle était dévolu aux ainées et à l'entourage du couple, basé sur le savoir hérité des anciens. Bien que toujours très présent de nos jours, ce savoir est renforcé par l'intervention des professionnels de santé détenant la connaissance médicale, dont la sage-femme fait partie.

La majorité des grossesses se déroule de manière totalement physiologique et sans aucun problème si l'on exclut les petits troubles « normaux » liés à l'état de grossesse. Pourtant chaque grossesse nécessite un minimum de surveillance et chaque couple un maximum d'écoute et de compréhension.

Cette surveillance, classiquement appelée « suivi de grossesse » ou « suivi anténatal », permettra évidemment de surveiller le bon développement du futur enfant en dépistant et identifiant les situations à risque, mais le rôle de la sage-femme ne s'arrête pas là ! Une femme enceinte ne se « réduit » pas à un utérus gravide ! C'est pourquoi ce suivi de grossesse permettra aussi à la sage-femme d'informer et d'éduquer la future mère et le couple, mais aussi d'écouter, de comprendre ainsi que de rassurer la femme face à ses angoisses, notamment liées à la grossesse et à l'enfant à naître.

C'est pourquoi nous estimons qu'un temps nécessaire et suffisant doit être accordé à chaque femme afin de lui permettre de vivre au mieux sa grossesse.

Avec la mise en place de la tarification à l'acte dans les établissements hospitaliers depuis 2007, la rentabilité d'un service hospitalier se traduit par sa productivité. Il est alors logique que, dans un service de consultations, plus la consultation est de courte durée, plus le nombre de consultations sur le même planning est important, et plus le service est productif et donc rentable pour l'établissement [14].

Ma réflexion débuta par la polémique qui anima le service de consultations externes de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy lors de l'été 2007 : L'hypothèse que les sages-femmes voient leur temps de consultation diminuer d'un tiers. Des trente minutes dont elles disposent actuellement, elles n'en auraient plus que vingt ! Même si aujourd'hui cette

volonté administrative n'est plus d'actualité, elle fit parler d'elle pendant de nombreux mois et obligea les sages-femmes à trouver des arguments pour défendre leur temps de consultation.

INTRODUCTION

Le code de la santé publique [2] prévoit sept consultations prénatales pour une grossesse évoluant normalement et une consultation postnatale. Ce même code, complété des différents décrets, ne fixe pas réellement le contenu de ces consultations mais liste les examens obligatoires à pratiquer ou à prescrire aux différents termes de la grossesse. Les textes de lois ne nous renseignent pas non plus sur le déroulement qui doit être observé lors de chacune des ces consultations et encore moins sur la durée à accorder à chaque future mère lors de ces visites.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé [1], référant en la matière, complètent le code de santé publique par un grand nombre de conseils sur l'art et la manière de surveiller une grossesse, source d'inspiration pour de nombreux professionnels afin de mener à bien leurs propres consultations. Le Référentiel Métier et Compétences des Sages-femmes du CASSF [3] viendra compléter ces conseils avec une méthodologie sur la conduite d'une consultation prénatale. Mais là encore, aucune indication chiffrée ne donne une estimation du temps nécessaire à accorder à chaque patiente.

Malgré toutes ces recommandations, on peut observer des nuances plus ou moins importantes dans la pratique quotidienne des sages-femmes du service de consultation à la Maternité Régionale Universitaire de NANCY quand au déroulement de leur propre consultation. Si chacun observe les textes de loi, si chacun s'inspire de la recommandation scientifique, chacun viendra enrichir sa pratique par son expérience personnelle.

Nous pouvons alors nous poser deux grandes questions :

« Peut-on évaluer le temps nécessaire à une consultation prénatale pratiquée par une sage-femme ? Ou comment justifier ce temps qui nous semble indispensable ? »

« Pourquoi de telles différences de pratiques entre les sages-femmes ? Sont-elles fondées ? »

La première partie de ce mémoire aura pour but de présenter le contexte actuel de la pratique des consultations à la maternité régionale universitaire de Nancy, notamment par rapport au problème horaire et en justifiera l'étude et sa méthodologie.

La deuxième partie présentera les résultats de cette étude, leurs intérêts et leurs possibilités d'exploitation par la création d'un référentiel.

La troisième partie présentera les possibilités d'évaluations des résultats et des documents créés à court et à long terme.

Partie I

CONTEXTE

I : Contexte

Avant d'exposer le contexte des consultations de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, reprenons les recommandations, d'avril 2005, de la Haute Autorité de Santé en matière du suivi de grossesse, notamment par rapport au temps que celui-ci exige :

L'HAS nous conseille [1] :

- De consacrer du temps à l'information de la femme enceinte ou du couple.
- D'apporter une écoute attentive pour mieux prendre en compte les attentes de la femme enceinte ou du couple, leur permettre de poser des questions et d'aborder les problèmes rencontrés.
- De délivrer une information orale fondée sur les données scientifiques actuelles et sur les droits et la réglementation ; la compléter, si possible, avec des documents écrits fiables.
- D'utiliser un langage et/ou un support adaptés, en particulier avec les personnes ayant un handicap sensoriel ou mental ou avec celles qui ne parlent ni ne lisent le français.
- De proposer, si nécessaire, une consultation supplémentaire, si le volume et/ou la nature de l'information à donner le requièrent.
- De fournir des informations écrites, notamment sur la surveillance médicale de la grossesse, la prévention des risques et l'offre de soin locale.
- D'assurer la continuité des soins par le partage des informations entre les différents professionnels concernés et la femme ou le couple.

I.1 : Le service de consultations de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Les consultations externes comptent actuellement quinze sages-femmes (soit 9,6 équivalents temps plein (ETP) et une sage-femme cadre supérieur. L'ancienneté varie de 1 à 15 ans au sein du service. Les sages-femmes ont un temps défini pour chaque consultation : une heure pour la première consultation et pour l'Entretien Prénatal Individuel, trente minutes

pour les autres. Cette durée de consultation est historique et a été établie avant les recommandations de l'HAS. En revanche, il n'existe pas de définition claire et précise du contenu de chaque consultation. On retrouve dans les classeurs de protocole du service un feuillet de deux pages listant les différents examens à prescrire chaque mois, et une planche sur l'EPI, tous deux faisant office de « protocole » [annexes 2 & 3].

I.2 : La problématique de la durée de consultation

La problématique initiale était alors :

« Comment défendre notre durée de consultation ? »

« Peut-on chiffrer la durée de chaque acte ? »

« Quels arguments imposer pour justifier les trente minutes actuelles ? »

De simples enquêtes de satisfaction auprès des patientes, mais également auprès des sages-femmes du service, de part leur subjectivité, n'auraient pas la valeur attendu et ne pourraient être utilisées comme arguments valables ou suffisants pour justifier du temps de consultation actuel.

Le mémoire de fin d'études de Mademoiselle AMET (Ecole de sages-femmes de Nancy ; 2009) [14] traitant de l'impact de la Tarification à l'Activité sur les consultations prénatales réalisées par les sages-femmes et sur la prise en charge des patientes à la Maternité Régionale de Nancy présente un questionnaire adressé aux sages-femmes où l'une des questions aborde la durée de consultation réelle pratiquée par les sages-femmes. On constate alors que plus d'un quart des sages-femmes du service dépassent largement les trente minutes « réglementaires » pour leur consultation. Le constat avait déjà été fait.

La réflexion finalement retenue était une notion plutôt simple : Pour défendre le temps de consultation actuel, il faut en affirmer le contenu actuel ! Le but étant alors de rédiger un véritable référentiel le plus exhaustif possible détaillant le suivi de grossesse par les sages-

femmes, mais adapté au service de consultations externes de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Mais finalement, il serait dommage de ne consacrer ce travail qu'à un unique document destiné aux sages-femmes, rangé dans un classeur et consulté qu'en cas de doutes ou de litiges. L'idée était alors de créer en plus un outil pédagogique sous la forme d'un guide de poche à destination des étudiants [annexe 5].

I.3 : Méthodologie

Le mémoire de Mademoiselle AMET [14] exprime clairement que le temps de consultation actuel est nécessaire et parfois même insuffisant.

Au vu de l'augmentation du nombre de consultations prénatales pratiquées par les sages-femmes dans ce service, leurs différents degrés d'ancienneté et donc d'expérience personnelle, mais aussi leurs diverses origines géographiques de formation, il est normal de remarquer des nuances dans leur pratique individuelle.

Une fois ce constat établit, une étude de la littérature de référence sur le sujet s'imposa ! Les articles concernant le suivi de grossesse et la pratique de la sage-femme du code de la santé publique liste les examens à prescrire et à réaliser en fonction du terme de la grossesse mais ne désigne pas le contenu de chaque consultation et encore moins la durée de celle-ci [2]. Le référentiel métier et compétences des sages-femmes [3] viendra nous renseigner sur la méthode à adopter pour conduire une consultation prénatale de manière générale sans préciser le contenu en fonction du terme mais n'évoque pas la notion de durée. Les diverses recommandations de la Haute Autorité de Santé [1] apporte un complément colossal sur la façon de suivre une grossesse et précise bien qu'un temps nécessaire et suffisant doit être accordé à chaque femme, sans le chiffrer.

La méthodologie à adopter afin de créer un référentiel adapté aux pratiques du service était alors celle d'une auto-évaluation de pratiques professionnelles par les sages-femmes. On parle alors de « groupes d'analyse des pratiques entre pairs » ou « groupe de pairs » ou encore

de « peer review ». Les groupes de pairs sont un moyen de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles. Ils permettent aux professionnels d'analyser leurs pratiques en les confrontant à celles de leurs confrères et aux données de la science, dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins proposés à leurs patients.

En accord avec la sage-femme cadre du service, Madame MACQUET, un groupe de paire fut donc créé, composé de sages-femmes du service de consultations externes volontaires. Se déroulant durant l'été 2008, l'objectif fut de passer en revue l'ensemble du suivi de grossesse, du constat de grossesse à la visite post-natale en passant par l'EPI. Le but étant de mettre en avant ainsi que d'argumenter sur les pratiques de chacune au sein de la Maternité ; pratiques ne se retrouvant pas dans les recommandations de l'HAS ou différentes dans leur réalisation. Il se déroula en quatre réunions de deux heures chacune, avec un thème défini à l'avance. Il permit d'identifier les discordances entre les pratiques de chacun mais aussi de mettre en évidence les différences par rapport aux textes de recommandations.

Séance du 7 juillet 2009 : (6 participants)

Thème : Constat de grossesse et Déclaration de grossesse

Ambiance positive, bon accueil de la démarche du groupe de paire

Sujets mis en avant :

- Quels examens sont réellement nécessaires pour diagnostiquer la grossesse ?
- Les textes et recommandations n'abordent jamais la notion de désir de grossesse, pourquoi ?
- Pourquoi ne pas dépister l'anémie dès le début de grossesse ?
- Comment bien supplémenter en acide folique ?
- Y a-t-il des recommandations particulières par rapport au suivi des personnes non immunisées contre la rubéole ?

Séance du 9 juillet 2009 : (4 participants)

Thème : L'EPI

Ambiance positive, constat de la difficulté d'évaluer l'EPI en un temps restreint

Sujets mis en avant :

- Peut-on pratiquer l'EPI différemment au sein de notre maternité ?
- Ne serait-il pas intéressant de créer un registre des ressources humaines locales ?

Séance du 15 juillet 2009 : (5 participants)

Thème : Le deuxième trimestre de grossesse

Ambiance positive, grand débat sur la pratique du TV

Sujets mis en avant :

- Doit-on pratiquer systématiquement le TV ?
- Doit-on dépister le diabète gestationnel chez toutes les femmes ?
- Y a-t-il des recommandations particulières à suivre lors de l'administration de « rhophylac » ?
- La supplémentation en vitamine D est-elle obligatoire ?

Séance du 17 juillet 2009 : (4 participants)

Thème : Le troisième trimestre de grossesse

Ambiance positive, disponibilité des participants réduite en raison de leurs emplois du temps

Sujet mis en avant :

- Quelles sont les réelles indications de la radiopelvimétrie ?

Au vu de ce groupe de pairs, on constate que les pratiques des sages-femmes du service de consultations externes de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy suivent de relativement prêt les recommandations de l'HAS. Quelques pratiques basées sur leur expérience personnelle mais aussi sur leur formation viennent compléter leur exercice.

L'analyse de ces points de divergence par une revue de la littérature scientifique permet de confirmer le bon intérêt de certaines pratiques, de préciser leur intérêt pour les patientes ou au contraire de montrer que ces pratiques n'étaient pas validées scientifiquement tout en gardant à l'esprit que le but n'est pas d'apprendre aux sages-femmes à « correctement » pratiquer le suivi grossesse, mais simplement leur apporter une information complémentaire et uniformiser leur pratiques.

La rédaction des documents ; le référentiel à proprement parlé et le guide associé ; permis d'inclure les pratiques validées aux recommandations en vigueur. Le résultat de l'étude a été présenté à l'ensemble des sages-femmes de consultations externes ainsi qu'à la sage-femme cadre lors d'une réunion de service le 03 décembre 2009 [annexe 4], et une maquette du guide leur a été délivrée pour être soumis à leur évaluation.

Partie II

REFERENTIEL

II : Référentiel

La partie suivante présente successivement les critères nécessaires afin de valider une pratique non officiellement reconnue par les textes de recommandations, le référentiel incluant l'argumentaire de validation de ces différentes pratiques, et enfin la présentation du guide.

II.1 : Possibilités d'exploitation des résultats

Une fois mises en évidence les pratiques professionnelles discordantes, absentes ou supplémentaires par rapport à la littérature, les possibilités d'élargissement des pratiques personnelles à l'ensemble de l'équipe doivent être étudiées. Pour être valables, celles-ci doivent répondre à un certain nombre de critères :

- Les pratiques doivent être conformes aux données acquises de la science.

Il en va de la responsabilité de la sage-femme devant les juridictions judiciaires. Par un arrêt Mercier du 20 mai 1936, la Cour de Cassation a fondé la responsabilité du médecin sur une base contractuelle, qui lui a permis de définir le contenu des obligations nées du contrat médical dont la transgression peut constituer une faute. Cette obligation est tout aussi applicable à la sage-femme. Aux termes de cet arrêt fondamental, « *il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science* ».

La jurisprudence a progressivement précisé que ces données acquises peuvent résulter de traités médicaux, d'articles de spécialistes, des travaux des congrès médicaux ou d'entretiens médicaux. Dans un arrêt de 1974, la Cour de Cassation a considéré qu'une erreur de diagnostic était excusable si elle était « *normalement possible et justifiable en l'état de la science et de la pratique médicale à l'époque des faits* »

- Elles doivent rester dans le cadre légal de la surveillance de la grossesse défini par le code de la santé publique.
- Elles ne doivent pas sortir du champ de compétences de la sage-femme défini par le code de la santé publique et le code de déontologie de la sage-femme.
- En vue de la politique actuelle de la maîtrise des coûts du système de santé, elles doivent montrer un intérêt justifié pour la patiente et ne doivent pas être source de dépenses inconsidérées et exagérées.

II.2 : Contenu du référentiel et argumentaire

Le texte en italique correspond à l'argumentaire tiré de la littérature scientifique.

II.2.a : Le constat de grossesse

Objectifs :

- Diagnostiquer ou confirmer la suspicion de grossesse
- S'assurer que la grossesse est intra-utérine
- S'assurer de la volonté de conserver la grossesse
- Informer, éduquer

- Planifier le suivi de grossesse
- Identifier les besoins spécifiques (ainsi que le type de suivi sage-femme/médecin)
- Effectuer le premier examen clinique de grossesse
- Etablir un lien ; répondre aux premières inquiétudes de la femme et du couple.

Diagnostiquer la grossesse

Le diagnostic de la grossesse repose en premier lieu sur l'anamnèse [7][9]

- *Contraception utilisée*
- *Aménorrhée (ainsi que durée et régularité des cycles)*
- *Concordance entre l'aménorrhée et l'activité sexuelle*
- *Signes sympathiques de grossesse plus ou moins présents (seins gonflés, tendus, plus volumineux, coloration des mamelons, nausées et vomissements, notamment le matin au réveil, fatigue accrue, aigreurs d'estomac, modification de l'appétit, sautes d'humeur, algies pelviennes, tiraillements abdominaux... Cette liste n'est pas exhaustive.)*

Sur l'examen clinique

- *Augmentation du volume utérin appréciée par la palpation bi-manuelle*

Ainsi que sur le diagnostic biologique [6]

- *Dosage hormonal des β HCG. Test qualitatif (test urinaire) Déetectable après 8 à 15 jours de retard de règles en fonction du modèle proposé.*
- *Dosage hormonal des β HCG. Test quantitatif (mesure plasmatique). Le dosage des β HCG n'est à réaliser qu'en cas de doute sur : l'évolutivité de la grossesse, l'âge de la grossesse, l'évolution intra-utérine de la grossesse.*

L'HCG est détectable dans le sang maternel périphérique dès le 9^e jour qui suit l'ovulation si l'œuf fécondé s'implante au cours de ce cycle (ou 48 heures après l'implantation de la grossesse dans l'endomètre) et ensuite, elle reste dosable dans le sang maternel pendant toute la durée de la grossesse et jusqu'à 5 jours après la naissance. La positivité du HCG plasmatique ne témoigne pas de la vitalité de l'embryon ou du fœtus ; elle témoigne seulement

de la présence de cellules trophoblastiques actives ; c'est pour cette raison qu'on peut trouver des taux de HCG plasmatique positif : sur une grossesse arrêtée (mort de l'embryon ou du fœtus) sur une grossesse de type œuf clair (sac gestationnel sans embryon) ou dans des grossesses molières : absence d'embryon ; absence de placenta avec dégénérescence. En cas de grossesse extra-utérine, les dosages plasmatiques successifs du β HCG jouent un rôle important dans le diagnostic, la décision et le suivi thérapeutique de la grossesse extra-utérine.

