

Les outils de  
Soins de Santé  
Primaires



DIRECTION  
DE LA SANTÉ

# La protection maternelle

Recommandations officielles de la Direction de la santé de Polynésie française

Novembre 2022

*Ce document « Protection maternelle » a été élaboré par l'équipe du Centre de Protection Maternelle et Infantile (CPMI) de la Direction de la santé en 2022, sous le pilotage du Docteur Maire TUHEIAVA et l'appui technique d'Emmanuelle RUPP-TERRIS, consultante en santé publique. Les éléments présentés se basent sur différentes recommandations officielles (cf. bibliographie), adaptées au contexte local. Destiné aux professionnels médicaux et paramédicaux des subdivisions de santé et des formations sanitaires de la Direction de la santé, ce guide a pour objectif d'apporter des éléments pratiques, des recommandations et des rappels permettant d'assurer les missions de protection maternelle, telles que définies en Polynésie française. Il s'agira, à terme, d'évaluer l'atteinte de cet objectif à travers la connaissance et l'appropriation de cet outil par les professionnels ciblés.*

*Ce document est disponible sur le site internet de Direction de la santé.*



La Direction de la santé a adopté, en 2019, un programme ambitieux de Modernisation des Soins de Santé Primaires, dont l'objectif est de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Polynésie française en contribuant au renforcement des soins de santé primaires, selon une approche moderne et adaptée au contexte local.

Un des axes forts de ce programme est l'homogénéisation et le développement des connaissances et des pratiques des professionnels en matière de soins de santé primaires, dans une démarche de qualité, de sécurité et d'efficacité du service public.

C'est pourquoi la Direction de la santé propose une série de formation et d'outils pratiques afférents, dont l'outil « La protection maternelle ». Ce dernier a pour objectif d'apporter aux professionnels de la santé des éléments pratiques, des recommandations et des rappels pour assurer les missions de protection maternelle.

Cet outil est le fruit d'un travail collaboratif impliquant de nombreux professionnels, dont je remercie la mobilisation.

Merehau MERVIN

Directrice de la santé



# Sommaire

1.	INTRODUCTION.....	5
2.	RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES.....	6
3.	LE SUIVI GYNECOLOGIQUE ANNUEL.....	7
4.	LA CONTRACEPTION.....	8
4.1	Les différents contraceptifs disponibles en milieu insulaire ( <i>hors contraception d'urgence</i> ) <sup>[4]</sup> .....	8
4.2	Conduite à tenir en cas de demande.....	9
5.	LE DEPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	12
5.1	En cas de demande de dépistage anonyme et gratuit .....	12
5.2	Le dépistage à l'occasion d'une consultation <sup>[8]</sup> .....	13
6.	LA GROSSESSE.....	14
6.1	Le projet de grossesse .....	14
6.2	Le diagnostic de la grossesse .....	15
6.3	Le suivi de grossesse en milieu insulaire .....	18
6.4	Boîte à outils .....	23
7.	LES VIOLENCES CONJUGALES.....	24
8.	BIBLIOGRAPHIE .....	25
9.	ABREVIATIONS .....	25

# 1. Introduction

La protection maternelle et infantile (PMI) a pour vocation première d'apporter des réponses globales en termes de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants, des familles, des femmes et des jeunes.

Historiquement, la priorité consistait à veiller au bon déroulement des grossesses afin de garantir une sécurité maximale à la future mère et son bébé à naître et proposer une contraception en post partum pour éviter les grossesses trop rapprochées.

Aujourd'hui, la Polynésie française recense environ 3 500 naissances par an et un indice conjoncturel de fécondité de 1,7 enfant par femme. L'âge moyen des mères à la naissance est de 28,8 ans. Cette baisse des naissances observée depuis 20 ans peut s'expliquer entre autres par une meilleure maîtrise par les femmes de leur fécondité et un accès facilité à la contraception. <sup>[1]</sup>

Ainsi les services, en plus du suivi des grossesses et du planning familial, doivent évoluer vers une prise en charge globale de la santé sexuelle et reproductive et plus largement, assurer la promotion des comportements favorables à la santé de la femme car le champ de la protection maternelle au sens large couvre :

- la surveillance des grossesses,
- la planification familiale (contraception, Interruption Volontaire de Grossesse),
- le dépistage des cancers gynécologiques,
- la prévention, le dépistage et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST),
- l'information sur le bien-être sexuel,
- la lutte contre les discriminations,
- la prise en charge des violences intrafamiliales.

## L'outil « La protection maternelle »

L'outil « La protection maternelle » a pour objectif d'apporter aux professionnels de la santé des éléments pratiques, des recommandations et des rappels pour assurer les missions de protection maternelle. Il aborde les thématiques suivantes :

- le suivi gynécologique annuel,
- la contraception,
- le dépistage des IST,
- la grossesse,
- les violences conjugales.

**En cas de questions complémentaires, contacter le Centre de Protection Maternelle et Infantile (CPMI) par mail : [secretariat.ccspmi@sante.gov.pf](mailto:secretariat.ccspmi@sante.gov.pf)**

## 2. Recommandations de bonnes pratiques

**La consultation en gynécologie ou en obstétrique n'est pas une consultation comme les autres puisqu'elle touche à l'intimité psychique et physique des femmes. Plus que toute autre consultation, celle-ci nécessite une écoute, une attitude, un dialogue et un examen physique dans un esprit de bienveillance et de respect mutuel.**

### Recommandations pratiques <sup>[2]</sup> :

- La personne examinée doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le **respect de sa pudeur**.
- La personne examinée peut être assistée par **l'accompagnant de son choix**.
- L'examen clinique n'est **pas systématique**.
- L'examen clinique doit être précédé d'une **explication** sur ses objectifs et ses modalités.
- **L'accord oral** de la femme est recueilli avant tout examen clinique. En cas de refus, aucune pression, ne sera exercée. Il convient alors d'informer la femme de l'éventuelle nécessité d'un nouveau rendez-vous pour réaliser l'examen, si celui-ci est indispensable et de l'informer des limites diagnostiques et thérapeutiques que cette absence d'examen clinique peut entraîner.
- La présence d'un tiers soignant (y compris des étudiants) est soumise au **consentement de la femme**. Tout geste médical ou examen clinique éventuel pratiqué par l'étudiant est également subordonné à l'accord de la personne examinée.
- L'examen doit pouvoir être **interrompu** dès que la patiente en manifeste la volonté.
- L'examen peut comporter une palpation des seins, une palpation abdominale, un toucher vaginal avec gant ou doigtier, et l'usage de matériels médicaux tels qu'un spéculum ou une sonde endovaginale. Dans certains cas, le recours à un toucher rectal, après explications, peut être justifié.
- Toutes les explorations d'imagerie gynécologique (échographie endovaginale, colposcopie, hystérocopie, hystérogographie, hystérosonographie, bilan urodynamique, etc.) doivent également **respecter la pudeur de la femme**.

### Les violences médicales et gynécologiques <sup>[3]</sup>

“ Les violences médicales et gynécologiques (selon le domaine concerné) peuvent revêtir de multiples formes, ici non exhaustives : négation des souffrances (physiques ou morales), sexisme, infantilisation, favorisation d'un sentiment de honte chez les patientes, jugement, demande de justification, culpabilisation, sentiment d'infériorité accentué par la position durant l'examen gynécologique, paternalisme médical, rétention d'informations, absence de consentement, examens intempestifs, discriminations (selon l'identité de genre, le poids, l'orientation sexuelle, les origines sociales ou ethniques, le statut sérologique), etc.

### 3. Le suivi gynécologique annuel

Le suivi gynécologique comprend une consultation annuelle, avec ou sans examen clinique, biologique ou échographique. Il est recommandé de réaliser un suivi gynécologique de prévention :

- **à partir des premiers rapports sexuels** ou dès que la jeune fille ou la femme en ressent le besoin,
- **tous les ans**, tout au long de la vie,
- même si la femme est en **bonne santé**.

Cette consultation peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme (quel que soit l'âge de la patiente, sa sexualité et qu'elle ait ou non des enfants). C'est l'occasion de faire un point sur la contraception, d'informer sur les IST ou encore de programmer une prise de sang de contrôle.

**L'examen gynécologique n'est pas systématique. En l'absence de symptômes, il n'est pas conseillé lors de la 1<sup>ère</sup> consultation pour contraception.**

**Un suivi régulier permet d'informer sur le dépistage des cancers féminins (sein, ovaire, col de l'utérus, endomètre) et de le réaliser si les conditions le permettent, selon le souhait de la femme.**



#### Outil pratique

La Direction de la santé propose un support spécifique afin d'aider les femmes dans le suivi de leur cycle menstruel.

