



La Région Piemonte a réalisé ce **Mémoire** pour que chaque femme puisse suivre et comprendre au mieux le cours de sa grossesse pendant tout le **Parcours de Naissance**. Le **Mémoire de la Grossesse** suit la femme pendant toutes les prestations qui lui seront proposées et donne au personnel sanitaire l'instrument pour y indiquer les données cliniques. Pour promouvoir la santé de la femme et de l'enfant ainsi que pour leur donner la meilleure assistance, il est de première importance la collaboration **entre la femme et les services socio-sanitaires** et, à l'intérieur des structures sanitaires, entre service et service.

Le **Mémoire** met à la disposition de la femme renseignements, données, conseils et fiches à remplir avec ses données personnelles. Chaque service ou médecin, aura soin d'ajouter les approfondissements et le plan d'assistance spécifique pour les femmes qui nécessitent d'assistance additionnelle ou spécialisée. Sur le **Mémoire** sont indiqués les services que les ASL de résidence mettent à la disposition (services de consultation, médecins de médecine générale, ambulatoires spécialisés, laboratoires d'analyses, service d'écographie, points de naissance) pour réaliser un parcours de naissance accessible et dans le respect des choix personnelles de chaque femme. L'accès aux services peut être **direct**, c'est-à-dire sans la demande de la part de la mutuelle, pour les services de consultation et les points de naissance ou bien **indirect**, avec la demande de la mutuelle, pour les ambulatoires spécialisés et les laboratoires d'analyses.

Les prestations du Parcours de Naissance, dans les différents trimestres, sont celles indiquées dans l'**Aperçu d'Assistance pour le Monitoring de la Grossesse Physiologique**, établies entre le personnel des services de consultation et le personnel hospitalier.

A l'intérieur du **Mémoire** sont insérées les demandes de la mutuelle pour les prestations de base. Pour les prestations additionnelles, dans le cas de grossesse à risque, le médecin doit spécifier le code d'exonération M50 pour la condition pathologique et la semaine de grossesse au moment de la demande.

La lecture soigneuse et la mise à jour du **Mémoire de Grossesse** **sont essentielles** pour faciliter des choix informés et appropriés de la part de la femme/couple et de la part du personnel sanitaire.

La grossesse est une période de choix et de décisions personnels (et du couple) et pour cette raison il est important de pouvoir disposer d'informations sur les avantages et les désavantages potentiels en ce qui concerne les différentes alternatives d'assistance.

Conscients que chaque géniteur est unique, différent des autres, ainsi comme chaque enfant est unique et différent des autres, on peut avoir maintes moyens de vivre la grossesse, l'accouchement et la naissance.

Les renseignements et les évidences scientifiques ici récoltés peuvent aider à effectuer les choix nécessaires dans cette période importante de la vie. Un choix informé doit se baser sur des informations objectives mais aussi sur les besoins et sur les sensations de chaque femme.

En espérant que le document puisse vous être utile, nous vous rappelons que la lecture du **Mémoire**, en tout cas, ne remplace pas les explications que vous pouvez recevoir dans l'entrevue directe avec le personnel sanitaire (obstétrique, gynécologue, médecin, pédiatre).

Vous pourrez trouver d'autres renseignements sur les sites web ou sur des publications de divulgation. En tout cas il est important de se référer à des sites qui s'appuient à d'organisations scientifiques (adresses web à page 3).

Les femmes étrangères qui ne sont pas en règle avec le permis de séjour ont droit aux mêmes contrôles gratuits (analyses et visites, entrevues avec l'obstétrique, cours de soutien à la naissance) auprès de structures publiques. Il est cependant nécessaire de s'adresser à un Centre ISI (qu'on peut trouver auprès des ASL) et se faire assigner le code S.T.P. (étranger présent temporairement).

Les enfants ont droit à des: visites pédiatriques, analyses de laboratoire et à d'autres contrôles gratuits jusqu'à l'âge de six ans et en payant le ticket après les six ans. Celle/celui qui n'est pas en règle peut demander le permis de séjour pour des raisons de santé. Pour la période de la grossesse et pour les six mois suivants à la naissance de l'enfant (même si le conjoint n'est pas vivant sous le même toit), auprès de la Préfecture de Police (Questura), en apportant le certificat médical qui atteste l'état de grossesse.

Pour obtenir les adresses des Centres ISI il faut contacter les ASL (voir pages 132 et 133 du **Mémoire**).

1 Le PARCOURS DE NAISSANCE est l'ensemble des prestations qui sont offertes par la Région Piemonte pour promouvoir la santé de la femme et de l'enfant et pour fournir une assistance convenable pendant la grossesse, au moment du travail, de l'accouchement et par la suite pendant l'allaitement et la puerpéralité. Délibération de la Région n. 34 – 8769 du 12/05/2008 consultable sur le site de la Région Piemonte

Qu'est-ce-que c'est le Mémoire de grossesse?

Le **Mémoire de Grossesse** est un instrument de communication et de collaboration entre la femme/couple et les services pour l'assistance à la grossesse et à l'accouchement.

- Il s'agit d'un **document** personnel dans lequel sont indiquées les données de la femme et de sa grossesse.
- Il s'agit d'un **dossier** qui permet à la femme d'avoir une documentation bien rangée et complète pour ce qui concerne sa santé et celle de son enfant .
- Il s'agit d'un **instrument** qui est utile aux opérateurs qui peuvent disposer de toutes les données sur la femme et sur l'enfant qui va naître et pour partager avec d'autres opérateurs une connaissance exhaustive de leur histoire.
- Il s'agit d'un **moyen informatif** qui montre à la femme les étapes du parcours de naissance et lui fournit les renseignements nécessaires sur la prévention et sur la promotion de sa santé, en l'aidant à choisir parmi les différents modèles d'assistance proposés
- Il est un **instrument de communication, collaboration et support** au travail des opérateurs pour la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et les soins des mères et des enfants

Les **données** indiquées sur le Mémoire constituent le **patrimoine d'informations** nécessaires pour un'assistance convenable et personnalisée. Toutes les données personnelles introduites par la femme sur le Mémoire ou que seront communiquées par la femme aux opérateurs pendant les rencontres/entrevues sont protégées par la Loi sur la Privacy (Acte législatif 196/2003) et elles font partie de la relation femme/obstétrique-médecin. Les informations contenues dans le Mémoire sont une contribution au **consentement informé** qui qualifie tout acte médical. Le consentement informé signifie que les opérateurs et la patiente cherchent d'individuer la solution la meilleure en évaluant ensemble les opportunités et les risques qui comporte quelconque choix dans le secteur sanitaire.

Pour continuer le dialogue entre les opérateurs et les familles, à la naissance de l'enfant on donnera aux parents une AGENDA de la SANTE de l'ENFANT qui permettra de recueillir les informations utiles pour construire un parcours de santé de l'enfant, dans l'optique de la prévention et de l'assistance appropriées.

COMMENT UTILISE-T-ON LE MÉMOIRE DE GROSSESSE?

Le Mémoire de Grossesse est délivré aux femmes par les Services de Consultation Familiales.

Chaque femme aura soin de conserver son Mémoire qui sera:

- **consulté** par la femme pour avoir des renseignements sur la grossesse;
- **rempli** par la femme avec ses données et ses préférences par rapport aux choix suggérés;
- **rempli et mis à jour par les opérateurs**, publiques ou privés, qu'elle aura choisi pour sa grossesse;
- intégré par le "**Guide aux services pour le parcours de naissance**" délivré par le Service Sanitaire de résidence
- **intégré** dans les sections expressément prévues avec d'éventuels rapports de consultations d'un spécialiste, hospitalisations, hospitalisations au Poste de Secours, examens de laboratoire;
- **enrichi** par le Service Sanitaire Régional avec des messages d'éducation et de promotion de la santé et de la prévention. Par la suite, avec le terme femme en grossesse on va entendre soit la femme seule soit le couple de parents

²Par la suite, avec le terme femme en grossesse on va entendre soit la femme seule soit le couple de parents

³Par la suite, avec le terme enfant on va entendre soit le sexe masculin soit le sexe féminin

Index

Pour lire plus rapidement le Mémorandum il est bon de savoir que page 06

SERVICE ET STYLES DE VIE PENDANT LA GROSSESSE

Reinseignements utiles pour le Parcours de Naissance	page	08
Les services du Parcours de Naissance de la ASL	page	09
Attestation de grossesse	page	11
Styles de vie pendant la grossesse	page	13

BILANS DE SANTE'

Bilans de Santé pendant la grossesse	page	20
Calendrier des rendez-vous	page	23
Notices d'état civil	page	24
Anamnèse familiale	page	26
Anamnèse personnelle	page	28
Anamnèse obstétrique-gynécologique	page	30
Registre clinique	page	34
La croissance du fœtus	page	36
Ecographies	page	38
Examens de laboratoire	page	40
Screening prénatal	page	42
Emergences-urgences	page	44
Demandes pour les examens	page	46

CHOIX POUR LE PARCOURS DE NAISSANCE

Réunions de guide à la naissance	page	74
Lieu de l'accouchement	page	76
Soutien au travail et à l'accouchement	page	77
Style d'accueil au nouveau-né	page	80
Allaitement	page	82
Donation du cordon ombilical	page	84

A PARTIR DES 36 SEMAINES JUSQU'À L'ACCOUCHEMENT ET PUERPERALITE'

Choix pour l'accouchement	page	86
Préférences pour l'accouchement	page	87
Bilan de Santé maternel-fœtal auprès du Point de Naissance	page	88
La grossesse entre les 37 et les 41 semaines	page	90
Accouchement et après accouchement	page	92
Puerpéralité	page	93

APPROFONDISSEMENTS

Screening et diagnostique prénatal	page	98
Orientation sur l'hygiène des aliments	page	102
Physiologie du travail et de l'accouchement	page	103
Les premiers jours après la naissance	page	106
Physiologie de l'allaitement au sein	page	108
Devenir père	page	111
A la maison avec l'enfant	page	112
Glossaire des termes techniques	page	114

MATERNITE' ET DROITS

Le Parcours de Naissance et la collectivité	page	118
La déclaration de naissance et la reconnaissance de l'enfant	page	119
Dispositions régionales à faveur de la fam	page	121
Opportunités pour la conciliation vie-travail	page	123
Les droits et les formes de sauvegarde sur le travail	page	127
Adresses des Services Sanitaires Régionaux	page	130

STYLES DE VIE PENDANT LA GROSSESSE Page 13

La grossesse est une période dans laquelle on est plus motivées à suivre un style de vie sain, duquel la santé actuelle et future de la mère et de l'enfant tirent un avantage. Beaucoup sont les facteurs qui contribuent à la définition d'un style de vie. En particulier: l'alimentation, l'activité physique, les rythmes habituels, l'utilisation d'intégrateurs et l'usage de substances mauvaise pour la santé.

Alimentation

L'alimentation contribue à la bonne marche de la grossesse et à la croissance du fœtus. La manière de s'alimenter fait partie des habitudes et des traditions de chaque personne et s'il n'y a pas eu dans le cours de la vie des variations importantes du poids corporel ou des périodes d'anorexie ou de bulimie, carences nutritionnelles, il n'est pas nécessaire des modifications substantielles pendant la grossesse. Les hormones de la grossesse accompagnent naturellement la femme vers un'alimentation convenable: le désir ou le refus de certains aliments par rapport aux autres, la différente perception du goût, l'exigence d'augmenter le nombre des repas et d'en diminuer la quantité, en sont un signal.

Si on suit des régimes particuliers il est conseillé d'en parler à l'obstétrique/gynécologue.

Aliments

Les règles pour un bon comportement alimentaire, valables dans chaque phase de la vie, sont valables aussi pendant la grossesse. Il faut:

- Préférer une large variété d'aliments tels que légumes, fruits (5 portions pendant la journée, mieux si de saison), pain, pâtes, riz et d'autres céréals, produits laitiers, viande, oeufs, poisson, qui peuvent garantir l'apport de produits nourrissants, vitamines, sels minéraux et fibres.
- Éviter des jeûnes et des repas trop abondants
- Boire beaucoup d'eau, surtout hors des repas
- Manger avec modération gateaux, graisses d'origine animal, sucre, sel
- Prendre avec modération chocolat, café et thé pour leur contenu de caféine
- Manger si possible des aliments frais ou bien cuits si on n'est pas certains de l'hygiène dans la préparation
- Éviter les repas préconfectionnés qui peuvent laisser des doutes sur l'hygiène dans la préparation ou dans la conservation
- Réchauffer les repas de manière qu'il soient complètement et uniformément chauds
- Préférer les repas préparés au moment à ceux qui sont déjà prêts et en exposition, si vous mangez hors de la maison

Sur l'alimentation de la femme pendant la grossesse il y a beaucoup de fausses croyances et on peut tomber sur des conseils discordants, aussi parce-que on ne peut pas disposer d'informations scientifiques de bonne qualité sur tout

Hygiène des aliments

Pendant la grossesse il est de primaire importance **l'hygiène des aliments et des mains**. Par la nourriture est en effet possible de contracter certaines infections (toxoplasme, salmonelle, lysteria) qui peuvent avoir des effets nuisibles sur le fœtus. Parmi celles-ci la principale est la toxoplasmose (page 40). Si le **toxotest est négatif** (test effectué avec les premières prises de sang), ce-la signifie que vous n'avez jamais contracté la toxoplasmose et que donc vous n'avez pas les anticorps anti-toxoplasmose. Dans ce cas il est nécessaire d'adopter quelques simples précautions:

- Bien laver fruits et légumes
- Éviter de manger de la viande crue
- Mettre des gants pour manipuler la viande crue ou se laver les mains tout de suite après sa manipulation
- Mettre des gants pendant le jardinage et se laver bien les mains si on a touché la terre
- Si vous avez un chat à la maison, éviter de changer la boîte du sable ou bien utiliser des gants; **il n'est pas nécessaire d'éloigner le chat pendant la grossesse.**

Le lavage soigneux des mains a réalisé dans les siècles passés le changement plus important par rapport à la santé de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchage. Même aujourd'hui cette simple pratique permet une valable prévention pendant toute la grossesse, en particulier pour les femmes qui travaillent avec des petits enfants qui peuvent devenir un véhicule, à travers les urines et les selles, de virus (citomegalovirus) qui provoquent des maladies au fœtus.

D'autres suggestions d'orientation **sur l'hygiène de la préparation et la conservation** de la nourriture sont disponibles dans la section "Approfondissements" (page 102)

⁴ Pour anorexie on entend une altération du comportement alimentaire avec réduction extrême de l'introduction d'aliments; pour bulimie, un'altération qui se manifeste par une introduction excessive et sans contrôle de la nourriture

Intégrateurs

L'**Acide Folique*** est le seul intégrateur alimentaire dont on a démontré scientifiquement l'utilité pour chaque femme à partir de deux mois avant la conception et pendant les premiers trois mois de grossesse (le dosage recommandé est de 0,4 milligrammes par jours).

D'autres intégrateurs alimentaires sont nécessaires uniquement dans des conditions cliniques particulières:

- **la Vitamine D**, dans le cas d'insuffisante exposition au soleil* ou si on suit un régime végétarien*;
- le **Fer** si on a établi une anémie par carence de fer*.

Usage de substances nuisibles

Fumée

Les effets nuisibles de la fumée sur la grossesse et sur la santé du nouveau-né sont fort bien documentés*. **La fumée est la plus fréquente cause de maladies évitables.** Les dommages les plus graves sont à la charge du placenta, l'organe qui garantit la nourriture et la croissance du fœtus. La fumée augmente le risque d'avortement spontané, la réduction de la croissance du fœtus, de la mort au berceau du nouveau-né, de maladies respiratoires de l'enfant.

L'effet dépend de la quantité (= dosage dépendante): plus de cigarettes on fume au cours de la grossesse plus élevé est le risque. La grossesse est une période dans laquelle on est plus motivée à cesser, décision qu'on peut maintenir même après. Il peut être utile d'en parler avec l'obstétricien/gynécologue pour avoir des conseils et des références sur ceux qui peuvent vous aider. Dans des proportions inférieures aussi la fumée passive (produite par les fumeurs qui vivent près de la femme) peut être nuisible.

Alcool

Les effets négatifs de l'alcool sur la grossesse et sur la santé de l'enfant sont fort bien documentés*; avec des hauts dosages les dommages les plus fréquents sont: avortement spontané, malformations fœtales, retardement dans la croissance du fœtus et, après la naissance, retard mental. Puisque les dommages de l'alcool sur l'enfant sont permanents et, puisque jusqu'à présent, on ne connaît pas le dosage "sûr", il vaut mieux de ne pas boire d'alcooliques pendant la grossesse.

Aux femmes qui choisissent de ne pas s'en abstenir tout à fait, on recommande de consommer de l'alcool **uniquement après les premiers trois mois de grossesse et à petits dosages, pendant les repas**, et de toute manière pas plus qu'un verre de vin ou bien de bière par jour.

La grossesse de femmes qui font usage habituel d'alcool en dosages importants est considérée à risque élevé et elle doit être suivie dans des centres spécialisés pour les soins et pour l'aide.

Substances stupéfiantes = drogues (par ex. héroïne, cocaïne, amphétamine, etc):

les effets négatifs de substances stupéfiantes sur la grossesse et la santé de l'enfant sont très bien documentés*; l'usage habituel pendant la grossesse comporte dommages différents selon le type de substance prise. Les plus fréquents sont: avortement spontané, malformations fœtales, accouchement avant le terme, croissance fœtale réduite, crises d'abstinence de l'enfant au moment de la naissance, risque plus élevé de mort dans l'utérus, ou dans les premiers mois après la naissance, altérations du comportement et d'apprentissage de l'enfant pendant la croissance.

La grossesse de femmes qui font usage habituel de stupéfiants est considérée à **risque élevé** et elle doit être suivie dans des centres spécialisés pour les soins et pour l'aide.

Habitudes de vie

Rapports sexuels

Les évidences scientifiques démontrent que les rapports sexuels pendant la grossesse ne créent pas de problèmes ni à la mère ni au nouveau-né*. Certaines conditions cliniques peuvent demander la suspension temporaire (par ex. pertes hémorragiques, diagnostics envahissants, présence de contractions de l'utérus, etc.). La grossesse peut influencer les désirs de la femme; ces variations doivent être considérées normales et respectées par le couple.