- *Dosage hormonal de la progestérone : Celle-ci n'a d'intérêt que lorsque l'on veut vérifier l'évolutivité d'une grossesse. Elle n'est actuellement pas utilisée par les sages-femmes lors de leurs consultations.*

La progestéronémie est un bon marqueur de la vitalité ovulaire au seuil de 20 ng/ml, mais elle n'a pas de valeur localisatrice du processus gravidique. En dessous de ce seuil, elle est peu performante dans le diagnostic différentiel entre GEU et grossesse intra-utérine non viable. En effet, seules 2 % des grossesses extra-utérines ont une progestéronémie supérieure à 20 ng/ml.

Et sur l'échographie obstétricale [8]

- *L'échographie obstétricale précoce n'est pas indiquée dans ce cas.*

Il n'y a pas d'indication à réaliser en systématique une échographie obstétricale précoce avant celle de datation du premier trimestre de grossesse sauf en cas de suspicion de GEU ou de fausse couche précoce afin de vérifier la vacuité (ou non) utérine. Le sac gestationnel est visible à partir de 5 SA par voie échographique endovaginale vers 8 à 10 SA par voie abdominale en fonction des paramètres maternels.

En conclusion, le diagnostic de la grossesse repose essentiellement sur l'anamnèse, l'examen clinique et le dosage hormonal qualitatif des β HCG. Même si beaucoup de patientes le pratiquent auprès de leur médecin gynécologue pour confirmer leur grossesse, les dosages hormonaux quantitatifs et l'échographie précoce n'auront d'intérêt uniquement qu'en cas de doute sur l'évolutivité et la localisation de la grossesse.

S'assurer que la grossesse est intra-utérine [10][15]

Une fois le diagnostic de grossesse établi, il est nécessaire d'écarter le risque de grossesse extra utérine. Les cas de GEU ont en effet augmenté de 17% entre 1992 et 2002 (INSERM) ; et représentaient 2,2% des grossesses en 2005.

La douleur abdominale et les métrorragies au premier trimestre sont les seuls signes cliniques pouvant évoquer une grossesse extra-utérine, mais leur sensibilité et leur spécificité sont très faibles puisque la majorité des femmes présentant ces symptômes ont des grossesses normalement évolutives. En effet, 10 à 20 % des femmes enceintes vont présenter des symptômes anormaux (métrorragies ou douleurs) en début de grossesse ; parmi elles une certaine proportion (5 à 30 %) sera effectivement atteinte d'une GEU. Les stratégies diagnostiques doivent donc être sensibles, spécifiques, ne mettant pas en péril une grossesse intra-utérine évolutive, et suffisamment précoce pour que le diagnostic permette une nouvelle stratégie thérapeutique incluant plus spécifiquement des traitements non chirurgicaux, qu'ils soient médicamenteux ou abstentionnistes.

Il est alors nécessaire de savoir différencier les douleurs de début de grossesses des douleurs dues à une GEU : Ces dernières sont plus localisées et moins diffuses, le plus souvent latéralisées, la douleur augmentant à la palpation et à la mobilisation.

Causes et facteurs de risque augmentant la suspicion de GEU devant les signes cliniques précédents :

- *Maladies sexuellement transmissibles*
- *Antécédents de salpingite ou de curetages répétés, endométriose*
- *Tabagisme*
- *Drogues (forte suspicion pour le cannabis)*
- *Antécédents de grossesse extra-utérine*
- *La chirurgie de la stérilité*
- *Exposition in utero au « distilbène »*
- *Port d'un stérilet*
- *L'âge de la mère*
- *La procréation médicalement assistée.*

Examen clinique

- *Douleur à la mobilisation du col.*

- *Utérus ramolli, plus petit par rapport à l'âge supposé de la grossesse.*
- *Masse annexielle unilatérale, mobile, douloureuse.*

Face à un cas de grossesse extra utérine suspectée, il est important d'orienter la patiente vers le service d'échographie après lui avoir prescrit un dosage des β HCG. Si la GEU est confirmée à l'échographie, ou si aucune image de sac ovulaire n'est observée intra ou extra utéro (grossesse trop jeune), il est nécessaire de rediriger la patiente vers le PATUGO afin qu'elle soit prise en charge par un obstétricien dans les plus brefs délais.

En conclusion, le dépistage des grossesses extra-utérines repose majoritairement sur la connaissance des signes cliniques peu spécifiques associés à l'identification des facteurs de risque.

Anamnèse

- Contraception utilisée
- Aménorrhée (ainsi que durée et régularité des cycles)
- Concordance entre l'aménorrhée et l'activité sexuelle
- Signes sympathiques de grossesse plus ou moins présents (seins gonflés, tendus, plus volumineux, coloration des mamelons, nausées et vomissements, notamment le matin au réveil, fatigue accrue, aigreurs d'estomac, modification de l'appétit, sautes d'humeur, algies pelviennes, tiraillements abdominaux... Cette liste n'est pas exhaustive.)

Sur l'examen clinique

- Augmentation du volume utérin apprécié par la palpation bi-manuelle

Ainsi que sur le diagnostic biologique en cas de doutes : β HCG plasmatiques.

S'assurer que la grossesse est intra-utérine

S'assurer de la volonté de conserver la grossesse ou du désir de grossesse.

Cette notion n'est retrouvée ni dans les textes de loi, ni dans les recommandations HAS. Serait-elle sans intérêt ? Il est vrai que généralement les femmes enceintes consultant auprès de sages-femmes désirent conserver leur grossesse mais il est tout de même important de se faire une idée sur la survenue de cette grossesse.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- *La grossesse est prévue et donc désirée.*
- *La grossesse est imprévue mais le désir, même inconscient est présent.*
- *La grossesse est imprévue, et non désirée.*
- *Et parfois, la grossesse est prévue, mais non désirée (pression de l'entourage, du conjoint...)*

Cela place les femmes dans trois grandes catégories :

- *Les grossesses désirées.*
- *Les grossesses acceptées.*
- *Les grossesses subies.*

Evidement, les femmes se présentant dans les délais légaux d'IVG et exprimant clairement leur refus de prolonger cette grossesse seront réorientées vers l'infirmière de consultation du niveau 1 (niveau bleu) qui la prendra en charge.

Quand aux autres, identifier le désir de grossesse pourra mettre en évidence des facteurs de risques quand à l'investissement de la mère dans sa grossesse, et à terme lors de l'établissement du lien mère-enfant.

Mais comment aborder ce sujet quelque peu délicat ? Peu de futures mères annonceront spontanément que leur grossesse n'est pas désirée, et peu l'avoueront face au questionnement de peur du regard et du jugement des autres. Mais la sage-femme arrive plus ou moins facilement à identifier ce désir lorsque la question de la contraception avant la grossesse actuelle est abordée lors de l'établissement du dossier médical. Les conditions de survenue de la grossesse par rapport à la contraception utilisée sont souvent révélatrices.

Ceci est classiquement pratiqué par les sages-femmes et doit évidemment être maintenu.

Etablir le dossier obstétrical

Cette première consultation permettra aussi d'ouvrir le dossier de grossesse, éventuellement sortir les dossiers antérieurs. L'anamnèse comprendra les informations personnelles, les ATCD personnels, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux, familiaux ainsi que ceux du conjoint.

Informer

Donner une première information orale complétée par une information écrite. Les thèmes abordés doivent être sélectionnés au cas par cas, en fonction de la patiente.

Informations à donner dans tout les cas :

- Risques infectieux alimentaires (toxoplasmose, salmonellose, listériose)
- Automédication
- Tabac, alcool, drogues
- Examens de dépistages et risques liés (HT21, ECHOGRAPHIES)
- CMV
- Conseils sur l'hygiène de grossesse, le sommeil, les soucis dentaires...

Information à donner au cas par cas et/ou à la demande de la patiente :

- Alimentation et grossesse *en cas de surpoids, obésité ou diabète (sinon pas d'urgence à aborder ce sujet)*
- Travail et grossesse *lors des cas particuliers de travail contraignant ou exposant à des toxiques (intérêt de la communication avec le médecin du travail dans le cadre de l'aménagement préventif des postes de travail)*
- Vaccination et grossesse *dans de rares cas comme des départs en vacances dans des zones à risques*
- Thérapies complémentaires (plantes, acupuncture...)
- Activité sexuelle
- Sport et grossesse
- Déplacements et voyages
- Congés maternités et autres droits et avantages liés à la grossesse *lors de la déclaration de grossesse.*
- En fonction des ATCD, le conseil génétique

- Information sur le groupe et le rhésus *en cas de rhésus négatif*

Planifier le suivi de grossesse :

- Prévoir l'échographie du premier trimestre entre 12 SA et 14 SA.
- Prévoir la consultation de troisième mois (ou déclaration de naissance)
- Informer sur le suivi de grossesse, les consultations prénatales, les échographies, la consultation d'anesthésie et la préparation à la naissance et l'EPI.

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Des recommandations ont été élaborées en mai 2007 par l'HAS, à la demande du CNGOF, de la SFMP, du CNSF, du collège inter associatif autour de la naissance, pour optimiser la qualité des soins autour de la naissance, en proposant d'améliorer l'identification des risques pouvant potentiellement compliquer la grossesse et la naissance, et en précisant pour chacune des situations à risques identifié, un type de suivi approprié en terme de professionnel de santé et en terme de lieu d'accouchement requis. [20]

Effectuer le premier examen de grossesse

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Mètrorragies ; leucorrhées, douleurs pelviennes ; signes fonctionnels urinaires, signes sympathiques de grossesse, troubles digestifs, fatigue, troubles du sommeil.

Examen général :

- Présence ou non d'œdème, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen de seins :

- Observation et palpation

Examen obstétrical :

- Palpation : A la recherche d'une défense, volume du globe utérin
- Auscultation fœtale par doppler à partir de 10 ou 12 SA en fonction des paramètres maternels

- Examen du col au spéculum : Aspect et couleur de la muqueuse et du col, aspect des glaires cervicales, présence d'ectropions
- TV : le col (situation, consistance, longueur, ouverture), les culs de sacs, les annexes

Généralement, un toucher vaginal est réalisé lors de chaque visite. Il a pour but de diagnostiquer la grossesse et ses complications, notamment la menace d'accouchement prématuré : priorité du deuxième trimestre. Aucun texte réglementaire n'exige cette pratique systématique et pourtant elle est effectuée ainsi depuis de nombreuses années. Une seule contre-indication absolue existe : le placenta praevia. Le TV peut, en effet, provoquer une hémorragie cataclysmique mettant en jeu le pronostic vital fœtal et/ou maternel. En Europe et dans le monde, certains pays n'adoptent pas cette pratique et pourtant leur taux d'accouchement prématuré n'est pas plus élevé. Les professionnels s'appuient davantage sur l'interrogatoire et l'examen clinique pour orienter leur pratique. Compte tenu de ces attitudes différentes, quelle conduite devons-nous adopter en France (réalisation systématique, rôle de l'interrogatoire et de l'examen clinique) ?

Quelle que soit la pratique adoptée (TV ciblés / TV systématiques), le nombre d'accouchements prématurés, d'infections, de ruptures prématurées des membranes restent inchangés. L'enquête d'opinion, quant-à-elle, montre que 61% des femmes trouvent l'examen désagréable voire douloureux mais qu'elles sont majoritairement rassurée d'en avoir (91% dans la maternité de niveau III et 59% dans la maternité de niveau I). [11][16]

Le toucher vaginal est la seule manière d'apprécier de façon plus ou moins objective l'état actuel du col, ainsi que ses modifications tout au long de la grossesse mais permet aussi d'évaluer les annexes. L'examen des annexes est à faire une fois durant la grossesse et sur signe d'appel par la suite. Il n'y a aucune indication à effectuer un toucher vaginal à chaque consultation sans signe d'appel, surtout lors du début de grossesse. Cependant certaines patientes se sentent rassurées lorsqu'elles sont examinées, même si il n'y a pas de raison obstétricale le nécessitant. Il est important d'en discuter avec la patiente pour savoir ce qu'elle désire.

Quelles sont alors les signes d'appel qui peuvent nécessiter d'évaluer l'état du col ?

- Des contractions utérines (attention, certaines patientes ne se représentent pas la contraction et ne savent pas les identifier, notamment les primigestes).
- Tout contexte infectieux (vaginal, urinaire...)
- Toutes douleurs abdominales ou pelviennes
- Tous écoulements liquidiens ou perte de sanguins.
- D'une manière générale, tous signes d'appel pouvant faire craindre des modifications cervicales.

Il est cependant de bon ton de pratiquer le toucher vaginal systématique lors du dernier trimestre de grossesse afin d'exclure les menaces d'accouchement prématuré.

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies :

- Toxoplasmose : Deux résultats à un mois d'intervalle sont nécessaires pour garantir l'immunité.

Autres

- Frottis cervico-vaginal si le dernier date de plus de 2 ans.

Examens complémentaires

- Echographie du premier trimestre à prévoir entre 12 SA et 14 SA

Compléments à prescrire éventuellement

- L'acide folique

L'acide folique a montré son efficacité dans la réduction du risque malformatif s'il est prescrit un mois avant la conception et pris jusqu'à deux mois après la conception. Il est inutile de le prescrire à la femme après la conception. Cependant l'information sur les bénéfices préconceptionnels devra être redonnée à la visite post natale. [5]

Etablir un lien ; répondre aux premières inquiétudes de la femme et du couple.

Il est indispensable d'aménager un temps de parole libre pour la femme et le couple durant chaque consultation afin que ceux-ci puissent faire part de leurs inquiétudes, poser les questions qui sont restées jusqu'alors sans réponse et être ainsi rassurés.

II.2.b : La déclaration de grossesse ou consultation du troisième mois (avant 15 SA).

Celle-ci doit s'effectuer avant 15 SA. Le plus souvent, la déclaration de grossesse est la première consultation du suivi prénatal, le constat de grossesse ayant été réalisé par un autre professionnel (médecin généraliste, gynécologue de ville), la première échographie étant déjà faite.

Si la déclaration de grossesse constitue le premier contact avec la sage-femme :

- Ouvrir le dossier obstétrical
- Informer, éduquer
- Identifier les besoins spécifiques

Dans tous les cas :

- Effectuer la déclaration de grossesse
- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Planifier le suivi de grossesse

Informer

Donner une première information orale complétée par une information écrite ou compléter une information déjà débutée au constat de grossesse. Les thèmes abordés doivent être sélectionnés au cas par cas, en fonction de la patiente.

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Etablir la déclaration de grossesse

Remplir le formulaire tout en expliquant à la patiente son rôle et son intérêt.

Effectuer le premier examen de grossesse ou l'examen de grossesse du troisième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Mètrorragies ; leucorrhées, douleurs pelviennes ; signes fonctionnels urinaires, signes sympathiques de grossesse, troubles digestifs, fatigue, troubles du sommeil.

Examen général :

- Présence ou non d'œdème, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen de seins : A faire une fois durant la grossesse.

- Observation et palpation

Examen obstétrical :

- Palpation : A la recherche d'une défense, volume du globe utérin
- Auscultation fœtale par doppler à partir de 10 ou 12 SA en fonction des paramètres maternels
- Examen du col au spéculum : Aspect et couleur de la muqueuse et du col, aspect des glaires cervicales, présence d'ectropions (*une fois en début de grossesse*)
- TV : le col (situation, consistance, longueur ouverture), les culs de sacs, les annexes (*L'examen des annexes est à faire une fois durant la grossesse et sur signe d'appel par la suite*)

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose : Deux résultats à un mois d'intervalle sont nécessaires pour garantir l'immunité. A contrôler tous les mois si l'immunité n'est pas acquise.
- Rubéole : Deux résultats de moins d'un an sont nécessaires pour garantir l'immunité. Sans immunité, les sérologies rubéoles doivent être contrôlées jusqu'à 18 SA.

Pour garantir l'immunité, deux résultats immunologiques sont nécessaires. En cas d'absence d'immunité, la surveillance sérologique devra être poursuivi mensuellement jusque 18 SA, période où le risque malformatif en cas de séroconversion est accru. De même, une vaccination devra être prévue lors de l'hospitalisation en suites de couches. [1]

- Syphilis
- La sérologie HIV est à proposer systématiquement
- La sérologie VHC est à proposer pour les populations à risques (transfusés, drogués...)

