



GYNAIX OPTIS

Samedi 18 janvier 2020

MAISON MÉDITERRANÉENNE DES SCIENCES
DE L'HOMME - AIX-EN-PROVENCE

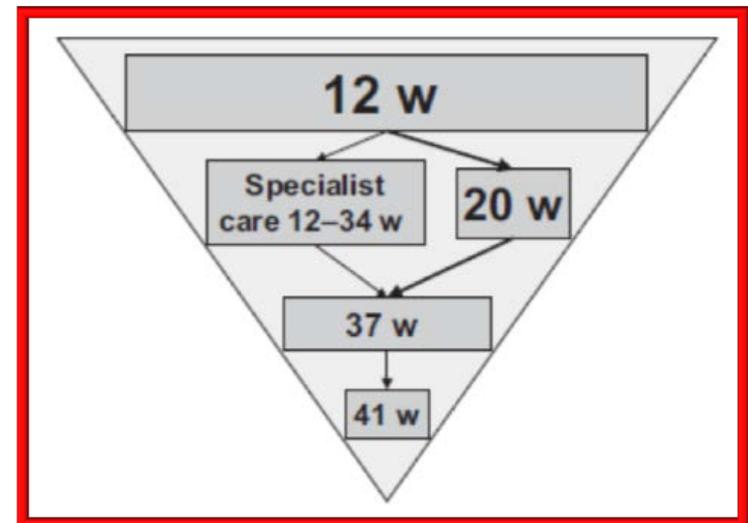
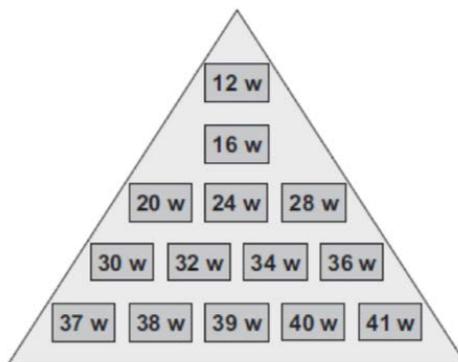
Dépistage des patientes à risque au 1^{er}T.
Quelles prises en charge initier ?

Dr M.Groussolles



Pourquoi ?

- La majorité des grossesses sera physiologique
- Le 1^{er}T = moment important +++ permet de
- Reconnaître les patientes les plus à risque pour
 - Prévenir, anticiper les complications
 - Etablir une surveillance personnalisée
 - Rapprocher la patiente d'un centre adapté si besoin



Turning the pyramid of prenatal care
Nicolaides KH; Fetal Diagn Ther 2011

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

Mise à jour Mai 2016

HAS

Encadré 3. Déroulement de la 1^{re} consultation avant 10 SA.

a. Établir le diagnostic de grossesse	- Interrogatoire, examen clinique - β -hCG qualitatif en cas de doute
b. Dater la grossesse	Échographie de datation dans les cas incertains
c. Réaliser un examen clinique général et gynécologique	Prise de la pression artérielle, mesure de la taille, du poids, examen des seins, frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans) ^(a)
d. Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) (cf. <i>tableau 1</i>)	Adaptation du traitement en cours
e. Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	Dépistage combiné du 1 ^{er} trimestre de la grossesse, associant mesure de la clarté nucale (échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β -hCG libre) ^(b)
f. Prévenir les malformations du tube neural (jusqu'à 8 SA)	Complément nutritionnel : supplémentation en folates à raison de 400 μ g/jour ^(c)
g. Donner une information orale sur le suivi général de la grossesse (étayée par une information écrite disponible dans le carnet de maternité ^(h))	Alimentation et mode de vie, risques infectieux alimentaires, organisation des soins au sein d'un réseau périnatalité, droits et avantages liés à la maternité, examens de dépistage, sensibilisation aux effets du tabagisme ^(d) , de la consommation d'alcool ^(e) , de l'usage de drogues ^(f) et de médicaments tératogènes ^(g)

Interrogatoire ++++++



- Prendre le temps, moment de refaire un point même si on connaît la patiente depuis « longtemps »
- ATCD Personnels médicaux ET chirurgicaux
- Familiaux (au 1^{er} degré au moins)
- Recherche de prise médicamenteuse (automédication ++) ou traitement chronique
- Expositions aux toxiques (professionnels ou environnementaux)
- Vaccinations à jour ? Groupe sanguin et RAI récent ?
- Ex: conisation il y a 5 ans...=> MAP ?
- FDR de diabète ? HTA ? Dysthyroidie ?
- Adaptation thérapeutique ?; médicaments contre indiqués ?
- Tabac, OH, cannabis...informationssss nécessité d'adaptation professionnelle ?

□ Risques maternels

- Pré éclampsie
- Diabète (pré existant ou gestationnel)
- Dysthyroïdie
- Pathologie pré existante déstabilisée par la grossesse: épilepsie, asthme, auto immune
- Infectieux, état bucco dentaire
- Psychique +++
- ...

□ Risques foœtaux

- Aneuploïdies
- Malformatif
- Anémie
- Grossesses multiples
- Prématurité
- Infectieux: CMV, parvo...
- ...

= évaluables DÈS le 1^{er}T

Pathologies maternelles pré existantes

- ▣ HTA
- ▣ Epilepsie
- ▣ Asthme
- ▣ Cardiopathies, greffes
- ▣ Auto immunes.....

- ▣ PENSER à:

- ▣ = le(s) traitement(s) est-il équilibré ? Adapté à la grossesse ?
- ▣ = cs spécialisée pour réévaluation en début de grossesse ?
- ▣ Déclaration / avis pharmacovigilance ?
- ▣ Prise de contact avec maternité adaptée au niveau de risque ?



Vaccinations

- Patiente
- Conjoint(e) et entourage
- Buts:
 - Prévenir complications infectieuses pendant la grossesse responsables de MAP, prématurité, détresse respiratoire maternelle
 - Prévenir les complications pédiatriques du nourrisson

Recommandations vaccinales 2018

- Seuls les vaccins vivants: ROR, varicelle et BCG sont contre indiqués pendant la grossesse ; cependant si réalisé(s) pendant la grossesse ce n'est pas une indication à interrompre la grossesse ! = à faire AVANT grossesse
- La vaccination contre la fièvre jaune peut être justifiée lors de séjour en zone d'endémie
- Le vaccin anti-grippal est recommandé pendant la grossesse
- Le DTCP est possible pendant la grossesse !