Pour plus de renseignements, contacter le CPMI.



En Polynésie française, le dépistage du cancer du col de l'utérus repose actuellement sur l'analyse du frottis cervico-utérin **tous les 3 ans** (après 2 premiers frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle) pour les femmes **entre 25 et 64 ans révolus et ayant déjà eu des rapports sexuels**. L'analyse du frottis est prise en charge à 100 % sans avance de frais.

Le dépistage du cancer du sein est, quant à lui, réalisé grâce à une mammographie et une échographie si nécessaire, qui doit être réalisée **tous les 2 ans** pour les femmes entre **50 et 74 ans révolus**. L'ordonnance n'est pas obligatoire pour réaliser ces examens, pris en charge à 100% sans avance de frais.



**Pour plus de renseignements, contacter l'Institut du Cancer de Polynésie française par mail : [dépistage@icpf.pf](mailto:dépistage@icpf.pf)**

## 4. La contraception

Il est important de donner à la femme des **explications détaillées** sur la contraception (les différents moyens qui existent, leur fonctionnement, etc.) afin qu'elle ait toutes les informations nécessaires pour choisir la contraception qui lui conviendra le mieux. **La meilleure contraception est celle que la femme choisit, sous réserve qu'elle soit compatible avec son état de santé.**



Appuyez-vous sur les supports d'information tels que le flyer « *La contraception : choisies celle qui te va bien* » de la Direction de la santé. N'hésitez pas à remettre ce document à votre interlocutrice !

### 4.1 Les différents contraceptifs disponibles en milieu insulaire (hors contraception d'urgence) [4]

	Noms commerciaux	Utilisation / Validité	Mécanisme / fonctionnement	Principaux effets secondaires
<b>Pilule oestroprogestative</b>	Leeloo Minidril Ludéal-Gé Adepal Trinordiol Daily-Gé	- Plaquettes de 21 cp. - Prendre 1 cp / jour tous les jours à la même heure pendant 21 jours puis arrêt de 7 jours et reprise d'une nouvelle plaquette au 8 <sup>e</sup> jour.	- Blocage de l'ovulation. - Atrophie endométriale. - Modification de la glaire cervicale. - « Règles » lors de la semaine d'arrêt ou placebo.	- Réduction des douleurs et de l'abondance des règles. - Nausées, vomissements. - Céphalées. - Douleurs mammaires.
	Optilova Optidril	- Plaquettes de 28 cp dont 7 cp placebos - Prendre 1 cp / jour, tous les jours à la même heure sans arrêt entre les plaquettes.		
<b>Pilule (micro)progestative</b>	Microval Optimizette Désogestrel	- Plaquettes de 28 cp. - Prendre 1 cp / jour, tous les jours à la même heure sans arrêt entre les plaquettes.	- Atrophie de l'endomètre. - Modification de la glaire cervicale. - Blocage partiel de l'ovulation.	- Modifications des « règles » (aménorrhée, spotting surtout dans les 3 premiers mois de prise). - Acné.
<b>Dispositifs intra-utérins (DIU) cuivre</b>	Mini ou standard (plusieurs types)	- 5 à 10 ans selon type	- Cytotoxicité sur les spermatozoïdes. - Inflammation de l'endomètre anti-nidatoire.	- Augmentation des douleurs et de l'abondance des règles. - Augmentation des pertes vaginales.
<b>Systèmes intra-utérins (SIU) hormonaux</b>	Jaydess Kyleena Mirena Donasert	- 3 à 6 ans selon type	- Action sur la glaire. - Atrophie de l'endomètre. - +/- blocage de l'ovulation.	- Réduction des douleurs et de l'abondance des règles (aménorrhée, spotting). - Kystes ovariens.
<b>Implant contraceptif sous-cutané</b>	Nexplanon	- 3 ans quel que soit l'Indice de Masse Corporelle	- Blocage de l'ovulation. - Atrophie de l'endomètre. - Epaissement de la glaire cervicale.	- Modification des règles (aménorrhée, saignements anormaux). - Augmentation de l'appétit.

**En cas de consultation pour des effets secondaires liés à la contraception ( voir ci-dessus), pensez à faire un test de grossesse et un hémocue en cas de saignement anormal et solliciter un avis médical. Pour plus de renseignements, se référer aux « Protocoles - Fiche technique à l'attention des professionnels de santé » du CPMI, disponibles sur le site internet de la Direction de la santé.**



## 4.2 Conduite à tenir en cas de demande

### 4.2.1 Pilule contraceptive pour les professionnels de santé paramédicaux <sup>[4] [5]</sup>

#### a. Demande de contraception

1. **Faire valider** la prescription du moyen de contraception souhaité par la femme auprès du médecin ou de la sage-femme en utilisant la fiche « *Consultation paramédicale pour une demande / renouvellement de contraception* », disponible sur le site internet de la Direction de la santé.
2. **Programmer un RDV** avec un médecin ou une sage-femme dès que possible.
3. Faire **débuter la plaquette** de pilule et si besoin délivrer des **préservatifs** à utiliser pendant 7 jours en attendant l'efficacité de la pilule.
4. Informer sur les **effets indésirables possibles** et si besoin proposer de consulter avant le RDV.
5. Expliquer la **conduite à tenir en cas d'oubli de pilule** :
  - **De moins** de 12h ou moins de 3h pour MICROVAL®.
    - Prendre le comprimé oublié.
    - Pas de précautions particulières, la pilule est toujours efficace.
    - Survenue possible de spottings.
  - **De plus** de 12h ou plus de 3h pour MICROVAL®.
    - Prendre le comprimé oublié immédiatement et poursuivre la pilule.
    - Rapports sexuels protégés au minimum 7 jours.
    - En cas de rapport sexuel non protégé de moins de 5 jours (120h) : proposer une contraception d'urgence.
6. **Donner un RDV** avec un médecin ou une sage-femme dès que possible.

#### Conseils pour éviter les oublis de pilule :

- trouver l'heure optimale de prise de pilule avec la patiente,
- associer la prise de pilule avec un geste de la vie quotidienne (ex : brossage des dents, etc.),
- placer la pilule dans un endroit visible (ex : à côté du téléphone portable, sur la table de nuit, etc.),
- mettre une alarme ou utiliser des applications dédiées sur smartphone.

**Conseiller à la femme de consulter rapidement en cas d'oublis répétés.**

#### b. Demande de renouvellement pour les professionnels de santé paramédicaux

Utiliser la fiche « *Consultation paramédicale pour une demande / renouvellement de contraception* » (partie « *renouvellement* »), disponible sur le site internet de la Direction de la santé.



**Si la prescription initiale n'a pas été faite par votre structure ou en cas de reprise de pilule après interruption, se conformer au paragraphe précédent « *Demande de contraception* ».**

→ Si tous les éléments sont **validés** :

- Renouveler pour 3 mois,
- Vérifier qu'un RDV annuel est programmé avec médecin ou sage-femme,
- Vérifier qu'un bilan biologique (Glycémie à jeun, TG, Cholestérol Total) a été réalisé dans les 3 à 6 mois après le début de la pilule oestro pogestative.

→ Si au moins un élément est **non valide**, en **référer au médecin ou sage-femme** selon la procédure en vigueur sur votre lieu d'exercice.

Si une **tierce personne** se présente pour récupérer la pilule à la place de la patiente, il est possible de lui **remettre 1 plaquette** 1 seule fois et **sous réserve** de disposer des informations nécessaires selon la fiche « *Consultation paramédicale pour une demande / renouvellement de contraception* » et de voir la patiente en consultation dans le mois qui suit.

## 4.2.2 Dispositif Intra-Utérin (DIU) ou implant contraceptif sous-cutané <sup>[5]</sup> <sup>[6]</sup>

### a. Demande de contraception pour les professionnels de santé paramédicaux

1. **Faire valider** la prescription du moyen de contraception souhaitée par la femme auprès du médecin ou de la sage-femme en utilisant la fiche « *Consultation paramédicale pour une demande / renouvellement de contraception* », disponible sur le site internet de la Direction de la santé.
2. **Donner un RDV** avec médecin ou sage-femme dès que possible.
3. **Proposer un moyen de contraception** dans l'attente (préservatifs, contraception orale).