Autres

- Numération formule avec ferritinémie (prévoir une supplémentassion en fer en fonction du résultat)

Il n'est pas prévu de surveillance de l'anémie autre que clinique avant le 6^{ème} mois de grossesse. Pourtant nombre de sages-femmes prescrivent une numération formule dès le début de grossesse, plus ou moins associée à une ferritine. [1]

L'Organisation Mondiale de la Santé rapporte que 51 % des femmes enceintes - pays développés et en voie de développement confondus - souffrent d'anémie (hémoglobine < 11 g/dl). Si la plupart des anémies sont attribuées généralement à la carence en fer, peu d'études permettent d'évaluer la prévalence réelle de l'anémie ferriprive chez la femme enceinte. Une seule grande enquête américaine - la National Health and Nutrition Examination - Survey II - suggère que 5 % à 10 % des femmes en âge de procréer ont une carence martiale. [18][17]

Toute une série de manifestations sont classiquement imputée à l'anémie au cours de la grossesse : fatigabilité, faible productivité au travail, moindre résistance aux infections, mais on ne dispose pratiquement d'aucune étude sur les effets de la carence en fer sur la santé maternelle. Une tolérance médiocre des parturientes aux hémorragies de la délivrance et aux interventions chirurgicales à la naissance fait aussi partie des risques classiques de l'anémie. La nécessité d'un recours plus fréquent à des transfusions a aussi été mise en avant, mais ces inquiétudes ne reposent sur aucune étude sérieuse. L'effet de la carence martiale en début de grossesse et sur son issue est mieux étayé. Les risques d'accouchement prématuré et

de naissance d'enfants de faible poids sont respectivement 2,5 et 3 fois plus élevés chez les femmes présentant une anémie ferriprive en début de grossesse (Scholl & Hediger, 1994) que chez celles ayant une anémie d'une autre cause, suggérant que c'est bien la carence en fer et non l'anémie qui en est responsable.

Les différentes études sont donc en faveur d'un dépistage de l'anémie maternelle dès le début de grossesse. Pourquoi l'associer alors à une férritinémie ?

La ferritine est une protéine de stockage du fer, qui est surtout présente à l'intérieur des cellules (ne fait que transiter dans la circulation sanguine). Elle permet de réguler l'absorption intestinale du fer en fonction des besoins. Son dosage permet d'apprécier les réserves en fer de l'organisme, il permet de dépister très précocement une carence en fer et à l'opposé d'apprécier l'efficacité d'un traitement d'anémie par carence en fer.

Valeurs normales :

40 - 220 µg /l (laboratoire de biochimie de la maternité régionale universitaire de Nancy) d'où une grande variabilité des mesures restant dans un cadre physiologique (jusqu'à x5 !). De même la ferritine peut varier jusqu'à 30% en 24h !

Diminution en cas de :

- *Carence en fer*
- *Régime végétarien*
- *Anémies hémolytiques chroniques*
- *Hémorragies gynécologiques*
- *Donneurs de sang réguliers*
- *Patients sous hémodialyse*

Augmentation en cas de :

- *Hémochromatoses primitives ou secondaires (voir dosage du fer)*
- *Tumeurs (foie, poumon, pancréas, sein, rein) et hémopathies (leucémies aiguës, maladie de Hodgkin)*
- *Syndromes infectieux et inflammatoires*
- *Cytolyse (hépatites aiguës)*

- *Anémies hémolytiques, sidéroblastiques, thalassémies*

A l'heure actuelle, le dosage de la ferritine chez la femme enceinte n'est pas validé sur le plan scientifique. De plus toute analyse médicale supplémentaire représente un surcoût financier. Cependant, face à certain facteur de risques, le dosage de la ferritine chez la femme peut s'avérer bénéfique.

Dans quel cas prescrire une ferritine ?

Aux vues des ATCD de déperditions sanguines importantes et anémies :

- *Hémorragie gynécologique*
- *Hémorragie de la délivrance*
- *Anémie aigue*
- *Anémie chronique*
- *Donneur de sang régulier*
- *Grossesses rapprochées*

En cas de carences alimentaires :

- *Végétarien*
- *Végétalien*
- *Précarité*

Les patientes souffrant d'une pathologie chronique ayant une répercussions sur l'anémie seront vues en consultation durant leur grossesse par des médecins. La prescription de la ferritine leur appartient alors.

Pour être exploitable, la ferritine doit être prescrite en tout début de grossesse, et doit être éventuellement associée à une PCR afin qu'une ferritine basse ne soit pas masquée par un syndrome infectieux ou inflammatoire.

- *Une RAI*
- *Une première détermination de groupe sanguin si la patiente ne possède pas de carte de groupe valide avec deux déterminations.*

Examens complémentaires

- Marqueurs sériques de l'HT21 à proposer, prélèvements à effectuer entre 14 SA et 18 SA
- Frottis cervico-vaginal si le dernier date de plus de 2 ans.

Planifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 4^{ème} mois
- Proposer l'EPI

II.2.d : La consultation du 4^{ème} mois (15 SA à 19 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Dialoguer ; répondre aux inquiétudes de la femme et du couple
- Effectuer un examen clinique
- Identifier les besoins spécifiques et réévaluer le type de suivi sage-femme/médecin nécessaire
- Planifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du quatrième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes sympathiques de grossesses en baisse, mouvements actifs foetaux, céphalées et autres signes fonctionnels d'hypertension artérielle (phosphène, acouphène, œdèmes, barre épigastrique), fatigue, troubles du sommeil

Examen général :

- Présence ou non d'œdèmes, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Inspection : la forme et la direction de l'utérus
- Mensuration (*si possible à ce terme*) : Hauteur utérine prise du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin.
- Palpation : Volume utérin, tonicité
- Auscultation fœtale par doppler
- TV : le col (situation, consistance, longueur, ouverture), le segment inférieur, la présentation (*si besoin et en accord avec la volonté de la femme*)

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.
- Rubéole jusqu'à 18 SA si l'immunité n'est pas acquise.

Examens complémentaires

- Echographie du deuxième trimestre (entre 20 et 22SA)

Planifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 5^{ème} mois
- Proposer l'EPI

II.2.e : La consultation du 5^{ème} mois (19 SA à 23 SA 1/2)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Dialoguer ; répondre aux inquiétudes de la femme et du couple
- Effectuer un examen clinique
- Identifier des besoins spécifiques et réévaluer le type de suivi sage-femme/médecin nécessaire
- Planifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du cinquième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes fonctionnels d'hypertension artérielle, mouvements actifs fœtaux, fatigue, troubles du sommeil.

Examen général :

- Présence ou non d'œdèmes, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Inspection : la forme et la direction de l'utérus
- Mensuration : Hauteur utérine prise du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin.
- Palpation : A la recherche de la position et de la présentation, de la tonicité utérine.
- Auscultation fœtale par doppler
- TV : le col (situation, consistance, longueur ouverture), le segment inférieur, la présentation (*si besoin et en accord avec la volonté de la femme*)

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.

Planifier le suivie de grossesse

- Prévoir la consultation du 6^{ème} mois
- Informer sur la préparation à la naissance

II.2.f : La consultation du 6^{ème} mois (23 SA 1/2 à 28 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Dialoguer ; répondre aux inquiétudes de la femme et du couple
- Effectuer un examen clinique
- Identifier les besoins spécifiques et réévaluer le type de suivi sage-femme/médecin nécessaire
- Planifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du sixième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes fonctionnels d'hypertension artérielle, mouvements actifs fœtaux, fatigue, troubles du sommeil.

Examen général :

- Présence ou non d'œdèmes, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Inspection : la forme et la direction de l'utérus
- Mensuration : Hauteur utérine prise du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin.
- Palpation : A la recherche de la position et de la présentation, de la tonicité utérine.
- Auscultation fœtale par doppler
- TV : le col (situation, consistance, longueur, ouverture), le segment inférieur, la présentation (*si besoin et en accord avec la volonté de la femme*)

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.
- Ag HBs

Autres

- Groupe sanguin 2^{ème} détermination (si besoin)
- Numération formule (prévoir une supplémentassion en fer en fonction du résultat)
- RAI si rhésus négatif

Prescription

- Rhophylac 300 en cas de rhésus négatif (à faire à 28 SA). RAI à effectuer une semaine avant. L'information doit être faite à la patiente au préalable et un carton de suivi des injections doit lui être remis. Cette dernière a le droit de refuser mais on doit alors s'assurer qu'elle a parfaitement compris les risques ou que le conjoint est rhésus négatif aussi.

Pour bien pratiquer la prévention de l'immunisation fœto-maternelle, certaines consignes sont à rappeler aux patientes lors de la prescription du RAI au 6^{ème} mois et la prescription du Rhophylac®. [19]

La prophylaxie anti-D consiste à injecter, aux patientes Rhésus négatif non immunisées, des immunoglobulines anti- D passives dans les situations à risque d'hémorragie fœto-maternelle ; l'objectif étant d'éviter la réaction immunologique primaire à l'origine de l'immunisation. Une vérification des RAI dans la semaine précédent l'injection pour s'assurer de l'absence d'immunisation anti Rh D préalable est nécessaire. Si l'injection systématique n'a pas été faite à 28 SA, il est possible de faire une injection d'une ampoule de Rhophylac® 300 entre 28 et 32 SA et d'une ampoule de Rhophylac® 200 après 32 SA.

- Vitamine D – Uvedose une ampoule 100 000 UI

L'apport de vitamine D durant la grossesse réduit les hypocalcémies néonatales. En l'absence de preuve suffisante quant à ses avantages, la vitamine D n'est pas systématiquement proposée aux femmes enceintes. La vitamine D est prescrite systématiquement aux femmes qui s'exposent peu au soleil ou en cas de port de vêtements couvrants ou de faible apport alimentaire et pour les grossesses qui se développent en hiver. Dans ces cas, une dose unique de 100 000 UI administrée au début du 6e ou 7e mois est recommandée lorsque la supplémentation n'a pas été entreprise dès le début de la grossesse (400 UI/J). Elle constitue aussi une prévention de l'ostéoporose. [18]

Examens complémentaires

- Echographie du troisième trimestre à réaliser entre 31 SA et 33 SA
- Dépistage du diabète de grossesse à réaliser de manière sélective

Le diabète gestationnel touche 1 à 4% des grossesses. Le dépistage du diabète de grossesse est donc à réaliser de manière sélective par la mise en évidence d'un critère majeur ou d'une association de critères mineurs. Dans ce cas prescrire un screening test et informer sur la réalisation du test. Pour plus de détail veuillez vous reporter au protocole « Recommandations concernant le diabète gestationnel » des Dr SERY et FLORIOT.

Les critères majeurs :

- Age supérieur à 30 ans
- Obésité antérieure à la grossesse
- Prise de poids excessive
- ATCD de diabète gestationnel
- Notion de perturbation glycémique antérieure à la grossesse
- ATCD de diabète familial (ascendant direct)

Les critères mineurs (grossesse actuelle et/ou grossesse antérieure) :

- Diabète ou notion de diabète dans la famille
- Macrosomie
- Stérilité

- *Avortement*
- *Hypotrophie*
- *Mort in-utéro*
- *Hydramnios*
- *Toxémie*
- *Infection à répétition*

Informer

- Evoquer l'allaitement si celui-ci n'a pas déjà été abordé lors de l'EPI
- Parler de la reconnaissance anticipée

Planifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 7^{ème} mois
- Proposer l'inscription à la préparation à la naissance

II.2.g : La consultation du 7^{ème} mois (28 SA à 32 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Dialoguer ; répondre aux inquiétudes de la femme et du couple
- Effectuer un examen clinique
- Identifier les besoins spécifiques et réévaluer le type de suivi sage-femme/médecin nécessaire
- Planifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du septième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes fonctionnels d'hypertension artérielle, mouvements actifs fœtaux, fatigue, troubles du sommeil.

Examen général :

- Présence ou non d'œdèmes, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Inspection : la forme et la direction de l'utérus
- Mensuration : Hauteur utérine prise du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin.
- Palpation : A la recherche de la position et de la présentation, de la tonicité utérine.
- Auscultation fœtale par doppler
- TV : le col (situation, consistance, longueur, ouverture), le segment inférieur, la présentation (*si besoin et en accord avec la volonté de la femme*)

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.

Planifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 8^{ème} mois
- Prévoir la consultation d'anesthésie

II.2.h : La consultation du 8^{ème} mois (32 SA à 37 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Dialoguer ; répondre aux inquiétudes de la femme et du couple
- Effectuer un examen clinique

- Identifier des besoins spécifiques et réévaluer le type de suivi sage-femme/médecin nécessaire
- Planifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du huitième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes fonctionnels d'hypertension artérielle, mouvements actifs fœtaux, fatigue, troubles du sommeil.

Examen général :

- Présence ou non d'œdèmes, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Inspection : la forme et la direction de l'utérus
- Mensuration : Hauteur utérine prise du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin.
- Palpation : A la recherche de la position et de la présentation, de la tonicité utérine.
- Auscultation fœtale par doppler
- TV : le col (situation, consistance, longueur, ouverture), le segment inférieur, la présentation (*si besoin et en accord avec la volonté de la femme*)

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.

Autres

- RAI si rhésus négatif et Injection de Rhophylac non réalisée.

- Une numération formule sera à faire à partir de 37 SA.
- Un prélèvement vaginal sera à effectuer entre 35 et 38 SA.

Planifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 9^{ème} mois

II.2.i : La consultation du 9^{ème} mois (37 SA à 41 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Dialoguer ; répondre aux inquiétudes de la femme et du couple
- Effectuer un examen clinique
- Identifier des besoins spécifiques et réévaluer le type de suivi sage-femme/médecin nécessaire
- Planifier le départ à la maternité

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du neuvième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, mouvements actifs fœtaux, recherches de signes fonctionnels d'hypertension artérielle, fatigue, troubles du sommeil.

Examen général :

- Présence ou non d'œdèmes, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Inspection : la forme et la direction de l'utérus

- Mensuration : Hauteur utérine prise du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin.
- Palpation : A la recherche de la position et de la présentation, de la tonicité utérine.
- Auscultation fœtale par doppler
- TV : le col (situation, consistance, longueur, ouverture), le segment inférieur, la présentation (*si besoin et en accord avec la volonté de la femme*)

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.

Autres

- RAI si rhésus négatif (et si injection de Rhophylac non réalisée)
- Radiographie pelvimétrique dans les cas de présentation par le siège, d'antécédent de traumatisme du bassin.

Les indications de la radiopelvimétrie sont devenues extrêmement limitées. Il reste deux indications potentielles : en cas d'acceptation de voie basse sur un enfant en présentation caudale et en cas d'antécédent de traumatisme du bassin. Dans ces deux indications, le but est d'éviter la réalisation d'une césarienne en urgence. Ces indications sont controversées mais classiquement retenues. Dans tous les autres cas, la réalisation d'une pelvimétrie augmente le risque de césarienne et n'améliore pas l'état néonatal. En particulier, il n'y a pas d'indication à sa réalisation en cas d'utérus cicatriciel, de macrosomie fœtale, de grossesse gémellaire ou d'antécédent d'extraction instrumentale. [12]

- Vérification de la présence d'une carte de groupe valide
- Prélèvement vaginal à la recherche de streptocoque B si non réalisé (à réaliser entre 35 SA et 38 SA)

Informer et planifier le départ à la maternité

- Informer sur « quand venir à la maternité » : Rupture prématurée des membranes, diminution des mouvements actifs fœtaux, contractions utérines régulières, mètrorragies, le jour du terme, à l'apparition de signes fonctionnels d'hypertension artérielle soudains ou tout autre situation à problème.
- Rappeler le numéro de téléphone point info sage-femme
- Aborder la visite post-natale dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement et de la rééducation périnéale et abdominale.
- Envisager la contraception.

II.2.j : La consultation Postnatale (dans les 8 semaines après l'accouchement)

La loi du 9 aout 2004 permet aux sages-femmes de pratiquer l'examen postnatal, lorsque la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique. Cet élargissement des compétences doit permettre, tout en restant dans le cadre de la physiologie, d'améliorer la qualité de la prise en charge du couple mère-enfant dans le postpartum.

Objectifs de la consultation :

- Evaluer l'état général (physique et psychologique)
- Dialoguer sur le vécu de l'accouchement et des suites de couches
- Evoquer d'éventuelles séquelles de l'accouchement
- Evaluer la qualité de la relation mère/enfant, et l'éventuel allaitement
- Discuter de l'investissement du conjoint
- Dépister une éventuelle dépression du post-partum
- Aborder la reprise de la sexualité
- Réaliser un examen gynécologique
- Aborder la contraception et la rééducation périnéale et abdominale

Dialoguer sur le vécu de l'accouchement et des suites de couches

Un des premiers intérêts de ce premier contact après un accouchement est de rechercher la satisfaction ou non de la patiente vis-à-vis des conditions de naissance de son enfant. Si des doléances sont mises en avant, il faudra en rechercher les causes (personnel soignant, établissement, etc.) afin d'anticiper l'avenir.