Rhésus

Mise à jour 2017 des RPC 2005 du CNGOF

- Une double détermination de groupe sanguin RhD et une recherche de RAI doivent être obtenues dès le premier trimestre de la grossesse chez toutes les femmes
- Si le conjoint est de groupe Rhésus D positif ou inconnu, un génotypage RhD foetal sur sang maternel est réalisé à partir de 11 SA, que la grossesse soit monofoetale ou multiple
- Si le foetus a un génotype RhD négatif sur un premier prélèvement, un contrôle devra être effectué sur un second prélèvement réalisé après 15 SA et avec au moins 15 jours de délai par rapport au premier prélèvement.

- Lorsqu'une femme est RhD neg et son conjoint RhD positif ou inconnu et non vérifiable; le foetus sera RhD neg dans 1/3 des cas
- Rq: génotypage conjoint possible pour dépister hétérozygotie ou homozygotie pour le Rhésus (CNRHP)
- Une patiente connue avec RAI anti-D qui démarre une nouvelle grossesse = faire génotypage rhésus foetal car surveillance spécifique à mettre en place si Foetus positif dès 16 SA: dépistage anémie foetale (mesure du pic ACM); et dosage pondéral des Anti-D a réaliser dans labo spécialisé (CNRHP)
- Si foetus Rh+: informer patiente / métrorragies et nécessité d'injection à 28 SA de Rophylac°

Diabète... 1, 2, MODY...

Type 1

Référentiel de la Société Francophone du Diabète (SFD) 2010

Mère

- L'optimisation du traitement permet d'améliorer le contrôle glycémique et de réduire le risque d'hypoglycémie sévère
- Acido cétose: 2 à 3 % au cours de la grossesse; risque de 10 à 20 % de mort foetale
- La prévalence de la prééclampsie est de 12 à 20 %, cinq fois plus élevée que dans la population générale; Ce risque augmente en cas de rétinopathie ou de néphropathie préexistantes

Foetus

- Fausses couches X 2 (30 % si HbA1c > 8 %)
- Malformations: 4 à 15 % (vs 2%); La relation entre le risque de malformation foetale et l'HbA1c péri-conceptionnelle est continue
- La prématurité modérée, 32 et 37 SA, = 5 X plus fréquente que dans la population générale
- Risque de grande prématurité < 32 SA pour les patientes ayant une néphropathie.

- = programmation de la grossesse +++
- Objectifs d'Hba1c le plus bas possible (<6,5%)
- Supplémentation en acide folique (au moins 4 sem avant conception) jusqu'à 12 SA
- Bilan minimum de dépistage des complications à faire si non fait:
 - la rétinopathie (rétinographe ou fond d'œil),
 - la néphropathie (créatininémie, microalbuminurie ou protéinurie),
 - la cardiopathie ischémique (au minimum un ECG).
 - une thyroïdite d'Hashimoto (TSH, anti-TPO).
- Vérifier l'absence de médicaments CI: IEC, Sartan, statines
- Consultation diététique effectuée de préférence par un(e) diététicien(ne) spécialisé(e) en diabétologie.
- ECBU mensuel
- Suivi conjoint obstétricien / diabétologue et lieu accouchement adapté (niveau 1 déconseillé sauf si pédiatre sur place et diabétologue joignable)

Type 2, MODY et gestationnel précoce

RPC du CNGOF 2010

- FDR de diabète:
 - Age > 35 ans
 - BMI élevé > 25
 - Précarité
 - ATCD familial au 1^{er} degré
 - ATCD de fœtus macrosome
 - ATCD de diabète gestationnel
 - SOPK
 - Origine ethnique

- Glycémie à jeun:
 - Si $\geq 1,26\text{gr}$ = diabète pré gestationnel méconnu
 - Entre 0,92 et 1,25 gr = diabète gestationnel précoce

- Hba1c $\geq 6,5\%$ = diabète pré gestationnel

- Le DG est associé à un risque accru de pré-éclampsie et de césarienne

Dysthyroïdies

European Thyroïde Association 2014 Lazarus et al
American Thyroïde Association 2017 Alexander et al

- Dosage TSH sur FDR:
 - ATCD familiaux
 - ATCD personnel, chirurgie cervicale ou radiothérapie
 - Vomissements incoercibles
 - Goitre
 - Pathologie auto-immune
- Objectifs TSH: < 2,5 UI si traitée
- TSH mensuelle si traitement
- Si Basedow => dosage des TRAK (Ac anti récepteur de la thyroglobuline)
 - Si + = écho foétale mensuelle à partir de 18 SA
- Rq: attention à effet TSH « like » de la BhCG en début de grossesse (gémellaire +++) qui fait baisser la TSH < 0,5

BMI – chirurgies bariatriques

Recommandations BARIAMAT 2018

- Les femmes enceintes obèses ou en surpoids peuvent restreindre leurs apports, mais jamais en dessous de 1600 kcal/j
- Prise de poids recommandée:

Poids	IMC (Poids/taillé ²) avant grossesse	Prise de poids totale recommandée (en kg)
Maigreur	< 18,5 kg/m ²	12,5 à 18
Poids normal	18,5 à 24,9 kg/m ²	11,5 à 16
Surpoids	25 à 29,9 kg/m ²	7 à 11,5
Obésité*	≥ 30 kg/m ²	5 à 9

- Chirurgie bariatrique:
 - Pas de grossesse dans les 12-18 mois suivant chirurgie
 - Poids stabilisé
 - Programmation grossesse +++ suppléments
- Dosage vitaminique +++++
- Dépistage diabète gestationnel:
 - Systématique au 1^{er} T: glycémie à jeun < 0,92 et Hba1c < 5,9%
 - Si Bypass: pas d'HGPO ! => holter glycémique
- Surveillance échographique
 - Echo de datation (souvent cycles irréguliers)
 - Echo 18 SA si non supplémentées (anomalies morpho)
 - Surveillance croissance si BMI très faible < 18 ou > 35