Activité physique

Pendant la grossesse ont lieu des modifications physiques qui augmentent temporairement la laxité des ligaments, utile pour l'accouchement. Une modérée activité physique (par ex. marche, natation) favorise la circulation et le bien-être physique général*. Il faut éviter les activités qui demandent un intense effort musculaire, sports lourds ou à risque de chute.

Voyages

Pour les voyages dans des pays pour lesquels on conseille des vaccinations spécifiques il est bon de se conformer aux indications des Centres de Médecine des Voyages. Pour plus de renseignements sur les Centres de la Région Piemonte on peut s'adresser à son ASL ou bien consulter le site www.ilgirodelmondo.it (section voyageurs avec problèmes de santé/grossesse).

Avion:

Les longues voyages par avion, suite à l'immobilité imposée, augmentent le risque de thrombose veineuse, mais on n'a pas évincé de risques plus élevés pendant la grossesse; il est de toute manière à conseiller l'usage de bas élastiques compressifs*.

Chaque compagnie aérienne a ses règles au sujet de voyages aériens et grossesse. Il est toujours convenable de demander des informations précises au moment de la réservation du vol.

Dans l'intérêt des passagères on conseille habituellement une limitation qui se place à 36 semaines pour les grossesses physiologiques, à 32 semaines pour celles gémellaires. Après 28 semaines les femmes enceintes sont priées de présenter un certificat médical pour confirmer le bon cours de la grossesse et la date présumée de l'accouchement.

En voiture

De nombreux études démontrent aussi pour les femmes enceintes les bénéfices qui découlent de l'usage de la ceinture de sécurité positionnée correctement*. N'existent pas des évidences que l'usage de la ceinture puisse créer des risques pour la femme et pour le fœtus. Bien que la loi prévoit la possible exemption pour les femmes enceintes (Loi 284, 4 août 1989, art. 1, point f), **l'usage des ceintures de sécurité est toujours recommandé**, sauf dans des cas absolument exceptionnels, certifiés par le médecin.

Pendant les longs voyages en voiture il est souhaitable de programmer des haltes pour se dégourdir les jambes, vider la vessie, changer de position, réactiver la circulation

Soin du corps

Les modifications physiques qui ont lieu pendant la grossesse (par ex. augmentation du volume de l'abdomen et du sein, modifications de la circulation capillaire, etc.) peuvent encourager une différente attention au soin du corps. En général, il n'est pas nécessaire de changer ses habitudes et les traditions culturelles dans les soins hygiéniques personnelles. Du moment que n'existent pas d'études scientifiques sur l'efficacité et la sécurité de chaque substance utilisée pour la teinture pour les cheveux, la cire à épiler, la prévention de vergetures et déshydratation, l'hygiène intime, etc., un'indication de bon sens est celle d'utiliser les produits hygiéniques-cosmétiques seulement après en avoir lu attentivement l'étiquette et vérifié la compatibilité avec l'état de grossesse

Bienestar psiquico Bien-être psychique

Pendant la grossesse, dans l'esprit et dans les émotions des parents, se fait espace l'idée de l'enfant qui est en train de grandir dans l'utérus de la femme, conjointement aux sentiments et aux émotions qui l'impliquent. Ce-la comporte pensements et sentiments nouveaux, qui ne sont pas toujours faciles à gérer, qui influencent indirectement aussi le bien-être de l'enfant.

Parfois ils peuvent y avoir des difficultés pour ouvrir les limites internes de l'esprit, parce-que beaucoup d'espace est occupé par les préoccupations contingentes du vivre (le travail, la relation du couple, éléments de stress, etc.) ou par le poids de situations passées (grossesses précédentes, relations avec ses parents, expérience de son enfance, etc.). Il est bon de cueillir chaque opportunité pour rejoindre et maintenir, pendant la grossesse, pas uniquement le bien-être physique, mais aussi celui psychique en partageant ses émotions, anxiétés et attentes, avec des personnes de confiance, avec d'autres femmes, ou avec les experts choisis (obstétrique, gynécologue, psychologue). Les personnes qui s'occupent du soutien psychologique aux femmes affirment que "le silence n'aide pas".

•) **Données sur le style de vie Page 17**

Au commencement de la grossesse il peut être utile d'examiner quelques éléments de son style de vie qui peuvent influencer le bon résultat de la grossesse

Type d'alimentation: variée végétarienne végane autre.....

ALIMENTATION: quoi et combien du matin au soir

Petit déjeuner: _____

Déjeuner : _____

Dîner : _____

Casse-croûtes entre les repas: _____

Boissons hors des repas : _____

○

FUMEE

Fumée pendant la grossesse? OUI NON Type _____ Nombre de sigarettes par jour _____

Etes vous exposée à la fumée passive ? OUI NON Quelqu'un d'autre dans la famille fume-t-il? _____

Avez-vous fumé précédemment? OUI NON Quand avez-vous cessé? _____

○

ALCOOLIQUES

Consommation d'alcooliques avant la grossesse OUI NON

Consommation d'alcooliques pendant la grossesse OUI NON plus que 30 g au jour? OUI NON

○

* 30g correspondent à plus de 2 verres de vin ou plus de 2 bières ou plus de 2 doses de spiritueux par jour

SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES SUBSTANCES STUPEFIANTES

Usage de substances stupéfiantes OUI NON occasionnel habituel

Quel type _____

Modalités de consommation _____

Dosages _____

○

○ Approfondir les détails de l'histoire, y compris des éventuels traitements.

BILANS DE SANTE PENDANT LA GROSSESSE Page 20

La santé de la femme influence le cours de la grossesse: une **femme saine**, sans maladies chroniques, qui ne prend pas de médicaments ou de drogues, a une possibilité élevée d'avoir une grossesse, un accouchement et un après accouchement normaux et d'accoucher un nouveau-né sain. La grossesse avec ces caractéristiques est définie "**grossesse physiologique ou sans facteurs de risque**" (environ 85% des femmes). La femme pourra choisir de se faire suivre par une obstétrique ou un gynécologue.

Pour la femme avec des pathologies, en thérapie avec des médicaments ou dans laquelle surgissent des maladies ou des problèmes, on a prévu un'assistance additionnelle* de la part du médecin-obstétrique que, si nécessaire, tiendra les contacts avec les autres spécialistes. Dans ce cas la grossesse est définie "**grossesse à risque ou pathologique**". Selon le risque ou les pathologies présentes, les parcours pourront varier, jusqu'à demander même parfois des compétences hautement spécialistiques dans les maladies maternelles et/ou fœtales* disponibles uniquement dans des structures spécialisées.

Pendant une grossesse **physiologique** il est souhaitable un contrôle toutes les 4/6 semaines, tandis que pour la grossesse **à risque** pourraient être nécessaires plusieurs rencontres. En tous cas il est recommandé que la femme soit suivie de manière continue et pendant toute la grossesse, par le même spécialiste ou par un petit groupe de spécialistes*.

Pendant chaque rencontre sera effectué un véritable **Bilan de Santé** qui suivra pas à pas l'évolution de la grossesse en mettant en évidence la présence d'éventuels facteurs de risque.

Le Bilan de Santé est surtout un moment de **COMMUNICATION** et d'**ECHANGE** à l'intérieur de la relation de "soin" qui se développe tout au long du parcours de naissance entre la femme et l'opérateur.

La femme donne les informations sur sa santé physique et psychologique. L'obstétrique/gynécologue recueille les informations sur l'anamnèse et, sur la base des évidences scientifiques et de l'expérience professionnelle, évalue les éléments cliniques, rassure et expose les doutes de la femme sur grossesse, accouchement et allaitement, sur l'accueil au nouveau-né et sur les "soins" à l'enfant, en conclusion sur tout ce qu'on souhaite savoir.

Puede ser útil antes que nada anotar las preguntas y dudas para aclararlo en el coloquio con la/el obstetra/ ginecòlogo. Il peut être utile de noter à l'avance les demandes et les doutes à éclaircir dans l'entrevue avec l'obstétrique/gynécologue.

Une rencontre autour des 10 semaines est utile pour avoir des informations si on veut effectuer des **examens de screening et/ou de diagnostic prénatals**; il est recommandé aux femmes qui ont des maladies en cours et/ou prennent des médicaments. En tous cas la première rencontre doit être effectuée au moins avant la fin du troisième mois de grossesse. La première rencontre aura une durée plus longue par rapport aux successives, puisque il est nécessaire de recueillir les informations sur la santé de la femme, de son partner et des respectives familles (page 26).

On vous conseille d'apporter tous les examens déjà effectués, en particulier la documentation relative au groupe sanguin, aux maladies eues dans le passé, aux précédentes visites gynécologiques, aux résultats de pap-test (en particulier le dernier) et tout ce que vous pensez soit utile en relation à la santé de la mère et de l'enfant.

Pendant les visites on évalue le **cours** de la grossesse à travers les suivantes **recherches cliniques de base**:

- la palpation extérieure de l'utérus pour en vérifier le ton, à partir de la 12ème semaine.
- la mesure symphyse-fond utérin* avec le centimètre, pour mesurer le développement de l'utérus et monitorer la croissance du fœtus à partir de la 16ème semaine (page 37).
- l'auscultation ou la visualisation du battement cardiaque du fœtus avec des ultra-sons à partir de la 12ème semaine
- la prise de la tension artérielle*
- la prise du poids corporel

La femme rapporte ses sensations et les mouvements appréciables du fœtus à partir des 16-20 semaines.

Pendant la **première visite** on va aussi effectuer:

- l'exploration vaginale avec un éventuel Pap-test si le précédent remonte à plus de 3 ans
- le contrôle du sein
- la mesure de la hauteur et du poids pour calculer l'index de la masse corporelle (page 28) qui définit avec plus de soin la constitution corporelle.

Pendant les visites successives, mais uniquement à la suite d'indications cliniques spécifiques, il pourra-t être nécessaire d'effectuer:

- l'exploration vaginale en présence de contractions ou d'autres problèmes de la vagine
- le contrôle échographique si l'obstétrique/gynécologue redoute des anomalies dans le développement de l'utérus (pour les échographies recommandées voir page 38).

*Par la suite dénommée grossesse physiologique

Pendant les rencontres on va évaluer les résultats des examens de laboratoire et on va en prescrire d'autres selon les nécessités cliniques (pour les examens recommandés voir la fiche de page 40)

Aux séances des bilans de santé la femme peut se faire accompagner par qui elle désire (partner ou autre personne de confiance).

Des évidences scientifiques démontrent comme l'enregistrement des événements dans les différentes phases de la grossesse sur un seul document (que la femme apporte à chaque visite et que l'obstétrique/gynécologue met à jour rigoureusement) puisse permettre de fournir une assistance et des meilleurs résultats au niveau de la santé, soit pour la mère soit pour le nouveau-né*

• Sommaire des rendez-vous (page 22)
 Aperçu du Service d'Assistance pour la Grossesse physiologique

Le tableau des rendez-vous évide encie les informations qui seront approfondies avec l'opérateur à chaque recontre. Cocher les différents points pourra vous servir comme aide-mémoire.

Semaines	Informations sur:
8 - 13	<input type="checkbox"/> services pour le Parcours de Naissance et Aperçu du Service d'Assistance pour la grossesse <input type="checkbox"/> état de santé général • <input type="checkbox"/> styles de vie sains pendant la grossesse <input type="checkbox"/> opportunité de continuer la prise d'acide folique <input type="checkbox"/> maternité et droits <input type="checkbox"/> examens de laboratoire conseillés <input type="checkbox"/> examens de screening pour le diagnostic prénatal <input type="checkbox"/> échographie du premier trimestre <input type="checkbox"/> modalité d'accès à l'échographie du deuxième trimestre •• <input type="checkbox"/> résultats du contrôle clinique (cours de la tension, poids, développement et ton de l'utérus, battement cardiaque foetal, visite vaginale et évaluation du périnée) <input type="checkbox"/> éventuelle nécessité d'assistance additionnelle pour la présence d'éléments de risque <input type="checkbox"/> modalités d'accès au programme national "Mères libres de la fumée" <p>• Il a la valeur d'un bilan de santé général à effectuer avec le médecin de chevet qui connaît l'histoire de la santé/des maladies de la femme</p> <p>•• Pour faciliter la programmation/réservation de l'échographie du deuxième trimestre; la période idéale pour le premier rendez-vous est entre les 9 et 11 semaines</p>
14 - 18	<input type="checkbox"/> résultat des examens effectués dans le premier trimestre + examens conseillés avant le rendez-vous successif y compris un éventuel diagnostic prénatal envahissant <input type="checkbox"/> résultats du contrôle clinique (évaluation de la tension artérielle, poids, développement de l'utérus, battement cardiaque foetal) <input type="checkbox"/> cours de guide à la naissance (typologie, modalités d'accès, etc.)
19 - 21	<input type="checkbox"/> échographie du deuxième trimestre
19 - 23	<input type="checkbox"/> résultat des examens effectués + examens conseillés avant le rendez-vous successif <input type="checkbox"/> résultats du contrôle clinique (évaluation de la tension artérielle, poids, ton de l'utérus et mesure symphyse-fond, battement cardiaque foetal, mouvements actifs du foetus)
28 - 32	<input type="checkbox"/> résultats des examens effectués +éventuels examens conseillés avant le rendez-vous successif <input type="checkbox"/> résultats du contrôle clinique (évaluation de la tension artérielle, poids, ton de l'utérus et mesure symphyse-fond, battement cardiaque foetal, mouvements actifs du foetus) <input type="checkbox"/> éventuelle échographie sur indication clinique
33 - 36	<input type="checkbox"/> résultats des examens effectués +éventuels examens conseillés avant le rendez-vous successif <input type="checkbox"/> résultats du contrôle clinique (évaluation de la tension artérielle, poids, ton de l'utérus et mesure symphyse-fond, battement cardiaque foetal, mouvements actifs du foetus) <input type="checkbox"/> éventuelle échographie sur indication clinique <input type="checkbox"/> modalités d'accès au Bilan de Santé maternel-foetal auprès du Point de Naissance
36 - 37	<input type="checkbox"/> Bilan de Santé maternel-foetal auprès du Point de Naissance choisi
38 - 40 + 6 dias	<input type="checkbox"/> résultats du contrôle clinique (évaluation de la tension artérielle, poids, ton de l'utérus et mesure symphyse-fond, battement cardiaque foetal, mouvements actifs du foetus, éventuelle visite vaginale) <input type="checkbox"/> nécessité de monitoring de la grossesse qui continue au delà des 41 semaines (contrôle cardiotocographique = CTG et mesure du liquide amniotique = AFI)
41	<input type="checkbox"/> résultats du contrôle clinique (évaluation de la tension artérielle, poids, ton de l'utérus et mesure symphyse-fond, battement cardiaque foetal, mouvements actifs du foetus, CTG, AFI) <input type="checkbox"/> éventuelle nécessité d'induction des douleurs d'accouchement (époque de grossesse et modalités)
a la dimision	<input type="checkbox"/> modalités d'accès aux contrôles obstétriques à la puerpéralité (involution de l'utérus, évaluation du périnée, éventuelle consultation pour la contraception) <input type="checkbox"/> modalités d'accès aux consultations pour le soutien de l'allaitement au sein <input type="checkbox"/> groupes de rencontres post accouchement

NOTICES DE L'ETAT CIVIL Page 24

Les **données** indiquées sur le Mémorandum constituent le patrimoine d'informations nécessaires pour un'assistance appropriée et personnalisée. Toutes les données personnelles font partie de la relation femme/obstétrique/médecin et elles sont protégées par la loi sur la privacy (Décret Loi 196/2003).

Certaines données, sous forme rigoureusement ANONYME, sont recueillies dans le Certificat d'Assistance à l'Accouchement (Loi nationale Décret Ministériel n. 349 du 16 juillet 2001) qui est rempli par la personne qui assiste à l'accouchement. Ces données, à travers les analyses statistiques nationales et régionales, contribuent à l'amélioration des standards d'assistance à la maternité.

Les données statistiques sont à la disposition sur les sites

www.ministerodellasalute.it (Banca de datos > Los datos del Sistema Sanitario) y www.regione.piemonte.it (Sanidad > Servicios Sanitarios > Departamento Materno Infantil > "pour les opérateurs" tableau au fond de la page > Nascere in Piemonte (Naître en Piemonte)).

Les informations suivantes font partie du Certificat d'Assistance à l'Accouchement:

- Age, commune de résidence, nationalité, titre d'étude, activité de travail, état civil de la mère et du père;
- Date du mariage pour les couples mariés;
- De visites effectuées pendant la grossesse, services utilisés, nombre d'échographies, données sur les grossesses précédentes, cours de la grossesse actuelle, recherches prénatales, fréquence aux cours de guide à la naissance;
- Modalités des douleurs et de l'accouchement et conditions du nouveau-né à la naissance.

Il est important que les données soient correctes puisque les mêmes seront transcrites sur les documents sanitaires de la femme et sur les documents d'enregistrement de l'état civil de l'enfant:

L'information sur le **groupe ethnique** d'appartenance est important: être nées et grandies dans un pays différent de celui dans lequel on vit peut entraîner des différences par rapport à la sexualité féminine, à la grossesse, à la naissance et aux soins de l'enfant. Le communiquer aux opérateurs peut aider à mieux réaliser son projet de maternité/parentale et à obtenir une meilleure réponse à ses besoins. L'appartenance à un groupe ethnique a, en outre, un'importance clinique puisque certaines maladies sont plus fréquentes dans une ethnie plutôt que dans un'autre (par ex. l'anémie méditerranéenne est plus fréquente dans la population originaire des îles italiennes; l'anémie falciforme est plus fréquente parmi les peuples de l'Afrique centrale et orientale, etc.).

L'intervention du médiateur culturel ou de l'interprète peut faciliter la communication entre les sanitaires et les personnes de cultures différentes et garantir la compréhension réciproque.

Les informations sur l'activité de travail, sur le titre d'étude, sur l'état civil servent à personnaliser l'assistance et à individuer les exigences spécifiques (par ex. individuer d'éventuels facteurs de risque liés à l'ambiance de travail; informations sur les droits liés à l'état de grossesse et de mère travailleuse * - page 127; reinsegnements sur les modalités de reconnaissance de l'enfant – page 119; services de soutien pour les mères qui ont moins de 16 ans et pour celles qui se trouvent en difficulté – page 119).

À la discrétion de la femme, les données qui permettent l'identification (nom, prénom, résidence) du père de l'enfant qui va naître peuvent ne pas être communiquées.