Réaliser un examen général et gynécologique

Celui-ci doit comprendre :

Anamnèse :

- Fatigue, poursuite du traitement prescrit lors des suites de couches ?
- Douleurs pelviennes, leucorrhées anormales, métrorragies, complications liées à une déchirure ou une épisiotomie, problèmes d'incontinence urinaire, fécale ou aux gaz, baby blues, état dépressif, retour de couches, reprise de la sexualité et dyspareunies.
- Vergetures, état veineux.
- Aborder les pathologies liées à la grossesse ou préexistantes à la grossesse

Examen général :

- Poids, tension artérielle, bandelette urinaire

Examen gynécologique :

- sein
- abdomen
- utérus
- Périmée et cicatrices, étude de la contractilité périméale et recherche d'une incontinence urinaire à l'effort.
- Col, vagin

Evaluer l'état psychologique de la patiente

- Anxiété
- Sommeil
- Présence d'un compagnon
- Reprise des rapports
- Entourage présent (amis, famille)
- Reprise du travail.

Evaluer la relation mère-enfant

- Allaitement et satisfaction de la mère vis-à-vis de celui-ci.

- Pleurs nocturnes
- Attitude du reste de la fratrie
- Organisation de la garde

Evaluer la relation père-enfant

- Est-il présent ? Intéressé ? Qui se lève la nuit ? Qui le change ?

Envisager la poursuite de la contraception

- Ce qu'elle souhaite ?
- Ce qu'elle avait avant ?
- Ce qu'elle peut tolérer ?
- Ce qu'elle peut se payer ?

II.2.k : L'Entretien Prénatal Individuel ou en couple

[1][4][13]

Le déroulement de l'EPI mérite sans doute à lui seul la rédaction d'un mémoire. Les textes de lois sont quand à eux assez vagues concernant le contenu et le déroulement de la séance. Les recommandations de l HAS viennent compléter ces textes, mais la plupart conseillent sur la façon de diriger un EPI d'une patiente que la sage-femme ne connaît pas, c'est le cas lorsqu'une patiente est suivie par un gynécologue-obstétricien et est adressée à la sage-femme uniquement pour l'EPI. Dans ce cas une consultation d'une heure, sans autre examen médical est nécessaire à partir du 4^{ème} mois de grossesse.

Cependant lorsque c'est la même personne qui suit la grossesse depuis le constat de grossesse, une bonne partie du contenu de l'EPI a déjà été abordé, la communication avec la femme étant établie dès le premier contact. Une consultation supplémentaire uniquement pour du dialogue et de l'information sera souvent vue comme une contrainte supplémentaire du point de vue de la femme, qui sera obligée de se déplacer à la maternité une nouvelle fois. De plus, l'EPI comme la préparation à la naissance n'a rien d'obligatoire pour la femme mais reste important.

C'est pourquoi les sages-femmes qui suivent une femme depuis le début de grossesse, peuvent rajouter 30 mn à l'une de leur consultation à partir du 4^{ème} mois (mais pas nécessairement au 4^{ème} mois) pour compléter l'information déjà donnée au cours des autres consultations et aborder les différents thèmes non encore abordés prévus lors de l'EPI.

De plus, l'outil de recueil mis à disposition des sages-femmes reste assez simpliste et n'enseigne en rien sur la manière de diriger l'EPI. Bien que chaque EPI va être aménagé en fonction des besoins et des désirs de la patiente, un feuillet d'aide à l'EPI et non seulement une fiche de recueil des vulnérabilités médico-sociales pourrait être intéressant à créer.

L'entretien individuel ou en couple ne se substitue pas aux consultations de suivi de la grossesse. Il permet de structurer la PNP et de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte. En pratique, il s'agit d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte au moyen de méthodes visant à :

- accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et à consolider leur confiance dans le système de santé ;
- repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide ;
- adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

Objectifs de l'Entretien Précoce Individuel ou en couple

Le professionnel qui réalise l'entretien s'assure que la femme et le couple ont compris les objectifs de l'entretien (objectifs à adapter en fonction de la femme/du couple et de leurs demandes). L'entretien permet :

- *Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte (bien être, hygiène de vie, etc.)*
- *Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte*
- *Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque*
- *Une identification des besoins d'informations et des compétences parentales à développer et à soutenir*

- *Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité*
- *Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels*

Conduire l'entretien individuel ou en couple

Pour conduire l'entretien, il est recommandé de créer des conditions de dialogue et d'utiliser des techniques de communication appropriés qui :

- mettent la femme et le couple en confiance ;
- leur permettent d'exprimer leurs attentes, leurs besoins, leur questionnement ; les aident à livrer leur ressenti, leurs angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient être source de difficultés ultérieures.

Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple :

- 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 permettent d'accéder au ressenti de la femme et du couple et tenir compte de leur 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, et si c'est impossible organiser un relais avec la PMI.
- 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 sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Principaux thèmes à aborder lors de l'entretien individuel ou en couple

Les thèmes abordés sont à adapter en fonction de la demande initiale de la femme/du couple. Cette liste énonce tous les thèmes qui peuvent être envisagés lors de l'EPI mais ne sont pas nécessairement tous abordés.

Y a-t-il des inquiétudes (père/ mère) concernant :

- la grossesse
- l'accouchement
- l'arrivée du bébé
- le séjour en maternité
- le retour à la maison
- l'expérience personnelle face aux enfants en bas âge (famille, entourage, etc.)

Projet de naissance (père/ mère)

- Attente face à la grossesse,
- Préparation à la naissance
- Accouchement, rôle des parents, investissement du couple par rapport à la grossesse.
- Choix de la maternité
- Allaitement
- Sortie précoce et suivi des suites de couche à domicile par une sage-femme libérale.
- Choix de mode de garde
- Reprise du travail

Items médicaux

- Nutrition
- Addictions

- Autres (soins dentaires...)
- Sommeil
- Hygiène générale et hygiène de grossesse

Items sociaux

- Situation professionnelle (ressources)
- Conditions de logement
- Isolement
- Violences

Items psychologiques

- Antécédents affectifs, familiaux
- Evénements stressants survenus durant les 12 mois précédents

Environnement familial / Entourage

- Réseau de soutien amis/famille
- Présence de professionnels auprès de la patiente en dehors de la grossesse (Généraliste, pédiatre, AS, puer PMI, psychologue...)
- Aspects psychologiques de l'entourage
- Comment se sent-elle moralement ?
- A-t-elle des inquiétudes ? des angoisses ? des doutes ?...

Information et éducation

Une information peut venir en complément de celle donnée lors des consultations de grossesse. Celle-ci se fera au cas par cas et surtout à la demande de la patiente/du couple. Cette liste n'est bien sûr pas exhaustive. Il n'est pas nécessaire d'aborder tous les thèmes, ceux-ci doivent être choisis en fonction des besoins et des désirs de la patiente/du couple.

Vérifier que les informations les plus importantes ont bien été assimilées :

- Risques infectieux alimentaires (toxoplasmose, salmonellose, listériose)
- Automédication
- Tabac, alcool, drogues
- Examens de dépistages et risques liés (HT21, ECHOGRAPHIES)

- CMV
- Conseils sur l'hygiène de grossesse, le sommeil, les soucis dentaires...

Information à donner au cas par cas et/ou à la demande de la patiente

- Alimentation et grossesse *en cas de surpoids, obésité ou diabète (sinon pas d'urgence à aborder ce sujet)*
- Travail et grossesse *lors des cas particuliers de travail contraignant ou exposant à des toxiques*
- Vaccination et grossesse *dans de rares cas comme des départs en vacances dans des zones à risques*
- Thérapies complémentaires (plantes, acupuncture...)
- Activité sexuelle
- Sport et grossesse
- Déplacements et voyages
- Congés maternités et autres droits et avantages liés à la grossesse *lors de la déclaration de grossesse.*
- En fonction des ATCD, le conseil génétique
- Information sur le groupe et le rhésus *en cas de rhésus négatif*
- L'allaitement

Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

Principaux facteurs de vulnérabilité :

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple* : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- *La violence domestique*, en particulier conjugale ou familiale.

- *Le stress* traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- *L'anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- *Les troubles du sommeil au début de la grossesse* peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- *Un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- *ATCD de dépression au post-partum ou de dépression*.
- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- *La précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- *Le risque social* est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- *La naissance à haut risque psychoaffectif* après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés

Exemples de dispositifs d'aide et d'accompagnement, adaptés aux difficultés des femmes enceintes et ayant accouchées.

- En cas de consommation de drogues, d'alcool et de tabac : encourager l'arrêt de leur consommation et orienter la femme vers une consultation d'aide au sevrage, possible au sein du service auprès d'une sage-femme compétente.

- Devant une situation de précarité ou un risque social : accompagnement des femmes (du couple) dans les démarches de soins, d'hébergement : « adultes relais», « femmes relais », réseau d'aide associatif, interprète, points de rencontre pour les femmes enceintes, lieux d'accueil parents-enfants, travailleur social, permanence gratuite pour avis juridique.
- En cas de violence domestique : travail en réseau de professionnels activé autour de la femme et du couple : sage-femme et puéricultrice de PMI, technicienne d'intervention familiale, médecin traitant, psychologue, etc. Des renseignements et des contacts utiles peuvent être recherchés sur le site du ministère des Affaires Sociales (www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence/).
- Pour les femmes ayant un handicap sensoriel ou moteur ou une maladie invalidante, ou venant d'un pays étranger : faciliter leur vie dans les domaines où elles sont mises en difficulté du fait de leur handicap ou maladie, ou situation (accessibilité aux locaux, clarté, simplicité et compréhension des informations, interprète, etc.).
- Pour les parents soucieux d'être accompagnés dans leur fonction parentale : réseaux d'écoute, d'aide et d'accompagnement des parents.

Rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple

La synthèse de l'EPI est consignée sur la page de recueil prévu à cet effet à la dernière page du livret de surveillance de la grossesse. Les différents items du tableau sont renseignés avec l'accord de la patiente.

Orienter la patiente en fonction des besoins

L'établissement propose de nombreuses consultations spécialisées. En cas de problèmes particuliers rencontrés il est ainsi aisné pour le professionnel de réorienter la patiente et la femme n'a pas à se déplacer dans un nouvel établissement.

Des consultations sont possibles auprès de :

- Diététicienne et diététicienne/psychologue
- Assistantes sociales
- Conseillères conjugales
- Psychologues et psychiatres

Des consultations spécialisées sont aussi possibles :

- Aide au sevrage tabagique
- Acupuncture
- Hypnose

Des sages-femmes sont aussi référents en cas de :

- Grossesse et consommation de drogues
- Violences

Enfin lorsque la situation ne peut être gérée par l'établissement il est nécessaire de contacter les structures appropriées.

En voici quelques unes :

- PMI
- UFAT

Lorsqu'un problème, qu'il soit d'origine médicale, sociale, économique, morale, psychologique... a été découvert auprès d'une patiente, et que sa prise en charge dépasse les compétences de la sage-femme, savoir à quelle personne ou à quel personnel adresser la patiente n'est pas toujours chose aisée. Si l'on écarte les problèmes d'origines obstétricales, qui nécessitent l'intervention d'un obstétricien, de nombreuses spécialistes travaillent au sein de la maternité (psychologues, psychiatres, assistantes sociales, nutritionnistes, diabétologues, etc.). La création d'un annuaire interne, facilement consultable par les sages-femmes référençant les personnes à contacter en fonction du problème rencontré pourrait s'avérer bénéfique et faciliter l'orientation immédiate des patientes. On pourrait imaginer un exemplaire sous forme de feuillet dans chaque salle d'examen. Evidemment celui-ci devrait être tenu à jour en fonction des mouvements des professionnels. Il faciliterait le travail des sages-femmes, notamment des nouveaux arrivants dans le service.

II.3 : Le guide [annexe 5]

Le guide se voit comme un aide mémoire à destination des étudiants pour les aider lors de leur premier stage en consultations externes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, et pourquoi pas aux nouvelles sages-femmes arrivant dans le service. Le contenu a été choisi de façon à couvrir l'ensemble du suivi de grossesse. On y retrouve ainsi tout le protocole mais aussi l'information délivrée à la femme, comme des conseils hygiéno-diététiques de grossesse et des informations de première utilité, comme les biométries fœtales.

Contenu :

- Le suivi de grossesse
- La visite post-natale
- L'EPI
- Les congés maternités
- Le suivi sage-femme/médecin
- Vaccination et grossesse
- Biométries et estimation de poids fœtal
- Correspondance entre le Terme en SA, l'âge de grossesse en mois, la hauteur utérine
- Alimentation et grossesse
- Prévention CMV, Listériose, Salmonellose, Toxoplasmose
- Traitement des maux de grossesse
- Le carnet de maternité
- Quand venir à la maternité ?
- La radiopelvimétrie
- La préparation à la naissance

S'il a la possibilité d'être édité chaque année à l'école de sage-femme, il pourra s'avérer être un outil pédagogique précieux pour les étudiants.

Partie III
EVALUATION ET PROSPECTION

III.1 : Présentation des résultats aux sages-femmes du service.

Le 03 décembre 2009, les résultats du groupe de pairs furent présentés à l'ensemble des sages-femmes du service de consultations de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, au cours d'une réunion de service.

Après avoir brièvement repris le contexte d'origine de l'étude et la méthodologie adoptée, les points de discordance avec la Haute Autorité de Santé mis en évidence six mois auparavant furent repris un à un et associés aux données scientifiques actuelles sur chaque sujet.

La première maquette du guide à destination des étudiants leur a également été remis, afin de la soumettre à leur évaluation. Cinq d'entre elles ont accepté d'étudier le guide et d'en tirer toutes les pistes d'améliorations qui leur semblaient judicieuses afin de le finaliser et de le rendre le plus complet, exploitable et attractif possible. Le guide précédemment présenté tient compte des recommandations suivantes :

Inclure les différentes formes de préparation à la naissance à présenter aux femmes.

Inclure des données numériques sur la radiopelvimétrie

Inclure des informations sur le carnet de maternité

Inclure et détailler les recommandations de fin de grossesse

Le reste des pistes d'améliorations était surtout le fait de petites erreurs ou la nécessité de détailler ou d'éclaircir des informations déjà présentes.

En parallèle, le guide a été présenté de manière moins officielle aux étudiants de l'école. De la première à la dernière année, ceux-ci se sont montrés extrêmement intéressés par ce guide !

III.2 : Evaluation des documents et possibilité d'exploitation

Le référentiel rédigé pourra à l'avenir servir de base à la création d'un protocole officiel détaillant le suivi de grossesse pratiqué par les sages-femmes au sein du service de

consultations externes de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Si celui-ci est créé, il devra cependant être mis à jour et réévalué régulièrement en fonction des avances de la profession.

Le guide quant à lui n'a d'intérêt que s'il peut être diffusé au sein de l'Ecole de Sage-Femme de Nancy. Distribué en début de première année de première phase à chaque nouvelle promotion, il constituera un outil pédagogique précieux dans le cadre de l'apprentissage du suivi prénatal. Son contenu devra cependant être préalablement validé par l'équipe enseignante de l'école, et mis à jour chaque année afin de tenir compte de l'évolution et de l'élargissement du champ de compétence de notre profession. A défaut d'une prise en charge par l'école elle-même, c'est une tache qui peut revenir à l'Association des Etudiants Sages-Femmes de Nancy.

III.3 : Evaluation des pratiques professionnelles

Après diffusion du référentiel au sein du service, et auprès de toutes les sages-femmes consultantes, il serait intéressant d'envisager une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles. Celle-ci aurait pour but d'évaluer l'impact de l'étude auprès des sages-femmes du service de consultations externes, mais aussi l'efficacité et la pertinence du document. On peut imaginer dans un délai de six mois à un an, avant que la rapide évolution du champ de compétence de la sage-femme ne lui nécessite une réévaluation complète.

CONCLUSION

La création d'un groupe de pairs, d'un référentiel et d'un guide a reçu bon accueil, tant auprès des sages-femmes du service de consultations de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy qu'auprès des étudiants sages-femmes.

Les sages-femmes consultantes ont vu, au delà de la volonté de défendre leur temps de consultation, une occasion pour elles de revoir leur pratique, quelque soit leur expérience dans ce domaine, à l'instar de la formation continue nécessaire au bon exercice de notre profession. L'auto-évaluation de leur pratique leur a permis également d'échanger leur point de vue, de comparer leurs différentes méthodes de travail et d'obtenir l'opinion des autres sur leur propre pratique. Une telle démarche permet de réévaluer personnellement ses propres méthodes et s'avère en tout point bénéfique pour chaque sage-femme et par voie de conséquence pour chaque nouveau né, chaque mère et chaque père ! Peut être serait-il intéressant d'envisager la tenue régulière de groupes de pairs à l'avenir ?

Les étudiants se sont montrés très intéressés par ce guide mémoire au format de poche, qui pourra les accompagner tout au long de leurs stages de consultation. Mais les étudiants de première année de première phase ne sont pas les seuls à avoir témoigné de l'intérêt pour mon document, des étudiants des années supérieures ont émis la volonté que ce guide puisse leur être destiné également. Dans cette démarche, il pourrait être également édité pour le service de consultation et distribué aux jeunes sages-femmes ou aux sages-femmes débutant dans le service .