Dosages recommandés avant et pendant la grossesse

	En préconceptionnel	Au moins à chaque trimestre	U
Ionogramme, magnésémie, calcémie, phosphorémie, 25OH vitamine D, PTH, albuminémie, préalbuminémie	X	X	Bien spécifier: « bilan post chirurgie bariatrique » (vit D, zinc)
NFS, TP, coefficient de saturation, ferritine, vitamine B12, folates, zinc	X	X	Dosages non remboursés: - Vitamine B1 - Sélénium - Vitamines K, C, PP
Vitamine B1	X		Carence initiale ou vomissements répétés (ne pas attendre le résultat du dosage pour substituer)
Vitamine A	X		Carence initiale ou BPG en Y ou omega/DBP/SADI
Sélénium	X		Carence initiale
Cuivre			Anémie réfractaire au fer oral
Vitamines K, B6, C et PP			Troubles neurologiques, carences multiples et profondes...

HTA = >14/9

Consensus d'Experts de la
Société Française d'Hypertension Artérielle* (SFHTA) et du CNGOF 2015

- 1) Hypertension artérielle chronique (préexistante à la grossesse ou constatée avant la 20e SA)
- 2) Hypertension artérielle gestationnelle sans élévation pathologique de la protéinurie (constatée après la 20e SA)
- 3) Pré-éclampsie définie par une HTA (contrôlée ou non) associée à une protéinurie pathologique après la 20e SA.

- Pour prévenir la survenue d'une pré-éclampsie, il est recommandé de prescrire de l'aspirine à faible dose (75- 160 mg) uniquement chez les patientes ayant un antécédent de pré-éclampsie. Ce traitement doit être débuté avant 16 SA.

- Il est suggéré de proposer, chez la femme ayant une HTA chronique ou ayant eu une hypertension gestationnelle durant la grossesse précédente, une consultation pré-conceptionnelle dont les objectifs seront :
 - - d'évaluer et d'informer des risques en cas d'une nouvelle grossesse (récidive d'HTA ou de pré-éclampsie ou de RCIU, ou de prématurité...)
 - - de discuter d'un bilan étiologique de l'HTA à réaliser avant de débiter la grossesse
 - - de retarder une nouvelle grossesse devant une HTA sévère jusqu'à l'amélioration du contrôle de l'HTA
 - - d'adapter les familles de traitements antihypertenseurs en prévision d'une nouvelle grossesse
 - - de proposer un suivi coordonné spécifique lors d'une nouvelle grossesse
 - - d'informer sur la nécessité ou non d'un traitement par aspirine.

MAP

- Utérus malformé connu ?
- ATCD de conisation (surtout si < 1 an)
- ATCD d'accouchement prématuré (avant 37 SA) ou FCT
- Grossesse multiple

- ▣ TABAC = associé à une augmentation de la prématurité spontanée (NP2)
- ▣ Les troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété et le stress maternel sont significativement associés à la prématurité globale (NP1)
- ▣ Un délai de moins de 18 mois entre 2 grossesses est associé à un risque d'accouchement prématuré (NP3)
- ▣ En cas d'antécédent de fausse couche tardive ou d'accouchement prématuré, il est recommandé de rechercher une malformation utérine
- ▣ Précarité

CAT

- les femmes enceintes de grossesses monofoetales asymptomatiques et sans antécédent d'accouchement prématuré présentant un col < 20 mm entre 16 et 24 SA sont la seule population pour laquelle un traitement par progestatif est recommandé.
- La pratique d'une activité sportive régulière pendant la grossesse n'augmente pas le risque d'accouchement avant 37 SA (NP2) et est recommandée chez les femmes présentant une grossesse normale
- il n'a pas été démontré de bénéfice à dépister et à traiter la vaginose bactérienne dans la prévention du risque d'accouchement prématuré spontané
- Un cerclage est recommandé pour les femmes présentant une grossesse monofoetale avec un antécédent d'au moins 3 FCT ou d'accouchement prématuré (grade A)
- En cas d'antécédent de FCT ou d'accouchement prématuré spontané avant 34 SA d'une grossesse monofoetale, il est recommandé de réaliser un monitoring echo de la longueur cervicale entre 16 et 22 SA pour pouvoir proposer un cerclage en cas de col < 25 mm avant 24 SA

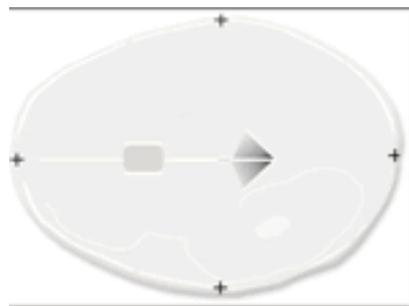
Écho T1 (11-14 SA)

■ Recommandations du CFEF:

- Biométries indispensables: LCC, CN, BIP
- LCC et BIP (à partir de 10 SA) pour dater DG
- Correction du DG si décalage > 5 jours par rapport à DDR

■ Buts:

- Localisation de la grossesse
- Évolutivité (Activité cardiaque +, MAF)
- Datation de la grossesse (décalage avec DDR)
- Nombre de fœtus
- Morphologie et biométries foétale
- Vérification des annexes (kyste ovarien ?)



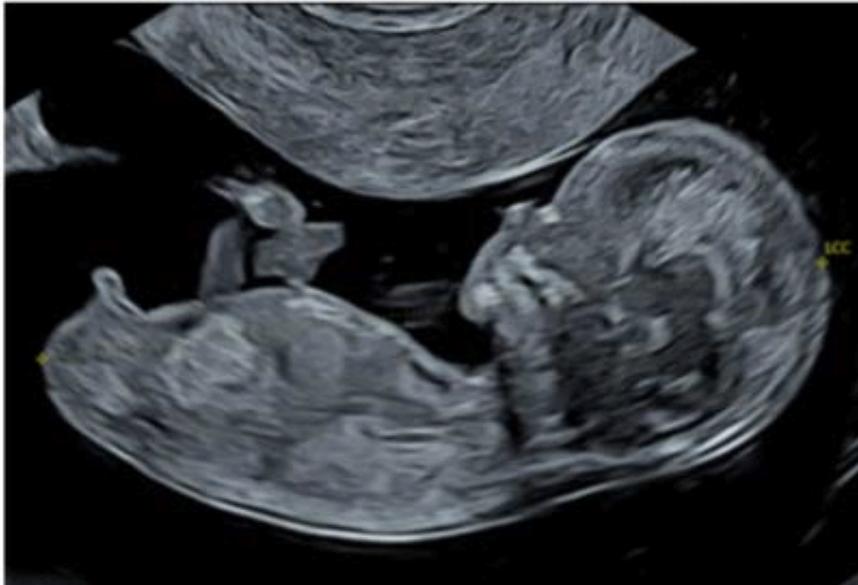
Score de Herman = pour la mesure de la CN