En tout cas, pour le Certificat d'Assistance à l'Accouchement, les informations sur la nationalité, l'année de naissance, province de naissance, **titre d'étude, condition professionnelle, position dans la profession** sont obligatoires. Pour garantir à l'enfant un'assistance appropriée à la naissance et à la croissance sont en outre essentielles d'autres données sur le père biologique (pays de naissance, état de santé, etc.).

Pour la femme qui n'entend pas reconnaître le nouveau-né, l'anonymat sera garanti sur tous les documents sanitaires, comme prévu par la Loi, et les données de la mère ne pourront pas être relationnées à celles du nouveau-né (page 120). Cependant, pour le Certificat d'Assistance à l'Accouchement, **sont obligatoires les données suivantes**: l'année de naissance, la nationalité et la province de naissance de la femme.

DONNÉES DE L'ÉTAT CIVIL DE LA MERE			
Nom		Prénom	
Date de naissance	Commune de naissance	Prov.	Pays de naissance
Résidence: Commune	Prov.	Région	ASL
Adresse			
Téléphone fixe		Mobile	
Langue maternelle		Demande d'interprète	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		Demande médiateur culturel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Informations sur l'activité de travail		
<input type="checkbox"/> OUI		
CONDITION PROFESSIONNELLE	POSITION PROFESSIONNELLE	ACTIVITE' ECONOMIQUE
<input type="checkbox"/> Occupée	<input type="checkbox"/> Entrepreneuse	<input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Chasse <input type="checkbox"/> Pêche
<input type="checkbox"/> En chômage	<input type="checkbox"/> Libre professionnelle	<input type="checkbox"/> Industrie
<input type="checkbox"/> Dans l'attente de 1 ^{ère} occupation	<input type="checkbox"/> Dirigéante	<input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> Services Publiques/Hôtels
<input type="checkbox"/> Ménagère	<input type="checkbox"/> Employée	<input type="checkbox"/> Administration Publique
<input type="checkbox"/> Etudiante	<input type="checkbox"/> Travailleuse Autonome	<input type="checkbox"/> Autres service privés
<input type="checkbox"/> Quitté le travail	<input type="checkbox"/> Obrera Ouvrier	
<input type="checkbox"/> Autre condition	<input type="checkbox"/> Militaire forces de l'ordre et rélig	Licencia <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Information non communiquée	<input type="checkbox"/> Jamais exercé activité travail stable	Inicio a.... semanas de embarazo

Titre d'étude						
<input type="checkbox"/> Diplôme universitaire	<input type="checkbox"/> Ecole supérieure	<input type="checkbox"/> Ecole profess	<input type="checkbox"/> Ecole second	<input type="checkbox"/> Premier degré	<input type="checkbox"/> Aucun titre	<input type="checkbox"/> Non communiqué

Etat civil	
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Information non communiquée <input type="checkbox"/> Mariée Date du mariage _____

DONNÉES DE L'ÉTAT CIVIL DU PERE			
Nom		Prénom	
Date de naissance	Commune de naissance	Prov.	Pays de naissance
Résidence: Commune	Prov.	Région	ASL
Adresse si différente de celui de la mère			
Téléphone fixe		Mobile	

Información del Trabajo		
CONDITION PROFESSIONNELLE	POSITION PROFESSIONNELLE	ACIVITE' ECONOMIQUE
<input type="checkbox"/> Occupé	<input type="checkbox"/> Entrepreneur	<input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Chasse <input type="checkbox"/> Pêche
<input type="checkbox"/> En chômage	<input type="checkbox"/> Libre profess.	<input type="checkbox"/> Industrie
<input type="checkbox"/> Dans l'attente de 1 ^{ère} occupation	<input type="checkbox"/> Dirigéant	<input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> Service Publiques/Hôtels
<input type="checkbox"/> Ménager	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Administration Publique
<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Travailleur Autonome	<input type="checkbox"/> Autres service privés
<input type="checkbox"/> Quitté le travail	<input type="checkbox"/> Ouvrier	
<input type="checkbox"/> Autre condition	<input type="checkbox"/> Militaire forces de l'ordre et rélig.	
<input type="checkbox"/> Information non communiquée	<input type="checkbox"/> Jamais exercé activité travail stable	

Titre d'étude						
<input type="checkbox"/> Diplôme univ	<input type="checkbox"/> Ecole sup.	<input type="checkbox"/> Ecole prof.	<input type="checkbox"/> Ecole second.	<input type="checkbox"/> Premier degré	<input type="checkbox"/> Aucun titre	<input type="checkbox"/> Non commun

ANAMNESE FAMILIALE Page 26

Il s'agit de la recherche auprès des familles d'origine du couple, de maladies génétiques ou même reproductibles à d'autres causes (par ex. hypertension, diabète, cardiopathies congénitales, retard mental, syndromes de malformation); elle est convenable pour évaluer si on peut effectuer des intervention de prévention, ou éventuellement de diagnostic ou de soin, soit pour la mère soit pour l'enfant.

Dans l'anamnèse familiale sont importantes les données relatives a l'état de santé du père (dès les maladies génétiques jusqu'au style de vie de l'homme), facteurs qui peuvent influencer soit la santé soit l'ambiance dans laquelle l'enfant vivra.

Par rapport aux **maladies héréditaires** il est utile de savoir que:

- il est important de parler avec l'obstétrique/gynécologue de ce qu'on connaît ou on suppose par rapport à des possibles maladies qui se sont vérifiées dans la famille
- l'obstétrique/gynécologue cherchera tous les éléments pour donner une réponse aux doutes, éventuellement aussi avec la consultation de spécialistes
- pour certaines maladies héréditaires on peut obtenir un diagnostic prénatal; la consultation d'un génétiste (= spécialisé dans les maladies génétiques héréditaires) peut aider pour évaluer le risque que le fœtus puisse être malade et donc à proposer des recherches spécifiques pendant la grossesse ou après la naissance.

Une **consultation génétique** peut être utile quand:

- Dans la famille se sont vérifiées des cas de handicap physiques et/ou mentaux, ou bien il y a des cas de maladies à transmission génétique (par exemple: fibrose kystique)
- Les parents sont consanguin (par ex. cousins)
- Dans l'histoire de la femme ou du partner il y a des données cliniques qui meritent une évaluation ou un approfondissement de la part du génétiste (par exemple, plus que 3 avortements spontanés)

ENTRETIEN POUR L'ANAMNÈSE FAMILIAL Page 27

Le Bilan de santé pendant la grossesse est un moment de communication fort important. Pendant la reconstruction de l'anamnèse familiale il est nécessaire de se référer aux maladies des composants de la famille de la mère et du père (biologique) de l'enfant.

Dans les tableaux verts la femme peut indiquer les maladies dont elle est à connaissance, en cochant le respectif point de la ligne.

(fam. M= famille de la mère, fam. P = famille du père biologique):

Tableau 1 uniquement. pour la famille maternelle

fam. M	
	Diabète
	Cardiopathies congénitales
	Hypertension/Eclampsie
	Avortements récurrents ou mortés endométriques
	Thromboses

Tableau 2 pour la famille maternelle et paternelle

fam. M	fam. P	
		Pathologies récurrentes dans la famille
		Malformations
		Pathologies psychiatriques
		Difficultés d'apprentissage

Il est opportun que tous les renseignements additionnels qu'on retient importants soient discutés avec l'obstétrique/gynécologue.

ANAMNESE PERSONNELLE Page 28

Enregistre les maladies passées ou actuelles, les interventions chirurgicales, la présence d'allergies, l'utilisation de médicaments, les fréquentes variations de poids, les anamnèses du bien-être psychique et psychologique, l'anamnèse du travail, d'éventuels abus ou violences supportées, l'anamnèse obstétrique-gynécologique (page 30).

Anamnèse sur l'utilisation de médicaments

Elle permet d'évaluer l'opportunité de poursuivre pendant la grossesse d'éventuelles thérapies en cours pour maladies chroniques et d'analyser le type de médicaments utilisés en majorité.

La grossesse est un moment utile pour réfléchir sur son attitude vis à vis de l'utilisation des médicaments (médicaments de la médecine traditionnelle, des médecines alternatives, à l'usage intermittent pour troubles occasionnels, médicaments d'auto-médication, médicaments prescrits par le médecin).

Pour une éventuelle consultation sur les médicaments pendant la grossesse vous pouvez contacter le Centre d'Information sur les Médicaments et la Santé auprès de l'Institut Mario Negri, au numéro téléphonique 800883300.

Constitution corporelle

La valeur du poids avant le commencement de la grossesse est une bonne référence pour évaluer d'éventuels écartements d'une certaine importance par rapport au poids idéal qu'on calcule en utilisant l'index de la masse corporelle (voir tableau page 28). L'obésité ou la maigreur extrêmes représentent un facteur de risque pour la grossesse et demandent un'assistance additionnelle.

Anamnèse du bien-être psychique et psychologique

Dans les bilans de santé pendant la grossesse et dans la puerpéralité, dans l'entrevue avec l'opérateur, il est bon de faire émerger si, avant la grossesse, on a souffert de dépression, avec moins d'intérêt ou de plaisir dans les activités quotidiennes ou bien si on a fait recours à un traitement psychothérapeutique et/ou pharmacologique.

Ces informations sont utiles pour personnaliser l'assistance et éventuellement offrir un soutien même après l'accouchement.

Anamnèse du travail/risques du travail

La plupart des travaux ne sont pas un risque pour la grossesse; seulement quelques-uns peuvent être nuisibles ou pour la charge physique qu'ils comportent ou pour l'exposition à des substances nuisibles pour la grossesse et/ou pour le fœtus.

En Italie existe une réglementation spécifique sur les droits de la femme qui travaille* (page 127).

Violenza domestica Violence domestique

Les statistiques indiquent qu'une femme sur quatre au cours de sa vie est victime d'un épisode de violence domestique et dans beaucoup de cas le commencement est à rechercher justement dans la période de grossesse. Les violences peuvent être de différentes formes, y incluse celle physique, sexuelle et psychologique.

Si ces abus sont déjà commencés, souvent ils s'aggravent pendant ou après la grossesse. Si on se retrouve dans une pareille situation il **est bon** d'en parler avec l'obstétrique/gynécologue pour les lourdes conséquences que ces acts peuvent entraîner soit sur la femme soit sur l'enfant.

Bien que sur le territoire régional il y ait un réseau de services d'écoute et de prise en charge pour les femmes victimes de violence (Services de consultation, Services Sociaux, Associations de Volontariat, Postes de Secours, Forces de l'ordre, etc.), pendant la grossesse on vous conseille de vous adresser au

Centre SVS (Secours Violence Sexuelle) de l'Hôpital Regina Margherita-Sant'Anna de Torino tél. 011 3134180.

•) Entrevue pour l'anamnèse personnelle

Per reconstruire son anamnèse il est utile d'effectuer un Bilan de Santé avec son médecin traitant qui peut situer d'éventuelles maladies telles que:

Maladies

<i>Hypertension</i>	<i>Epilepsie</i>
<i>Cardiopathies</i>	<i>Migraine</i>
<i>Diabète</i>	<i>Maladies mentales</i>
<i>Maladies de la thyroïde</i>	<i>Crises de dépression</i>
<i>Variations importantes du poids</i>	<i>Problèmes psychiatriques</i>
<i>Hémoglobinopathies/thalassémie</i>	<i>Problèmes de l'appareil muscul.-squelettique</i>
<i>Thromboses</i>	<i>Exposition à la tuberculeuse</i>
<i>Maladies du foie</i>	<i>Asthme ou problèmes respiratoires</i>
<i>Maladies des reins ou de l'appareil urinaire</i>	<i>Infections transmises sexuellement IST</i>
<i>Incontinence urinaire</i>	<i>Autre</i>

Toutes les données additionnelles que vous pensez importantes, vous devez les communiquer à l'obstétrique/gynécologue.

ANAMNESE OBSTETRIQUE-GYNECOLOGIQUE Page 30

L'histoire menstruelle (régularité ou non des menstruations, la date de commencement de la dernière menstruation) est utile pour calculer les semaines de grossesse en accord à l'échographie du premier trimestre.

L'histoire obstétrique comprend les données cliniques et les émotions relatives aux grossesses et aux accouchements précédents (vaginaux, spontanés ou compliqués, césariennes), aux avortements spontanés et aux interruptions volontaires de grossesse, aux mortes fœtales, à la procréation assistée médicalement, aux hémorragies post-partum, à l'éventuelle dépression post-partum et aux conditions du nouveau-né. Parler de ses expériences précédentes peut orienter soit le spécialiste, sur le type d'assistance à offrir, soit la femme dans la recherche d'un éventuel soutien. En cas de complications précédentes, il peut être nécessaire de planifier un monitoring plus intensif pendant la grossesse, à l'accouchement et par la suite au nouveau-né.

Face à un seul précédent **avortement spontané** il faut souligner qu'il y a des bonnes possibilités de mener à terme les successives grossesses.

L'interruption spontanée d'une grossesse se vérifie assez fréquemment dans les premiers trois mois de grossesse et concerne 10-15 grossesses sur 100 (page 30). Très souvent elle est liée à des problèmes du fœtus et non à des problèmes maternels. Au moment actuel il n'existe aucune thérapie vraiment efficace pour éviter ces avortements.

Après la 13ème semaine le risque d'avortement diminue très rapidement: les causes sont, dans la plupart des cas, non prévisibles.

En présence d'**avortements répétés** on peut porter à terme la grossesse, mais il est conseillable de commencer un parcours d'assistance additionnelle.

Sont définis **accouchements avant les termes** ceux qui ont eu lieu avant la 37ème semaine de grossesse: ils sont environ 6 accouchements sur 100. La présence d'un accouchement avant les termes dans l'histoire de la femme, augmente le risque qu'il puisse se reproduire. Plus l'accouchement est précoce, plus le nouveau-né aura besoin d'assistance de type intensif.

Les femmes qui ont été soumises à césarienne (TC) ont des bonnes possibilités d'accoucher spontanément pendant la grossesse successive.

Le travail des femmes avec une précédente **césarienne** sera contrôlé plus intensément, pour s'assurer que l'utérus se contracte de manière régulière malgré l'intervention précédente et pour réduire le risque de rupture de la cicatrice de l'utérus.

Dans les cas où les césariennes ont été plus que une, l'accouchement spontané est normalement déconseillé.

• Entrevue pour l'anamnèse obstétrique Page 31

Pour l'anamnèse obstétrique sont utiles les informations suivantes:

Précédente infertilité/subfertilité
Traitement pour infertilité grossesse actuelle
Infections de l'appareil génital
Précédents cytologiques vaginaux positifs
Problemi psichiatrici

Précédentes interv.chirurgicales gynecologiq.
Mutilations génitales féminines
Fractures pelviennes ou aux membres infér.
Dépression post-partum en grossess.précéd.
Autre

Dernier pap-test date _____ Résultat _____	S'il se sont écoulés plus que 3 ans du dernier Pap-test inviter la femme à s'adresser à Prevenzione Serena pour pouvoir l'effectuer
---	---

Anticonceptionnels	Lequel _____	Type _____	Suspendu le _____
--------------------	--------------	------------	-------------------

Anamnesi immuno-ematologica

Groupe sanguin de la mere documenté par le Centre de Transfusions	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Incompatibilité pendant grossesses précédentes	Rh ABO
Prophylaxie Rh pendant grossesses	précédentes actuelle pour _____
Ictère néo-natal oebndant grossesses precedents	

Anamnèse de grossesses précédentes

année	Sem. E.g.	Résultat	Nouveau-né
		<input type="checkbox"/> Avortement sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG <input type="checkbox"/> Accouchem. spontané <input type="checkbox"/> TC pour <input type="checkbox"/> Accouchem. Opérationnel pour Commencem. du travail _____ Anesthésie: _____ Délivrance/ pertes hématiques _____ Périnée _____ Résumé de la puerpéralité _____	Sexe _____ Poids gr. _____ Santé actuelle _____ LM exclusiv. pour _____ mois _____

LA CROISSANCE DU FŒTUS Page 36

La croissance du fœtus a lieu à travers l'augmentation des dimensions de son corps (poids, longueur, circonférence du thorax, de l'abdomen, de la tête, etc.), le mûrissement des organes et le perfectionnement de ses compétences (capacité) à naître et à survivre hors de l'utérus (certaines activités de l'enfant telles que le mouvement, la sensibilité tactile, l'ouïe, le rythme sommeil-éveil sont déjà présentes dans la vie fœtale). **Déjà au niveau de la vie prénatale l'enfant qui va naître est en mesure d'apprendre, de mémoriser et de s'adapter aux différentes situations. Avec la naissance l'enfant continuera à croître dans une nouvelle ambiance en cherchant d'établir, avec qui se prendra soin de lui, la continuité affective et émotionnelle qui contribuera à son bien-être.**

Mouvement

Le fœtus bouge déjà à partir des premières semaines de vie: les mouvements lui permettent de changer de position en évitant que sa peau s'appuie sur les mêmes points et puisse être endommagée; en outre ces exercices aident à croître de manière correcte les os, les muscles et les fibres nerveuses. A partir des vingt semaines de grossesse dans le fœtus sont présents presque tous les schémas de mouvements de l'adulte, par exemple la succion, le hoquet, la déglutition, le déplacement

Le fœtus arrive à se mettre le doigt dans la bouche, il se touche les mains et la tête, il déplace le cordon ombilical, il observe et touche les parois circonscrites. La mère commence à le percevoir entre les 16 et les 20 semaines.

El sentido del equilibrio Le sens de l'équilibre

Il se développe à l'intérieur de l'oreille, il paraît très tôt et il permet à l'enfant de régler ses mouvements en fonctions de ceux de la mère. **Généralement quand la mère bouge l'enfant ne bouge pas et vice-versa.**

La peau

Le tact paraît à partir des 7 semaines, au début dans la région de la bouche et du visage, sur la paume des mains, sur la plante des pieds et par la suite sur tout le corps. **A la naissance le nouveau-né connaît très bien les sensations agréables associées à la stimulation tactile.**

L'olfaction

A partir des 7 semaines se forme le nerf olfactif. Le fœtus sent les odeurs en provenance des aliments pris par la mère et par le milieu utérin. Ceux-ci stimulent le développement de la sensibilité et de la mémoire olfactive qui vont l'aider à reconnaître l'odeur de la mère au moment de la naissance.