### b. Demande de renouvellement

Demander une **prescription** au médecin ou sage-femme en utilisant la fiche « *Consultation paramédicale pour une demande / renouvellement de contraception* », disponible sur le site internet de la Direction de la santé, et **prévoir un rendez-vous** médical pour le changement, dès que possible.



**Si l'implant ou le DIU n'est plus valide, proposer un moyen de contraception dans l'attente du prochain rendez-vous médical (préservatifs, contraception orale).**

### c. Demande de retrait DIU ou d'implant

- ⇒ En cas de demande de **changement de contraception** : demander une **prescription** au médecin ou sage-femme en utilisant la fiche « *Consultation paramédicale pour une demande / renouvellement de contraception* », disponible sur le site internet de la Direction de la santé, et **prévoir un rendez-vous** médical dès que possible.



**Si l'implant ou le DIU n'est plus valide, proposer un moyen de contraception dans l'attente du prochain rendez-vous médical (préservatifs, contraception orale).**

- ⇒ En cas de **désir de grossesse** : prévoir un **rendez-vous** médical.

## 4.2.3 Contraception d'urgence <sup>[7]</sup>

La contraception d'urgence doit être utilisée le plus rapidement possible après un rapport sexuel mal ou non protégé (absence de contraception, oubli de pilule, préservatif déchiré, ou viol) pour éviter une éventuelle grossesse.

1. Préciser dans le dossier la **date du dernier rapport sexuel** et la date des **dernières règles**.
2. Délivrer la **contraception d'urgence adaptée** (se référer aux « *Protocoles - Fiche technique à l'attention des professionnels de santé* » du CPMI, disponibles sur le site internet de la Direction de la santé.).
3. Evaluer la **contraception actuelle** et éventuellement proposer une contraception plus adaptée.
4. **Informé sur les risques d'IST** et **proposer un dépistage** pour elle et le(s) partenaire(s).
5. **Faire un test de grossesse** en cas de retard de règles ou de règles inhabituelles.

Depuis le 16 mai 2022, les pilules d'urgence peuvent être délivrées sans ordonnance et sans avance de frais (« *gratuitement* ») à toutes les femmes (**majeures et mineures**) :

- en pharmacie,
- dans les infirmeries des collèges, des lycées, des universités,
- dans les structures de santé publique.



**La pilule d'urgence est moins efficace que la contraception régulière. Son efficacité est optimale lorsqu'elle est prise le plus rapidement possible, dans les cinq jours après le rapport sexuel non protégé.**

**Pour plus de renseignements, se référer aux « Protocoles - Fiche technique à l'attention des professionnels de santé » du CPMI, disponibles sur le site internet de la Direction de la santé.**



## Quiz « Les idées reçues sur la contraception »

### Vrai ou faux ?

Tous les moyens de contraception rendent stérile.	Vrai <b>Faux</b>	A l'exception de la stérilisation tubaire ou de la vasectomie, la contraception ne rend pas stérile.
L'implant contraceptif sous-cutané peut être proposé à l'adolescente nécessitant une contraception.	<b>Vrai</b> Faux	Tout comme la pilule, l'implant contraceptif sous-cutané est utilisable chez toutes les femmes, en âge de procréer, ne présentant pas de contre-indications.
Tous les moyens de contraception protègent des IST.	Vrai <b>Faux</b>	Seul le préservatif protège des IST.
La contraception doit forcément débiter le premier jour des règles.	Vrai <b>Faux</b>	Il y a deux méthodes possibles pour démarrer la contraception : <ul style="list-style-type: none"><li>- la méthode classique : la contraception est débutée le 1<sup>er</sup> jour des règles.</li><li>- la méthode Quick-start : la contraception est débutée dès que possible sans attendre le début des règles. En attendant l'efficacité complète de la contraception, les rapports sexuels doivent être protégés (ou pas de rapports) pendant 7 jours.</li></ul>
Le stérilet ne peut être posé que chez les femmes ayant déjà eu un enfant.	Vrai <b>Faux</b>	Le DIU, anciennement stérilet, peut être posé chez toutes les femmes, même celles qui n'ont pas eu d'enfant.
La pilule ou l'implant fait grossir.	Vrai <b>Faux</b>	La pilule ou l'implant ne fait pas grossir, mais ils peuvent augmenter l'appétit. Il est donc nécessaire de veiller à une alimentation équilibrée et une activité physique régulière.
La prise des pilules d'urgence, anciennement « pilules du lendemain », n'est pas limitée au lendemain du rapport.	<b>Vrai</b> Faux	La pilule d'urgence peut être prise jusqu'à 5 jours (120h) après un rapport sexuel.
La méthode du retrait n'est pas un moyen de contraception efficace.	<b>Vrai</b> Faux	Avant l'éjaculation, l'homme sécrète du liquide pré-séminal (qui sert à lubrifier pour une pénétration) qui peut contenir des spermatozoïdes.
Prendre la pilule d'urgence plusieurs fois est dangereux pour la santé.	Vrai <b>Faux</b>	Comme son nom l'indique, cette contraception est réservée aux situations d'urgence. Comme ses effets sont limités, elle ne permet pas en effet d'éviter tout risque de grossesse non désirée. Il n'y a pas de risque médical à la prendre plusieurs fois sur une courte période.
La contraception définitive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature de trompes) peut être proposée à toute personne majeure, sans âge minimal.	<b>Vrai</b> Faux	Selon la loi, la ligature des trompes ou la vasectomie peut être pratiquée sur une personne majeure ayant exprimé une volonté libre, motivée et délibérée sous réserve d'une information claire et complète sur ses conséquences. Un délai de réflexion est obligatoire avant de pratiquer l'intervention.
En l'absence de symptômes, l'examen gynécologique n'est pas nécessaire pour une prescription ou un renouvellement de contraception.	<b>Vrai</b> Faux	L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1 <sup>ère</sup> consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. Il peut être expliqué lors du 1 <sup>er</sup> entretien et programmé pour une consultation ultérieure.
Après 50 ans, il faut envisager l'arrêt de la contraception.	<b>Vrai</b> Faux	Au vu de la balance bénéfique / risque et de la fertilité en baisse, l'arrêt de la contraception après 50 ans doit être envisagée avec la femme.

## 5. Le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles

La **posture du soignant** est essentielle :

- réaliser un entretien avec si nécessaire les supports pédagogiques sur les IST,
- respecter la **confidentialité** (mineurs reçus sans accompagnateur, couples reçus séparément),
- ne **pas émettre de jugement** sur les comportements sexuels du patient,
- encourager la **diminution des prises de risque** (distribution de préservatifs, dépistage du ou des partenaires),
- aborder le sujet du **consentement** lors des rapports sexuels.

### 5.1 En cas de demande de dépistage anonyme et gratuit

**⚠ Tenir compte des délais entre le dernier rapport à risque et les tests.**

Le dépistage est **anonyme et gratuit** pour le **VIH et la syphilis** (prélèvement sanguin pour TROD, résultats donnés à l'issue de l'entretien). Il est **gratuit** mais il est nécessaire de **lever l'anonymat** pour le dépistage des **chlamydiae** et du **gonocoque** car le prélèvement doit être adressé à un laboratoire.  
Proposer systématiquement des préservatifs.

#### Modalités de dépistage

	VIH / Syphilis	Chlamydia / Gonocoque
<b>Prélèvement</b>	Test Rapide d'Orientation Diagnostique ( <b>TROD</b> ) (Sensibilité/Spécificité excellentes), sur sang capillaire.	Techniques d'Amplification des Acides Nucléiques ( <b>TAAN</b> ) ( <b>PCR</b> ) → Prélèvement <b>urinaire</b> 1 <sup>er</sup> jet du matin ou après 2h sans miction. → Prélèvement <b>vaginal</b> sans speculum en auto-prélèvement ou par le professionnel selon le choix de la patiente (en dehors des menstruations). → Conservation des prélèvements : 7 jours à 4°C et plusieurs semaines au congélateur.
<b>Délais de détection après le rapport à risque</b>	Syphilis : 4 à 12 semaines VIH : 6 à 8 semaines	2 à 3 semaines
<b>Annnonce des résultats</b>	<b>Résultats donnés à l'issue de l'entretien.</b> → Si TROD <b>positif</b> : orienter vers un médecin pour prise en charge immédiate. → Si TROD <b>négatif</b> : expliquer les résultats. Si le dernier rapport sexuel à risque date de : ○ plus de 3 mois : rassurer le(a) patient(e), ○ moins de 3 mois : refaire un TROD à 3 mois du rapport à risque.	<b>Résultats disponibles sous 10 jours après le prélèvement.</b> → Si PCR <b>positive</b> : traiter et faire si possible une PCR de contrôle 4 à 6 semaines après le traitement. → Si PCR <b>négative</b> : expliquer les résultats. Si le dernier rapport sexuel à risque date de : ○ plus de 1 mois : rassurer le(a) patient(e), ○ moins de 1 mois : refaire une PCR à 1 mois du rapport à risque.