- Sur 9 points; non utilisable si < 4 pour le dépistage combiné

CRITÈRES QUALITÉ

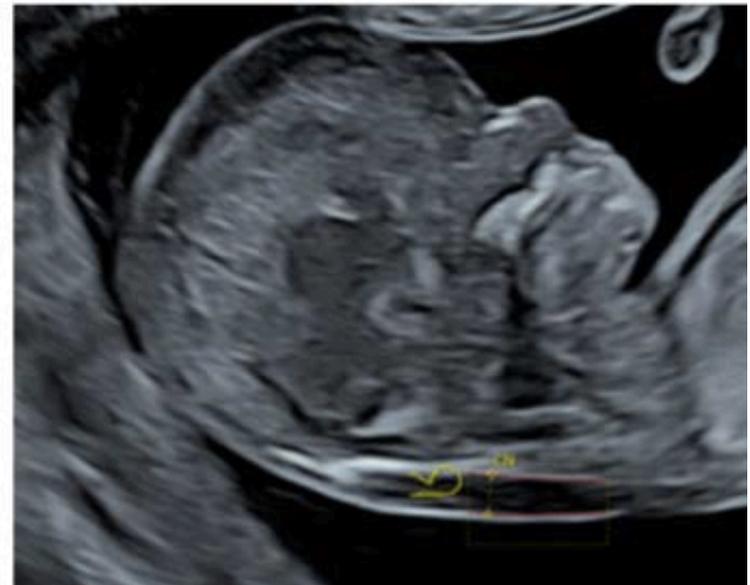
LCC

- Foetus occupant plus de la moitié de l'image
- Coupe sagittale 2
- Position neutre de la tête 1
- Extrémité céphalique dégagée
- Extrémité caudale dégagée
- 2. • Calipers correctement placés (*aux interfaces cutanées*)



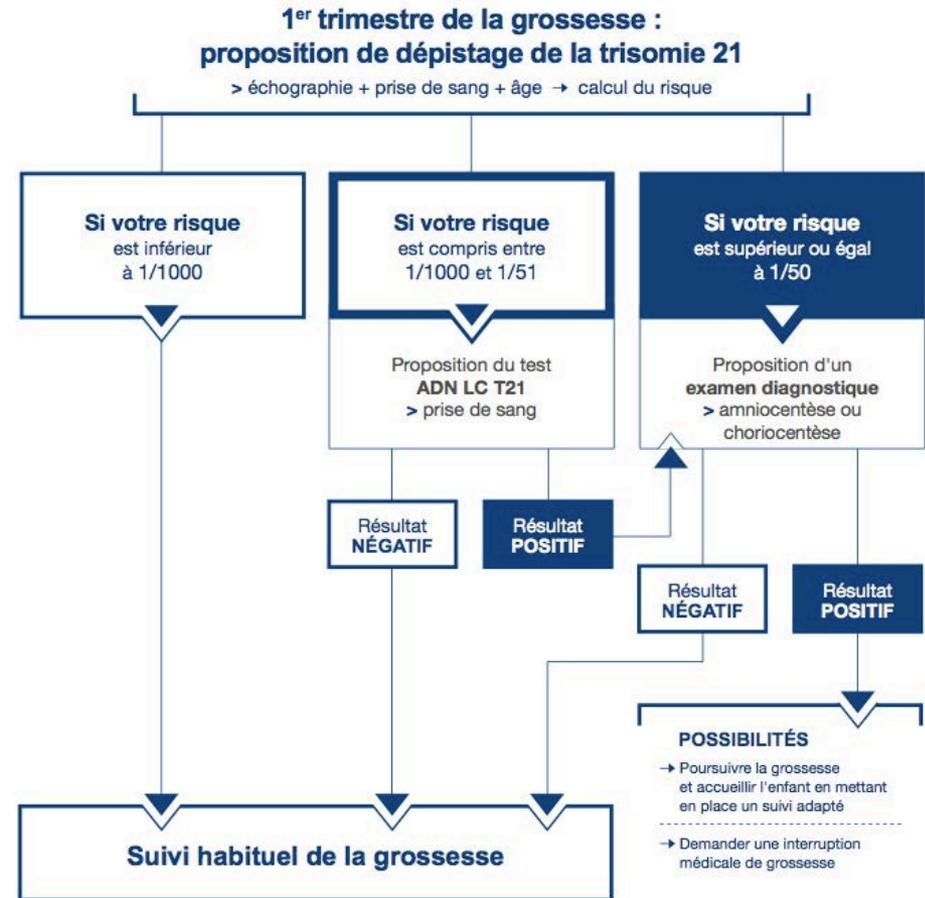
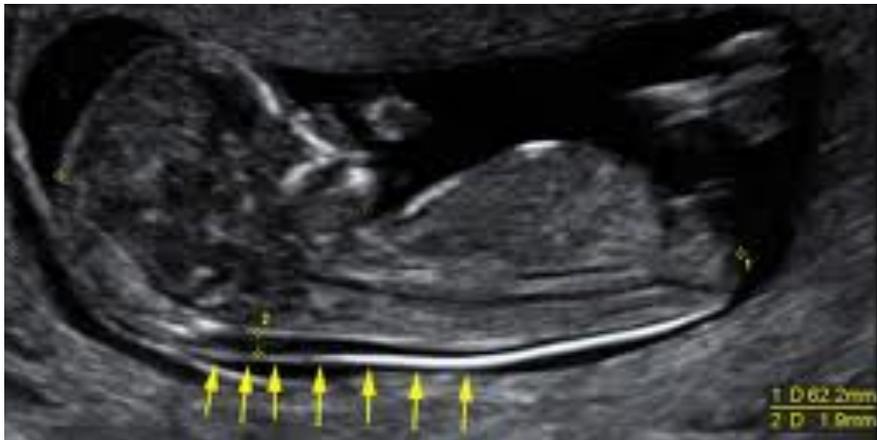
CN