El gusto

Los receptores del gusto estan presentes a partir de la 13 semana, periodo en el cual inicia también la actividad de deglutir y el movimiento de abrir y cerrar la boca

El feto gusta el liquido amniotico en el cual está inmerso y continuara a apreciar los sabores que pertenecen a los hábitos alimenticios de la mamá aunque a través de la leche materna

La vue

Elle est le sens le moins stimulé pendant la grossesse. Cependant, en appuyant une lumière intense sur le ventre maternel, le fœtus réagit, en cherchant de détourner les yeux de la source lumineuse et en tournant la tête de l'autre côté.

L'ouïe

Le mûrissement commence à 8 semaines et à 25 semaines le fœtus réagit aux stimulations sonores qui arrivent de l'extérieur. Sa vie dans l'utérus n'est pas plongée dans le silence: il sent la respiration, le battement du cœur, les mouvements de l'intestin et la voix de la mère qui arrive à son oreille avec une intensité plus forte par rapport à d'autres sons.

Rythme sommeil-éveil

À partir du 7ème mois le fœtus alterne des périodes de sommeil tranquille de la durée de 5-10 minutes, pendant lesquelles il bouge très peu, avec des périodes de sommeil plus mouvementées suivies par des moments d'éveil. **Pendant les dernières semaines de grossesse augmentent les périodes d'éveil tranquille avec peu de mouvements; le fœtus bouge plus pendant la nuit et il dort beaucoup le jour à cause des modifications des hormones maternelles nécessaires pour l'accouchement. el 7º mes el feto alterna periodos de sueño tranquilos de una duración de 5-10 minutos, en el cual se mueve muy poco, con periodos de sueño mas movidos seguidos de momentos de vela.**

Evaluation de la croissance fœtale à travers de la mesure symphyse-fond Page 37

La mesure symphyse-fond (fig. page 21) va révéler la croissance correcte du fœtus; elle est effectuée avec un ruban gradué en centimètres, en calculant la distance entre la marge supérieure de la symphyse pubique et le fond utérin. La donnée va être indiquée sur le tableau à partir des 24 semaines et elle va être comparée avec les courbes de croissance fœtale. La mesure est effectuée à chaque rencontre et, si possible, par le même spécialiste sanitaire. Un'altération de la régulière croissance utérine demande un'assistance additionnelle.

ECHOGRAPHIES Page 38

L'**échographie** permet de voir les organes internes du corps en utilisant les ultra-sons (= ondes sonores à haute fréquence que l'oreille humaine ne perçoit pas) lesquels traversent les tissus et viennent renvoyés de manière différente selon la consistance du tissu qui rencontrent (os, tissus mous, cavités, etc.). La sonde placée sur l'abdomen maternel envoie des ondes sonores vers l'intérieur et elle en reçoit les échos (= ondes de retour). Les ondes renvoyées par les différents organes produisent les images sur le moniteur de l'échographe.

Les échographies recommandées pendant les grossesses à bas risque sont: **Une, avant les 13 semaines***, l'autre avant les **19-21 semaines***.

A partir du deuxième trimestre avec les mesures de la tête, de l'abdomen, du fémur on peut évaluer si la croissance du fœtus est régulière. Dans cette période on visualise aussi le siège d'insertion du placenta, la quantité de liquide amniotique et la conformation de certains organes. Le rapport de la **deuxième échographie** (19-21 semaines) décrira: nombre et dimension du/des fœtus; présence du battement du cœur, correspondance des semaines de grossesse avec celles qui ont été calculées sur la base de la dernière menstruation. L'échographie de cet âge gestationnel, en particulier, décrit l'anatomie du fœtus: tête, colonne vertébrale, thorax (poumons, cœur), abdomen (estomac, paroi abdominale, reins, vessie), bras et jambes. Pour cette raison elle est aussi dénommée échographie "morphologique".

Le rapport contient éventuellement aussi la raison d'un approfondissement diagnostique s'ils ont été visualisées des images suspectes ou pathologiques. Les mesures relevées avec l'échographie sont indiquées sur les graphiques qui permettent de suivre le cours de la croissance et de les comparer avec les courbes de croissance moyenne du même âge de gestation.

La possibilité d'individuer une malformation dépend de beaucoup de facteurs: l'épaisseur de la paroi abdominale maternelle, la position du fœtus, la quantité de liquide amniotique et l'importance de la malformation. Pour ces raisons il est possible que certaines anomalies puissent ne pas être relevées par l'examen échographique.

Certaines anomalies du fœtus se manifestent seulement tardivement (du 7ème-9ème mois). L'expérience acquise jusqu'à présent suggère que l'échographie de base à 19-21 semaines, dans une grossesse physiologique permet d'identifier environ le 50% des malformations les plus importantes. Cette échographie ne se pose pas l'objectif de relever les soi-disantes anomalies mineurs (par ex. malformations des doigts des mains, des pieds, etc.).

Pour les limites intrinsèques de la méthode, aujourd'hui il est possible que certaines anomalies, même importantes, puissent ne pas être relevées avec l'échographie.

Les ultra-sons sont utilisés dans la pratique obstétrique depuis plus que 30 ans et, jusqu'à présent, on n'a pas détectés des effets nuisibles, même à long terme. Il est recommandable de toute manière d'effectuer uniquement les échographies recommandées par les évidences scientifiques ou celles qui sont nécessaires pour ultérieurs approfondissements cliniques. L'échographie tridimensionnelle (ECO 3D, examen échographique basé sur la reconstruction tridimensionnelle des images échographiques élaborées par l'ordinateur) n'ajoute pas d'informations utiles sauf dans des situations très particulières.

En certains cas, pendant le bilan de santé l'échographe pourrait être utilisé uniquement comme instrument de support à la clinique pour visualiser: pendant le premier trimestre la présence de la chambre ovulaire, de l'embryon, du battement du cœur; pendant le troisième trimestre la partie du fœtus qui se présente au bassin maternel et/ou la position du placenta et/ou la quantité de liquide amniotique, en particulier quand la grossesse poursuit au-delà des 41 semaines.

EXAMENS DE LABORATOIRE Page 40

Les examens de laboratoire effectués pendant la grossesse servent à vérifier l'adaptation physique de la femme à la grossesse ainsi que l'absence de pathologies qui pourraient avoir des effets négatifs sur la santé de la mère et de l'enfant. Dans le **Mémoire** sont disponibles les demandes pour l'exécution, auprès de laboratoires du Service Sanitaire Régional, des examens prévus par l'Aperçu d'Assistance à la Grossesse Physiologique. Les examens, contenus dans les tickets du mémoire, sont ceux qui sont nécessaires pour évaluer le bien-être de la mère et de l'enfant et ils sont exempts de frais.

Le tableau des examens évidenciers, avec les cases blanches, les semaines pendant lesquelles il faut faire les contrôles. Les contrôles contenus dans le premier box peuvent se faire avec une prise de sang et concernent les valeurs des globules rouges, blancs et des plaquettes, le sucre dans le sang, la recherche des infections qui peuvent être la cause de problèmes pour le fœtus (syphilis, VIH, rubéole, toxoplasmose, hépatite B). Au contraire, l'examen des urines est recommandé une fois par mois. Après 34 semaines on recommande de faire un tampon vaginal-rectal pour rechercher le Streptocoque B qui pourrait infecter le nouveau-né pendant le passage dans le canal d'accouchement. Les situations qui demandent une assistance additionnelle peuvent avoir la nécessité d'ultérieurs examens spécifiques qui seront demandés par le médecin sur le bloc d'ordonnances traditionnel. Ces examens seront gratuits si sur la demande sera indiquée la pathologie et le code d'exemption (M50).

Tous les autres examens éventuellement demandés sont à la charge de l'usagère.

SCREENING E DIAGNOSTIC PRENATAL Page 42 e Page 48

La **presque totalité des enfants naît saine**, environ 3 enfants sur 100 présentent, au contraire, à la naissance des malformations ou des maladies héréditaires. Certaines peuvent être individuées avant la naissance avec des recherches spécifiques, tandis que d'autres peuvent être diagnostiqués uniquement quand l'accouchement a eu lieu. Ce-la parce-que, malgré les progrès de la technologie, pas toutes les maladies sont prévisibles ou diagnosticables précocement.

Les informations sur les test de screening prénatal et sur le diagnostic prénatal pour les maladies chromosomiques et les malformations seront discutés pendant le premier rendez-vous.

Pour un choix informé sur l'opportunité de faire ou non ces examens, la femme/le couple a besoin d'en comprendre bien le sens pour en évaluer les risques et les opportunités (page 98).

Avant la naissance peuvent être recherchées **uniquement** certaines maladies dues à des défauts des chromosomes (corpuscules qui à l'intérieur des cellules transmettent l'information génétique en provenance par moitié de la mère et par l'autre moitié du père biologique), par exemple la syndrome de Down.

Les **examens diagnostiques**, avant de la naissance, aptes à identifier la syndrome de Down (présence de trois chromosomes 21 au lieu de deux) et d'autres maladies chromosomiques rares, sont des **examens envahissants**, parce-que ils sont effectués sur le liquide amniotique ou sur le tissu placentaire prélevé à l'intérieur de l'utérus et, pour ce-la, peuvent causer un avortement spontané dans un cas sur cent.

On cherche donc de sélectionner les femmes à soumettre à des examens envahissants: si possible uniquement celles dans lesquelles les test de screening ou l'âge, évidencient un risque plus élevé d'avoir un enfant avec une syndrome de Down.

La sélection et le diagnostic successif prénatal, si nécessaire, se déroulent à travers:

- 1 Calcule du niveau de risque personnalisé pour chaque femme: **test de screening**
- 2 Si le test de screening a fourni une valeur de risque élevé on effectue l'**examen diagnostic**
- 3 Une fois examiné le résultat de l'examen diagnostic, la femme/le couple **choisi** si porter à terme ou non la grossesse.

Les limites et les opportunités des trois passages doivent être bien clairs à la femme. Ils demandent pourtant une entrevue approfondie avec les opérateurs pour choisir si adhérer au parcours diagnostique prénatal ou accepter le cours naturel des événements.

Los **test de screening**: le risque "personnalisé" de syndrome de Down se calcule avec une

échographie et avec le dosage, dans le sang maternel, de substances produites par le fœtus et par le placenta. Le résultat des test de screening exprime le risque qui cours la femme d'avoir un enfant avec syndrome de Down, par rapport à d'autres femmes qui ont les mêmes caractéristiques.

On parle de résultat négatif ou à bas risque quand le risque est très bas; positif ou à risque élevé quand le risque est au-dessus d'une valeur-seuil: en ce cas on offre l'examen diagnostic et la femme peut choisir si le faire ou non.

Les **test de screening prénatal** sont offerts à toutes les femmes pendant la grossesse. Ceux qui sont disponibles actuellement sont:

- **la translucence de la nuque** = échographie, à 11-13 semaines de grossesse;
- le **test combiné** = translucence de la nuque + une prise de sang, à 11-13 semaines, il permet, en cas de résultat positif, d'effectuer précocement l'examen diagnostic avec la prise de la villosité du corion;
- le **test intégré** = translucence de la nuque + une prise de sang, à 11-13 semaines, + successive prise de sang à 15-17 semaines. L'adjonction de données améliore la précision des résultats et elle permet d'évaluer aussi le risque de spina bifida (malformation de la colonne vertébrale).
- Le **Tri-test** (ou triple test) = examen sur le sang maternel qu'on peut faire jusqu'aux 20 semaines. L'évaluation est moins précise mais elle est la seule qu'on peut effectuer même pour celles qui ne se sont pas présentées en temps utile pour les test plus soignés, illustrés précédemment.

Les **test de screening ne comportent pas de risques** pour la santé de la femme et de l'enfant puisqu'ils ne sont pas envahissants. Les femmes avec un risque qui a été calculé bas sont plus du 90%: elles n'auront pas besoin d'examens diagnostiques envahissants. Aux autres, avec un risque plus élevé on propose l'examen diagnostique envahissant.

Il faut qu'il soit bien clair que les test de screening prénatal se limitent à signaler un possible "risque d'avoir un enfant avec Syndrome de Down". Cette réponse n'est jamais un diagnostic, donc:

- un résultat de "risque augmenté" ne signifie pas que la maladie est certainement présente, mais uniquement qu'il y a quelques soupçons: sur 40-50 femmes qu'effectuent l'examen diagnostic envahissant, après un résultat de risque augmenté au screening, seulement une resultera avoir un fœtus malade. Ce-la signifie que la plupart des test de screening positifs sont dans la réalité, heureusement, des "faux positifs" et ce-la parce-que certaines situations transitoires du métabolisme fœtus-placentaire peuvent altérer les dosages.

- un résultat de “bas risque” ne pourra jamais exclure tout à fait la présence d’une maladie chromosomique, même si cette probabilité est très lointaine. Quand on vérifie la naissance d’un fœtus avec syndrome de Down d’une femme avec test de screening négatif on dit que le résultat du test est un “faux négatif”: heureusement ce-ci a lieu uniquement pour une femme sur 3500-4000 femmes qui ont eu un résultat négatif du test de screening. Ce-ci peut avoir lieu parce-que, parfois, un fœtus bien en étant malade présente un métabolisme tout à fait superposable à celui des fœtus normaux.

Les **examens diagnostiques** sont offerts à toutes les femmes qui ont un **risque augmenté** comme résultat du test de screening. Les femmes qui ont plus de 35 ans au moment de la conception peuvent choisir si effectuer le test de screening ou demander directement l’examen diagnostique. On tient compte de l’âge maternelle parce-que le risque d’apparition de ces anomalies chromosomiques augmente avec l’âge.

Les examens diagnostiques, comme on a dit auparavant, sont des examens envahissants. Le résultat de l’examen exprime de manière certaine si l’enfant est atteint ou pas par la syndrome de Down ou par d’autres maladies chromosomiques.

Les examens diagnostiques disponibles actuellement sont:

- La **prise de la villosité du corion**; on prélève du matériel placentaire à travers l’abdomen maternel (dans des cas rares il peut être effectué à travers du col de l’utérus). La prise peut être effectuée à partir de la 10ème semaine de grossesse (si effectué avant on peut augmenter le risque d’avortement).
- l’**amniocentèse**; on prélève un échantillon de liquide amniotique à travers l’abdomen maternel. La prise est effectuée en général entre les 15 et les 17 semaines de grossesse. Avec la même prise on peut doser l’alfa-fœtusprotéine pour le diagnostic des anomalies du tube neural (spina bifida).

L’exécution des examens diagnostiques classiques (caryotype appelé aussi carte chromosomique) demande un temps technique minimum de 14 jours.

Ces examens sont pratiqués au niveau d’ambulatoire et ne demandent pas l’hospitalisation, mais puisque il est mieux de les effectuer dans des services qui en pratiquent chaque année un nombre suffisant pour maintenir un’expérience adéquate il est possible qu’on doivent s’adresser à des hôpitaux qui ne sont pas près de votre maison.

Pour les malformations/maladies actuellement diagnosticables avec le parcours de screening/diagnostic prénatal, ne sont pas disponibles des thérapies en utérus, par conséquent la femme/le couple, une fois connue la situation, pourra évaluer avec un gynécologue de l’hôpital si l’interruption tardive de la grossesse est-elle possible.

Après le quatre-vingt-dixième jour de la dernière menstruation (limite de la loi pour l’interruption volontaire de la grossesse) la loi prévoit que la grossesse puisse être interrompue dans des cas particuliers, avec certification médicale:

- quand la grossesse ou l’accouchement comportent un danger grave pour la vie de la femme,
- quand on a établi des processus pathologiques, entre autre ceux qui sont relatifs à des anomalies ou des malformations importantes de l’enfant qui va naître, qui peuvent déterminer un danger grave pour la santé physique ou psychique de la femme.

La déclaration suivante résume les informations exposées ci-dessus et conjointement au dialogue avec l’opérateur, favorisent le consentement informé pour adhérer ou non aux recherches de screening prénatal.

“Manifestation de volonté de la femme au sujet du screening pour anomalies chromosomiques”” Page 43

Je suis au courant que la décision de me soumettre à un test de screening est un choix à moi et qui ne constitue aucune obligation ou un examen de routine.

J’ai été reenseignée en ce qui concerne les possibilités et les limites des test de screening et des techniques de diagnostic prénatal pour la syndrome de Down (aussi trisomie 21 ou mongolisme) et pour la trisomie 18.

J’ai compris que pour la syndrome de Down et pour la syndrome 18 n’existe pas une thérapie.

En outre j’ai été reenseignée que, si les anomalies précédentes sont relevées avant que le fœtus ait des possibilités de vie autonome, une éventuelle demande d’interruption de grossesse de ma part sera évaluée par le médecin du Service auquel je m’adresserai et qui devra vérifier s’ils existent les conditions pour l’accepter, dans le respect des normes prévues par la Loi 194/1978.

J’ai compris que le diagnostic des anomalies chromosomiques peut actuellement être effectué uniquement à travers de techniques envahissantes telles que la prise de liquide amniotique (amniocentèse) ou de tissu placentaire (biopsie de la villosité du corion) et qui suite à chacune pourrait se vérifier un avortement dans l’1% environ des cas.

On m’a expliqué qui existent des test de screening qui permettent d’identifier le risque, c’est-à dire la probabilité que le fœtus soit atteint par la syndrome de Down, de manière plus précise par rapport à la simple donnée de l’âge maternelle.

En particulier on m’a donné des informations au sujet des suivants test de screening:

1. Examen de translucence de la nuque (NT)
2. Test combiné (translucence de la nuque + duo test)
3. Test intégré
4. Test intégré sérique
5. Tritest

J’ai compris que si le test de screening est “positif” (c’est-à dire qu’il présente un risque élevé de syndrome de Down ou de trisomie 18) on peut procéder au diagnostic à travers d’une amniocentèse ou une prise de la villosité du corion, si le test est “negatif” (bas risque) ne vont être suggérés d’autres recherches, même si ce-la ne signifie pas que “sûrement” le fœtus ne soit pas malade.

J’ai discuté avec l’obstétrique/médecin dr _____ à propos de la capacité du test de screening d’individuer correctement les fœtus réellement atteints et la possibilité de résultats faux positifs et faux négatifs.

Signature du sanitaire _____

J’estime ces informations suffisantes et complètes et je déclare d’avoir pleinement compris les informations qui m’ont été données.

En étant clair ce qui à été exposé ci-dessus, je décide de:

Ne pas me soumettre au test de screening signature _____

Soumettre au test de screening signature _____

LES DEMANDES POUR LES EXAMENS Page 46

Les demandes pré-imprimées que vous allez trouver dans cette section servent pour effectuer les examens de laboratoire et les échographies auprès de laboratoires publics uniquement dans la Région Piemonte y compris les hôpitaux Gradenigo et Cottolengo de Torino.