**Le ou les partenaires doivent être traités dans le même temps. Un dépistage n'est pas nécessaire pour mettre en route le traitement.**

## 5.2 Le dépistage à l'occasion d'une consultation <sup>[8]</sup>



**La majorité des IST peut être asymptomatique.**

### 5.2.1 En l'absence de symptômes

**Proposer un dépistage Syphilis, VIH, chlamydiae, gonocoque**, si le patient est :

- une **femme sexuellement active jusqu'à 25 ans** inclus ou de **plus de 25 ans** présentant des **facteurs de risque**,
- un **homme sexuellement actif**, présentant des **facteurs de risque**, quel que soit l'âge,
- une femme consultant pour une **IVG**, sans limite d'âge.

**Les facteurs de risque d'IST :** <sup>[9]</sup>

- multipartenariat (au moins 2 partenaires dans l'année),
- changement de partenaire,
- individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (*NG, syphilis, VIH, Mycoplasma genitalium*),
- antécédents d'IST,
- hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes,
- personnes en situation de prostitution,
- après un viol.

### 5.2.2 En cas de symptômes évocateurs

**Demander un avis médical, en cas de symptômes évocateurs** suivants.

- Femmes : Leucorrhées pathologiques (odeur, couleur ou abondance anormales), Symptômes vulvaires (prurit, brûlures).
- Hommes : Urétrite aigue, balanite, rectite.
- Rapports sexuels douloureux.
- Papule ou vésicule génitale indolore, souvent inaperçue.
- Ano-rectite aigue, abcès anal.
- Ulcérations génitales douloureuses (+++).
- Ganglion inguinal douloureux.
- Verrues génitales planes, acuminées ou en forme de crêtes de coq. Coloration foncée ou rosée.
- Localisation vulvaire / pubis, pénis / gland, anale.
- Prurit, inconfort souvent indolore.

**Le dépistage de l'hépatite B est recommandé pour les personnes non vaccinées ou avec un statut vaccinal incomplet ou non connu.** (*Rappel : la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire en Polynésie française à la naissance depuis 1992 et pour les enfants scolarisés.*)




**Le dépistage de l'hépatite C est NON obligatoire en 1<sup>ère</sup> intention** (faible prévalence en Polynésie française) **SAUF les personnes à risque d'infection par le virus de l'hépatite C.**

**Pour plus de renseignements, se référer aux « Protocoles - Fiche technique à l'attention des professionnels de santé » du CPMI, disponibles sur le site internet de la Direction de la santé.**

## 6. La grossesse

### 6.1 Le projet de grossesse

Idéalement, la consultation préconceptionnelle a lieu lorsque la femme souhaite arrêter la contraception. Elle doit être conseillée aux femmes en âge de procréer et permet de préparer le projet de grossesse avec le couple.

Eléments à aborder lors de la consultation préconceptionnelle		Conduite à tenir
<b>Les antécédents</b>		
<i>Familiaux et maladies héréditaires</i>	Maladie thrombo-embolique veineuse, mucoviscidose, thalassémie, malformations, trisomie 21.	Proposer des analyses ciblées ou un conseil génétique si besoin.
<i>Médicaux</i>	Diabète, HTA, épilepsie, cancer, pathologies thyroïdiennes, RAA, lupus, pathologies psychiatriques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier que les pathologies sont équilibrées et traitées.</li> <li>- Prendre avis auprès du médecin traitant ou du spécialiste si besoin (pas de contre-indications à la grossesse ?).</li> </ul>
<i>Chirurgicaux</i>	Chirurgie bariatrique (sleeve, bypass), chirurgie de l'utérus (fibrome, endométriose), césarienne.	Rappeler le délai d'1 an à respecter entre la chirurgie et la grossesse.
<i>Obstétricaux</i>	Fausse couches à répétition (plus de 3 à la suite), GEU, IMG, naissances prématurées, diabète gestationnel, prééclampsie, MFIU.	Demander un avis obstétrical avant la grossesse (Aspirine à débiter ? Bilan avant grossesse ?).
<b>Traitements en cours</b>	 Arrêt ou changement des traitements contre-indiqués pendant la grossesse.	Déconseiller l'automédication (anti-inflammatoires non stéroïdiens et huiles essentielles <b>à proscrire</b> ).
<b>Vaccination</b>	Rubéole, hépatite B, varicelle, grippe, Covid 19, coqueluche.	Vérifier que la patiente est à jour et immunisée.  Un délai d'1 mois doit être respecté entre la vaccination et la grossesse (pour rubéole et varicelle uniquement).
<b>Habitudes de vie</b>	<b>Consommation de toxiques</b> (tabac, alcool, paka, Ice, etc.), alimentation, activité sportive, exposition à des produits toxiques notamment au travail (peinture, plomb, pesticides, produits de coiffure ou d'onglerie).  Attention à la toxoplasmose avant la grossesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquer les risques de la consommation pour la grossesse et la fertilité.</li> <li>- Aider au sevrage et proposer une consultation spécialisée si besoin.</li> <li>- Encourager une alimentation variée et équilibrée et la perte de poids en cas de surpoids ou d'obésité.</li> <li>- Conseiller la pratique d'une activité physique (mais attention aux sports à risque. Ex : saut en altitude, sports de combat).</li> </ul>
<b>Le couple</b>	Durée du projet de grossesse, âge du couple (la fertilité diminue à partir de 38 ans chez la femme), pathologies particulières pouvant diminuer la fertilité (endométriose, SOPK, kystes ovariens opérés, pathologies testiculaires ou difficultés érectiles, antécédents de cancer ou d'IST chez le couple).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer des violences intra-familiales.</li> <li>- Proposer un dépistage des IST.</li> <li>- Conseiller une activité sexuelle régulière et épanouie (2 à 3 fois par semaine) sans se focaliser sur le projet de grossesse.</li> </ul>

**Une attention particulière doit être également portée sur le contexte social du couple.**

**Les examens et bilans** à réaliser sont :

- un **examen général** (poids, TA, IMC, auscultation cardio-pulmonaire, palpation de la thyroïde),
- un **examen gynécologique si le dernier date de plus d'un an** (palpation mammaire, réalisation d'un frottis cervico-utérin si non à jour),
- la prescription ou réalisation d'une **échographie abdomino-pelvienne** si doute sur une pathologie utérine ou annexielle (fibrome, polype utérin, kyste ovarien, endométriose),

Proposer un **bilan sanguin** :

- groupe sanguin/rhésus : si pas de carte,
- sérologies rubéole, toxoplasmose, hépatite B : si statut non connu,
- sérologies VIH et BW : à proposer,
- NFS, Glycémie à jeun, TSH : à proposer si facteurs de risque d'anémie, diabète, pathologies thyroïdiennes,
- bilan des carences si antécédents de chirurgie bariatrique.

#### Points clés en fin de consultation

- La fertilité du couple est favorisée par une **bonne hygiène de vie** (arrêt des toxiques, IMC normal, activité physique régulière, limiter le stress et la fatigue).
- Supplémenter en **acide folique** pour diminuer les risques d'anomalies de fermeture du tube neural (cf. recommandations de l'HAS).
- Proposer un **calendrier des règles** (cf. partie « *Le suivi gynécologique annuel* »).
- **Consulter en cas d'absence de grossesse** après 1 an si la femme a moins de 35 ans ou après 6 mois si la femme a plus de 35 ans.

## 6.2 Le diagnostic de la grossesse

### 6.2.1 Confirmer l'état de grossesse

Selon le contexte, confirmer l'état de grossesse de la femme par un test urinaire ou sanguin et écarter le risque de GEU.



#### Le risque de Grossesse Extra-Utérine (GEU)

Une GEU peut entraîner des complications graves voire mortelles avec la **survenue brutale d'une hémorragie** majeure.

#### **TOUJOURS penser au risque de GEU :**

- Chez une femme en période d'activité génitale présentant des **saignements et/ou douleurs pelviennes et/ou retard de règles**. Réaliser un test de grossesse urinaire.
- Chez une femme en début de grossesse présentant des **douleurs pelviennes et/ou des saignements**.