BIBLIOGRAPHIE

Textes officiels :

[1] Recommandation de la Haute Autorité de Santé

- Comment mieux informer les femmes enceintes, 2005
- Préparation à la naissance et à la parentalité, 2005
- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifié, 2007

[2] Code de la santé publique

Articles L.2122-1 ; L.2122-2 ; R.2122-1 ; R.2122-2 ; L4151-1 (2^{ème} alinéa) et R.2122-3 relatifs à la pratique des examens prénatals et à la pratique de l'examen postnatal par la sage-femme

[3] Collectif Associatif et Syndical des SAGES-FEMMES – Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes

Référentiel métier et compétence des sages-femmes

2007

[4] Réseau Périnatal Lorrain

Procédure pour l'entretien prénatal individuelle ou en couple

1^{er} octobre 2008

[5] Direction Général de la Santé ; bureau SD2b

Recommandations pour la prévention des anomalies de la fermeture du tube neural

31 août 2000

Ouvrage :

[6] Jean-Claude EMPERAIRE

Gynécologie endocrinienne du praticien

FRISON-ROCHE ; Paris ; 2007 ; 327p

[7] Jacques Lansac ; Christian Berger ; Guillaume Magnin

Obstétrique

Elsevier-Masson ; Paris ; 2007 ; 608p

[8] Yann Robert ; Bernard Guérin du Masgenêt ; Yves Ardaens

Echographie en pratique obstétricale ; 3^eme édition

Elsevier-Masson ; Paris ; 2003 ; 380p

[9] Henri De Tourris, Guillaume Magnin, Fabrice PIERRE

Gynécologie et obstétrique ; 7^e édition ; Manuel illustré

Elsevier-Masson ; Paris ; 2000 ; 472p

Articles et Périodiques :

[10] A. Fauconnier, A. Mabrouk, D. Heitz, Y. Ville

Grossesse extra-utérine : intérêt et valeur de l'examen clinique dans la stratégie de prise en charge

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; Vol 32 ; N° S7 ; novembre 2003 ; pages 18-27

[11] C. Vayssière

Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique

Gynécologie Obstétrique & Fertilité ; Volume 33 ; dition 1-2 ; Janvier/février 2005 ;
pages 69-74

[12] F. Bretelle

Quelles sont les indications de la radiopelvimétrie ?

Réalités en Gynécologie Obstétrique ; numéro 116 ; Décembre 2006

Mémoires et thèses :

[13] Noël Julie

*Comparaison des pratiques de l'entretien prénatal individuel  la Maternité Régionale
Universitaire de Nancy au regard des recommandations*

Mémoire sage-femme ; Nancy ; 2009

[14] Amet Camille

*Quel est l'impact de la Tarification  l'Activité sur les consultations prénatales
réalisées par les sages-femmes et sur la prise en charge des patientes  la Maternité
Régionale de Nancy ?*

Mémoire sage-femme ; Nancy ; 2009

Articles issus d'internet :

[15] Traité EMC d'obstétrique sur la grossesse extra-utérine

<http://www.em-consulte.com/article/10729>

(Consulté le 16/06/2009)

[16] Fl. POSTAI

Faut-il faire des touchers vaginaux systématiques en consultation ?

http://www.cnsf.asso.fr/journees/pdf/5eme/Faut-il_faire_des_touchers_vaginaux_Florence-POSTAI.pdf

(Consulté le 17/07/2009)

[17] Pr. SACHET

Fer et grossesse : faut-il supplémenter toutes les femmes enceintes ?

http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=600

(Consulté le 30/06/2009)

[18] Etude clinique de l'université de Lille 2

Besoins nutritionnels de la grossesse et de la lactation

<http://medecine.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/mod-transv/module02/item16et17/12le13nutrmodule2.pdf>

[19] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français – RECOMMANDATIONS

pour la PRATIQUE CLINIQUE

Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle (2005)

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM

Conférences

[20] 18^{ème} Rencontres Nancéiennes de Gynécologie Obstétrique

Vendredi 10 Octobre 2008 – Palais des Congrès de Nancy

C. D'ERCOLE ; M. SCHWEITZER ; S. VILLEROY DE GALHAU

Grossesse et risque identifié

TABLE DES MATIERES

Sommaire	4
Préface	6
Introduction	8
Partie I : Contexte	11
I.1 Le service de consultation de la Maternité Régionale Universitaire A. Pinard	11
I.2 Justification de l'étude : La problématique de la durée de consultation	12
I.3 Objectifs de l'étude et méthodologie	13
Partie II : Référentiel	18
II.1 Possibilité d'exploitation des résultats	18
II.2 Contenu du référentiel et argumentaire	18
II.2.a Le constat de grossesse	19
Le diagnostic de grossesse	20
Le désir de grossesse	24
Le TV systématique	26
L'acide folique	28
II.2.b La déclaration de grossesse ou consultation du 3 ^{ème} mois (avant 15 SA)	28
La rubéole	30
NF, féritine en début de grossesse	31
II.2.c La consultation du quatrième mois (de 15 à 19 SA)	33
II.2.d La consultation du cinquième mois (de 19 à 23 ½ SA)	35
II.2.e La consultation du sixième mois (de 23 ½ à 28 SA)	36
Le Rhophylac	38

Vitamine D	38
Le diabète gestationnel	39
II.2.f La consultation du septième mois (de 28 à 32 SA)	40
II.2.g La consultation du huitième mois (de 32 à 37 SA)	41
II.2.h La consultation du neuvième mois (de 37 à 41 SA)	42
La radiopelvimétrie	44
II.2.i La consultation postnatale (de 6 à 8 semaines après l'accouchement)	44
II.2.k L'Entretien prénatal individuel	47
La pratique locale de l'EPI	47
Les ressources humaines locales	55
II.3 Guide mémoire à destination des étudiants	55
Partie III : Evaluation et Prospection	58
III.1 Présentation des résultats aux sages-femmes du service	58
III.2 Evaluation des documents et possibilité d'exploitation	58
III.3 Evaluation des pratiques professionnelles	59
Conclusion	60
Bibliographie	61
Table des matières	66
ANNEXE 1 : Liste des abréviations	68
ANNEXE 2 : Feuillet « Suivi d'une Grossesse Normale »	69
ANNEXE 3 : Planche « ENTRETIEN PRENATAL INDIVIDUEL Guide d'entretien »	72
ANNEXE 4 : Présentation destinée aux sages-femmes de consultations externes	73
ANNEXE 5 : Guide à l'intention des étudiants	78

ANNEXE 1

TV : Toucher Vaginal

NF : Numération Formule

SA : Semaine d'Aménorrhée

EPI : Entretien Prénatal Individuel

HAS : Haute Autorité de Santé

CASSF : Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-femmes

HCG : Hormone Gonadotrophique Chorionique

GEU : Grossesse Extra Utérine

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

PATUGO : Pôle d'Accueil et de Traitement des Urgences Gynécologiques et Obstétricales

IVG : Interruption Volontaire de grossesse

ATCD : Antécédents

HT21 : Risque intégré de Trisomie 21

CMV : Cytomégalovirus

HIV : Human Immunodeficiency Virus (aussi VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine)

VHC : Virus de l'Hépatite C

PCR ou CRP : Protéine C-réactive ou C-reactive protein

RAI : Recherches d'agglutinines irrégulières

Ag HBs : Antigène de l'Hépatite B

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UFATT : Unité Fonctionnelle d'Accueil et Traitement des Toxicomanes

ANNEXE 2

Les pages suivantes reproduisent le feuillet présent au début de mon étude dans les classeurs de protocoles du service de consultations externes de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Suivi d'une Grossesse Normale

AGE GESTATIONNEL	ANAMNESE	CLINIQUE	PRESCRIPTIONS		PREVENTION CONSEILS
			Examens de labo – Echo		
1^{re} consultation = Constat par SF ou médecin en privé	Dossier obstétrical à établir Signes sympathiques de grossesse (nausées, fatigue, sommeil) Métrorragies, leucorrhées Douleurs pelviennes Signes fonctionnels urinaires Récupérer les dossiers antérieurs, comptes-rendus opératoires ... Traitement en cours	Poids TA <u>Albuminurie</u> <u>Glycosurie</u> Examen général ➤ oedèmes ➤ état veineux ➤ thyroïde Examen des seins ➤ inspection ➤ palpation Examen obstétrical ➤ <u>palpation abdominale</u> ➤ recherche d'une défense ➤ spéculum : col violacé, glaire coagulée ➤ <u>TV combiné au palper</u> ➤ col : position, longueur, ouverture ➤ utérus : taille, consistance culs-de-sacs	Toxo en l'absence de résultat <u>Rubéole</u> montrant l'immunité HCG dosage si doute Frottis cervico-vaginal si pas de suivi depuis 2 ans Echo 12-14 SA (donner fiche info)		Orienter vers services concernés si souhait d'une IVG Conseils hygiéno-diététiques : ➤ toxo - CMV - listériose ➤ poids ➤ tabac, alcool Expliquer plan de suivi grossesse : consultations obligatoires Si problème social, orienter vers les services sociaux Présenter l'Entretien Individuel du 4 ^{eme} mois (+ proposition RDV) Si antécédents évocateurs, penser au conseil génétique Présenter livret HT21 Ouvrir le carnet de santé maternité
Déclaration avant 15 SA par médecin ou SF	Métrorragies Leucorrhées Douleurs pelviennes Signes fonctionnels urinaires Vérification de l'écho 12 –14 SA	Idem + recherche pouls fetal dès 12 SA	GS (2 déterminations) – RAI <u>Syphilis</u> Toxo si négative <u>Rubéole</u> si négative HIV et VIHC recommandés ↳ accord patient Prendre RV écho morphologique 4 ^{eme} mois (22-24 SA)		Signature déclaration en fonction de l'écho Signature HT21 si patiente d'accord Présenter l'Entretien Individuel du 4 ^{eme} mois (+ proposition RDV)

NB : les examens obligatoires sont soulignés

AGE GESTATIONNEL	ANAMNESE	CLINIQUE	PRESCRIPTIONS Examens de labo – Echo	PREVENTION CONSEILS
{ 4ème mois (15 - 19 SA)	Disparition signes sympathiques ? Métrorragies ? Leucorrhées ? Signes fonctionnels urinaires ? Mouvements actifs fœtaux ? multipare : 3 mois ½ primipare : 4 mois ½ CU ? Autre problème ?	Poids TA Albuminurie Glycosurie Examen général (idem) Examen obstétrical ➤ inspection ➤ palpation = CU ➤ mesure HU ➤ battements cardiaques fœtaux ➤ TV = col - leucorrhées	Toxo si négative Magnésium Calcium	Expliquer ce qu'est une CU « Signalement SF » de PMI si besoin Evoquer l'allaitement Information sur la préparation à la naissance
EPI SF	Voir planche EPI			
5ème mois (19 – 23 SA ½)	Idem	Idem + ballottement abdominal	Toxo si négative Prescrire s'il y a lieu : Rhophylac 300	
6ème mois (23 SA ½ - 28 SA)	Idem + résultat écho 22-24 SA	Idem	GS 2 ^{ème} détermination (si non réalisée) Toxo si négative, Ag HBs NF – RAI si Rh (-) ou antécédent transfusion Vitamine D – Uvedose 1 ampoule Fer : Tardyferon 1 cp Screening test (protocole Dr Sery) Prendre RV écho 32-34 SA	Allaitement Si célibataire : pb reconnaissance

NB : les examens obligatoires sont soulignés

AGE GESTATIONNEL	ANAMNESE	CLINIQUE	PRESCRIPTIONS Examens de labo – Echo	PREVENTION CONSEILS
7ème mois (28 - 32 SA)	CU Mouvements actifs fœtaux Métrorragies Leucorrhées Signes fonctionnels urinaires Autres problèmes	Poids TA Albuminurie Glycosurie Examen général ➤ Oedèmes ➤ Etat veineux Examen obstétrical ➤ inspection ➤ CU ➤ HU ➤ Position fœtale ➤ TV = col	Toxo si négative Renouveler Fer Prendre RV cs anesthésie 8 ^{ème} mois Si RH - : Vérifier si l'administration de Rhophylac a été faite	Conseils hygiéno-diététiques à renouveler éventuellement
8ème mois (32 - 37 SA) + Cs Anesthésie	Idem Résultats écho 32-34 SA	Idem Position fœtale - engagement	Toxo si négative, <u>RAI</u> si Rh (-) ou antécédent transfusion (Attention signaler au labo si Rhophylac a été fait) VIH et VHC si négatives à 3 mois et s'il existe des facteurs de risque	
9ème mois (37 - 41 SA)	Idem	Idem Examen du bassin Position - engagement	Toxo si négative <u>RAI</u> si Rh (-) ou antécédent transfusion (Attention signaler au labo si Rhophylac a été fait) NF Radiopelvimétrie - si présentation non-engagée chez primipare - si siège - si taille < 1,55m PV	Allaitement Quand venir à la Maternité pour l'accouchement : ➤ RPM ➤ MAF ➤ Terme atteint ➤ CU régulières ➤ métrorragies

NB : les examens obligatoires sont soulignés

ANNEXE 3

Cette annexe présente la planche sur l'EPI se trouvant dans les classeurs de protocoles du service de consultations externes de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

ENTRETIEN PRENATAL INDIVIDUEL Guide d'entretien

Nom , Prénom de la patiente :

Thèmes abordés
Y a-t-il des inquiétudes (père/ mère) concernant : <ul style="list-style-type: none">• la grossesse• l'accouchement• l'arrivée du bébé• le séjour en maternité• le retour à la maison,
Projet de naissance (père/ mère) <ul style="list-style-type: none">• Attente face à la grossesse,• Préparation à la naissance• Accouchement, rôle des parents• Choix de la maternité• Allaitement• Sortie précoce• Choix de mode de garde• Reprise du travail
Items médicaux <ul style="list-style-type: none">• Nutrition• Addictions• Autres (soins dentaires...)• Sommeil
Items sociaux <ul style="list-style-type: none">• Situation professionnelle (ressources)• Conditions de logement• Isolement
Environnement familial / Entourage <ul style="list-style-type: none">• Réseau de soutien amis/famille• Présence de professionnels auprès de la patiente en dehors de la grossesse (Généraliste, pédiatre, AS, puer PMI, psychologue...)
Aspects psychologiques <ul style="list-style-type: none">• Comment se sent-elle moralement ?• A-t-elle des inquiétudes ? des angoisses ? des doutes ?...

ANNEXE 4

03/12/09

PRÉSENTATION DU MÉMOIRE
DE FIN D'ÉTUDES

ÉTUDIANT SAGE-FEMME
GAUTHIER GIRARDIN

Contexte Initial

- Origine de la réflexion :
 - Polémique sur l'hypothèse de diminution du temps de consultation des sages-femmes.
 - « Comment défendre la durée actuelle des consultations ? »

Contexte Initial

- Idée initiale :
 - Enquête de satisfaction auprès des patientes.
 - Résultats difficilement exploitables.
- Idée retenue :
 - Pour défendre la durée de la consultation, en affirmer le contenu !

Contexte initial

- Documents existants au sein du service :
 - Tableau de deux pages sur le suivi de grossesse
 - Planche EPI

Contexte Initial

- Projet :
 - Créer un protocole complet détaillant le suivi de grossesse par les sages-femmes adapté au service de consultation de la MRAP.

Méthodologie

- Point de départ :
 - Observation lors de mes stages de consultations durant mes trois années d'études précédentes.
 - Constatation de différences sur la façon de pratiquer le suivi de grossesse en fonction des différentes sages-femmes.

Méthodologie

- Etude de la littérature de référence sur le suivi de grossesse : Recommandations HAS.
- Comparaison par rapport aux pratiques observées.

Méthodologie

- Evaluation des pratiques professionnelles
- Formation d'un groupe de travail pour discuter des pratiques actuelles et individuelles du service.

Méthodologie

- Recherche et étude de la littérature scientifique.
- Objectif : Valider les pratiques non retrouvées dans l'HAS.

Méthodologie

- Rédaction d'un protocole en incluant les pratiques validées.

Résultats

- Critères de validité d'une pratique :
 - Conformes aux données acquises de la science
 - Cadre légal de la surveillance de la grossesse
 - Champ de compétence de la sage-femme
 - Politique de maîtrise des dépenses de santé

Résultats

- Le TV systématique
 - Etude TV ciblé / TV systématique → Même taux d'accouchements prématurés, d'infections, de RPM.
 - 61% des femmes trouvent l'examen désagréable, voire douloureux.
 - 59% (niveau I) à 91% (niveau III) des femmes sont rassurées d'en avoir.
- Examen à pratiquer selon l'anamnèse et suivant la volonté de la patiente.