On peut réserver l'examen en appelant directement le Centre Unique de Réservation "Centro Unico di Prenotazione (CUP)" (page 9).

Les demandes doivent être correctement remplies et sur chaque demande il faut appliquer l'étiquette adhésive avec le code à barres dans l'espace prévu. La référence pour reconnaître l'étiquette correspondante à la demande paraît sur les deux derniers chiffres du code numérique qui est en bas du code à barre (numéros évidenciés avec **cercles rouges** comme dans l'exemple à la page 46).

Au moment de la réservation téléphonique à travers le CUP il est convenable d'avoir à sa disposition:

- le Mémoire ouvert à la page de la demande pour l'examen qu'on veut réserver
- un stylo pour marquer le rendez-vous.

L'opérateur demandera

- **le numéro de la demande** qui est celui qui se trouve en haut sur la droite et qui termine avec la lettre G (qui signifie grossesse)
- **Numéro de la carte sanitaire/code fiscal.** Pour les étrangères temporairement présentes le numéro **STP-ENI** délivré par les Centres ISI ou bien celui de la carte TEAM
- **Nom et prénom** de la femme qui devra effectuer l'examen
- **Le type d'examens** demandés qui sont indiqués sur la demande l'Agenda aperta alla pagina dell'impegnativa per l'esame che si vuole prenotare

L'opérateur proposera le premier rendez-vous disponible dans les hôpitaux de la province. La femme pourra choisir, en base aux propres exigences (de temps, proximité à la maison, concomitance avec d'autres examens) l'appointement le plus convenable pour elle.

À la fin l'opérateur communiquera la date de la réservation et le nom du laboratoire ou du service de diagnostic où elle a été effectuée à annoter à la page 23 de l'Agenda

EMERGENCES-URGENCES Page 44

En général, pour une utilisation correcte du Poste de Secours et surtout pour recevoir des réponses d'assistance adéquates, il est important de ne pas surcharger le service avec des demandes non appropriées et savoir que l'accès aux soins est organisé sur la base de l'urgence de la situation (= TRIAGE).

Code rouge: pour les cas qui demandent des soins immédiats ne pas renvoyables

Code jaune: pour les cas de moyenne gravité qui peuvent attendre dans le cas où se présente en même temps un cas grave (rouge)

Code vert: pour les cas qui ne demandent pas une intervention urgente

Code blanc: pour les cas moins graves qui ne présentent pas des caractéristiques d'urgence et peuvent donc supporter des temps d'attente même prolongés et qui doivent payer le ticket (= participation aux frais)

Liste des Hôpitaux (page 44) avec Poste de Secours dans lesquels l'obstétrique/gynécologue de garde 24 heures sur 24, collabore pour donner une réponse aux problèmes d'urgence/urgence du Parcours de Naissance.

Il est important de savoir que le Poste de Secours ne peut pas donner des réponses adéquates si on se présente pour un bilan de santé maternel-fœtal. La disponibilité du service 24 heures sur 24 est réservée aux urgences et vous ne devez pas croire de pouvoir y trouver une réponse pour quelconque type de problème sanitaire. Les Services de Consultation et les Ambulatoires du district de gynécologie sont les services publics à utiliser pour les bilans de santé maternel-fœtal programmés tout au long du parcours de naissance.

présence de symptômes qui peuvent alarmer (par exemple, pertes de sang, autres pertes, mal à la tête violent, douleur abdominale aiguë, vomissement insupportable, fièvre, utérus contracté, mouvements fœtaux réduits ou ne pas perçus par rapport à la condition habituelle) qui paraissent dans des horaires pendant lesquels les services/spécialistes qui suivent la grossesse sont disponibles, il est conseillé de les consulter avant de se rendre directement au Poste de Secours. Le service/spécialiste de référence connaît l'évolution de la grossesse et il a les éléments pour mieux conseiller la femme. Pendant les horaires de fermeture des services on vous conseille de toute manière d'appeler les numéros de référence indiqués à la page 8.

En cas de **violence subie pendant la grossesse** il est toujours nécessaire de s'adresser au Poste de Secours.

En tout cas quand vous vous rendez au Poste de Secours il est nécessaire d'amener le Mémoire et tout autre document qui puisse être utile à l'évaluation de la situation.

RENCONTRES DE GUIDE A LA NAISSANCE Page 74

Les rencontres de guide à la naissance (appelées aussi cours de préparation à l'accouchement ou cours pré-accouchement) offrent des reinsegnements ainsi que l'écoute sur les besoins de la femme et du couple pendant la grossesse, favorisent le partage de l'expérience avec d'autres couples et soutiennent la femme dans ses décisions.

L'Organisation Mondiale de la Santé souligne en particulier l'importance de la confrontation, outre qu'avec les opérateurs, aussi avec d'autres couples de parents.

La maternité et le fait d'être parents, ne s'apprennent certainement pas dans un cours. Dans notre société, dans laquelle l'organisation de la vie quotidienne amène à un certain isolement et les échanges d'expériences sont réduits, le fait de dédier du temps à la confrontation à l'intérieur du couple, puis avec d'autres couples, avec d'autres femmes et avec des opérateurs experts permet de réduire les anxiétés et les incertitudes.

L'objectif des rencontres est celui d'aider la femme et le couple à:

- Explorer et comprendre ses émotions et les changements physiques et sociaux pendant la grossesse
- Se confronter sur les attentes et les peurs par rapport au travail, à l'accouchement et aux soins futures à l'enfant
- Connaître la physiologie du travail, de l'accouchement et de l'allaitement au sein
- Connaître les modalités d'enraiment de la douleur pendant le travail
- Approfondir les doutes qui naissent de besoins personnels
- Accroître la confiance dans ses compétences à faire naître et bien grandir l'enfant.

Les cours de guide à la naissance sont aussi le moment pendant lequel on peut se dédier au corps et à sa préparation physique pour l'accouchement (page 77). D'un point de vue physique il ne s'agit pas d'apprendre des techniques mais bien d'expérimenter des mouvements, des positions, des moyens de respiration qui au moment du travail/accouchement pourraient être une ressource pour affronter les différents degrés (page 79 et page 104).

Les rencontres avec tout le groupe peuvent se prolonger après l'accouchement pour donner un soutien pendant la puerpéralité aux nouveaux parents, pour promouvoir la touche et le massage infantin comme modalité pour favoriser le bien-être et le lien parents-enfant, pour soutenir l'allaitement exclusive au sein.

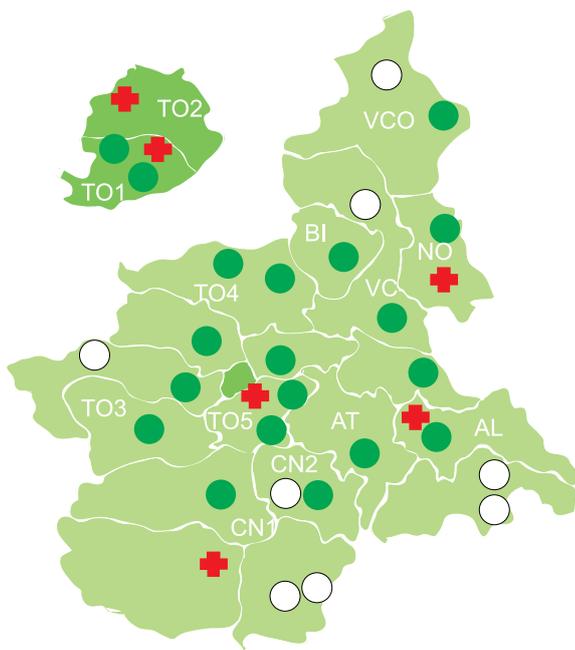
Les cours de guide à la naissance sont organisés par les Services de Consultation, par les Points de Naissance, par des Organismes Privés.

LIEU DE L'ACCOUCHEMENT Page 76

Le 98% des nouveaux-nés en Piemonte naît auprès des Points de Naissance des hôpitaux régionaux publics, le restant 2% à son domicile ou auprès de structures privés.

Auprès de chaque ASL il y a au moins un Point de Naissance, les caractéristiques de chacun se trouvent dans la fiche d'information annexée au mémorandum (page 9). Certaines données relatives au style d'accueil/assistance au couple mère/nouveau-né de chaque Point de Naissance peuvent être consultés sur le site de la Région Piemonte dans les rapports **Naître en Piemonte et Promotion et soutien à l'allaitement au sein.**

Le choix du lieu de l'accouchement est fait par la femme. En présence de conditions cliniques qui demandent un'assistance spécialisée et/ou intensive à la mère et/ou fœtus (prématurité extrême, pré-eclampsie, etc.) il est opportun que le choix s'oriente, déjà avant l'accouchement, vers les Points de Naissance qui fournissent cette assistance (comme la Thérapie Intensive Néonatale) pour éviter un déplacement successif de la mère et/ou du nouveau né. Ces Points de Naissance sont l'hôpital Sant'Anna de Torino, l'hôpital Maria Vittoria de Torino, l'hôpital Santa Croce de Moncalieri, l'hôpital Maggiore de Novara, l'hôpital Santa Croce e Carle de Cuneo, l'hôpital Cesare Arrigo de Alessandria



Pour effectuer un choix informé il est bon de discuter les différentes options avec le spécialiste qui a suivi la grossesse. Le spécialiste pourra fournir son conseil sur la base de son expérience directe, mais aussi sur la base de la connaissance professionnelle des caractéristiques des différents Points de Naissance, des indications de l'Organisation Mondiale de la Santé et des travaux scientifiques, qui recommandent, dans tous les secteurs de l'assistance sanitaire, de se servir de préférence des services qui prends soin d'un nombre de patients tels à maintenir haute la compétence d'assistance. Pour l'assistance à l'accouchement le seuil recommandé est au moins de 500 accouchements l'année

○ Point naissance avec moins de 500 accouch./année

● Point naissance avec plus de 500 accouch./année

✚ Point naissance avec Thérapie Intensive Néonatale

[\(dati da Schede di Dimissione Ospedaliera 2008\)](#)

Les **Points de Naissance** régionaux sont engagés pour rendre l'accueil et la permanence à l'hôpital confortable pour le couple mère-nouveau né et pour la famille. Avec l'aide des femmes, à travers de suggestions, critiques, partage de l'expérience, ce processus d'amélioration pourra poursuivre.

La femme est la protagoniste, avec son petit, de l'accouchement/naissance; les opérateurs peuvent offrir leur expérience pour l'accompagner dans l'accomplissement de l'accouchement et dans l'accueil de l'enfant. L'accueil qui permet à la maman et à l'enfant de rester ensemble dès la naissance en partageant les premières heures de vie et, successivement la chambre de alitement (rooming-in*) permet de continuer l'intimité des neuf mois précédents et facilite la familiarité. Vivre la continuité de la naissance, prendre dès que possible entre ses bras le petit, donner le sein, s'occuper de lui, facilite les changements hormonaux qui sont à la base du naturel établissement du rapport maman-enfant et du commencement de l'allaitement.

Parmi les possibles lieux d'accouchement il y a aussi la maison. La femme qui décide de faire naître à la maison son enfant peut recevoir de la Région Piemonte un remboursement partiel des frais soutenues pour l'assistance de la part des obstétriques qui travaillent en qualité de libres spécialistes, selon le spécifique "profil d'assistance à l'accouchement hors de l'hôpital", qu'on peut consulter sur le site de la Région Piemonte. Le choix d'accoucher à la maison comporte que pour la grossesse soit prévisible un cours physiologique et un bas risque pour l'accouchement, en outre il doit être identifié à l'avance l'éventuel hôpital de référence.

SOUTIEN PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT Page 77

Support pendant le travail et réduction de la douleur Page 77

Un support continu et un soutien émotif pendant la phase active de travail favorise un'expérience d'accouchement-naissance positive, moins douloureuse et encourage la santé de la mère et du nouveau-né*. Ce-la signifie pouvoir compter sur aide, assurance, réconfort, confort, présence d'une personne de confiance et de spécialistes pour affronter et vivre au mieux la fatigue, la joie, les peurs et la douleur. Le choix de telle personne (partner, amie, mère, sœur, etc.) sera faite sur la base de ses exigences.

Une obstétrique sera présente pour aider à avoir un accouchement sûr et offrir un support*. Cependant l'attente d'être suivie pendant le travail et l'accouchement par la même obstétrique qui a suivi la grossesse arrive à être satisfaite rarement.

Connaître avant l'accouchement le Point de Naissance et l'équipe obstétrique peut être utile pour contenir l'anxiété additionnelle liée à l'extranéité du lieu.

Dans le travail la douleur a des caractéristiques tout à fait particulières puisqu'elle n'est pas symptôme de maladie, mais elle exprime et encourage le naturel développement de l'accouchement-naissance.

La perception de la douleur du travail est un'expérience subjective influencée par les conditions physiques, les émotions, les circonstances sociales, culturelles et d'assistance. Si la femme est en bonne santé et le fœtus se présente dans la bonne position, de dimensions adéquates au canal d'accouchement, généralement la douleur va être bien supportée. Les ressources individuelles de la femme et la normale production des hormones qui soutiennent les contractions de l'utérus et la descente du nouveau-né dans le canal d'accouchement ainsi que le départ du lien mère-enfant permettent la physiologique évolution du travail et en rendent supportable la douleur.

Les stratégies pour contenir la douleur du travail peuvent être de type naturel ou pharmacologique:

Naturelle, sans emploi de médicaments

- Continuité de l'assistance * pendant la grossesse et l'accouchement
- rapport "one-to-one" * (une femme-une obstétrique) au moment du travail-accouchement
- soutien émotionnel *: communication, information, écoute, implication dans les choix
- action de soulagement: pouvoir bouger pendant le travail, pouvoir choisir la position d'accouchement*, une ambiance d'accouchement confortable, lumières adaptées, musique si souhaitée, massages faits par le partner ou par l'obstétrique
- immersion dans l'eau*: un bain chaud dans la baignoire ou un'éventuelle douche chaude
- techniques de relaxation

Ces stratégies et techniques, en général, réduisent le besoin de médicaments pour contenir la douleur, réduisent la nécessité d'interventions médicales pour l'accouchement (utilisation de ocytocine, épisiotomie, césarienne) et augmentent la satisfaction de la femme pour l'expérience vécue.

Pharmacologique, avec utilisation de médicaments: la plus utilisée est l'analgésie péridurale qui consiste dans l'introduction d'un petit tube pour l'injection de médicaments analgésiques dans l'espace péridural de la région lombaire de la colonne vertébrale, près de nerfs qui transmettent la sensation de douleur associée aux contractions de l'utérus. Elle est disponible uniquement dans certains Point de Naissance, elle demande la visite anesthésiologique et l'expression du consentement informé de la part de la femme.

La femme qui pense de choisir l'analgésie péridurale doit avoir présent qu'elle est efficace pour réduire la douleur du travail et elle peut être indiquée pour certaines pathologies ou comme support dans certaines interventions d'assistance. Toutefois elle comporte **des désavantages:** elle augmente la probabilité d'accouchements vaginaux opérationnels; elle augmente la probabilité d'infusion intraveineuse d'ocytocine pendant le travail; elle augmente la probabilité de hausse de la température; elle demande un monitoring fréquent et intensif des conditions maternelles et fœtales (cardiotocographie, évaluation de tension et température maternelle); elle augmente le nombre de nouveaux-nés soumis à traitement antibiotiques à cause de la fièvre maternelle; elle augmente le nombre de nouveaux-nés avec ictère, comme effet secondaire de l'utilisation d'ocytocine.

ALIMENTATION PENDANT LE TRAVAIL Page 78

Pendant le travail on consomme beaucoup d'énergies; il convient donc de satisfaire son désir de boire et de manger* en cherchant de préférer des petits repas facilement digestibles, dans la mesure de ses conditions cliniques.

MODALITÉS D'ACCOUCHEMENT Page 78

Dans le cas d'un cours physiologique, le nouveau-né et la mère se prédisposent à un accouchement par voie vaginale.

Avec un accouchement vaginal spontané on a: moins de douleur et reprise plus rapide après l'accouchement, affermissement d'autostyme, meilleure relation avec l'enfant, plus basse fréquence de dépression post-accouchement, enfant plus calme, meilleure expérience d'allaitement, moins d'infections soit pour la femme soit pour le nouveau-né. La femme à la fin d'une grossesse physiologique, avec le fœtus qui se présente dans la position céphalique (c'est-à dire que la tête est la première partie qui se présente à l'accouchement) et avec un travail qui commence spontanément, a une probabilité élevée d'accoucher spontanément par voie vaginale. En présence de présentation podalique (le derrière est la première partie qui paraît) ou d'épaule, ou bien si le placenta est inséré de manière à constituer un risque pour l'accouchement (placenta prévia central) ou, encore, en présence de certaines pathologies maternelles et/ou fœtales (par exemple pré-eclampsie, VIH positif, fœtus très gros, ...) la probabilité d'une césarienne est élevée. Dans ces situations il est nécessaire un parcours d'assistance pour la "césarienne programmée" avec examens additionnels, visite anesthésiologique, programmation de la date d'intervention. La césarienne est une intervention chirurgicale (incision de l'abdomen et de l'utérus). L'intervention dure moyennement entre 25 et 45 minutes et elle dépend des difficultés techniques qu'on rencontre, d'habitude elle est pratiquée avec une anesthésie péridurale (blocage de la sensibilité dans la zone de l'intervention) et, en certains cas, en anesthésie générale (blocage de la sensibilité en altérant l'état général de conscience).

Les effets collatéraux de la césarienne qu'il est opportun de connaître, sont:

- hospitalisation plus longue
- plus de douleur et possibilité réduite de bouger et de prendre soin de son enfant dans les jours successifs à la naissance
- risque d'infection plus élevé
- risque d'anémie plus élevé
- difficulté plus grande dans le commencement de l'allaitement et de la relation avec l'enfant
- augmentation du risque de mortalité maternelle
- risques pour les grossesses successives: fréquence plus importante de placenta prévia (position du placenta qui empêche le passage du fœtus dans le canal d'accouchement), rupture de l'utérus, etc.

L'accouchement spontané vaginal a toujours été le plus sûr pour la mère et, malgré l'amélioration des techniques chirurgicales et de support, il reste le plus sûr même aujourd'hui.