- Plan sagittal strict
- Calipers bien positionnés
- Continuité de la peau 2
- Position de la tête (*flexion intermédiaire*)
- Membrane amniotique identifiée 1
- Zoom suffisant 1



Dépistage T21: reco HAS janvier 2019

- Doit être proposé obligatoirement
- N'est pas obligatoire !!
- Age + écho + biologie



Il n'est plus recommandé de réaliser le dépistage séquentiel du 2nd T
=> Dosages des marqueurs seuls du second trimestre + âge de la mère

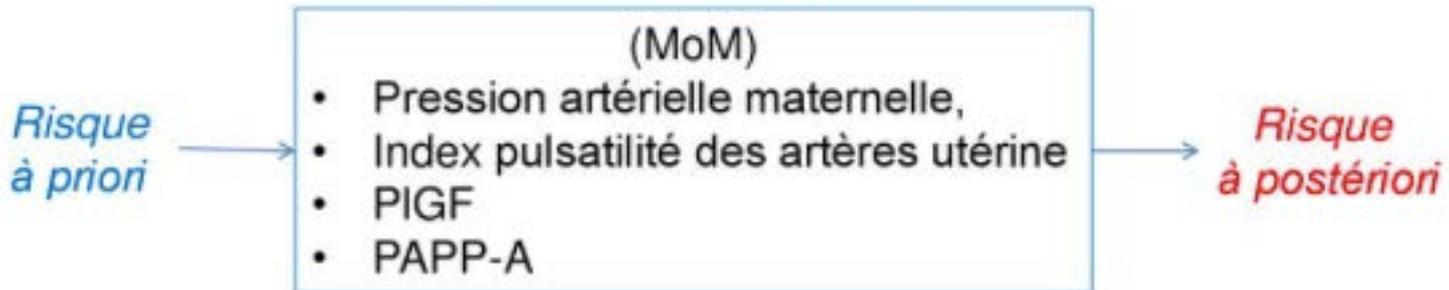
- Depuis janvier 2019, le dépistage par ADNlc figure à la NABM sur les indications suivantes :
 - risque évalué par les MSM compris entre 1/51 et 1/1000
 - risque évalué par les MSM \geq 1/50 si la femme enceinte ne souhaite pas de prélèvement invasif
 - grossesse multiple
 - antécédent de grossesse avec trisomie 21 foétale
 - parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21 après conseil génétique.

Pre eclampsie

- Incidence:
 - PE en France = environ 1% en population générale,
 - 1,5% pour les nullipares (1 à 3%),
 - 0,8% pour les multipares (0,5 à 1,5%)
 - PE dans les pays industrialisés = entre 2 et 5% (Etats unis, Canada et Europe de l'ouest)
 - PE + Pathologies HTA de la grossesse (France) = 5 à 8%
- Identifier correctement et précocement les femmes à risque pour organiser un suivi adapté au niveau de risque
- 1 traitement préventif efficace : l'ASPIRINE, si administrée AVANT 16 SA ; RR 0,11 (IC à 95% 0,04 à 0,33; $p < 0,001$) de développer une PE <34 SA

Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia

Essai ASPRE 2017 Nicolaides



Method of screening	Detection rate		
	PE <34 w	PE <37 w	PE ≥37 w
Maternal factors	58%	50%	38%
Maternal factors plus:			
MAP	65%	60%	43%
MAP, UTPI	80%	70%	44%
MAP, PLGF	85%	73%	47%
MAP, UTPI, PLGF	90%	75%	47%

Grossesses multiples

- Etablir la **CHORIONICITÉ** au 1^{er}T +++; repérer insertion des cordons
- MONO-choriale = 1 placenta pour plusieurs foetus
 - = écho tous les 15 jours dès 12 SA
 - DO et ACM pour les 2 foetus dès 16 SA
- BI-choriale = chaque foetus a son placenta
 - 1 echo / mois dès 12 SA
- Dépistage T21 par CN et ADNlc
- +/- echo col à 12 SA pour valeur initiale