Résultats

- Evaluer le désir de grossesse
 - Notion non retrouvée dans l'HAS
- Différents cas de figure
 - Grossesses désirées
 - Grossesses acceptées
 - Grossesses subies
- Risques en fonction de la situation
 - Investissement de la mère pour la grossesse
 - Etablissement du lien mère-enfant

Résultats

- NF + Ferritinémie en début de grossesse
 - NF Prévue au 6^{ème} mois
 - OMS : 51% des femmes enceintes souffrent d'anémie (pays développés et en voie de développement confondus). 5 à 10% d'anémie ferrifive suivant les estimations.
 - Risque d'accouchement prématuré et naissance d'enfant de faible poids 2,5 à 3 fois plus important chez les femmes présentant une anémie ferrifive en début de grossesse.
 - Risques importants pour la mère et l'enfant.

Résultats

- Etudes en faveur de la NF en début de grossesse, associée à une ferritinémie en fonction des facteurs de risques.
 - ATCD de déperditions sanguines importantes et d'anémie (Hémorragie gynécologique, de la délivrance, anémie aigue, chronique; donneur de sang régulier; grossesses rapprochées).
 - Carences alimentaires (Végétarien, végétalien, précarité)
- Attention : Ferritine augmentée en cas de syndrome inflammatoire ou infectieux!

Résultats

- EPI + 4^{ème} mois?
 - HAS : « La séance d'EPI ne doit pas se substituer à une consultation. »
- Mais...
 - Motivations maternelles?
- La solution actuelle semble la plus bénéfique pour la femme, qui bénéficie tout de même de l'EPI même si celui-ci est couplé à une consultation.
 - Cotation?

Résultats

- Piste d'amélioration : Création d'un annuaire de ressources locales.
 - Mis à jour régulièrement
 - Désigne la personne à contacter en fonction du problème rencontré (consultations spécialisées au sein de la maternité)
 - Plus facile d'utilisation que l'annuaire interne informatique
 - Intérêt pour les nouveaux arrivants dans le service.

Résultats

- Vitamine D : Prévention
 - hypocalcémies néonatales
 - Rachitisme
 - Mais aussi ostéoporose maternelle
- 400UI/J ou 100 000UI à 6 ou 7 mois.
 - Peu d'exposition au soleil
 - Carence alimentaire
 - Grossesses « d'hiver »

Résultats

- Rhophylac

- RAI prévu au 6^{ème} mois
- Rhophylac à 28SA
- Recommandation : Prélever le RAI une semaine maximum avant l'injection.

Résultats

- Diabète Gestationnel

- 1 à 4% des grossesse

- Pas d'intérêt du dépistage systématique

- Dépistage sélectif suite à la mise en évidence d'un facteur de risque majeur ou de l'association de facteurs de risques mineurs.

Résultats

- Critères majeurs :

- >30ans
- Obstétré
- Prise de poids excessive
- ATCD de DG
- ATCD de diabète familial

- Critères mineurs (ATCD ou grossesse actuelle) :

- Macrosomie
- Stérilité
- Fausse couche
- Hypotrophie
- MFIU
- Hydramnios
- Toxémie gravidique
- Infections urinaires à répétition

Résultats

- Acide folique

- Intérêt pour l'embryon si administré au moins un mois avant la conception et jusqu'à deux mois après la conception.

- Information sur l'intérêt de la consultation préconceptionnelle à donner lors de la consultation post-natale.

Résultats

- Rubéole

- Deux résultats sérologiques nécessaires pour garantir l'immunité.
- Surveillance sérologique jusqu'à 18SA si pas d'immunité.

Résultats

- La radiopélvimétrie

- Indications validées : Siège et ATCD de traumatisme du bassin.

- Indications non validées : Utérus cicatriciel; macrosomie fœtale ; grossesse gémellaire ; ATCD d'extraction instrumentale.

Guide

- Crédit d'un « Aide Mémoire » de la sage-femme de consultation.
- Outil pédagogique à destination des étudiants et des jeunes sages-femmes.

Guide

- Contenu :
 - Le suivi de grossesse
 - La visite post-natale
 - L'EPI
 - Congés maternités
 - Suivi sage-femme/médecin
 - Vaccination et grossesse
 - Biométries fœtales
 - HU en fonction du terme
 - Prévention et hygiène alimentaire
 - Prise en charge des maux de grossesse

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

ANNEXE 5

Guide à l'intention des étudiants sages-femmes de l'Ecole de Sages-Femmes de Nancy

Le petit guide de l'étudiant sage-femme en consultations externes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy



Préface

Une grossesse est un évènement majeur dans la vie d'un couple et encore plus dans la vie d'une femme. Neuf mois durant, alors que l'enfant à naître grandit, le couple se prépare à devenir parents. A nul moment de l'histoire ce passage ne s'est fait seul : anciennement, ce rôle était dévolu aux ainées et à l'entourage du couple, basé sur le savoir hérité des anciens. Bien que toujours très présent de nos jours, ce savoir est renforcé par l'intervention des professionnels de santé détenant la connaissance médicale, dont la sage-femme fait partie.

Ce guide a été réalisé dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude d'un étudiant sage-femme de l'Ecole de Sages-Femmes de Nancy - promotion 2010.

A destination des étudiants sages-femmes principalement, ce guide n'a pas la prétention d'apprendre à qui que ce soit à suivre une grossesse, mais se voit plutôt comme un aide mémoire pour la pratique quotidienne.

Tous les conseils et toutes les informations contenues dans ce mémoire sont en accord avec les données acquises de la science au moment de sa rédaction, basés sur des études scientifiques.

Gauthier GIRARDIN

Promotion 2010

Sommaire

- 2. Préface
- 3. Sommaire
- 5. Liste des abréviations
- 5. Constat de grossesse
- 8. Déclaration de grossesse (avant 15 SA)
- 10. Quatrième mois (15 à 19 SA)
- 12. Cinquième mois (19 à 23 ½ SA)
- 14. Sixième mois (23 ½ SA à 28 SA)
- 16. Septième mois (28 à 32 SA)
- 18. Huitième mois (32 à 37 SA)
- 20. Neuvième mois (37 à 41 SA)
- 22. La consultation postnatale
- 24. L'EPI
- 28. Congés maternités
- 29. Suivi médecin/sage-femme
- 30. Vaccination et grossesse
- 31. Longueur Cranio-Caudal
- 32. Clarté nucal
- 33. Diamètre bipariétal
- 34. Diamètre abdominal transverse
- 35. Longueur fémoral
- 36. Périmètre abdominal
- 37. Périmètre céphalique

- 38. Estimation de poids fœtal
- 39. HU / Terme
- 40. Prévention toxoplasmose
- 41. Prévention CMV
- 42. Prévention Listériose
- 43. Prévention Salmonellose
- 44. Alimentation et grossesse
- 45. Nausée au 1^{er} trimestre
- 46. Pyrosis
- 47. Constipation
- 48. Hémorroïdes
- 49. Varices
- 50. Secrétions vaginales
- 50. Lombalgies
- 51. Crampes
- 51. Canal carpien
- 52. Le carnet de maternité
- 53. Quand venir à la maternité ?
- 54. La radiopelvimétrie
- 55. Préparation à la naissance

Liste des abréviations

- SA = semaine d'aménorrhée
- EPI = entretien prénatal individuel
- CMV = cytomégavirus
- HU = Hauteur utérine
- HCG = Hormone chorionique gonadotrope
- HT21 = évaluation du risque intégré de trisomie 21
- TA = tension artériel
- TV = toucher vaginal
- Echo Tx = échographie du x^{ème} trimestre
- BU = bandelette urinaire
- OMS = œdème des membres supérieurs
- OMI = œdème des membres inférieurs
- CU = contraction utérine
- RPM = rupture prématuré des membranes
- LA = liquide amniotique
- MAF = mouvements actif fœtaux
- FCV = Frottis cervico-vaginal
- ATCD = antécédents

Le constat de grossesse

Objectifs

- Diagnostiquer, localiser la grossesse
- S'assurer de la volonté de conserver la grossesse
- Informer, éduquer, planifier, dépister des situations à risques.
- Examen clinique, prescriptions

Diagnostiquer la Grossesse

- Contraception utilisée
- Aménorrhée
- Activité sexuelle
- Signes sympathiques de grossesse
- Augmentation du volume utérin
- βHCG en cas de doute

S'assurer que la grossesse est intra-utérine

S'assurer de la volonté de conserver la grossesse

Etablir le dossier obstétrical et le carnet de maternité. S'informer des ATCD. Récupérer les comptes rendus opératoires, les lettres de sortie des accouchements précédents, les comptes rendus d'hospitalisation néonatale, la carte de groupe sanguin, les sérologies, les résultats du derniers frottis...

Dépister les facteurs de risque et les problèmes sociaux.

Informier

- Risques infectieux alimentaires (toxoplasmose, salmonellose, listériose)
- Automédication
- Tabac, alcool, drogues
- HT21, ECHOGRAPHIES
- CMV
- l'hygiène de grossesse et surveillance dentaire

Effectuer le premier examen de grossesse

- TA ; BU (glycosurie, albuminurie) ; poids.

Anamnèse

- Métrorragies ; leucorrhées, douleurs pelviennes ; SFU, signes sympathiques de grossesses, troubles digestifs et autres doléances.

Examen général

- œdème, état veineux.

Examen de seins

Examen obstétrical

- Palpation abdominale
- Examen au speculum
- TV (col ; annexes et culs-de-sacs.)
- Battements cardiaques fœtaux à partir de 10 à 12 SA en fonction des paramètres maternels

Examens de laboratoire à prescrire :

- Toxoplasmose
- Frottis cervico-vaginal (si > 2 ans)

Examens complémentaires

- Echo T1 entre 12 SA et 14 SA

Compléments à prescrire éventuellement

- L'acide folique

Déclaration de grossesse ou consultation du troisième mois (avant 15 SA)

Objectifs

- Effectuer la déclaration de grossesse
- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Planifier le suivi de grossesse

Informer

Donner une première information orale complétée par une information écrite ou compléter une information déjà débutée au constat de grossesse. Les thèmes abordés doivent être sélectionnés au cas par cas, en fonction de la patiente.

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Etablir la déclaration de grossesse

Examen de grossesse du troisième mois

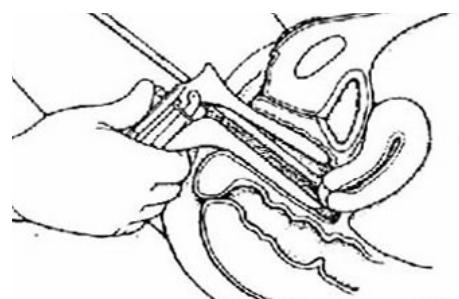
- Poids ; BU ; TA

Anamnèse :

- Métrorragies ; leucorrhées, douleurs pelviennes ; signes fonctionnels urinaires, signes sympathiques de grossesse, troubles digestifs, tensions mammaires, autres doléances.

Examen général

- OMII/OMS ; état veineux



Frottis cervical

Examen de seins si non fait.

Examen obstétrical :

- Palpation abdominale
- Recherche de pouls fœtal.
- Examen au speculum si non fait
- TV

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose
- Rubéole
- Syphilis
- La sérologie HIV à proposer
- La sérologie VHC à proposer

Autres

- Numération formules avec ferritinémie (si besoin)
- Une RAI
- Une première détermination de groupe sanguin si besoin

Examens complémentaires

- Marqueurs sériques de l'HT21 à proposer (14 SA et 18 SA)
- Frottis cervico-vaginal si le dernier date de plus de 2 ans.

Plannifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 4^{ème} mois
- Proposer l'EPI

La consultation du 4^{ème} mois (15 SA à 19 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Effectuer un examen clinique
- Plannifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du quatrième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids ; BU ; TA

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes sympathiques de grossesses en baisse, mouvements actifs fœtaux, céphalées et autres signes fonctionnels d'hyper tension artérielle (phosphène, acouphène, œdèmes, barre épigastrique) et autres doléances.

Examen général :

- Présence ou non d'œdème, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Appréciation du globe utérin et de son volume, de son orientation, de sa souplesse, mesurer la hauteur utérine.
- Recherche de rythme cardiaque fœtal.
- TV et appréciation du col si besoin en accord avec la volonté de la femme.

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.
- Rubéole jusqu'à 18 SA si l'immunité n'est pas acquise.

Examens complémentaires

- Echo T2 (entre 22 et 24SA)

Plannifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 5^{ème} mois
- Proposer l'EPI



Doppler fœtal

La consultation du 5^{ème} mois (19 SA à 23 SA 1/2)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Effectuer un examen clinique
- Plannifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du cinquième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes fonctionnels d'hyper tension artérielle, mouvements actifs fœtaux et autres doléances.

Examen général :

- Présence ou non d'œdème, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Appréciation du globe utérin et de son volume, de son orientation, de sa

souplesse, mesurer la hauteur utérine.

- Recherche de rythme cardiaque fœtal.
- TV et appréciation du col si besoin en accord avec la volonté de la patiente.

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.

Plannifier le suivie de grossesse

- Prévoir la consultation du 6^{ème} mois
- Informer sur la préparation à la naissance



Stéthoscope de pinard

La consultation du 6^{ème} mois (23 SA 1/2 à 28 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Effectuer un examen clinique
- Plannifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du sixième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids ; BU ; TA

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes fonctionnels d'hyper tension artérielle, mouvements actifs fœtaux et autres doléances.

Examen général :

- OMII/OMS ; état veineux

Examen obstétrical :

- Appréciation du globe utérin et mesure de la hauteur utérine.
- Recherche de rythme cardiaque fœtal.
- TV et appréciation du col si besoin

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.
- Ag HBs

Autres

- Groupe sanguin 2^{ème} détermination (si besoin)
- Numération formule
- RAI si rhésus négatif

Prescription

- Rhophylac 300 si besoin.
- Vitamine D – Uvedose une ampoule 100 000 UI

Examens complémentaires

- Echo T3 entre 32 SA et 34 SA
- Screening test et T4 TSH si facteurs de risques.

Informer

- Evoquer l'allaitement si celui-ci n'a pas déjà été abordé lors de l'EPI
- Parler de la reconnaissance anticipée

Plannifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 7^{ème} mois
- Proposer la préparation à la naissance

La consultation du 7^{ème} mois (28 SA à 32 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Effectuer un examen clinique
- Plannifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du septième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes fonctionnels d'hypertension artérielle, mouvements actifs fœtaux et autres doléances.
- Vérifier que l'injection de Rhophylac a été réalisé le cas échéant.

Examen général :

- Présence ou non d'œdème, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Appréciation du globe utérin et de son volume, de son orientation, de sa souplesse, mesurer la hauteur utérine.
- Recherche de rythme cardiaque fœtal.
- TV et appréciation du col si besoin en accord avec la volonté de la patiente.
- Type de présentation

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.

Plannifier le suivi de grossesse

- Prévoir la consultation du 8^{ème} mois
- Prévoir la consultation d'anesthésie

Savoir identifier les signes fonctionnels d'HTA

+/- œdème des membres, des extrémités et du visage d'apparition rapide.

+/- Céphalées

+/- Phosphènes

+/- Acouphènes

+/- Douleur épigastrique en barre

La consultation du 8^{ème} mois (32 SA à 37 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Effectuer un examen clinique
- Plannifier le suivi de grossesse

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du huitième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids, albuminurie, glycosurie, tension artérielle.

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, signes fonctionnels d'hyper tension artérielle, mouvements actifs fœtaux ?

Examen général :

- Présence ou non d'œdème, état du réseau veineux des membres inférieurs.

Examen obstétrical :

- Appréciation du globe utérin et de son volume, de son orientation, de sa

souplesse, mesurer la hauteur utérine.

- Recherche de rythme cardiaque fœtal.
- TV et appréciation du col.
- Type de présentation

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.

Autres

- RAI si rhésus négatif et Injection de Rhophylac non réalisée.
- Une numération formule sera à faire à partir de 37 SA.
- Un prélèvement vaginal sera à effectuer entre 35 et 38 SA à la recherche de streptocoque B.

Plannifier le suivie de grossesse

- Prévoir la consultation du 9^{ème} mois



Disque obstétrical

La consultation du 9^{ème} mois (37 SA à 41 SA)

Objectifs de la consultation :

- S'assurer du bon déroulement de la grossesse
- Effectuer un examen clinique
- Plannifier le départ à la maternité

Identifier un besoin de suivi complémentaire auprès d'une filière de soins spécifiques.

Effectuer l'examen de grossesse du neuvième mois

Celui-ci doit comprendre :

- Poids ; BU ; TA

Anamnèse :

- Métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, contractions utérines, signes fonctionnels urinaires, mouvements actifs fœtaux, recherches de signes fonctionnels d'hyper tension artérielle et autres doléances.

Examen général :

- OMI/OMS ; état veineux

Examen obstétrical :

- Appréciation du globe utérin et mesure de la HU
- Recherche de rythme cardiaque fœtal.

- TV et appréciation du col si besoin.
- Présentation et appréciation de l'engagement foetal.

Examens de laboratoire à prescrire :

Sérologies

- Toxoplasmose si l'immunité n'est pas acquise.