**En URGENCE demander la conduite à tenir auprès d'un médecin.**

## 6.2.2 Evaluer le contexte de la grossesse

Mettre la femme en confiance et échanger avec elle sur le contexte de la grossesse (grossesse bien **acceptée** ou non, grossesse **désirée** ou non, etc.).

### En cas de grossesse non désirée :

- s'assurer que la relation sexuelle était consentie. Si la relation sexuelle était non consentie, se référer au chapitre 7 pour la prise en charge.
- informer la femme des possibilités de recours à une IVG.

**La posture du soignant est primordiale durant cette étape : absence de jugement, bienveillance et respect du secret professionnel.**

## 6.2.3 La femme demande une IVG

**Informez la femme sur les différentes étapes de la démarche et organisez la prise en charge selon la procédure en vigueur dans votre zone d'exercice.** Vous pouvez vous appuyer sur la brochure « *Interruption Volontaire de Grossesse. Les démarches à entreprendre* » de la Direction de la santé (**version 2022**). Cette brochure peut également être remise à la patiente.

### Evolutions légales : les points clefs

Depuis la loi du pays n°2021-36 relative à l'IVG et l'arrêté d'application afférent<sup>1</sup> :

- le délai entre les deux consultations médicales est supprimé pour les femmes majeures et réduit à 48 heures minimum pour les mineures,
- les sage-femmes peuvent pratiquer les consultations préalables à l'IVG. Elles peuvent également réaliser les IVG médicamenteuses, selon conditions.

## 6.2.4 La femme souhaite poursuivre la grossesse

### a. Estimer l'âge de la grossesse

L'âge de la grossesse peut être exprimé<sup>[10][11]</sup> :

- pour les professionnels : en semaines d'aménorrhée (SA) (*nombre de semaines écoulées depuis le 1<sup>er</sup> jour des dernières règles*),
- pour les familles : en semaines ou mois de grossesse (*nombre de semaines ou de mois estimés depuis la fécondation, c'est-à-dire 14 jours après le 1<sup>er</sup> jour des dernières règles en cas de cycles réguliers*).

<b>Semaine d'aménorrhée</b>	0-2	3-6	7-10	11-15	16-20	21-24	25-28	29-32	33-37	37-41
<b>Semaine de grossesse</b>		1-4	5-8	9-12	13-17	18-22	23-26	27-30	31-34	35-39
<b>Mois</b>		1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>

### b. Préparer la 1<sup>ère</sup> consultation de suivi de grossesse

#### • Echanger de façon approfondie sur les antécédents de la femme.

Une recherche approfondie des antécédents familiaux et personnels de la femme sera réalisée lors de la 1<sup>ère</sup> consultation de suivi de grossesse. Il s'agit ici de pré-identifier les principaux antécédents qui pourraient avoir des implications sur la grossesse (antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux). En cas d'antécédent et / ou de traitement en cours, contacter un médecin ou une sage-femme.

#### • Expliquer les différentes étapes du suivi de la grossesse.

Il s'agit d'informer la femme enceinte sur le déroulé et les bénéfices du suivi de grossesse à l'aide du support « *Les étapes de mon suivi de grossesse* » (cf. partie « *Boîte à outils* »). Ce support est à individualiser (ex : préciser les dates, les périodes d'Evasan, etc.) et à remettre à la femme enceinte.

<sup>1</sup> : arrêté n°637/CM du 04 mai 2022



c. Dédier un temps particulier d'échange pour identifier d'éventuelles situations de vulnérabilité et/ou toute forme d'insécurité

Les principaux **facteurs de risques** pouvant favoriser la survenue d'une complication de la grossesse à prendre en compte sont :

**Au niveau des parents :**

- mères mineures, pères mineurs, couples mineurs,
- violences conjugales, conflits familiaux majeurs, violences sexuelles (y compris intraconjugale),
- isolement familial (aucun soutien familial ou social identifié, convictions extrémistes d'allure sectaire),
- pathologie psychiatrique (père ou mère) ou somatique maternelle lourde,
- addiction(s) alcool et / ou paka et / ou ice avant, pendant la grossesse (père, mère ou les 2),
- Détresse sociale (SDF, nomadisme, grande précarité), détresse psychologique (mère).

**Au niveau de la grossesse :**

- grossesse issue d'un viol (y compris intraconjugal) et /ou d'un inceste,
- antécédents obstétricaux de décès foetal, de grande prématurité,
- IVG refusée car terme dépassé, grossesse non désirée et non acceptée, déni de grossesse,
- absence de suivi ou suivi tardif  $\geq 17$  SA terme échographique,
- multiparité mineure : 2 enfants  $\leq 18$  ans, multiparité avec multi-géniteurs.

**En cas d'urgence psycho-sociale, contacter un médecin ou une sage-femme.**

d. Réaliser un examen clinique général (poids, taille, IMC, TA, BU et glycémie capillaire)

**En cas d'anomalies, contacter un médecin ou une sage-femme.**

e. Donner les informations sur :

1. Les **risques de l'automédication**. Expliquer à la femme qu'elle ne doit pas prendre de médicaments sans prescription médicale.
2. Les **habitudes de vie favorables à une grossesse en pleine forme** (avoir une alimentation équilibrée, poursuivre une activité physique régulière, éviter les sports violents, etc.). Conseiller l'arrêt du tabac, du paka, de l'alcool et de toute substance toxique, **sans culpabiliser les femmes enceintes**. Il s'agit de **les accompagner** vers un arrêt ou une diminution de leur consommation à n'importe quel moment de leur grossesse. Si besoin, contacter ou réorienter la femme enceinte vers le Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA) de la Direction de la santé.
3. Les **motifs** qui doivent amener la femme enceinte à **consulter en urgence** :
  - douleurs dans le bas ventre,
  - saignements même minimes,
  - contractions répétées et douloureuses,
  - perte de liquide,
  - chute ou coup dans le ventre,
  - fièvre supérieure ou égale à 38 °C,
  - baisse ou absence des mouvements foetaux,
  - brûlure ou douleur mictionnelle / signes fonctionnels urinaires.



**Contactez d'urgence le  
médecin  
ou la sage-femme**



Vous pouvez vous appuyer sur les guides « *La grossesse* » et « *Alimentation de la femme enceinte et allaitante* » de la Direction de la santé (cf. partie « *Boîte à outils* »). Ces documents sont également à remettre à la femme enceinte.

f. Programmer le suivi de grossesse selon la procédure en vigueur dans votre zone d'exercice

## 6.3 Le suivi de grossesse en milieu insulaire

### 6.3.1 Le suivi optimal de grossesse

L'objectif du suivi de grossesse est de **repérer les facteurs de risque de complication**, de les **prévenir** par des conseils et de les **dépister**. Il comporte, à minima, **3 examens prénataux réalisés par un spécialiste de la grossesse (médecin ou sage-femme) aux 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois de grossesse**, 3 échographies et une surveillance biologique. Pour un suivi optimal de la grossesse, un suivi systématique mensuel peut être proposé aux femmes enceintes sur votre zone géographique (cf. ci-après).

**L'organisation de ce suivi est différente selon les îles. Rapprochez-vous de votre responsable pour plus d'informations.**