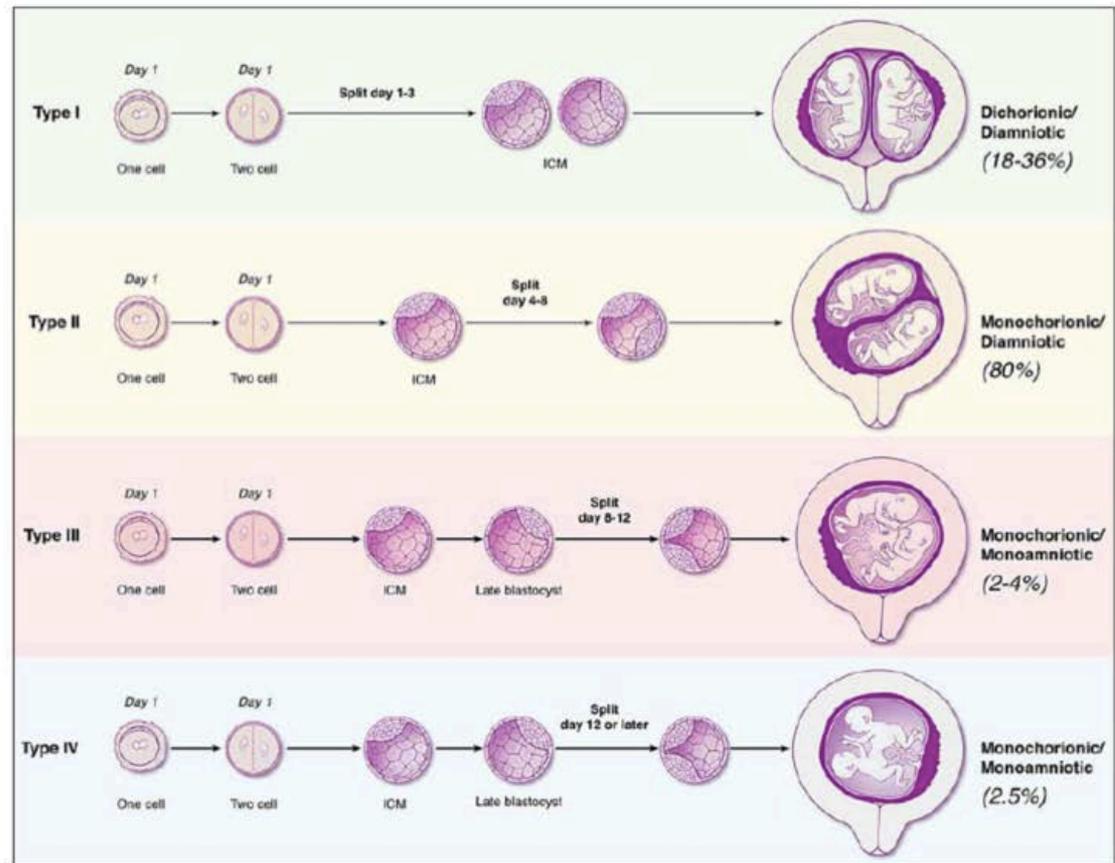
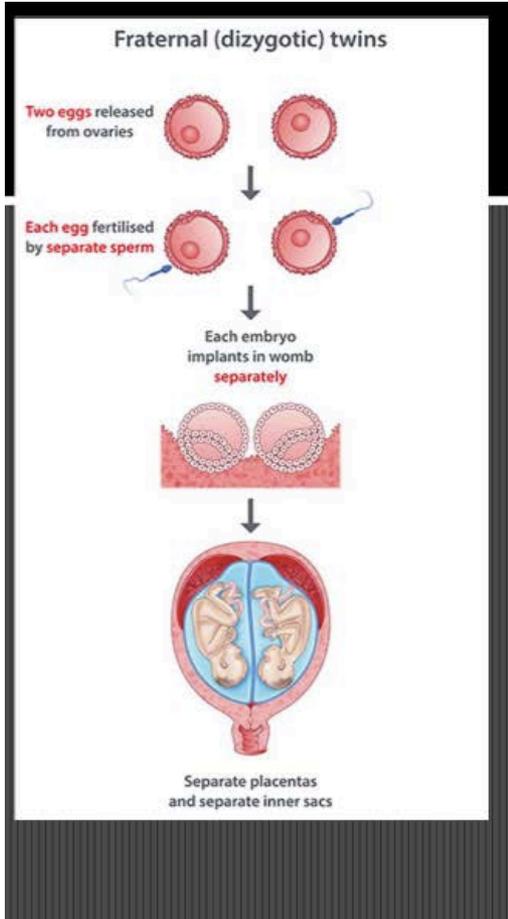
Lambda = Bichoriale



« faux lambda » = MONOchoriale



Zygocité \neq Chorionicité



Di-zygote => Bi-Choriale

Mono-zygote => Bi-Choriale et Mono-choriale !!

Risque psychique

- A ne pas méconnaître et à rechercher
- ATCD personnels et familiaux
- Poser les questions
- Orienter (remettre coordonnées) vers un service spécialisé en périnatalité
- Pas de modifications thérapeutique (pas d'arrêt de traitement) sans avis du spécialiste psy

Troubles psychiatriques périnataux

Deux grandes catégories diagnostiques

1. Troubles psychiatriques chroniques pré existants :
 - ▣ De plus en plus de grossesse chez les patientes bipolaires, psychotiques
 - ▣ Posent le problème des psychotropes avec grossesse et allaitement
 - ▣ Et de l'étayage des interactions, voire de la protection de l'enfance
 2. Troubles spécifiques de la périnatalité :
 - ▣ Se déclenchent du fait du devenir parent entre la conception et 1 an du bb
 - ▣ **Très fréquents (environ 25% des femmes et 10-15% des hommes)**
 - ▣ Actuellement suicide = 1^{ère} cause mortalité maternelle
- ▣ Dans tous les cas :
- ▣ A haut risque de troubles des interactions parents bébé et du développement chez l'enfant (environ 1 enfant/4 aura des « séquelles »)
 - ▣ Les troubles du PP sont mieux dépistés que ceux de la grossesse
 - ▣ Attention les troubles du sommeil sont souvent le signe d'appel et ne doivent pas être banalisés si non récupération en journée

Si grossesse et trouble psychiatrique chronique

- Au mieux : consultation préconceptionnelle
- Si traitement psychotrope :
 - **Ne pas l'arrêter en urgence** sauf VALPROATE
 - Concertation pluridisciplinaire nécessaire
- Si Lithium ou IRS : écho cardiaque foetale
- Nécessité :
 - d'un suivi pluridisciplinaire de la grossesse COORDONNE ++
 - Psy d'adulte+pédopsy+PMI+obst+généraliste+sage-femme...
 - d'un entretien du 4^{ème} mois et de prépa naissance

Dépister et agir dès la grossesse

Facteurs de vulnérabilité psychiques

Antécédents psychiatriques personnels
Antécédents psychiatriques familiaux
Addictions
Maltraitance, carence, abus dans l'enfance
Conflits familiaux, conjugaux, deuils récents
Précarité socio-économique

Facteurs culturels

Femme migrante
Langue étrangère
Éloignement de la famille
Rites et coutûmes

Facteurs obstétricaux

Primiparité
Antécédent mort fœtale (IMG/MFIU)
Grossesse ado ou tardive
Grossesse non désirée
Grossesse pathologique
Accouchement traumatique
Malformation fœtale
Prématurité

1. Réaliser un entretien prénatal précoce

2. Activer le réseau de soutien périnatal :

- PMI
- Sage femme libérale
- Assistante sociale
- Psychiatrie d'adultes
- Psy périnatale

Comment vous sentez-vous dans votre corps ?
Comment supportez-vous les nausées ?

Diriez vous qu'être enceinte c'est plus de stress que de plaisir ? Pleurez-vous souvent ? Avez-vous perdu l'envie, le plaisir de faire des choses ?