Certains problèmes de santé maternels et/ou fœtaux pendant la grossesse ou le travail (par ex. décollement du placenta, signes de souffrance fœtale) peuvent rendre nécessaire une "césarienne d'urgence".

Dans des cas très particuliers la femme, en absence de problèmes de sa santé ou de celle de l'enfant, pour des raisons personnelles comme anxiété, peur, précédentes expériences négatives, pourrait penser de recourir à la césarienne. Ces situations méritent d'être discutés avec l'obstétrique et avec le gynécologue et, éventuellement, avec un psychologue pour parvenir à un choix conscient.

POSITIONS PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT PAGE 79

Il n'existe pas une seule position recommandée pour le travail et l'accouchement: l'obstétrique propose celles qui sont plus favorables à la progression de l'accouchement et à la réduction de la douleur et invite la femme à choisir celles qui sont pour elle les plus confortables. En générale on déconseille* les positions étendues et sur le dos. La possibilité de bouger* et la position bien droite pendant la période de dilatation et celle accroupie/à quatre pattes pendant la période expulsive paraissent être celles qui sont en mesure de réduire la durée du travail et garantir un bien-être plus grand parce-que elles peuvent faciliter la rotation et la descente du nouveau-né et de réduire la douleur de la mere (page 105).

Parmi les autres avantages théoriques:

- meilleure utilisation de la force de gravité pour favoriser la descente de l'enfant
- meilleure position de l'enfant pour le passage dans le canal d'accouchement
- contractions de l'utérus plus efficaces pour la dilatation du col de l'utérus et réduction de la durée de la période de dilatation du travail
- réduction de la durée de la période d'expulsion et donc moins de douleur
- demandes d'analgésie réduites
- risque plus bas de compression des vaisseaux sanguins maternels qui apportent le sang au placenta
- risque plus bas d'être soumise à épisiotomie (incision pratiquée pour faciliter l'accouchement, qui part de la vagine et va vers le périnée)

STYLE D'ACCUEIL AU NOUVEAU-NE' Page 80

Le bien-être du nouveau-né et la qualité de sa vie future dépendent aussi du style d'accueil dont il aura fait l'expérience au moment de la naissance.

L'enfant, dès la période fœtale a des compétences et des capacités et il est donc sensible aux stimulations de l'ambiance dans laquelle se déroulent le travail et l'accouchement: sons, voix, bruits, lumières, manipulations, positions maternelles, température, odeurs. L'intimité et le calme de l'ambiance à la naissance facilitent le bien-être physique et émotifs, et ils offrent au nouveau-né les occasions de contact et de "reconnaissance" de sa maman. Les premières expériences de relation du nouveau-né sont très importantes pour toutes ses futures conquêtes. Le premier objectif de l'accueil au nouveau-né est celui de vérifier si le petit a besoin uniquement des soins de sa mère ou bien s'il a besoin de soins médicaux. Il est donc important que au moment de la naissance on connaisse l'histoire de la grossesse, le cours du travail et de l'accouchement et les modalités d'adaptation à la vie hors de l'utérus (commencement de la respiration, coloris de la peau, fréquence des battements du cœur). Quand l'adaptation a lieu sans problèmes, la mère et l'enfant doivent pouvoir continuer leur stricte contact sans interruptions, de manière naturelle. Dès les premières heures de vie la nature offre des conditions optimales pour favoriser l'attachement entre maman et enfant et le bien-être des deux. Le nouveau-né regarde autour de lui avec les yeux grand ouverts, il tourne la tête au son de la voix humaine, le visage de qui l'entoure l'attire plus que un objet inanimé; la distance à laquelle le nouveau-né voit mieux est entre les 20 et les 30 centimètres qui est la distance entre ses yeux et ceux de la mère quand il est dans ses bras ou au sein. Le contact peau contre peau avec sa maman le réchauffe au mieux et, avec la succion précoce au sein, il augmente dans la mère les hormones qui donne tranquillité et lui font épargner les énergies; l'éloignement et l'absence de succion produisent au contraire les hormones du "stress", de l'alarme et de la consommation d'énergies.

En cas de césarienne, si l'anesthésie maternelle n'est pas générale, il est possible, avec l'aide des opérateurs présents à la naissance, de ne pas éloigner l'enfant de la maman, en leur permettant de se retrouver immédiatement en contact, même si l'enfant peut avoir des réactions plus lentes.

ROOMING IN (DANS LA CHAMBRE AVEC) Page 81

A la sortie de la salle d'accouchement, pour favoriser la continuation de leur stricte relation, la maman et l'enfant devraient rester dans la même chambre soit en cas d'accouchement spontané soit en cas de césarienne. Ce-la permet à la mère d'apprendre à reconnaître les demandes du nouveau-né et a y répondre dans les temps et modalités adéquates, en la rassurant sur ses compétences maternelles et à s'habituer à se reposer tant que l'enfant dort.

Les soins quotidiens au nouveau-né sain sont très simples et demandent surtout disponibilité vers son rythme de vie. La journée est scandée par nombreuses périodes de sommeil alternées par des demandes de nourriture et de chouchoutements. A la naissance on n'observe pas de différences dans la durée des périodes de sommeil ou d'éveil diurnes par rapports à celles nocturnes. Seulement avec le passer des semaines les périodes de sommeil deviendront plus longues pendant la nuit, espacées par les tétées nocturnes, particulièrement importantes puisque plus riches de nourrissants.

Graduellement maman et enfant trouveront leur harmonieux équilibre de vie: il est important que au début la mère ne s’effraie pas en pensant d’être inadaptée à la situation.

“Les mères saines s’orientent dans leur tâche de mères pendant les derniers mois de grossesse, en arrivant à se mettre à la place de l’enfant, en développant un’extraordinaire capacité de s’identifier avec lui et ce-la les rends capables de faire face aux besoins du nouveau-né de manière absolument unique et qu’aucun enseignement pourrait équivaloir” (Winnicot, pédiatre psychoanalyste anglais, qui a conduit des études approfondis sur la relation mère/nouveau-né).

L’endroit meilleur où développer la relation mère-enfant-famille est certainement leur maison. Généralement, si mère et enfant jouissent de bonne santé, la démission va être proposée déjà après 48-72 heures en cas d’accouchement spontanée et après 3-5 jours en cas de césarienne. D’exigences personnelles d’avancer/retarder le retour à la maison, qui ne sont pas liées à des raisons cliniques, sont évaluées cas par cas. Le retour à la maison demande un peu d’organisation pour le transport sûr* du nouveau-né (siège homologué), pour le choix des temps et pour un accueil à la maison intime et tranquille pour la maman et le nouveau-né.

DONATION DE SANG DU CORDON OMBILICAL Page 84

Le sang du cordon ombilical contient des cellules staminales tout à fait similaires à celles contenues dans la moelle des os de laquelle ont origine les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes. Pour ces caractéristiques elle peuvent soigner différentes maladies du sang comme l’anémie aplastique et la leucémie. Le sang du cordon d’habitude est utilisé pour le traitement de ces maladies dans les enfants, même si dernièrement il a été utilisé avec succès aussi dans l’adulte.

Le sang est recueilli du cordon ombilical dans une poche stérile après la coupe du cordon et avant l’expulsion du placenta. Il n’est pas douloureux ni pour l’enfant ni pour la mère. Il n’y a pas d’effets négatifs sur la santé de la mère et du nouveau-né liés à la pratique de la donation du cordon.

Le sang du cordon peut être recueilli soit en cas d’accouchement vaginal soit en cas de césarienne.

Pour donner le sang du cordon il est nécessaire de vérifier avec l’obstétrique/gynécologue son idoneité à la donation à travers l’évaluation de l’état de santé et des examens faits, la disponibilité du Point de Naissance à la prise, signer le consentement informé après en avoir discuté avec le spécialiste et 6 mois après la naissance se soumettre à un nouveau contrôle.

Une fois effectués tous les contrôles, les banques de récolte envoient les données au Régistre italien, que pour sa part est relié avec le Registre mondial (qui recueille plus que 356.000 donneurs, dont plus de 18.000 italiens) duquel il est possible puiser si un enfant est atteint par une maladie qu’on peut soigner avec le transplant de sang du cordon et, s’il résulte compatible, procéder par la suite au transplant. Dans ce cas on parle de donation de sang du cordon **allogénique ou altruiste**, soit faite pour soigner une personne différente de celle qui le donne.

En Italie le sang recueilli va être conservé, congelé à -196° C, auprès d’une des 18 banques pour la récolte et la conservation du cordon. En Piemonte la Banque Régionale a son siège auprès de l’Hôpital Regina Margherita- Sant’Anna de Torino (tél. 011 3135568, <http://www.Piemonte.airt.it/Attività/Cordonale.html>).

En moyenne le 30% des échantillons récoltés peut être utilisé pour les transplants. L’échantillon est éliminé quand:

- le sang du cordon recueilli est inférieur à 50 cc (quantité de cellules staminales trop basse)
- la stérilité pendant la phase de récolte de l’échantillon n’a pas été réjointe
- le nouveau-né résulte porteur d’infections ou de maladies à la visite de contrôle des 6 mois.

Le règlement italien prévoit que le sang donné soit disponible pour n’importe quel patient ayant les caractéristiques cliniques et de compatibilité pour ce “présent” (= pour des malades qui peuvent tirer des avantages du transplant de cellules du cordon). Dans le cas de familiers (frères ou parents) atteints par des maladies qu’on peut soigner avec des cellules staminales du cordon on autorise la conservation dans les banques publiques du sang du cordon pour usage familial (ou **donation dédiée**).

La conservation **autologue**, soit faite pour soigner le même donneur dans le cas où il devait tomber malade successivement, puisqu’il ne s’agit pas d’une pratique d’efficacité démontrée, actuellement elle n’est pas recommandée. En Italie l’institution de banques pour la récolte de sang du cordon pour transplant autologue n’est pas permise. Cette pratique qui n’est pas supportée par des preuves d’efficacité et qui n’est pas recommandée par les lignes guide internationales a donné vie, en certains pays, à des initiatives commerciales qui échappent au contrôle institutionnel. Il est de toute manière possible de s’adresser à des banques étrangères, en demandant au Ministère de la Santé l’autorisation à l’exportation de sang du cordon, avec préalable consultation – même téléphonique – auprès du Centre National des Transplants (<http://www.trapianti.ministerosalute.it/cnt/>). La Direction Sanitaire du Point de Naissance doit être reassignée au préalable de cette demande pour pouvoir accomplir ce qui est demandé par la loi. Les frais (dès la récolte jusqu’à la livraison auprès de la banque étrangère) sont à la charge de la famille.

ALLAITEMENT Page 82 e Pag.106

L'allaitement au sein est la naturelle continuation de la nutrition que la mère a assuré au petit à travers le placenta pendant tous les mois de la grossesse.

Pendant la grossesse et le travail-accouchement le corps maternel se prépare à l'allaitement à travers de nombreux changements qui amènent la glande mammaire à être prête et le corps maternel à accumuler les réserves pour la production du lait. Au moment pendant lequel l'enfant commence à sucer la glande, il favorise le commencement de la production du lait. La nature a doué le petit de l'instinct qui le conduit à rejoindre le sein maternel; les hormones de l'accouchement augmentent la chaleur de la zone mammaire et son odorat l'oriente vers le sein: si placé sur le corps de sa maman tout de suite après la naissance, il se dirige vers le mamelon, il le prend dans sa bouche et il commence à sucer.

Savoir ce qui a programmé la nature pour la naissance permet, à la mère et aux opérateurs, d'organiser l'assistance des premiers moments et des premiers jours de vie de l'enfant de manière à ne pas interférer avec le normal commencement de l'allaitement. Une fois commencé, les suctions répétées de l'enfant régleront la quantité de lait produit à chaque tétée et la qualité du lait, en particulier la concentration des graisses.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande et encourage dans les premiers jours après la naissance, quelques comportements qui constituent un objectif pour tous les Points de Naissance régionaux.

- Aider les mères afin qu'elles puissent garder le nouveau-né à contact peau contre peau tout de suite après la naissance de manière à faciliter le commencement spontané de la première tétée
- Montrer aux mères comment allaiter et comment maintenir la sécrétion du lait même dans le cas de séparation du nouveau-né
- Ne pas administrer aux nouveaux-nés des aliments ou des liquides différents du lait maternel, exception faite dans le cas d'une prescription médicale
- Placer le nouveau-né dans la même pièce de la mère, de manière à ce qu'ils puissent passer ensemble 24 heures sur 24 pendant la permanence à l'hôpital
- Encourager l'allaitement au sein chaque fois que le nouveau-né sollicite la nourriture
- Ne pas donner de tétines ou de sucettes aux nouveaux-nés pendant la période d'allaitement
- Favoriser la création de groupes de soutien à la pratique de l'allaitement même après la démission de l'hôpital

Les Points de Naissances sont engagés à concilier les besoins de mère et nouveau-né avec les exigences d'organisation de l'hôpital qui comportent le respect de certaines règles. Il est utile d'être reenseignés sur les règles du service (modalités et horaires des visites des parents, permanence du père, rooming-in, temps d'hospitalisation prévus pour l'accouchement ou pour un'éventuelle césarienne, etc.) pour améliorer le confort de sa permanence à l'hôpital.

Chaque femme qui le souhaite peut allaiter au sein. Sur 100 femmes seulement 2 ou 3 ne peuvent pas allaiter à cause de quelque grave maladie physique ou psychique. Le sein peut avoir beaucoup de formes et mesures qui sont toutes adéquates à la production de lait; même des seins très petits fonctionnent très bien.

Dans les derniers 50 ans, dans notre société ont eu lieu bien de changements qui ont éparpillé les connaissances et les compétences sur l'allaitement. Aujourd'hui les mères qui souhaitent allaiter au sein ont souvent besoin de recevoir d'informations correctes en plus du soutien des parents, d'autres mères expertes et d'opérateurs sanitaires compétents, pour prévenir et surmonter sereinement certaines difficultés qui peuvent rendre difficile et absorbant l'allaitement au sein.

Il est utile de discuter le choix de l'allaitement déjà pendant la grossesse avec l'opérateur de référence et/ou en fréquentant les rencontres sur l'allaitement au sein programmées par les Services de Consultation ou par les Points de Naissance, en impliquant le partner et même les grands-mères dans ces moments d'information de manière telle que toute la famille puisse partager les connaissances indispensables pour un soutien efficace à la femme qui allaite.

Lactancia al seno exclusivo por al menos 6 meses:

Porque sí *

- Parce-qu'il est bon, nourrissant, toujours disponible. Il est l'aliment le plus digeste;
- Il est toujours frais, propre, à la bonne température;
- Il a la composition idéale de substances nutritionnelles: protéines, sucres, graisses, vitamines, fer, anticorps.
- Il contient les "facteurs de croissance" spécifiques pour le mûrissage des organes de l'enfant
- Les graisses contenues sont appropriés au développement du cerveau
- Il défend contre les infections plus diffuses dans l'ambiance où l'enfant vit (les enfants allaités artificiellement ont plus d'infections respiratoires, gastro-intestinales, de voies urinaires, plus d'otites, plus de méningites)
- Il augmente la réponse aux vaccins

- Il réduit le risque de mort au berceau, de diabète infantin, de problèmes orthodontiques et de carie de biberon
- Il protège de certaines maladies de l'âge adulte: hypertension, obésité, maladies cardio-vasculaires, diabète, tumeurs et maladies chroniques de l'intestin
- Il permet des repas plus confortables la nuit et en voyage
- Il est un épargne pour l'économie de la famille

Les avantages pour la mère:

- o Risque réduit d'hémorragie post accouchement
- o Récupération physique plus rapide après l'accouchement
- o Risques réduits de cancer au sein et aux ovaires
- o Plus de facilité dans les liens avec l'enfant
- o Fréquence réduite de dépression post accouchement
- o Incidence inférieure d'ostéoporose

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît celles indiquées dans le tableau de la page à côté. Pour les femmes qui se trouvent dans ces situations la Région Piemonte a établi la fourniture gratuite de lait artificiel jusqu'aux 6 mois (page 122)

Parfois on renonce à l'allaitement au sein pour la peur de rencontrer des difficultés (par ex. douleur au mamelon, engorgement mammaire, mastite, peu de lait, reprise rapide du travail, ...)

• Anamnèse pour l'allaitement Page 83

Allaitements précédents

NON

OUI pour combien de mois

Problèmes pendant les allaitements précédents:

Doutes/peures

Obligations de travail

Autres

Conditions qui contre-indiquent l'allaitement au sein

Séro positivité VIH

Psychose post accouchement

Tumeur mammaire

Alcoolisme et/ou toxicodépendance

Des raires maladies congénitales du nouveau-né (par ex. es galactosémie)

Prise permanente de médicaments contre-indiqués •

Agénésie mammaire ou mastéctomie bilatérale

Hépatite en phase aiguë

Herpès bilatérale au mamelon

• Pour une consultation sur la prise de médicaments pendant l'allaitement contacter le Centre d'Information sur les médicaments et la Santé de l'Institut Mario Negri au numéro 800 883 300.

PHYSIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN Page 108

Allaiter au sein doit être un plaisir pour la maman et pour l'enfant. La phase initiale, de "rodage", est absorbante: elle peut être fatigante et demander un esprit d'adaptation à la nouvelle situation. La **connaissance des mécanismes prédisposés par la nature** pour l'allaitement, la **confiance dans ses ressources** et dans les **compétences de l'enfant** sont un aide important pour dépasser les possibles difficultés initiales.

Même les femmes qui n'allaitent pas au sein tirent un avantage de la connaissance des mécanismes naturels qui sont à la base de l'alimentation et de la relation maman-enfant pour suivre avec conscience les rythmes de l'enfant et jouir du contact physique peau contre peau avec le petit, même en utilisant le biberon.

Comment fonctionne-t-il l'allaitement au sein?

La nature a tout prévu dans les moindres détails: à la naissance le sein est prêt pour l'allaitement et le nouveau-né a l'instinct et la capacité de sucer. Dès la première tétée, c'est l'enfant qu'en suçant stimule la production et la sortie du lait du sein, grâce à l'action de deux hormones: **la prolactine et l'ocytocine**. Seulement en quittant de le mettre au sein on interrompt la production de lait.

La prolactine agit sur la mamelle pour faire produire le lait. Plus sont fréquentes les suctions plus élevée est la quantité de prolactine et donc de lait en réponse aux nécessités de l'enfant. Des suctions très fréquentes ont lieu surtout au commencement de l'allaitement quand l'enfant doit informer le sein de combien de lait il a besoin et, successivement, dans les moments où augmentent les besoins du petit en proportion à sa croissance (ces périodes sont appelées "avancements de croissance").