Examen clinique	Biologie	Echographie	Autres
<b>12 SA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogatoire complet.</li> <li>- Examen : Poids, TA, BU</li> <li>- Examen des seins +/- examen gynécologique.</li> <li>- Examen général médical avec auscultation cardiaque.</li> <li>- Frottis à partir de 25 ans, tous les 3 ans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gpe Rh (si pas de carte) et RAI (1 tube violet).</li> <li>- Sérologies (2 tubes jaune) : AgHbs, VIH, Syphilis, Rubéole sauf si immunisée, Toxoplasmose sauf si immunisée.</li> <li>- Marqueurs sériques maternels T1 (dépistage entre 11 SA et 13+6 SA) (2 tubes jaunes).</li> <li>- Selon les situations : NFS (1 tube violet), Glycémie à jeun à (1 tube gris), Hémoglobine glyquée (1 tube violet), PCR Chlamydiae et gonocoque (écouvillon ou urinaire).</li> </ul>	Echo T1 (entre 11 SA et 13 SA + 6j) Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmer le caractère intra-utérin de la grossesse.</li> <li>- Contrôler l'évolutivité.</li> <li>- Dépister une grossesse multiple.</li> <li>- Dater la grossesse et connaître date prévue de l'accouchement (et si nécessaire celle du départ sur Tahiti).</li> <li>- Mesurer la clarté nucale.</li> </ul>	Proposer l' <b>EPP</b> (cf. page suivante) et planifier une date de RDV.
<b>16 SA</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogatoire complet (douleurs pelviennes, saignements, MAF, SFU, fièvre, leucorrhées).</li> <li>- Examen : Poids, TA, BU, palpation utérine, écoute du pouls fœtal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marqueurs sériques maternels T2 (dépistage du risque accru de T21 entre 14+1 SA et 19+6 SA) (2 tubes jaunes).</li> <li>- Sérologie Rubéole n°2 si faite à 12 SA.</li> <li>- Sérologie Toxo n°2 si faite à 12 SA.</li> <li>- 2e détermination de groupe sanguin si besoin.</li> </ul>	/	Selon les antécédents ou les résultats MSM T1 ou T2 avec risque > 1/1000 : <b>Avis médical pour proposer un DPNI</b> (diagnostic prénatal non invasif).
<b>20 SA</b>			
Idem 16 SA.	Toxo si non immunisée.	/	Organiser une consultation avec un spécialiste de la grossesse et l'écho T2.
<b>24 SA</b>			
Idem 16 SA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toxo si non immunisée.</li> <li>- HGPO 75g (3 tubes gris) (= Glycémie à jeun, 75g de glucose dans un verre d'eau, glycémie à 1h, glycémie à 2h).</li> <li>- NFS RAI.</li> <li>- Syphilis.</li> <li>- Selon situation : AgHbs</li> </ul>	Echo T2 (entre 21 SA et 24 SA) Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude de la morphologie fœtale à la recherche de malformation.</li> <li>- Estimation du poids fœtal et de la position du placenta.</li> </ul>	Proposer et planifier des séances de préparation à la naissance.  Programmer l'injection d'immunoglobuline humaine-Rh si rhésus négatif (Rhophylac®).
<b>28 SA</b>			
Idem 16 SA avec une attention particulière sur la recherche de contractions utérines.	Toxo si non immunisée.	/	Organiser le départ et l'hébergement vers l'île d'accouchement avant 36 SA.
<b>32 SA</b>			
Idem 28 SA.	Toxo si non immunisée.	Echo T3 –(entre 31 SA et 34 SA) Objectifs : Biométries et présentation fœtale	
<b>36 SA</b>			
Idem 28 SA.	Toxo si non immunisée.	/	Consultation d'anesthésie.

## L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

L'EPP n'est pas un examen médical mais un **moment d'échange autour de la grossesse** entre le professionnel de santé (médecin ou sage-femme) et la femme enceinte (accompagnée ou non par le 2<sup>e</sup> parent). Le but est **d'accompagner les parents**, afin que l'enfant soit accueilli dans les meilleures conditions possibles, en :

- favorisant l'expression des attentes, besoins et projets des parents,
- communiquant des informations utiles sur la grossesse en général et évoquer les questions peu abordées lors des consultations,
- créant des liens périnataux,
- prévenant et repérant les vulnérabilités et les facteurs de risques,
- encourageant à participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité.



Carnet de maternité et de grossesse de la CPS

L'EPP est **systématiquement proposé dès le 4<sup>e</sup> mois** de grossesse et peut avoir lieu entre le 4<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> mois de grossesse. Il est **pris en charge à 100%** par la CPS (1<sup>ère</sup> séance de préparation à la naissance), et donne droit à une allocation complémentaire s'il est réalisé. Un compte-rendu de l'EPP est remis à la femme enceinte.

**L'EPP seul ne donne pas droit à une Evasan pour les femmes ne pouvant en bénéficier sur leurs îles.**

## Le diabète gestationnel <sup>[12]</sup>

Le diabète gestationnel (ou diabète de grossesse) est un trouble de la tolérance au sucre avec augmentation de la glycémie plus ou moins importante. Il est diagnostiqué pour la 1<sup>ère</sup> fois au cours de la grossesse. Cette anomalie de la tolérance au sucre est transitoire : **elle apparaît pendant la grossesse et disparaît après l'accouchement**. Le diabète gestationnel peut entraîner des **conséquences chez la femme enceinte et le bébé** :

- la survenue d'une **hypertension artérielle gravidique** et de **prééclampsie**, surtout en cas de surcharge pondérale,
- **l'augmentation du risque de complications** (détachement du placenta, troubles de la coagulation, insuffisance rénale, accouchement prématuré, etc.) nécessitant une surveillance médicale accentuée,
- **une macrosomie fœtale** (poids élevé du fœtus) qui prédispose à un accouchement traumatique et aux hypoglycémies chez le bébé à la naissance.



Guide « Le diabète gestationnel » de la Direction de la santé



Le diabète gestationnel est à différencier de celui préexistant à la grossesse, le plus souvent de type 2. Ce dernier peut être découvert au cours de la grossesse alors qu'il était jusque-là méconnu. Dans ce cas, il persiste après l'accouchement.

**En raison de la prévalence de la maladie et des facteurs de risque présents dans la population générale en Polynésie française, le dépistage est systématique pour toutes les femmes enceintes : glycémie à jeun et dosage d'hémoglobine glyquée au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse puis HPGO au 6<sup>e</sup> mois de grossesse.**

**Pour plus de renseignements, se référer au protocole « Diabète gestationnel » du CHPF (nouvelle version élaborée en 2022).**

### 6.3.2 Le suivi mensuel par un professionnel paramédical en poste isolé <sup>[5]</sup>

Le suivi mensuel en poste isolé comporte un **interrogatoire et des examens**. Il s'agit également de :

- **répondre aux questions** qui préoccupent la femme enceinte en particulier celles sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Un support « *Et après l'accouchement ? Quelques repères* » est disponible sur le site internet de la Direction de la santé (cf. partie « *Boîte à outils* »). Il peut être individualisé et remis à la femme enceinte.
- **promouvoir les habitudes de vie bénéfiques pour une grossesse** en pleine forme, en les adaptant à chaque personne. Si besoin, contacter le CPMI pour des informations sur les ateliers « *Ma grossesse en pleine forme* » (cf. partie « *Boîte à outils* ») ou sur la promotion de l'allaitement maternel.

#### a. Interrogatoire

L'interrogatoire d'une femme enceinte est primordial et peut suffire à alerter ou rassurer. Il doit porter sur les symptômes non liés à la grossesse, les symptômes liés à la grossesse et les maux de la grossesse.






→ **Les symptômes non liés à la grossesse** (fièvre, diarrhée, rhume, douleurs, etc.) : **Signaler toute anomalie au médecin selon la procédure en vigueur dans votre zone d'exercice.**

→ **Les symptômes liés à la grossesse**

Questions à poser	Informations	Signes d'alerte
<b>Présence de Contractions Utérines (CU)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que tu as des contractions, le ventre qui se durcit, qui se serre ?</li> <li>- Est-ce que tu en as tous les jours ? Combien par jour ?</li> <li>- Est-ce douloureux, peu douloureux, non douloureux ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utérus se contracte durant 1 à 2 minutes, et visible à la forme du ventre qui s'arrondit.</li> <li>- Peut-être non perçue, seulement ressentie ou douloureuse.</li> <li>- Peut être présente à tous les stades de la grossesse, de façon isolée.</li> </ul>	CU régulières ou <b>et</b> douloureuses (contractions ressenties toutes les 5 à 10 min pendant 1h).
<b>Métrorragies</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que tu as eu des saignements ?</li> <li>- Si <b>OUI</b>, préciser : <ul style="list-style-type: none"> <li>• abondance (nombre de garnitures),</li> <li>• couleur (noires, marrons, rouges, roses),</li> <li>• rapports sexuels récents,</li> <li>• traumatismes (chutes, coups),</li> <li>• constipation et hémorroïdes.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Métrorragie = saignement par l'orifice vulvaire en dehors des règles normales.</li> <li>- Si saignements minimes et consécutifs à un rapport sexuel ou à des selles (constipation) sans douleur pelvienne = possible saignement physiologique du col utérin (fragilité du col de l'utérus sous l'imprégnation hormonale).</li> </ul>	Tout saignement à tout moment de la grossesse est anormal.
<b>Leucorrhées</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que tu as des pertes ?</li> <li>- Si <b>OUI</b>, préciser : <ul style="list-style-type: none"> <li>• couleur,</li> <li>• odeur,</li> <li>• démangeaison, brûlure, douleur, douleur pendant les rapports sexuels.</li> </ul> </li> </ul>	L'augmentation des leucorrhées est physiologique au cours de la grossesse.	Leucorrhées anormales (mauvaise odeur, prurit ou brûlures vaginales).
<b>Signes Fonctionnels Urinaires (SFU)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que ça chauffe quand tu fais pipi ?</li> <li>- Est-ce que tu vas plus souvent aux toilettes pour quelques gouttes de pipi ?</li> <li>- Est-ce que cela arrive que tu ne puisses pas te retenir ?</li> <li>- Est-ce que tes urines sentent mauvais ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La pollakiurie (augmentation de la fréquence des mictions, qui sont de faible quantité) peut être physiologique pendant la grossesse.</li> <li>- Différencier les brûlures mictionnelles, des brûlures liées aux lésions de grattage dues à une infection vulvaire.</li> </ul>	Si signes d'alerte : <ul style="list-style-type: none"> <li>- miction douloureuse,</li> <li>- ou urine malodorante,</li> <li>- ou pollakiurie.</li> </ul> ⇒ faire une <b>BU</b> et <b>SIGNALER.</b>
<b>Baisse ou absence de Mouvements Actifs Fœtaux (MAF)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que tu sens ton bébé bouger ?</li> <li>- Si <b>NON</b>, depuis quand ?</li> </ul>	Ressentis à partir de 18 SA environ.	Absence ou diminution des MAF.
<b>Douleurs pelviennes</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que tu as des douleurs dans le bas ventre ?</li> <li>- Si <b>OUI</b>, faire préciser la localisation (au milieu, sur les 2 côtés ou d'1 seul côté).</li> </ul>	Des tiraillements bilatéraux non intenses = douleurs ligamentaires physiologiques dues à l'augmentation de volume de l'utérus.	Douleurs pelviennes intenses, +/- latéralisées, accompagnées ou non de saignements.