Autres

- RAI si rhésus négatif (et si injection de Rhophylac non réalisée)
- Radiographie pelvimétrique dans les cas de présentation par le siège, d'antécédent de traumatisme du bassin et de taille maternelle inférieur à 150 cm
- Vérification de la présence d'une carte de groupe valide (2 déterminations).
- Prélèvement vaginal à la recherche de streptocoque B si non réalisé (à réaliser entre 35 SA et 38 SA)

Informer et planifier le départ à la maternité

- Informer sur « quand venir à la maternité »
- Rappeler le numéro de téléphone point info sage-femme
- Aborder la visite post-natale et la rééducation périnéale et abdominale.
- Envisager la contraception.

La consultation Postnatale (dans les 8 semaines après l'accouchement)

Objectifs de la consultation :

- Evaluer l'état général
- Dialoguer sur le vécu de l'accouchement et des suites de couches et de l'allaitement
- Evoquer d'éventuelles séquelles de l'accouchement
- Evaluer la relation mère/enfant
- Discuter de l'investissement du conjoint
- Dépister une éventuelle dépression du post-partum
- Aborder la reprise de la sexualité
- Réaliser un examen gynécologique
- Aborder la contraception et la rééducation périnéale et abdominale

Dialoguer sur le vécu de l'accouchement et des suites de couches

Réaliser un examen général et gynécologique

Celui-ci doit comprendre :

Anamnèse :

- Fatigue, poursuite du traitement prescrit lors des suites de couches ?
- Douleurs pelviennes, leucorrhées anormales, métrorragies, complications liées à une déchirure ou une épisiotomie, problèmes d'incontinence urinaire, fécales ou

aux gaz, baby blues, état dépressif, retour de couches, reprise de la sexualité et dyspareunies.

- Vergetures, état veineux.
- Aborder les pathologies associées liées à la grossesse ou préexistantes à la grossesse

Examen général :

- Poids ; TA ; BU

Examen gynécologique :

- Sein ; abdomen ; utérus ; Périnée et cicatrices ; Col, vagin ; FCV si besoin.

Evaluer l'état psychologique de la patiente

- Anxiété ; Sommeil ; Présence d'un compagnon ; Entourage présent (amis, famille) ; reprise du travail.

Evaluer la relation mère-enfant

- Allaitement et satisfaction de la mère ; Pleurs nocturnes ; coliques ; Attitude du reste de la fratrie ; Organisation de la garde

Evaluer la relation père-enfant

- Est-il présent ? Intéressé ? Qui se lève la nuit ? Qui le change ?

Envisager la poursuite de la contraception

L'EPI : Entretien prénatal individuel ou en couple

Objectifs de l'Entretien Prénatal Individuel ou en couple

- Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte (bien être, hygiène de vie, etc.)
- Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte
- Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque
- Une identification des besoins d'informations et des compétences parentales à développer et à soutenir
- Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité
- Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels

Principaux thèmes à aborder lors de l'entretien individuel ou en couple. Les informations consignées dans le dossier le sont avec l'accord de la femme.

Y a-t-il des inquiétudes (père/ mère) concernant :

- la grossesse
- l'accouchement
- l'arrivée du bébé
- le séjour en maternité
- le retour à la maison
- L'expérience personnelle face aux enfants en bas âge (famille, entourage, etc.)

Projet de naissance (père/ mère)

- Attente face à la grossesse,
- Préparation à la naissance
- Accouchement, rôle des parents, investissement du couple par rapport à la grossesse ; Choix de la maternité
- Allaitement
- Sortie précoce et suivi des suites de couches à domicile par une sage-femme libérale.
- Choix de mode de garde ; Reprise du travail

Items médicaux

- Nutrition ; Addictions
- Sommeil ; Hygiène générale et hygiène de grossesse

Items sociaux

- Situation professionnelle (ressources)
- Conditions de logement
- Isolement ; Violences

Items psychologiques

- Antécédents affectifs, familiaux
- Événements stressants survenus durant les 12 mois précédents

Environnement familial / Entourage

- Réseau de soutien amis/famille
- Présence de professionnels auprès de la patiente en dehors de la grossesse

(Généraliste, pédiatre, AS, puer PMI, psychologue...)

- Aspects psychologiques de l'entourage
- Comment se sent-elle moralement ?
- A-t-elle des inquiétudes ? des angoisses ? des doutes ?...

Information et éducation

Vérifier que les informations les plus importantes ont bien été assimilées :

- Risques infectieux alimentaires ; CMV
- Automédication ; addictions
- HT21 ; échographies
- l'hygiène de grossesse

Information à donner au cas par cas et/ou à la demande de la patiente

- Alimentation et grossesse
- Travail et grossesse
- Vaccination et grossesse
- Thérapies complémentaires
- Activité sexuelle
- Sport et grossesse
- Déplacements et voyages
- Congés maternités
- le conseil génétique
- Information sur le groupe et le rhésus
- L'allaitement

Principaux facteurs de vulnérabilité :

- Les ATCD obstétricaux mal vécus
- Les problèmes de type relationnel

- La violence domestique
- Le stress
- L'anxiété
- Les troubles du sommeil du début de grossesse
- Un épisode dépressif durant la grossesse
- ATCD de dépression du post-partum ou de dépression.
- La dépendance ou l'addiction
- La précarité
- Le risque social
- La naissance à haut risque psychoaffectif

Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés

Des consultations sont possibles auprès de :

- Diététicienne et diététicienne/psychologue
- Assistantes sociales
- Conseillères conjugales
- Psychologues et psychiatres

Des consultations spécialisées sont aussi possibles :

- Aide au sevrage tabagique
- Acupuncture
- Hypnose

Des sages-femmes sont aussi référents en cas de :

- Grossesse et consommation de drogues
- Violences

Congés maternités

	Congé prénatal	Congé postnatal
1re naissance et 2e naissance	6 semaines	10 semaines
3e naissance	8 semaines	18 semaines
Naissance de jumeaux	12 semaines	22 semaines
Naissance multiples (>2 enfants)	24 semaines	22 semaines

Le point de départ du congé postnatal est la date effective de l'accouchement. **En cas d'accouchement tardif** : Le congé prénatal se trouve prolongé sans que le congé postnatal soit réduit d'autant. **En cas d'accouchement prématuré** : Le congé postnatal peut être augmenté de la durée du congé prénatal non pris.

La sage-femme peut prescrire un arrêt de travail d'une durée maximal de 14 jours, en dehors de tout état pathologique, pouvant être pris en une seule ou plusieurs fois.

Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses.

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque 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.

Pour une liste complète des différentes situations pouvant être rencontrées, veuillez vous reporter aux recommandations HAS en vigueur :

« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

Vaccination et grossesse

Les vaccinations possibles chez la femme enceinte :

BCG (forme inactivé) ; Hépatite B (si risque infectieux) ; Grippe ; Méningocoque (si risque infectieux) ; Poliomyélite inactivé (si indication) ; Rage (si indication) ; Tétanos (possible si indication) ; Fièvre jaune (uniquement en cas de risque très élevé).

Les vaccinations interdites chez la femme enceinte :

BCG (sauf forme inactivé) ; Choléra ; Hépatite A ; Encéphalite japonaise ; Rougeole ; Oreillons ; Rubéole ; Diphtérie ; Typhoïde ; Variole ; Varicelle.

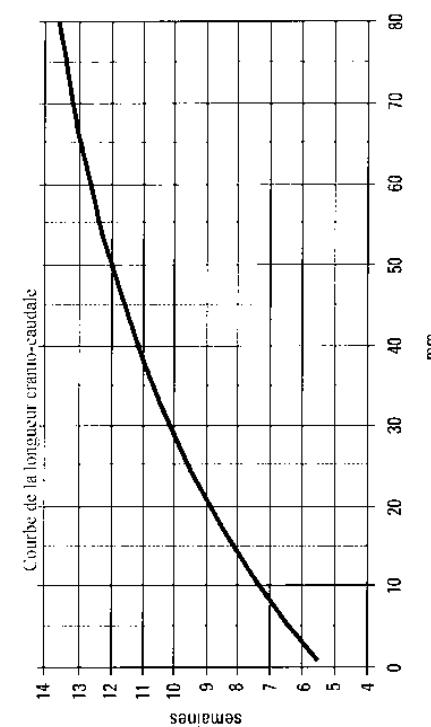
Vaccination contre la grippe A H1N1 :

A ce jour, aucune étude sérieuse et possédant assez de recul ne permet de juger des effets maternels et fœtaux du vaccin contre la grippe A H1N1. D'après le ministère de la santé, la femme enceinte fait partie de la population à risque et à ce titre est invitée à se faire vacciner. Par mesure de précaution elle bénéficiera d'un vaccin sans adjuvant tout en précisant que le vaccin avec adjuvant peut être utilisé également chez la femme enceinte. « **Direction générale de la Santé -Mise à jour du 20/11/09** »

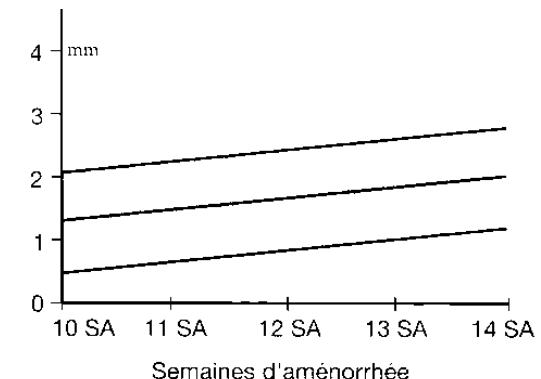
Longueur cranio-caudale

DISTANCE CRANIO CAUDALE (TETE FESSES) EN MILLIMETRES :

- à 5 semaines d'aménorrhée : 1 à 2 mm
- à 7 semaines d'aménorrhée : 8 mm
- à 9 semaines d'aménorrhée : 25 mm
- à 10 semaines d'aménorrhée : 33 mm
- à 11 semaines d'aménorrhée : 43 mm
- à 12 semaines d'aménorrhée : 55 mm
- à 13 semaines d'aménorrhée : 68 mm
- à 14 semaines d'aménorrhée : 85 mm



Clarté nucale



Clarté nucale valeurs normales



Diamètre Bipariétal

DIAMETRE BIPARIETAL EN MILLIMETRES
(DIAMETRE DE LA LARGEUR DE LA TETE) :

- 7 semaines d'aménorrhée : 5 mm
- 8 semaines d'aménorrhée : 6 mm
- 9 semaines d'aménorrhée : 9 mm
- 10 semaines d'aménorrhée : 12 mm
- 11 semaines d'aménorrhée : 15 mm
- 12 semaines d'aménorrhée : 18 mm
- 13 semaines d'aménorrhée : 22 mm
- 14 semaines d'aménorrhée : 26 mm
- 15 semaines d'aménorrhée : 30 mm
- 22 semaines d'aménorrhée : 55 mm
- 32 semaines d'aménorrhée : 82 mm
- 36 semaines d'aménorrhée : 89 mm
- 38 semaines d'aménorrhée : 92 mm

Diamètre Abdominal transverse

DIAMETRE ABDOMINAL TRANSVERSE EN MILLIMETRES ET EN CHIFFRES MOYENS :

- 15 semaines d'aménorrhée : 26 mm
- 20 semaines d'aménorrhée : 45 mm
- 25 semaines d'aménorrhée : 61 mm
(normal de 55 à 67 mm)
- 30 semaines d'aménorrhée : 76 mm
(normal de 68 à 84 mm)
- 35 semaines d'aménorrhée : 90,5 mm
(normal de 80 à 101 mm)
- 36 semaines d'aménorrhée : 93 mm
(normal de 82 à 150 mm)
- 37 semaines d'aménorrhée : 95 mm
(normal de 84 à 107 mm)
- 38 semaines d'aménorrhée : 97 mm
(normal de 86 à 109 mm)
- 39 semaines d'aménorrhée : 99 mm
(normal de 88 à 112 mm)
- 40 semaines d'aménorrhée : 101 mm
(normal de 89 à 114 mm)

Longueur du Fémur

LONGUEUR DU FEMUR EN MILLIMETRES ET EN CHIFFRES MOYENS :

- 10 semaines d'aménorrhée : 5,5 mm
- 15 semaines d'aménorrhée : 16 mm
(normal de 13 à 19 mm)
- 20 semaines d'aménorrhée : 31 mm
(normal de 28 à 34 mm)
- 25 semaines d'aménorrhée : 46 mm
(normal de 42 à 50 mm)
- 30 semaines d'aménorrhée : 57 mm
(normal de 52 à 61 mm)
- 35 semaines d'aménorrhée : 68 mm
(normal de 62 à 73 mm)
- 37 semaines d'aménorrhée : 71 mm
(normal de 66 à 76 mm)
- 38 semaines d'aménorrhée : 73 mm
(normal de 68 à 78 mm)
- 39 semaines d'aménorrhée : 75 mm
(normal de 68 à 80 mm)
- 40 semaines d'aménorrhée : 77 mm
(normal de 72 à 81 mm)

Périmètre abdominal

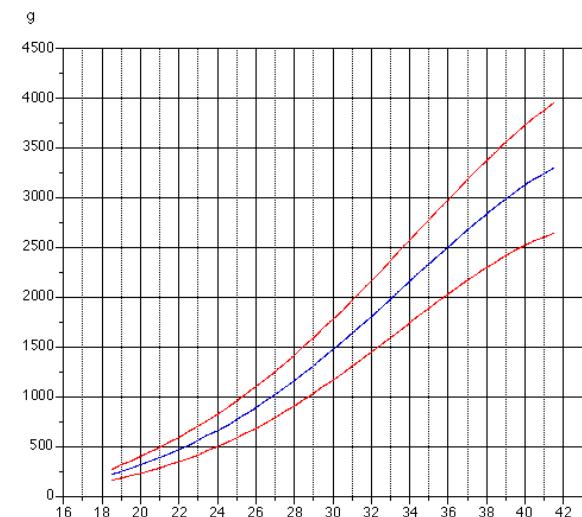
PERIMETRE ABDOMINAL EN CENTIMETRES ET EN CHIFFRES MOYENS :

- 20 semaines d'aménorrhée : 15 cm
- 25 semaines d'aménorrhée : 20,5 cm (normal de 18 à 23 cm)
- 30 semaines d'aménorrhée : 26 cm (normal de 22,5 à 27,5 cm)
- 35 semaines d'aménorrhée : 31 cm (normal de 28 à 34 cm)
- 36 semaines d'aménorrhée : 32 cm (normal de 29 à 35 cm)
- 37 semaines d'aménorrhée : 33 cm (normal de 30 à 36 cm)
- 38 semaines d'aménorrhée : 34 cm (normal de 31 à 37 cm)
- 39 semaines d'aménorrhée : 35 cm (normal de 32 à 38 cm)
- 40 semaines d'aménorrhée : 35,5 cm (normal de 32,5 à 39 cm)

Périmètre crânien

- 13 semaines d'aménorrhée : 92mm
- 14 semaines d'aménorrhée : 101mm
- 15 semaines d'aménorrhée : 110mm
- 16 semaines d'aménorrhée : 123mm
- 20 semaines d'aménorrhée : 176mm
- 25 semaines d'aménorrhée : 226mm
- 30 semaines d'aménorrhée : 277mm
- 35 semaines d'aménorrhée : 311mm
- 36 semaines d'aménorrhée : 316mm
- 37 semaines d'aménorrhée : 321mm

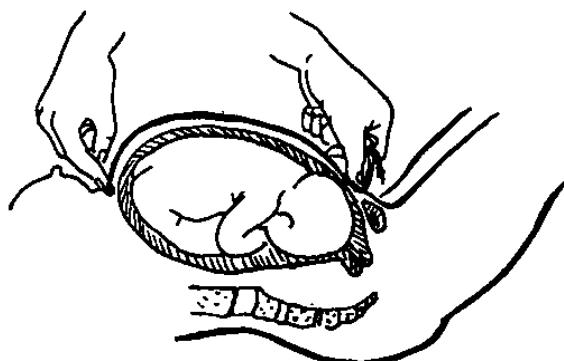
Estimation de poids foetal



Ceci ne reste qu'une estimation statistique. Il est en effet très difficile de donner une approximation du poids foetal et du poids attendu à la naissance et ceci même grâce aux biométries permises par l'échographie.

HU en fonction du terme

Mois	SA	utérus/HU
1	6	mandarine
2	10	orange
3	15	pamplemousse
4	20	16cm (ombilic)
5	24	20cm
6	28	24cm
7	32	27cm/28cm
8	36	30cm
9	41	32cm/33cm



Mesure de la hauteur utérine

Toxoplasmose

La toxoplasmose est une infection transmise par un parasite, qui se trouve dans les intestins du chat ou d'autres espèces animales, mais aussi dans la terre. On peut donc contracter la toxoplasmose en changeant la litière de son chat, en jardinant et en portant ses mains à la bouche après, ou encore en mangeant de la viande contaminée mal cuite ou des légumes souillés et mal lavés. Après une première contamination, on est immunisé à vie grâce à la présence d'anticorps spécifiques dans le sang.

Chez la future maman, la toxoplasmose passe souvent inaperçue ou est généralement bénigne, mais elle peut contaminer le fœtus : en début de grossesse, le risque de transmission est rare mais les conséquences peuvent être graves (problèmes cérébraux, atteintes oculaires graves, fausse couche) ; en milieu et fin de grossesse, le risque de transmission est plus élevé mais les conséquences sont nettement moins graves pour le bébé.