Dormez-vous autant que d'habitude ? Réparti pareil sur la journée ? Vous réveillez-vous fatiguée ?

Vous disputez vous avec votre conjoint ? Y a t il de la violence parfois ? Physique ? Verbale ? Sexuelle ?

Parfois les tentations sont là même pendant une grossesse : où en êtes vous de vos consommations de tabac/cannabis/cocaïne/alcool ...?

Comment avez-vous appris votre grossesse ?
Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?

*Avez-vous de bonnes relations familiales ?
Vous sentez vous seule ?*

Vous sentez vous nerveuse, manquez-vous de patience ?
Vous arrive-t-il de ne pas vous contrôler ? De casser ?
De taper ?

Avez vous des problèmes alimentaires ?

Troubles de l'humeur du Post Partum

Baby Blues
(syndrome du 3e jour)

30-80%

Labilité émotionnelle
Anxiété maternelle
Dysphorie
Plaintes somatiques
Insomnies (quand
bb se rendort)

Début 2e à 5e j
Pic : 3e j

Durée 4 à 7 j

Dépression
post-partum

10-20%

Episode dépressif
Culpabilité ++
Anxiété et irritabilité
Sentiment
d'incompétence
maternelle
Phobies d'impulsion

+/- Délire (bébé, filiation)

Début 7j - 1 an
Pic : 4-6 sem

Durée 15j - 1 an

Psychose puerpérale
(trouble psychotique bref
du PP)

1 à 3 / 1000

Agitation
+
Dépression/manie
+
Délire oniroïde
+
Confusion



Début 4 semaines
Pic : 10e j

Durée 5j - 25 j

Risque social / conjugal

- Rechercher à l'interrogatoire des situations à risque de violence dans le couple ou la cellule familiale
- Entretien en face à face avec la patiente
- Connaître les structures d'accueil de la région ou les ressources administratives et associatives de proximité
- Dépister:
 - poser la question de façon systématique
 - Observer la communication non verbale
 - Traduire le motif de consultation, les prétextes
 - Utiliser un tiers pour poser les questions

Film Anna

- <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html>
- <https://www.dailymotion.com/video/x2aqqe9>

The screenshot shows the website stop-violences-femmes.gouv.fr. At the top left is the French Republic logo and the text 'SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE L'EQUALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES ET DE LA LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS'. At the top right is the 'ACTION ÉGALITÉ' logo with 'FEMMES HOMMES' and 'GRANDE CAUSE DU QUINQUENNAT' below it, along with Facebook and Twitter icons. The main content area has a red header with the text 'VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES LA LOI VOUS PROTÈGE' and 'VIOLENCES FEMMES INFO APPELEZ LE 3919 *Appel anonyme et gratuit.' To the right of this header is the text 'EFFACER LES TRACES DE VOTRE PASSAGE QUITTER RAPIDEMENT CE SITE'. Below the header is a breadcrumb trail: 'Accueil > Je suis un-e professionnel-le > Ressources et outils > Outils de formation : Violences au sein du couple et les violences sexuelles'. There are two red buttons: 'J'AI BESOIN D'AIDE' and 'JE SUIS UN-E PROFESSIONNEL-LE'. Under 'JE SUIS UN-E PROFESSIONNEL-LE', there is a section titled 'Outils de formation : Violences au sein du couple et les violences sexuelles' with a list of resources including 'Le rôle des professionnel.le.s', 'Ressources et outils', 'Télécharger les outils de formation sur les violences faites aux femmes', 'Outils de formation : Harcèlements sexistes et violences sexuelles', 'Outils de formation : Mutilations sexuelles féminines', 'Outils de formation : Mariages forcés', 'Clips pédagogiques : Paroles d'expert.e.s', and 'Modèles de certificats, attestations'. To the right of this list is a larger section titled 'Outils de formation : VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE ET LES VIOLENCES SEXUELLES' with the sub-heading 'Les outils de formation sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles'. This section contains text about the MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) and a link to download the training tools: 'Pour télécharger les outils de formation [CLIQUER ICI](#).' At the bottom of this section is a button that says 'Le kit « Anna »'.

Fiche-réflexe à destination des professionnel.le.s

Et si la femme que vous accueillez était victime de violences conjugales ?

Formes de violences

Verbales

injures, menaces, intimidations, dévalorisations...

Psychologiques

humiliation, harcèlement, chantage affectif, interdiction de fréquenter des amis, des collègues, la famille, chantage autour des enfants...

Matérielles

briser ou lancer des objets...

Physiques

bousculades, coups avec ou sans objet, strangulations, morsures, brûlures, séquestrations...

VIOLENCES CONJUGALES

Administratives

confiscation et/ou chantage autour de : carte nationale d'identité, passeport, livret de famille, carnet de santé, titre de séjour, diplôme...

Economiques

contrôle des dépenses, suppression de la carte vitale, des moyens de paiement, interdiction de travailler...

Sexuelles

actes et pratiques sexuelles imposées (attouchements, relations multipartenaires, pornographie, prostitution, rapports non protégés...) ou viols

Points de vigilance

Les violences conjugales concernent tous les milieux sociaux, tous les âges, tous les niveaux d'études, toutes les cultures.

- Circonstances à risque : jeune âge, grossesse, séparation
- Signes de coups et blessures
- Comportement de la femme : contrainte dans son emploi du temps (pressée de rentrer), dépression
- Comportement du conjoint : attitude hyper-prévenante, prise de pouvoir, alcoolisme...

N'hésitez pas à poser la question :

« Avez-vous subi ou subissez-vous des violences dans votre vie, dans votre couple ? »

Quelle posture adopter ?