**En cas de signes d'alerte, en référer au médecin ou à la sage-femme selon la procédure en vigueur dans votre zone d'exercice.**

→ Les maux de la grossesse [5]

Questions à poser	Informations	Signes d'alerte
<b>Nausées, vomissements, reflux gastro-œsophagien (RGO)</b>		
Est-ce que tu as des nausées ? des vomissements ? des remontées acides ?	<p>Les vomissements et nausées sont physiologiques et disparaissent spontanément à 3 mois de grossesse.</p> <p> <b>Conseils à délivrer aux femmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de <b>vomissements et / ou de nausées mal supportées</b> : prendre du gingembre (en infusion par ex.) Avant les repas et fractionner les repas.</li> <li>- En cas de <b>RGO</b> : éviter les aliments épicés, acides et gras, fractionner les prises alimentaires dans la journée, ne pas s'allonger immédiatement après un repas.</li> <li>- Conseils diététiques (cf. guides « <i>La grossesse</i> » et « <i>Alimentation de la femme enceinte et allaitante</i> »).</li> </ul>	Vomissements répétés, impossibilité de boire ou manger, perte de poids.
<b>Douleurs de la symphyse pubienne</b>		
Est-ce que tu ressens une douleur au niveau du pubis ? ( <i>Montrer précisément l'os de la symphyse pubienne</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs parfois intenses et invalidantes au niveau de la symphyse pubienne, dues à la mobilité du bassin et à l'étirement des ligaments.</li> <li>- Pas de traitement spécifique / Disparition spontanée après l'accouchement.</li> </ul> <p> <b>Conseils à délivrer aux femmes</b></p> <p>Noyer un paréo juste en dessous des ailes iliaques.</p>	Douleurs intenses et persistantes.
<b>Fatigue</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que tu te sens fatiguée ?</li> <li>- Est-ce que tu dors beaucoup ?</li> </ul>	Physiologique pendant les 3 premiers mois de grossesse, par augmentation de la progestérone.	Fatigue invalidante.
<b>Œdèmes</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que tes pieds sont « gonflés » ?</li> <li>- As-tu remarqué ce signe ailleurs sur ton corps (membres supérieurs, visage) ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiologiques en fin de grossesse.</li> <li>- Atteignent surtout les membres inférieurs (signe du godet face interne de la malléole de la cheville).</li> </ul> <p> <b>Conseils à délivrer aux femmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre les jambes sous l'eau froide (marcher dans la mer, douche, jet d'eau, etc.).</li> <li>- Surélever les jambes.</li> <li>- Faire des massages drainants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA et/ ou protéinurie associée.</li> <li>- Apparition brutale.</li> <li>- Œdèmes membres supérieurs et visage.</li> </ul>
<b>Constipation</b>		
Est-ce que tu as des difficultés à aller aux toilettes ?	<p>Fréquente chez la femme enceinte.</p> <p> <b>Conseils à délivrer aux femmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'hydrater.</li> <li>- Conseils diététiques (cf. guides « <i>La grossesse</i> » et « <i>Alimentation de la femme enceinte et allaitante</i> »).</li> <li>- Faire une activité physique quotidienne.</li> </ul>	Absence de selle depuis 5 jours et présence d'hémorroïdes.
<b>Sciatalgies</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que tu as des douleurs dans le bas du dos qui irradient dans la fesse ?</li> <li>- Si <b>OUI</b> : As-tu des fourmillements dans la jambe douloureuse ? As-tu des difficultés à te lever, à marcher ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sciatalgies = Douleurs dans le bas du dos irradiant vers la fesse et la jambe.</li> <li>- Douleurs physiologiques qui apparaissent vers le 5<sup>e</sup> / 6<sup>e</sup> mois et qui disparaissent spontanément.</li> </ul> <p> <b>Conseils à délivrer aux femmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire des exercices d'étirement.</li> <li>- Appliquer une source de chaleur (bouillotte).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs persistantes et invalidantes.</li> <li>- Fourmillements et difficultés à se déplacer.</li> </ul>

**En cas de signes d'alerte, en référer au médecin ou à la sage-femme selon la procédure en vigueur dans votre zone d'exercice.**

## b. Examens

Les bilans biologiques sont à programmer en fonction du tableau de suivi optimal d'une femme enceinte (cf. partie « *Le suivi optimal de grossesse* »).

Conseils de réalisation	Résultats	Signes d'alerte
<b>Bandelette urinaire (BU)</b>		
<p>Si possible, toilette préalable à l'eau.</p> <p>Vérifier la date de péremption et les consignes de conservation (ne pas laisser à l'air libre, à la lumière, à la chaleur, et à l'humidité).</p>	<p>Éléments recherchés et quantification (de 0 à +++):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- leucocytes,</li> <li>- nitrites,</li> <li>- protéines,</li> <li>- sang.</li> </ul> <p>Chez la femme enceinte, ne pas tenir compte de la présence de sucre (glucose) à la bandelette.</p>	<p>Si Leucocytes +++ isolés <b>OU</b> si Nitrites isolés <b>OU</b> si Leucocytes avec nitrites, sang ou protéine</p> <p>➡ <b>Faire ECBU (si possible) et référer à la sage-femme ou au médecin.</b></p> <p>Si protéines positives : Prendre la tension artérielle et <b>référer rapidement à la sage-femme ou au médecin.</b></p>
<b>Pression artérielle (PA)</b>		
<p>Utiliser un brassard adapté</p> <p>Prendre la tension après une période de repos (allongée sur le dos) de 15 min minimum.</p>	<p>Chiffres tensionnels normaux : Inférieurs à 140/90.</p>	<p>Si PA <math>\geq</math> 140/90 mm Hg : Contrôler la tension toutes les 10 min pendant 30 min puis <b>référer à la sage-femme ou au médecin.</b></p>
<b>Poids</b>		
<p>Toujours peser sur la même balance.</p> <p>Prendre la mesure habillée et pieds-nus.</p>	<p>La prise de poids recommandée pendant la grossesse est variable en fonction de l'IMC de départ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IMC &lt; à 19 : Jusqu'à 16 kg,</li> <li>- IMC de 19 à 25 : de 10 à 13 kg,</li> <li>- IMC de 25 à 30 : de 7 à 10 kg,</li> <li>- IMC &gt; à 30 : de 6 à 7 kg.</li> </ul>	<p>Si prise de poids supérieur à 2 kg par rapport à la visite précédente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- expliquer les risques : douleurs de fin de grossesse (dos, bassin), risque de diabète gestationnel et ses conséquences pour l'enfant,</li> <li>- donner des conseils sur la qualité et la quantité des repas. conseiller également une activité physique régulière (marche, nage, vélo, etc.).</li> </ul> <p>Cf. guides « <i>La grossesse</i> » et « <i>Alimentation de la femme enceinte et allaitante</i> »</p>