Il suffit de respecter des règles d'hygiène très simples : bien laver les crudités, consommer la viande toujours bien cuite ; éviter de changer la litière du chat même si, contrairement à une idée reçue, l'animal est en fait moins contaminant que les aliments ; ne pas manipuler de terre souillée, à moins d'utiliser des gants. Bien se laver les mains régulièrement.

CMV

Le cytomégavirus, est un virus, de la famille des herpès/zona et varicelle. Il se transmet par les sécrétions corporelles des enfants en bas-âge : le sang, la salive, les urines, les larmes.

Pour les femmes enceintes non immunisées contre ce virus, le mode de transmission se passe le plus souvent par le contact avec un/des enfant(s) en bas âge, et plus particulièrement encore lorsque celui/ceux-ci sont en collectivité. Le mode de transmission le plus fréquent se passe au moment des changes, et sur l'échange des couverts à table. Le risque majeur pour le fœtus est la surdité.

Se laver les mains très souvent, après chaque change, et pendant la préparation/rangement des repas.

Ne pas embrasser sur la bouche les enfants, éviter le contact avec les sécrétions nasales.

Ne pas partager de couverts avec les enfants : Eviter de mettre la cuillère de l'enfant dans votre bouche, ne pas sucer sa tétine, la tétine de son biberon, et éviter de terminer son assiette.

Prévoyez un linge de maison spécialement réservé à vos enfants.

Listériose

Le germe responsable de la listériose est listeria monocytogenes. Ce germe est dit "ubiquitaire" parce que l'on le trouve un peu partout dans la nature : dans le sol, dans la végétation et dans l'eau. La contamination humaine se fait principalement par l'alimentation et l'ingestion d'aliments contaminés. Lors de la grossesse, les risques sont principalement de fausse couche et de mort fœtal in utero.

La femme enceinte ne doit pas consommer de produits à base de lait cru ou le lait cru lui-même. Pour les autres fromages il faut éviter au maximum de consommer la croûte.

Éviter les produits de charcuterie à la coupe et préférer ceux déjà préemballés en magasin : consommer les rapidement après ouverture

Laver et cuire les légumes et plantes aromatiques. Faire suffisamment cuire les aliments d'origine animale. Après avoir manipulé les aliments crus ou fait la cuisine, bien se laver les mains, nettoyez le matériel de cuisine qui a été en contact avec les aliments.

Laver les produits non emballés avant de les stocker au réfrigérateur. Les aliments crus et cuit doivent être séparées. Javelliser le réfrigérateur une fois par semaine.

Salmonellose

Les salmonelles sont des bactéries causant des maladies intestinales (salmonellose) chez l'humain. En général, elles se transmettent à l'humain qui consomme un aliment contaminé. La plupart des personnes infectées ont la diarrhée, une poussée de fièvre et des crampes abdominales, de 12 à 72 heures suivant l'infection. Cela dure généralement de quatre à sept jours.

Il faut bien cuire les aliments pour détruire les bactéries.

Évitez les viandes, la volaille ou les œufs mal cuits et les préparations à base d'œuf cru.

Évitez de consommer du lait ou des produits laitiers crus ou non pasteurisés.

Lavez bien les fruits et légumes avant de les consommer.

Lavez-vous les mains avant de manipuler des aliments. Lavez-vous les mains et nettoyez la planche à découper, les comptoirs, les couteaux et ustensiles après avoir préparé des aliments crus.

Alimentation et grossesse

Une alimentation saine variée et équilibré est recommandée durant la grossesse, aucun complément alimentaire en l'absence de carences évidente n'est nécessaire.

Si il n'est pas nécessaire de manger plus durant la grossesse, il est souvent important d'adapter ses prises alimentaires afin d'éviter une prise de poids excessive, et d'être sujet à des hypoglycémies.

Respecter les conseils hygiéno-diététiques de grossesse afin de prévenir les risques infectieux alimentaires (toxoplasmose, listériose, salmonellose).

Limiter les sucres rapides (pâtisseries, sucreries, confiseries, sodas, confitures, miel, pâte à tartiner...). Les fruits seront préférentiellement mangés à la fin des repas.

Fractionner la prise alimentaire. Petit déjeuner, collation à dix heures, déjeuner, collation à seize heures, dîner.

Eviter les sucres rapides le matin et aux collations pour limiter les risques d'hypoglycémie. En effet, le métabolisme des glucides est modifié durant la grossesse.

Nausées et vomissements en début de grossesse

Les nausées et les vomissements du début de grossesse disparaissent spontanément entre 16 et 20 SA. Ces symptômes ne sont pas les signes précurseurs de complications. La réapparition de nausées et de vomissements plus tardivement dans le cours de la grossesse nécessite une consultation médicale.

La cause des nausées et vomissements pendant la grossesse n'est pas connue, l'élévation de l'hormone gonadotrophine chorionique est une des hypothèses retenues en raison de l'association plus fréquente en cas de grossesse multiple et de grossesse molaire.

Si une femme demande ou envisage un traitement, les mesures suivantes peuvent s'avérer efficaces et réduire les symptômes :

Méthodes naturelles :

- gingembre en gélule ; acupuncture.

Méthode médicamenteuse :

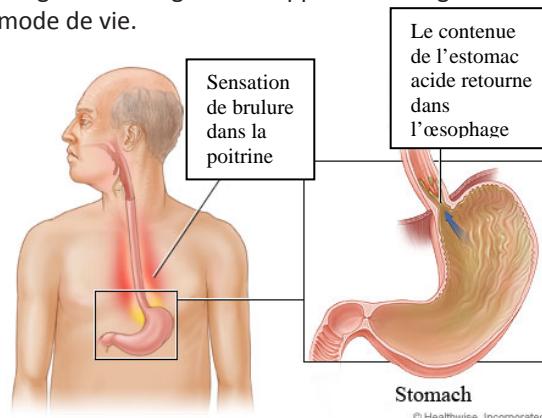
- antiémétiques à prendre 15 à 30 minutes avant les repas.

Pyrosis

En cas de reflux gastro-oesophagien des conseils sont donnés aux femmes pour envisager de modifier leur mode de vie et leur régime alimentaire :

- Importance des postures en particulier une position verticale après les repas ;
- Surélévation de la tête du lit pour dormir ou se reposer ;
- Diminution des apports en graisses, en caféine et en boissons gazeuses ;
- Prise de petits repas fractionnés.

Les antiacides peuvent être proposés aux femmes dont le reflux gastro-œsophagien persiste malgré les changements apportés au régime et au mode de vie.



Mécanisme expliquant le pyrosis

Constipation

La constipation est fréquente durant la grossesse. Des conseils diététiques sont à donner aux femmes en première intention.

Encourager les femmes à changer leur régime alimentaire, en ajoutant des fibres comme le son ou des pétales de blé complet enrichis en son.

Conseiller une bonne hydratation, la pratique de l'exercice physique (marche, natation...), un apport quotidien en fruits et légumes.

Une consommation modérée d'eau riche en magnésium.

Eventuellement la prescription de spécialités lubrifiante à base de paraffine per os. Les laxatifs stimulants sont contre-indiqués



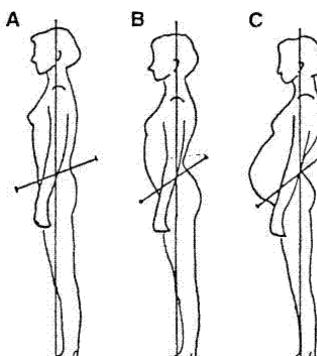
Hémorroïdes

En l'absence de preuves prouvant l'efficacité des traitements anti hémorroïdiaries pendant la grossesse, encourager les femmes à apporter des changements à leur hygiène alimentaire au même titre que la constipation.

Quand les symptômes persistent, l'application locale d'une crème à base d'anesthésiques locaux peut soulager.

En cas de crise hémorroïdaire, éviter les aliments comme les viandes, les plats épicés, les boissons contenant de la caféine.

Utiliser les veinotoniques si besoin.



Modification de la posture au cours de la grossesse

Les varices

Les varices constituent un symptôme courant et bénin de la grossesse.

Le port de bas de contention peut soulager, mais n'empêche pas l'apparition de varices

Des conseils améliorant le retour veineux peuvent être donnés : marche quotidienne, surélévation des membres inférieurs la nuit, éviter l'exposition à une source de chaleur.

Il ne faut jamais minimiser l'apparition de varices, et se souvenir que la femme enceinte possède un risque thromboembolique augmenté. Des varices peuvent se compliquer par des ruptures spontanées (plutôt rares) et des thromboses superficielles.



Bas de contention

Prévention des vergetures

Entre 75 % et 90 % des femmes auraient des vergetures au terme de leur grossesse. Souvent, les premières apparaissent autour du 4e mois, moment où le ventre commence vraiment à s'arrondir. Les vergetures sont de fines stries parallèles et longilignes. Souvent, elles créent de toutes petites dépressions sur la surface de la peau et lui donnent une allure fripée.

Causées par l'extension de la peau et par la rupture des fibres sous-cutanées, on lie leur apparition à une baisse de la production de collagène, qui donne l'élasticité et la force à la peau.

L'efficacité des crèmes en prévention des vergetures n'a pas été démontrée. En outre, l'application récente de crème gêne la réalisation de l'échographie.

On peut toutefois conseiller une prise de poids modérée et régulière pour limiter l'apparition ou l'extension de vergetures.

Elles changeront de couleur, mais ne disparaîtront pas complètement. D'abord violacées, rouges ou rosées, elles passeront à un teint plus nacré quelque temps après l'accouchement.

Sécrétions vaginales

L'augmentation des sécrétions vaginales est un changement physiologique banal dès le début de la grossesse. Une infection vaginale est suspectée si ces sécrétions deviennent abondantes ou sont associées à des démangeaisons, des douleurs, une odeur désagréable ou des brûlures lors de la miction. Des examens complémentaires peuvent être nécessaires pour diagnostiquer une infection.

Lombalgies

La douleur se centralise dans la région lombaire, uni ou bilatérale, elle augmente avec le maintien de postures prolongées, lors d'effort de marche trop long, lors du port de charge répété.

Les exercices dans l'eau, les massages, les séances d'éducation individuelles ou en groupe pour apprendre à soulager le dos peuvent aider pendant la grossesse, mais aussi l'application de chaleur ou au contraire de froid pour diminuer la douleur et détendre les muscles

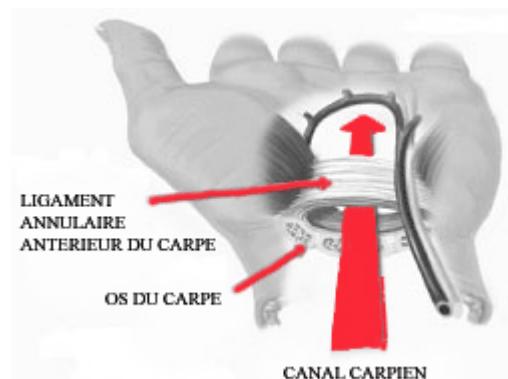
Crampes

Les crampes sont fréquentes lors de la grossesse. La consommation d'aliments riches en magnésium ou la supplémentation en lactate ou en citrate de magnésium peut être efficace.

Syndrome du canal carpien

Cette pathologie est fréquente pendant la grossesse. Elle est liée à la compression du nerf médian dans le canal carpien. Aucune thérapeutique particulière n'a été évaluée lors de la grossesse. Un avis spécialisé peut être demandé dans les formes sévères.

On observe une régression spontanée dans les jours qui suivent l'accouchement.



Le carnet de maternité

Principe

Ce document (ex-carnet de grossesse) a pour but d'apporter une information claire sur le déroulement de la grossesse et de faciliter le dialogue entre la mère et les professionnels du secteur médical ou social qui l'accompagneront tout au long.

Contenu

Il se présente en trois parties :

- un livret d'accompagnement de la grossesse comportant des espaces d'annotations pour la mère et les professionnels qui la suivent ;
- des fiches d'informations pratiques sur les examens à suivre, les soins, les services de préparation, les démarches à entreprendre, assortis de messages de prévention (exemples : conseils alimentaires, de suivi dentaire) ;
- un dossier prénatal de suivi médical à remplir par les professionnels de santé, qui peut être remplacé par le dossier de suivi médical utilisé dans leur réseau de soins.

Il doit impérativement être complété à chaque consultation.

« Quand venir à la maternité ? »

Voici les conseils de fin de grossesse que l'on donne aux femmes lors de la dernière consultation.

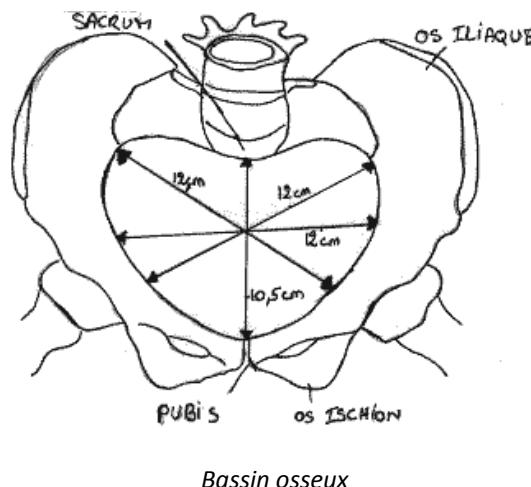
Vous devez vous présenter à la maternité :

- Le jour du terme même si il ne se passe rien.
- Si vous perdez les eaux.
- Si vous ne sentez plus votre bébé bouger
- Si vous perdez du sang.
- Si vous avez des contractions régulières.

Ces informations sont à moduler en fonction des ATCD, du vécu de la grossesse, de la parité...

La Radiopelvimétrie

Bassin	PRP	TM	Indice Magnin
Normaux	> 10,5 cm	> 12,5 cm	> 23
Limites	< 10,5 cm > 8,5 cm	< 11,5 cm > 9,5 cm	< 23 > 20
Chirurgicaux	< 8,5 cm	< 9,5 cm	< 20



La Préparation à la naissance

Les séances de préparation à la naissance ne sont pas obligatoires mais fortement recommandées. Elles sont prises en charge intégralement par la sécurité sociale.

La maternité régionale universitaire de Nancy propose différentes types de préparation (il n'est pas possible de cumuler plusieurs types).

Préparation classique : centré sur la communication, l'information, la respiration, la poussée et la relaxation.

Sophrologie : centré sur la relaxation, le schéma corporel, la visualisation de la grossesse, de l'enfant, de l'accouchement, et de la période post-natale.

Yoga : centré sur la prise de conscience du corps, le soulagement des inconforts, l'apprentissage de l'effort juste et du lâcher prise, de la concentration et de la confiance en soi, et le vécu actif de l'accouchement.

Autohypnose : centré sur la maîtrise des capacités de notre cerveau à nous protéger de la douleur, comprendre les mécanismes de l'accouchement pour les vivres au mieux.

Notes

Notes

Notes

Notes

Notes

Notes

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE SAGE-FEMME**

Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholtz, Nancy

GIRARDIN Gauthier

Promotion 2010

Titre du mémoire : Comparaison des pratiques au sein du service de consultations de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy au vu des recommandations en vigueur et réalisation d'un guide sur le suivi de grossesse à destination des étudiants.

Mots clés : Evaluation des pratiques professionnelles ; Suivi de Grossesse ; Guide ; Protocole ; Consultations Prénatales ; Consultations Externes.

Résumé :

Les textes de lois et les recommandations de la HAS encadrent le suivi de grossesse en fixant le nombre de consultations ainsi que leur contenu mais nuls ne précisent la durée que doivent observer les sages-femmes auprès de leurs patientes. A la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, la durée de ces consultations est fixée à trente minutes, une heure pour la première consultation et l'EPI. Or avec la mise en place de la Tarification à l'Activité, la durée de ces consultations fut remise en cause.

La rédaction d'un protocole sur le suivi de grossesse par les sages-femmes permettra non seulement d'affirmer le contenu de chaque consultation et ainsi d'en défendre la durée, mais présente aussi une occasion de vérifier le bien fondé scientifique des pratiques non validées basées sur l'expérience personnelle. Par la suite, elle permettra de créer un guide mémoire de poche à destination des étudiants de l'Ecole de Sages-Femmes de Nancy.

Summary:

The law and the recommendations made by the Department Of Health supervise the follow up of pregnancy by determining the number of consultations as well as their contents. But nothing is specified concerning the time the midwives have to spend with their patients. At the Regional Maternity in Nancy, the consultation lasts 30 minutes, 1 hour for the first consultation or the individual prenatal interview. But with the setting up of the "T2A", (The number of activities determine the funds the maternity can receive), this will probably change.

The writing of a medical protocol on the monitoring of the pregnant women by the midwives will permit to define the content of each consultations and thus to promote the usefulness of longer one. Based on the informal and personal experience of the midwives it will be also a means to demonstrate scientifically that a longer consultation is truly necessary.

In the feature, it will permit to write a pocket guidebook for the students at the midwife school in Nancy.