L'agresseur :

A l'inverse, le.la professionnel.le :

- L'humilie L'écoute avec attention, respect et bienveillance
 - Lui fait peur Parle d'un ton calme et avec empathie
 - La dévalorise Se montre disponible et crée un climat de confidentialité
 - L'isole Ne banalise, ne minimise pas les faits
 - La culpabilise La rassure en lui indiquant un réseau de professionnel.le.s
 - La fait taire L'aide à identifier les soutiens ou relais possibles dans son entourage
 - La fait taire La déculpabilise en lui signifiant qu'aucune attitude de sa part ne justifie une agression
- Rappelle que les actes et les faits relatés sont interdits et punis par la loi

Dans tous les cas, respecter le rythme et les décisions de la victime

À éviter : « Vous êtes restée avec cet homme pendant tout ce temps ? », « Vous vous rendez compte de ce qu'il vous a fait subir ? », « Êtes-vous consciente que vous ne protégez pas vos enfants ? », « Pourquoi vous acceptez ça ? »

À dire à la victime : « Je vous crois », « Vous avez des droits et des professionnel.le.s peuvent vous accompagner », « L'agresseur est le seul responsable des violences », « La loi interdit et punit les violences ».

Quelles orientations proposer ?

	Accueil, écoute, accompagnement	Hébergement	Info juridique spécialisée	Lieux de permanences
Associations spécialisées				
PREV	■ APIAF 31 rue de l'Etoile, Toulouse 05 62 73 72 62	♀	♀	Toulouse
	■ Olympe de Gouges 43 rue Jean de Pins, Toulouse 05 62 48 56 66	♀	♀	Toulouse dont Hôpital J. Ducuing
	■ SAVIF/PEA 2 rue Saint-Jean, Toulouse 05 61 25 16 13	♀		Toulouse
	■ Du côté des Femmes 8 rue Jean Jaures, Muret 05 34 63 16 74	♀	♀	Muret
	■ Femmes de papier 7 rue de la République, St-Gaudens 05 61 69 43 07	♀		Saint-Gaudens
CIDEF	■ CIDFF 95 grand rue Saint-Michel, Toulouse 05 34 31 23 31	♀		Toulouse, Blagnac, Tournefeuille, Colomiers, Muret, Saint-Gaudens
	■ AVAC 17 rue Peyras, Toulouse 05 61 21 05 28	♀		Toulouse
Associations d'aide aux victimes				
UNAFEM	■ SAVIM 49, boulevard Lascrosses, Toulouse 05 62 30 09 62	♀		Toulouse, Tournefeuille, Colomiers, L'Union, Cugnaux, Muret
	■ ACCISE place Clémenceau, St-Gaudens 06 81 35 72 61	♀		Saint-Gaudens, Aspet, Cazères, Boulogne-sur-Gesse, Salles-du-Galat

En cas d'urgence :

Police/Gendarmerie : **17** N° d'urgence sourds et malentendants (remplace 15, 17 et 18) : **114 (SMS)**
Pompiers : **18** Hébergement d'urgence : **115**
Samu : **15**

Dépôt de plainte, procès verbal de renseignement judiciaire ou main courante : auprès de tout commissariat de police ou brigade de gendarmerie, quelle que soit votre adresse

Soins, certificat médical :

Médecins et sages-femmes Consultation de Prévention de la Violence : **05 61 32 37 17**
Urgences hospitalières Centres médico-psychologiques
Médecine légale : - CHU Rangueil **05 61 32 29 70 ou 34 15**
- Centre Hospitalier Comminges Pyrénées **05 62 00 40 00**

Orientation sociale :

Pour connaître la maison des solidarités la plus proche (Conseil départemental) : **05 34 33 32 31**
Autres partenaires sociaux :
Contacter la Mairie de résidence
CAF : **antenne la plus proche de votre domicile**
CPAM : **3646 - demander le service action sociale**
MSA : **05 61 10 40 40**

Informations juridiques :

Ordre des Avocats : - Toulouse **05 61 14 91 50**
- St-Gaudens **05 61 89 69 14**
Points d'accès au droit (CDAD) : **05 61 33 70 90**
Maisons de justice et du droit : **05 61 43 06 94**



RESTITUER LA
DIGNITÉ

**VIOLENCES
CONTRE LES FEMMES**
LA LOI VOUS PROTÈGE

APPELEZ LE
3919

Numéro accessible aux victimes, témoins et professionnel.le.s 24/7



Pour aller plus loin : <http://violences.outilprofessionnel.net>

Document conçu par la DRDF/déléguée départementale aux droits des femmes, en collaboration avec : DD ARS 31, Gendarmerie, Police, Médecine légale CHU Rangueil, Ordre des Avocats Barreau de Toulouse, Ordre des sages-femmes 31, Conseil Départemental 31, Toulouse Métropole, Mairie de Toulouse, Sicoval, ACCISE, APIAF, AVAC, CIDFF, Du côté des femmes, Femmes de papier, PREVIOS, SAVIF/PEA, SAVIM, Union des sages-femmes en Midi-Pyrénées, URPS Médecins libéraux.

Contexte de la grossesse



- Catalyseur de violences
- 40% des violences débutent pendant la grossesse et en post partum
- 1 demande d'IVG sur 4 avec violence à l'origine de la décision
- Grossesses à risque: métrorragies, HRP, allo immunisation, RPM, ...
- Période de dépistage privilégiée+++ : 1 consultation par mois pendant 9 mois avec des rendez-vous obligatoires
- Parfois la seule occasion de rencontrer ces femmes

- Interrogatoire +++
- Informations: auto médication, toxiques, vaccination perso et entourage, règles hygiéno diététiques (lavage de mains ++)
infectieux (CMV...), activité physique ++, état buco dentaire, contention veineuse ++
- Examen clinique: calcul du BMI +++; TA
- Echographie: nombre de foetus, nuque, morpho +/- DU
- Biologie: (en plus du bilan minimum recommandé) **si FDR:**
 - Glycémie à jeun
 - TSH +/- TRAK
 - Bilan vitaminique; Bilan auto immun
 - Génotypage Rhésus foetal

 - Si souhaité: dépistage T21
 - Si possible: dépistage Pré éclampsie au 1^{er}T

- Prendre le temps au 1^{er} T pour évaluer les patientes... c'est gagner du temps ensuite !
- Buts:
 - Rassurer les patientes à bas risque tout en informant du suivi minimum recommandé = la majorité et ainsi diminuer la iatrogénèse
 - Repérer les patientes à haut risque pour mettre en place une prise en charge personnalisée, adaptée et optimisée pour ces patientes et pouvoir y consacrer le temps nécessaire