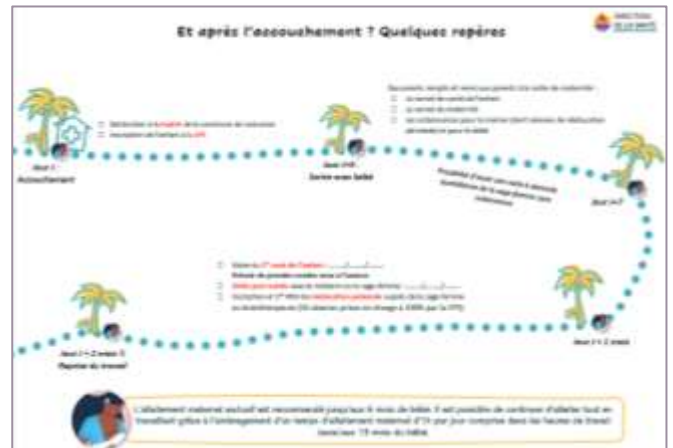
**Les résultats des examens sont à envoyer systématiquement à la sage-femme ou au médecin référent.**

## 6.4 Boîte à outils

- **Les supports à individualiser**



Support « Les étapes de mon suivi de grossesse »



Support « Et après l'accouchement ? Quelques repères »

Ces supports, à remettre à la femme enceinte, sont disponibles sur le site internet de la Direction de la santé.

- **Les guides et flyers** de la Direction de la santé à remettre à la patiente (en fonction des besoins)



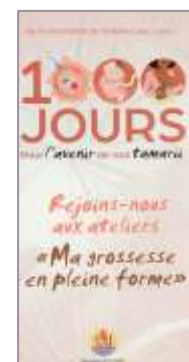
Guide « La grossesse »



Guide « Alimentation de la femme enceinte et allaitante »



Guide « Le diabète gestationnel »



Flyer « 1000 jours »

## 7. Les violences conjugales

Les violences conjugales sont des violences commises au sein des couples mariés, en concubinage ou en union libre même après un divorce ou une séparation. Toutes les **violences conjugales sont interdites par la loi**, qu'elles soient :

- psychologiques (harcèlement moral, insultes, menaces),
- physiques (coups et blessures),
- sexuelles (viol, attouchements),
- économiques (privation de ressources financières et maintien dans la dépendance).

**Toute femme témoignant d'une situation de violence conjugale en consultation, ou présentant des signes physiques évocateurs, doit bénéficier d'une écoute attentive et bienveillante et d'une prise en charge adaptée.**

Une situation de maltraitance doit être envisagée devant des signes indirects comme :

- retard de consultation, nomadisme médical, refus ou retard de soin, etc.,
- lésions inexplicables ou histoire confuse,
- symptômes dépressifs, automutilations, tentative de suicide, consommation d'alcool ou de toxique,
- comportement du conjoint (dévalorisation de la femme, contrôle, jalousie, refus de laisser sa conjointe seule avec le soignant, etc.).

Une victime de violence conjugale peut se rendre dans une structure de soin pour faire constater ses blessures. **Toutefois, le certificat médical initial de coups et blessures n'est pas obligatoire pour porter plainte.** La victime qui signale les faits peut bénéficier de mesures de protection de la part des institutions publiques et des associations. Ces mesures peuvent aussi s'étendre aux enfants.<sup>[13]</sup>

### Conduite à tenir

**Attention, le soignant n'est pas l'enquêteur !**

Noter les éléments en détail dans le dossier patient puis évaluer le **degré d'urgence** et les **facteurs de gravité**. Donner l'alerte selon les conditions définies dans le « **Formulaire pour adulte vulnérable et mineur en danger – Formulaire destiné aux professionnels** » (F002-CS - Maj du 12/04/2020) disponible sur le site internet de la Direction de la santé.

	En cas de :	Signalement par :
Information préoccupante	Indices de danger non avérés.	Mail à la cellule signalements.
Signalement non urgent	Situations de danger avéré mais non imminent.	Courrier postal au Procureur de la République (et double à la cellule signalements de la DSFE).
Signalement urgent	Situations de danger avéré et immédiat.	Mail et téléphone au Procureur de la République (et double à la cellule signalements de la DSFE).

**Dérogation légale au secret médical :** protection du médecin s'il se limite à signaler ou à communiquer uniquement les faits et ce qu'il a constaté.

**Protection disciplinaire, civile et pénale** si le médecin ou la personne soumise au secret signale ou informe en toute « bonne foi ».



## 8. Bibliographie

- [1] J. Pasquier, « Bilan démographique 2020 », *Inst. Stat. Polynésie Fr.*, n° 1256, p. 4, juin 2021.
- [2] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, « Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique ». 2021. Consulté le: 15 juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/actualites/758-chartre-examen-gynecologie>
- [3] L. Fonquerne, « « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception: », *Santé Publique*, vol. Vol. 33, n° 5, p. 663-673, mars 2022, doi: 10.3917/spub.215.0663.
- [4] Direction de la Santé de Polynésie française et Centre de Protection Maternelle et Infantile, « Protocoles : gestion de la contraception. Fiche technique à l'attention des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, pharmaciens) ». 2020.
- [5] Direction de la santé de Polynésie française, « Guide des protocoles à l'usage des infirmiers exerçant en soins de santé primaire insulaire en Polynésie française », 2017.
- [6] Direction de la Santé de Polynésie française et Centre de Protection Maternelle et Infantile, « Protocoles : implant contraceptif. Fiche technique à l'attention des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, pharmaciens) ». 2019.
- [7] Direction de la Santé de Polynésie française et Centre de Protection Maternelle et Infantile, « Protocoles Pilules d'urgence - Fiche technique à l'attention des professionnels de santé ( IDE, médecins, sages-femmes, pharmaciens) ». 2 septembre 2019.
- [8] Direction de la Santé de Polynésie française et Centre de Protection Maternelle et Infantile, « Protocoles : Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles. Fiche technique à l'attention des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, pharmaciens) ». 2020.
- [9] HAS, « Synthèse - Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis ». 2018.
- [10] Caisse nationale de l'Assurance Maladie, « Suis-je enceinte ? Premiers symptômes et déroulement de la grossesse », *Caisse nationale de l'Assurance Maladie*, 4 janvier 2022. <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/grossesse/premiers-symptomes-grossesse> (consulté le 11 mai 2022).
- [11] Collège National Des Gynécologues Et Obstétriciens Français, « La consultation du 1er mois de grossesse », *Collège National Des Gynécologues Et Obstétriciens Français*, 31 mai 2016. <http://www.cngof.fr/grossesse/202-la-consultation-du-1er-mois-de-grossesse> (consulté le 11 mai 2022).
- [12] Caisse nationale de l'Assurance Maladie, « Diabète gestationnel (diabète de grossesse) : définition et conséquences », *Caisse nationale de l'Assurance Maladie*, 30 mars 2022. <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/sante/themes/diabete-gestationnel/definition-facteurs-risque-consequences> (consulté le 11 mai 2022).
- [13] Direction de l'information légale et administrative, « Violence conjugale », *service-public.fr*, 27 avril 2021. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544> (consulté le 11 mai 2022).

## 9. Abréviations

BU : Bandelette Urinaire  
CP : Comprimé  
CPMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile  
CU : Contractions Utérines  
DIU : Dispositif Intra Utérin  
DPNI : Diagnostic Prénatal Non Invasif  
ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines  
EPP : Entretien Prénatal Précoce  
GEU : Grossesse Extra-Utérine  
HGPO : HyperGlycémie Provoquée Orale  
HPV : Human Papilloma Virus  
HSV : Herpes Simplex Virus  
HTA : Hypertension Artérielle  
IMC : Indice de Masse Corporelle  
IMG : Interruption Médicale de Grossesse  
IST : Infections Sexuellement Transmissibles  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
LGV : Lympho Granulomatose Vénérienne

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux  
MFIU : Mort Fœtale In Utero  
NFS : Numération Formule Sanguine  
NG : Neisseria gonorrhoeae  
PCR : Polymerase Chain Reaction  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu  
RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières  
RGO : Reflux Gastro-œsophagien  
SA : Semaines d'Aménorrhée  
SFU : Signes Fonctionnels Urinaires  
SIU : Systèmes Intra Utérins  
SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques  
TA : Tension Artérielle  
TAAN : Techniques d'Amplification des Acides Nucléiques  
TG : Triglycérides  
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique  
TSH : Thyroid Stimulating Hormon  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



DIRECTION  
DE LA SANTÉ

---