Avec les premières tétées le nouveau-né reçoit le colostrum, une substance fort nourrissante et riche d'anticorps que, graduellement, en s'enrichissant d'eau, se transforme en lait. Avec les tétées successives, en stimulant la prolactine, il favorise chaque fois l'augmentation de la quantité de lait qui amenera à la soi-disante "montée de lait". La maman sentira le sein plus tendu, chaud, parfois rougi et un peu endolori.

Pour le commencement de l'allaitement sont très importantes les **suctions fréquentes et la correcte prise du sein** de la part du petit: si l'enfant sucera fréquemment, avec une bonne prise de l'aréole mammaire et du mamelon (page 110) la montée de lait ne sera pas douloureuse. Quelques compresses froides entre les tétées et le pressurage de l'aréole pour en réduire la tension et faciliter la succion, pourront éliminer rapidement tout éventuel malaise (page 107).

Ces principes naturels doivent être connus par ceux qui entourent la néo-mère de manière à éviter qu'on lui donne des conseils qui puissent la confondre et interférer avec le commencement physiologique de l'allaitement (par ex. suggérer d'allaiter en suivant un horaire stricte, proposer des diagnostics improvisés de "manque de lait", donner le conseil d'intégrer avec d'autres boissons).

L'autre hormone fondamentale pour l'allaitement est l'**ocytocine**: au moment de l'accouchement elle aide l'enfant à sortir de l'utérus et elle favorise l'instinct maternel, successivement elle aide le lait à couler du sein, en l'enrichissant de graisses pendant la tétée. Pour toutes ces caractéristiques l'ocytocine est dénommée hormone de l'amour. La production de cette hormone fondamentale ressent beaucoup des états d'âme: si la maman est bien, elle est sereine (même si fatiguée), elle ne prouve pas de douleur, elle se sent soutenue par ses parents et par les opérateurs; s'il n'y a personne qui la confond et la fait sentir inadéquate, elle produira ocytocine en abondance ce qui, outre à faciliter l'allaitement, augmentera son bien-être et celui de l'enfant. Le père pourra jouer un rôle important dans ce délicat équilibre en protégeant et en soutenant sa partenaire.

Pour allaiter avec plaisir il est bon de savoir que:

- **Le lait de la mère est toujours bon**, il est toujours nourrissant, sa quantité ne se réduit pas avec le passer du temps. Il est normal que, même si l'allaitement est déjà commencé, l'enfant augmente tout à coup le nombre de tétées. La maman ne doit pas déduire immédiatement que ce-la soit à cause d'une réduction de la production de son lait, quand, au contraire, probablement ce-la est dû à la montée des nécessités de l'enfant en croissance ("l'appétit vient en mangeant").
- le lait ne s'accumule pas dans le sein entre une tétée et l'autre, comme on croyait jadis, mais il **va être produit pendant chaque tétée** par effet de la succion de l'enfant.
- **Il n'y a pas de nourriture contre-indiquée pour la femme qui allaite.**
- Les rhagades se préviennent en faisant attention à la prise correcte de l'aréole et du mamelon, en offrant le sein comme montré à la page 110, sans avoir des freins à le détacher et à le positionner à nouveau si l'enfant s'accroche en causant de la douleur. Il faut l'aider à prendre le sein avec la bouche bien ouverte sans crainte de demander de l'aide aux infirmières et aux obstétriques du Point de Naissance en cas de difficulté. Le seul soin efficace pour guérir une rhagade est d'aider l'enfant à bien s'accrocher au sein!
- Il y a une technique correcte pour effectuer le pressurage manuel de l'aréole pour aider la maman, si nécessaire, à prévenir l'engorgement mammaire et à gérer une montée de lait douloureuse. Parfois il peut être utile de presser quelques gouttes de colostrum ou de lait pour soulager la douleur du mamelon (page 107).
- En plus des **Points de Soutien à l'allaitement** il y a des **groupes d'aide réciproque entre les mères** que sûrement pourront être une ressource optimale, pas seulement pour allaiter avec plaisir mais aussi pour partager les craintes, les anxiétés et les moments de découragement que chaque maman peut éprouver au commencement de l'allaitement et de la relation avec son petit, mais aussi pour partager les joies et les gratifications que les enfants donnent chaque jours à leur maman.

CHOIX POUR L'ACCOUCHEMENT Page 86

Fréquemment pendant la grossesse les pensées de la femme, du couple, se projettent au moment de l'accouchement, à quand la mère rencontrera son enfant. Ces pensées sont normalement chargées d'attentes et d'appréhensions.

A l'occasion du Bilan de Santé à 36-37 semaines de grossesse, avec l'opérateur du Point de Naissance choisi pour l'accouchement, il est utile de discuter sur ce qu'on s'attend de cet important moment.

A la page 87 vous allez trouver une liste des principaux éléments d'assistance au travail et à l'accouchement sur lesquels souvent sont possibles des options différentes (lieu de l'accouchement; modalités d'accouchement; présence d'une personne de confiance pendant le travail; préférences pour le travail; accueil au nouveau-né –peau contre peau; alimentation du nouveau-né; rooming in; durée de permanence à l'hôpital; donation du cordon). Exprimer ses désirs aidera les opérateurs de la naissance à vous offrir un'assistance personnalisée.

Il est évident que ces choix doivent être de toute manière considérés avec flexibilité de la part de la femme puisque, si les conditions cliniques-d'assistance sortissent du cours physiologique, il pourrait être nécessaire un type d'assistance additionnelle pas toujours compatible avec tous les types de choix.

Certaines demandes particulières, pas encore soutenues par des preuves d'efficacité, en absence de conditions d'organisation ou en contraste avec normes et principes en vigueur, pourraient ne pas être satisfaites. On vous suggère d'en discuter au préalable pour voir si c'est faisable avec le Point de Naissance choisi.

BILAN DE SANTE' MATERNELLE-FŒTALE AUPRES DU POINT DE NAISSANCE Page 88

36-37 semaines le fœtus a mûri les compétences pour naître; le Bilan de Santé maternelle-fœtale doit être programmé auprès du Point de Naissance choisi pour l'accouchement ou individué comme apte pour la situation clinique.

Dans le cas de choix d'accouchement chez soi, on doit faire l'évaluation de l'aptitude à l'accouchement à domicile et l'expédition de la documentation au Point de Naissance individué comme point de référence pour l'éventuel déplacement.

Dans ce Bilan de Santé on va évaluer à nouveau: a) l'histoire de la grossesse à travers ce qui a été enregistré sur le Mémorandum; b) l'état de santé de maman et enfant; c) comment l'organisme est en train de se prédisposer physiologiquement à l'accouchement (position de l'enfant, niveau du fond de l'utérus, présence de contractions sporadiques, ...); d) les éventuels éléments de risque pour l'accouchement; e) on contrôle les examens faits pendant la grossesse, y compris ceux qui ont été recommandés entre les 33 et 37 semaines.

On prépare la fiche médicale hospitalière qui sera utilisée pendant l'hospitalisation et on va expliquer à la femme le plan d'assistance pour les successives semaines de grossesse, y compris le programme de monitoring du bien-être fœtal à partir des 41 semaines + 0 jours si l'accouchement n'a pas encore eu lieu.

En présence de doutes sur la santé de la mère et de l'enfant, qui ne sont pas émergés auparavant, on demande des examens spécifiques (par exemple d'utériens prises de sang, échographie, enregistrement cardiotocographique) et éventuellement d'ultérieures rencontres plus rapprochées.

Si la situation demande la programmation d'une césarienne on demandera des examens pré-opératoires à effectuer auprès de l'hôpital (ceux-ci sont compris dans les prestations d'assistance hospitalière pour la césarienne).

Ce Bilan de Santé est aussi le moment pour exposer les doutes que la femme peut encore avoir (par ex. comment accéder au service obstétrique, en particulier la nuit, s'il y a la possibilité d'être accompagnées par d'autres parents, etc.) et vérifier si le Point de Naissance peut répondre aux besoins et aux choix de la femme (par ex. situations cliniques spécifiques, méthodes pour la réduction de la douleur pendant le travail comme plongement dans l'eau et analgésie péridurale, donation de sang du cordon ombilical, ...).

Viene predisposta la cartela clínica hospitalaria que serà utilizada durante la hospitalización e ilustrada a la mujer el plan de asistencia para las semanas sucesivas del embarazo, entre ellos el programa de monitoraje del bienestar fetal de 41 semanas + 0 días si el parto no se hubiera realizado.

En presencia de dudas sobre la salud de la mamá y el recién nacido que no han surgido con anterioridad, se requieren de exámenes específicos (ejem. exámenes de sangre, ecografía, registraciòn cardiotocografía) y eventualmente otros encuentros mas cercanos.

Si la situaciòn requiere la programaciòn de un corte cesàreo se solicitaran exámenes preoperatorios de seguir a través del hospital (incluidos en los rendimientos de asistencia del hospital para el parto cesàreo).

Este Balance de la Salud es también el momento para esclarecer las dudas que la mujer puede todavía tener (ejem. como se accede al pabellòn de obstetricia, en particular de noche, si se tiene la posibilidad de ser acompañados de otros parientes, etc.) y verificar si el Punto de Nacimiento puede responder a las necesidades y a las decisiones de la mujer (ejem. situaciòn clinicas específicas, métodos para la contenciòn del dolor en el trabajo del parto como inmersiòn en el agua y analgesia peridural, donaciòn de sangre del cordòn umbilical)

LA GROSSESSE ENTRE LES 37 ET 41 SEMAINES Page 90

Même si le jours précis de la naissance n'est pas prévisible, la plupart des enfants naît autour des 40 semaines de grossesse; il s'agit d'une date technique calculée à partir du premier jours de la dernière menstruation. En réalité le moment de la naissance peut varier de 4/5 semaines par rapport à la date théorique calculée; en effet on considère à terme les grossesses entre les 37 semaines + 0 jours et les 42 semaines + 0 jours.

Pendant cette dernière période l'enfant perfectionne le mûrissement de certaines fonctions (par ex. capacité de respirer), acquiert du poids et il se positionne pour l'accouchement. La mère à partir des 38 semaines généralement respire mieux parce-que "l'abdomen se baisse" et elle commence à percevoir des contractions de préparation au travail.

Si on remarque la parution d'œdème (enflure) aux jambes, aux poignets, au visage, pertes de sang ou de liquide amniotique, douleurs à l'estomac, troubles à la vue ou autre sensation de troubles ou si elle ne sent pas bouger le fœtus comme d'habitude, on doit aller le plus tôt possible à l'hôpital pour exclure conditions de risque maternel et/ou fœtal.

Le plan d'assistance, différent selon les caractéristiques individuelles (par ex. primipare ou multipare), est réalisé en collaboration entre le Point de Naissance et les spécialistes qui ont suivi la grossesse.

Si la grossesse continue au delà des 40 semaines (soit 41 semaines + 0 jours) ou si se manifestent des indications cliniques, on prévoit l'exécution de la cardiotocographie (tracé cardiotocographique) pour évaluer le bien-être fœtal et la quantité de liquide amniotique (AFI). En outre, pendant la visite vaginale, on peut proposer le "décollement des membranes"* pour réduire la nécessité d'induction pharmacologique du travail. Le décollement des membranes peut causer gêne, douleur, un léger saignement et il peut être la cause de la rupture accidentelle des membranes.

L'induction consiste en faire commencer le travail au moyen de médicaments (prostaglandine par voie vaginale, ocytocine par voie intravéneuse) ou avec l'amnioessie (rupture instrumentale des membranes amniotiques).

Généralement le travail va être induit dans les 42 semaines + 0 jours parce-que la continuation résulte être plus fréquemment associée à des conditions de souffrance et de mortalité fœtale.

Les choses à préparer pour l'hôpital dans l'attente de l'accouchement

- 1 Mémoire de la grossesse
- 2 Documents d'identité
- 3 Carte sanitaire. Pour les femmes étrangères de pays qui font partie de l'Union Européenne, carte TEAM. Pour les femmes étrangères qui font partie de pays extra-communautaires et sans permis de séjour, code STP (étrangers temporairement présents) qui est délivré par les services ISI (Information Santé Immigrés)
- 4 Les effets personnels pour la mère et l'enfant qui ont été conseillés par le Point de Naissance choisi
- 5 Le plein de carburant dans la voiture et "voucher" pour le stationnement.

Quand aller à l'hôpital pour l'accouchement

- 1 Quand les contractions sont régulières pour intensité, fréquence et durée depuis au moins deux heures;
- 2 Quand il y a la perte des "eaux" (de liquide amniotique), spécialement si la couleur du liquide n'est pas claire (verte, marron ou jaunet) il est important d'aller tout de suite à l'hôpital
- 3 Quand les pertes de sang sont plus que quelques gouttes
- 4 Dans tous les cas dans lesquels on ait

PHYSIOLOGIE DU TRAVAIL-ACCOUCHEMENT Page 103

La nature a programmé l'accouchement dans tous les détails: normalement le fœtus donne le signal de commencement, en stimulant les contractions utérines en se mettant dans la position favorable à la naissance. L'enfant exprime ainsi sa **compétence à naître** tandis que la mère, qui répond à ces stimulations, exprime sa **compétence à accoucher**. Ce-la a lieu généralement à la fin de la grossesse, soit après les 37 semaines.

Le cours physiologique du travail est influencé par le cours de la grossesse et il est favorisé par les conditions de l'ambiance*: intimité, espaces pour bouger librement, absence de stimulations gênantes et/ou interférences (lumière, bruits, demandes et manœuvres qui peuvent être différées) dans le respect des nécessités pour la femme de s'isoler de l'extérieur pour laisser que les phases d'accouchement puissent suivre leur cours naturel.

La progression du travail est individuelle et elle dépend de beaucoup de facteurs.

Déjà dans les semaines qui précèdent le travail peuvent se manifester des symptômes qui annoncent les phases du véritable travail:

- **contractions intermittents ou irrégulières** – il s’agit de durcissements perçus comme une compression interne du ventre qui peut être associée à une sensation douloureuse en bas ou dans la région lombaire (dos à l’ hauteur des reins); elles peuvent se manifester dans la journée ou le soir, elles peuvent être parfois douloureuses mais, dans cette phase, ne s’intensifient pas, au contraire elles s’affaiblissent et disparaissent après peu de temps.
- **perte du bouchon muqueux** – le bouchon muqueux est une gelée de couleur blanche, jaune ou marron qui se forme au commencement de la grossesse à l’intérieur du col de l’utérus pour protéger l’enfant de l’ambiance extérieure. A la fin de la grossesse les contractions qui agissent sur le col de l’utérus peuvent faire sortir le bouchon muqueux (qui n’est plus retenu par les parois du col). La perte du bouchon muqueux n’est pas un signe d’accouchement imminent, elle peut en effet se vérifier même quelques semaines avant le commencement du travail
- **mal au dos** - il s’agit d’une douleur sur le type des douleurs menstruels qui est due à des petites contractions qui pas toujours sont ressenties; elle peut durer quelques heures ou bien rester comme une présence sourde pendant toute la journée; **pèrdidas pertes vaginales liquides et transparentes**- elles sont dues aux hormones qui préparent le travail; on peut les confondre avec des pertes de liquide amniotique, mais à différence de celles-ci elles ne sont pas continues.

Au cours du travail on reconnaissent différentes phase dénommés:

- 1 phase prodromique
- 2 phase active ou dilatante (appelée aussi 1er stade)
- 3 phase expulsive (appelée aussi 2ème stade)
- 4 délivrance (appelée aussi 3ème stade)

Dans la **phase prodromique** la femme se prépare physiquement et émotionnellement au travail. Il va se vérifier la “transformation du col de l’utérus”, indispensable pour le passage à la successive phase active. Le col de l’utérus qui est long 3-4 cm va se raccourcir jusqu’à devenir tout à fait plat pour permettre la progression de l’accouchement. La phase prodromique peut durer de quelques heures à quelques jours.

Dans les heures qui précèdent le travail (de quelques heures jusqu’à plus de 24 heures), on peut avoir les symptômes suivants:

- les **contractions** deviennent régulières pour intensité (elles sont toutes également douloureuses), durée (à chaque contractions on reconnaît l’arrivée de la contraction, le comble de la sensation de douleur et son successif affaiblissement), fréquence (l’intervalle de temps entre une contraction et l’autre est constant). Ces contractions à différence de celles des semaines précédentes ne s’affaiblissent pas, au contraire elles augmentent dans le temps. La donnée importante n’est pas tellement l’intervalle entre une contraction et l’autre, mais la régularité. Pendant la contraction il devient difficile de parler et de marcher: il est nécessaire de s’arrêter et de s’appuyer à quelqu’un ou à quelque chose;
- **petites pertes de sang** – elles aussi sont liées à la préparation du col de l’utérus, elles sont dues à la rupture de certains capillaires; elles indiquent que le travail est en train de commencer; la perte est généralement de quelques gouttes, d’un rouge vif (comme au début de la menstruation) et elle peut se répéter quelques fois pendant la journée
- **perte des “eaux” (ou liquide amniotique)** – elle est due à la rupture de la poche amniotique qui enveloppe l’enfant. Le liquide amniotique habituellement est incolore et inodore; la perte du liquide est imprévue, abondante et presque continue. Si la poche ne se rompt complètement mais elle se perce uniquement dans un point, la perte est faible et variable, mais elle se répète dans la journée, généralement associée aux mouvements de la mère.
- **nausée et/ou vomissement** – ça ne dépend pas de ce qu’on a mangé mais elle est due à la préparation du col de l’utérus, il s’agit donc d’un signe optimal de travail imminent!
- **diarrhée** – elle est due aux hormones qui préparent le col de l’utérus dans les jours et les heures qui précèdent le travail, elle est utile pour libérer l’intestin et préparer le corps à l’accouchement. Les symptômes indiqués peuvent être présents tous ou seulement en partie.

Les contractions engendrent douleur mais elles sont essentielles soit pour la dilatation du col de l’utérus que pour pousser l’enfant dans le canal d’accouchement. En même temps elles massagent la peau du fœtus en activant le système immunitaire et en l’aidant à protéger son organisme.

La douleur plus ou moins intense peut être rendue plus supportable avec différentes stratégies ou médicaments.

La **phase active ou dilatante** est le véritable travail: elle sert à dilater complètement le col de l’utérus grâce aux contractions et à la pression exercée par la tête de l’enfant. Cette phase commence quand le col de l’utérus est tout à fait plat: les contractions sont régulières pour intensité, fréquence et durée et la dilatation du col de l’utérus est au moins de 4 cm.

La durée du travail est variable, en moyenne elle est entre les **6-8 heures pour une mère au premier accouchement et de 3-5 heures pour une mère qui a déjà eu au moins un accouchement.**

Parfois les contractions ne sont pas assez fréquentes et intenses et il peut être nécessaire d'administrer de l'ocytocine par voie intraveineuse pour les renforcer.

La plupart des fœtus affronte le travail sans aucun problème; l'écoute régulier du battement cardiaque fœtal* permet d'identifier les fœtus qui rencontrent quelques difficultés. Le battement cardiaque fœtal, avec les autres données relevées pendant le travail, est enregistré sur une fiche clinique*.

La **phase expulsive** le moment final du travail qui amène à la naissance de l'enfant. Elle commence quand la dilatation rejoint le diamètre suffisant à permettre le passage du fœtus. La progressive descente du fœtus dans le canal d'accouchement détermine dans la femme la sensation de devoir accompagner les contractions avec des poussées qui permettent à l'enfant de venir à la lumière et elles aident la mère à affronter la douleur.

Parfois, dans cette phase, peuvent se vérifier des déchirures spontanées du périnée plus ou moins amples qui peuvent guérir toutes seules ou être suturées. En d'autres cas, il peut se rendre nécessaire une incision chirurgicale du périnée (épisiotomie), en anesthésie locale, pour élargir l'anneau vulvaire et faciliter la sortie de l'enfant.

L'accouchement termine avec la **délivrance**, soit l'expulsion du placenta et des membranes amniotiques, habituellement à courte distance de l'accouchement et de toute manière au plus tard dans une heure. L'expulsion du placenta est favorisée par l'ocytocine qui augmente dans la circulation maternelle quand l'enfant s'attache au sein.

LES PREMIERS JOURS APRES LA NAISSANCE Page 106

Pendant les premiers jours après l'accouchement l'obstétrique/gynécologue contrôle l'utérus, les pertes vaginales (appelées lochies, expulsion des lochies) qui sont initialement de couleur rouge (comme une menstruation très abondante) et de plus en plus deviennent plus claires jusqu'à devenir jaunâtres. Les pertes, plutôt abondantes, sont caractérisées par une odeur particulière. Le pédiatre effectue des contrôles sur le nouveau-né pour en confirmer la bonne santé. Pour les accouchements qui ont eu lieu à l'hôpital ce-la justifie les peus de jours d'hospitalisation traditionnellements offerts à la mère et à l'enfant; pour les accouchements qui ont eu lieu à domicile il est nécessaire de programmer les visites de l'obstétrique et du pédiatre.

Au de là des contrôles cliniques, les premiers jours sont l'occasion pour la maman et le nouveau né de poursuivre leur relation, à présent extra-utérine, dans une ambiance dans laquelle ils peuvent bénéficier de l'expérience des opérateurs pour recueillir confirmations et aide par rapport à leur besoins. Bien accueillir maman et enfant doit être fait **par tout le monde**: respecter leur envie/nécessité de rester ensemble, s'efforcer pour comprendre leurs demandes et leur communiquer sérénité. Avoir l'enfant près de soi pendant toute la journée permet à la maman de reconnaître ses exigences et à y répondre à temps; ça permet aussi d'adapter les rythmes maternels sur ceux de l'enfant en profitant de ses pauses de sommeil pour reposer elle aussi. De telle manière pour l'organisme maternel sera facilité la réponse hormonale prévue par la nature pour faire face aux demandes du nouveau né. Parfois l'idée de devoir s'occuper tout de suite de son enfant, qui est dans sa chambre au lieu d'être confié aux infirmières de la crèche, peut effrayer la femme. Il est important de savoir que la nature a programmé dans les détails la réponse hormonale que, en présence de l'enfant, syntonise les rythmes de la vie quotidienne entre mère et enfant. Suivre ces rythmes (chose qu'en réalité est possible uniquement à la maison) permet à la femme de se reprendre rapidement des effets de l'accouchement et pour acquérir confiance dans ses capacités.

Les rythmes quotidiens de l'enfant sont faits de sommeil et d'éveil, de moments pour les chouchoutements, pour la bouillie et pour les évacuations: ils sont en corrélation et l'allaitement selon nature les scandent.

Dans les premiers jours on va effectuer les actions de prévention qui sont actuellement recommandées pour chaque nouveau-né:

- **prophylaxie oculaire** = dans les yeux, dans les premières heures après l'accouchement, pour éviter la conjonctivite causée par le contact avec les germes présents dans la vagine de la mère
- **profilaxis antihemorràgica** = vitamine K indispensable pour prévenir les hémorragies;
- **screening métaboliques et de la fibrose cystique** = prise de sang du talon de l'enfant pour recueillir quelques gouttes pour chercher des maladies que, si elles sont présentes, peuvent être soignées tout de suite;
- **prise de colostrum** = mettre l'enfant au sein hâtivement de manière qu'il puisse sucer le colostrum riche d'anticorps et de substances qui induisent le mûrissage des défenses.

La démission de l'hôpital est l'occasion d'un dialogue avec les opérateurs pour conclure de manière consciente l'expérience de la grossesse et de l'accouchement et ouvrir une nouvelle phase de vie de la femme et de la famille.

En ce qui concerne le nouveau-né, c'est l'occasion pour compléter le premier Bilan de Santé de l'enfant et l'enregistrer sur son Agenda de Santé. L'Agenda de Santé de l'enfant est l'instrument qui suivra, avec les parents et le pédiatre de référence, la santé de l'enfant pendant les stades de sa croissance.

Pour la mère et le père est aussi l'occasion pour examiner avec des spécialistes les choix de contraception.

Avant d'aller à la maison il convient d'apprendre la manière pour pressurer manuellement le sein en cas de nécessité.

PUERPERALITE' Page 93

C'est la période qui va de l'accouchement à environ 6-8 semaines après; c'est une phase d'adaptation physique et psychique pendant laquelle l'utérus retourne aux dimensions et au ton musculaire d'avant la grossesse, on consolide l'allaitement au sein et on régularise les rythmes de vie journalière de la mère et de l'enfant. Dans cette période il est normal d'avoir des pertes vaginales de liquide avec résidus placentaires appelés lochies ou expulsions de lochies.

Après l'accouchement, selon les exigences personnelles, et de toute manière dans les 30-40 jours, il est utile une rencontre avec le spécialiste qui a suivi la grossesse pour raconter l'expérience de son accouchement et pour évaluer les conditions obstétriques, le périnée, le bien-être physique et psychologique, l'éventuelle contraception, l'allaitement, l'opportunité de recevoir du soutien de la part de groupes d'auto-aide ou par des services socio-sanitaires.

En présences de pertes malodorantes, de douleur périnéale, difficulté de guérison de l'éventuelle blessure et d'autres troubles liés au plancher pelvique (perte incontrôlée des urines, douleur pendant les rapports sexuels, etc.), il est nécessaire d'anticiper la rencontre avec le spécialiste. Le même, en cas de présence de douleurs au sein persistantes, anxiété ou fatigue excessive.

A cause du changement hormonal et de la fatigue, après l'accouchement il est assez normal de se sentir tristes et mélancoliques. Pour certaines femmes, si cette condition devait se prolonger dans le temps, il pourrait être utile un support psychologique et/ou médical, dans des cas rares aussi pharmacologique.

Il est de toute façon important de savoir que les rythmes de la journée se modifient naturellement sur la base de la physiologie de l'allaitement et donc il convient de vivre cette période dans la conscience que l'adaptation mère-enfant rejoindra avec le temps un équilibre harmonieux. L'adaptation à la nouvelle situation (présence du premier fils ou d'un nouveau fils) avec des exigences apparemment très lointaines des rythmes habituels de la famille, peut créer parfois des difficultés et de la tension aussi dans le couple.

Il y a des évidences que des rencontres entre femmes, qui sont en train de vivre la même expérience*, permettent de partager les craintes, les anxiétés, etc. et de reconnaître la "normalité" de ces événements et des états d'âme. Certaines ASL offrent, à l'intérieur des Services de Consultation, des moments de rencontre pour les femmes dans la période après l'accouchement.

A LA MAISON AVEC L'ENFANT Page 112

Pour comprendre le comportement du nouveau-né pendant les premières semaines il faut considérer le changement auquel il est soumis dans le passage de la vie intra-utérine à celle extra-utérine qui comporte une période d'adaptation progressive.

La reconnaissance des expériences sensorielles déjà mûries par le fœtus aide à donner des réponses diversifiées: toucher, bercer, massager, se faire voir, se faire entendre avec un ton de voix que l'enfant puisse reconnaître, lui lire des histoires même s'il est très petit, proposer de nouveau la musique qu'il a entendu pendant la grossesse, etc.

La vie fœtale est presque toute vécue dans le mouvement: outre à celui du fœtus, aussi la mère, pendant la journée, se bouge. Le fœtus reçoit des poussées et contre-poussées par le liquide amniotique et la paroi de l'utérus. De cette expérience découle le plaisir d'être bercé qui le ramène à des sensations connues et plaisibles.

Généralement quand la mère bouge, le fœtus ne se remue pas et vice-versa; pendant le sommeil, quand la mère rêve, le fœtus ne bouge pas, tandis que dans le sommeil sans rêves il bouge: ces alternances sont interprétés comme le commencement d'un dialogue où, si l'un parle, l'autre écoute dans l'attente de son tour.

La position du fœtus dans l'utérus est similaire à celle qu'on a sur un hamac: le dos arqué et soutenu, les membres sont libres de bouger. C'est pour cette raison que l'enfant se tranquillise si on le garde dans cette position.

Même les larmes, qui sont un système fort efficace de communication pour rappeler l'attention des adultes, quelque fois lui sert aussi pour décharger la tension d'une journée merveilleuse pleine de stimulations..

Pendant toute sa vie fœtale l'enfant a été alimenté sans arrêt à travers du cordon ombilical, en outre il se remplissait l'estomac chaque fois qu'il le voulait en déglutant du liquide amniotique. Il ne connaissait ni faim ni soif, ni sensation d'estomac vide. Avec la naissance le nouveau-né fait un'expérience fondamentale: il sent la faim et la privation; à l'arrivée de la mère le malaise et la privation cessent. Il apprendra petit à petit à s'adapter à ces nouveaux rythmes et intervalles et à avoir confiance que la mère répondra à ses besoins. Quand il aura rejoint cette confiance, il pourra se permettre d'attendre, avec la certitude que dans un certain délai de temps la réponse arrivera (avec la confiance il apprendra aussi à comprendre la valeur du temps, si évident pour les adultes).

A la naissance le nouveau-né n'a pas d'éléments pour distinguer le jour de la nuit et supporte une brusque introduction dans une ambiance dans laquelle il y a une alternance de lumière et d'obscurité; il doit apprendre à reconnaître le jour de la nuit et surtout que presque tout le monde dort pendant la nuit et pas pendant le jour. Le nouveau-né va s'adapter graduellement aux nouveaux rythmes en quelques semaines si les parents le lui vont l'apprendre en diversifiant le jour de la nuit. Par exemple, les tétées nocturnes avec une lumière diffuse, sans trop de préambules et de bruits. Au contraire pendant la journée la tétée peut être précédée par le changement des couches, par un massage, par les bavardages avec la mère, etc.

Pendant la période néo-natale le petit dort pour la plupart du temps. Ils existent deux types de sommeil qui s'alternent toutes les trente minutes environ: le sommeil tranquille et le sommeil actif.

Pendant le sommeil tranquille le visage de l'enfant est relaxé, les yeux sont fermés et les paupières immobiles, il n'y a pas de mouvements du corps, exception faite pour quelque petit sursaut ou des légers mouvements de la bouche. Pendant le sommeil actif les yeux sont généralement clos mais parfois ils peuvent s'ouvrir et se refermer maintes fois, il peut y avoir des mouvements de bras et jambes et de tout le corps, la respiration est irrégulière et le visage peut avoir des expressions différentes (grimaces, petites sourires, visage courroucé). Dans le passage du sommeil actif à celui tranquille (environ toutes les 20-30 minutes) l'enfant arrive très proche au réveil et il peut commencer à pleurnicher ou à bouger. Il est bien de respecter ces délicats passages entre une phase et l'autre de sommeil sans intervenir tout de suite (par exemple en le prénant dans les bras au premier vagissement) de manière à ne pas interférer dans l'apprentissage de l'enfant d'un normal rythme de sommeil.

Le nouveau-né alterne les périodes de sommeil aux périodes d'éveil. Il existe un état d'éveil tranquille pendant lequel l'enfant bouge peu et ses yeux sont grands ouverts: c'est le moment pendant lequel il étudie l'ambiance qui l'entoure, il fixe le regard sur objets et personnes, il cherche d'acquiescer autant de renseignements qu'il peut. Il est très important de respecter ces phases d'exploration en lui permettant de rester éveillé sans le prendre tout de suite dans les bras. En d'autres moments il est opportun de lui parler, de lui lire une histoire, de lui chanter une comptine, de lui faire écouter de la musique, de le prendre dans ses bras. L'enfant paraît très différent pendant l'état d'éveil active quand il est souvent en mouvement, il se regarde autour et il émet des petits sons, en général avant les repas. L'apprentissage dès le premier âge de la vie a lieu surtout grâce à l'imitation de ce qu'il voit et de ce qu'il entend faire autour de lui. Des découvertes récentes ont mis en lumière comme certaines structures du cerveau (appelées neurones à miroir) réfléchissent à l'intérieur de notre cerveau ce que nous voyons faire par les autres et comment ces informations se fixent dans la mémoire. Il est surprenant de voir avec combien d'attention un nouveau-né de 20-30 jours commencera à suivre fasciné la voix, les traits du visage et les mouvements de qui lui parle doucement à la distance de 20-30 cm pour en suite répondre en cherchant de l'imiter.

Reconnaître dans l'immédiat que le nouveau-né exprime ses émotions et il cherche le dialogue avec la mère il est fondamental pour établir avec lui une relation respectueuse, affective, enrichissante pour les deux.

DEVENIR PERE Page 111

Dans les pages du Mémoire les informations et les options proposées sont presque toujours rapportées à la femme mais, comme déclaré au début, elles ont l'intention d'y inclure le partenaire qui l'accompagne tout au long du parcours. Dans l'esprit et dans les émotions du père, comme dans celles de la mère pendant la grossesse, l'idée de l'enfant ainsi que les sentiments et les émotions qui entourent cette idée se font espace.

Concrètement, dans les dernières décennies, ont eu lieu de changements qui ont vu fréquemment une plus grande participation active du père aux soins de l'enfant et, aussi avant, pendant la grossesse. Être présent aux bilans de santé, participer au cours de guide à la naissance, si souhaité par les deux, peut être un moyen de partager les renseignements, les émotions et pour mieux savoir interpréter les changements auxquels la femme doit faire face, et par conséquent mieux savoir comment l'aider.

En particulier pendant les mois de grossesse un support attentif du partenaire en relation à d'éventuels changements de style de vie (alimentation équilibrée, abstention de la fumée, exclusion de la fumée passive, abstention de l'alcool, etc.) peut être d'aide quand ces changements sont plus difficiles, au-delà d'être une stimulation pour construire ensemble un'ambiance de vie ménagère salubre pour le futur enfant. L'état de santé du père peut avoir des influences sur le fils: il est donc important de référer l'histoire de sa santé ainsi que celle de sa famille pour faciliter l'identification d'éventuels risques génétiques. En outre les examens prévus servent à exclure éventuelles infections transmissibles par voie sexuelle. En prévision du bilan de santé aux 36-37 semaines de grossesse une série de choix se rendent possibles pour vivre le travail, l'accouchement et la naissance du fils dans la manière la plus proche aux attentes des parents: en parler à l'intérieur du couple et avec les opérateurs de la naissance permet de réaliser, dans la limite du possible, les souhaits exprimés.

Être présent à l'accouchement peut être un'expérience unique. Il est important de réfléchir ensemble comment la vivre au mieux pour ne pas risquer de l'affronter en se sentant de quelque manière obligé (... parce-que tous les pères doivent assister à l'accouchement"... "moi je ne peux pas être de moins"... "tous mes amis l'ont fait"). En effet être présent dans la salle d'accouchement n'est pas ni "juste" ni "raté", ça dépend de sa culture, de son émotivité, des choix effectués par le couple, de comment on se sent sur le moment et par le contexte et ça n'a rien à voir avec les sentiments qu'on éprouve vers sa partenaire et vers son fils.

Le rôle du partenaire/père au moment de la naissance, comme dans les semaines successives, est celui de garantir un soutien émotif, une présence affective, une médiation et protection par rapport à l'ambiance extérieure. Pour être efficace ce soutien doit respecter les temps et les modalités avec lesquelles chaque couple maman-enfant exprime ses émotions.

Surtout au premier fils le couple est appelé à réorganiser ses temps, les espaces et les nécessités même pratiques de la vie quotidienne et de sa relation. Pendant la période d'adaptation et consolidation des changements demandés par la nouvelle famille, il peut être utile que le père, conscient des naturelles compétences maternelles de la néo-mère et des choix faits pendant la grossesse, la soutienne et la renforce à l'égard des avis extérieurs. La conscience de la particulière émotivité de la néo-maman dans les premiers mois de vie avec l'enfant l'aidera à ne pas négliger éventuels symptômes de malaise de la femme qui pourraient être résolus même avec l'intervention de spécialistes (psychologue, psychiatre, neuropsychiatre infantile).

Savoir que le nouveau-né est capable de se mettre en relation très rapidement avec l'adulte qui se prends soin de lui peut aider le père à vaincre une certaine timidité quand il s'occupe de lui, à le manier, à dialoguer avec lui, bien en reconnaissant des aptitudes de soin différentes à la mère et au père sans renverser les rôles qui traditionnellement sont plus maternels ou plus paternels.

ORIENTATION SUR L'HYGIENE DES ALIMENTS Page 102

Dans chaque ASL il y a un Service pour l'Hygiène de l'Alimentation et Nutrition (SIAN) qui à la tâche de:

- sauvegarder les citoyens des risques liés aux aliments à travers des contrôles sur leur qualité et sécurité
- combattre les facteurs de risque nutritionnel à travers l'information et l'éducation sanitaire soit du citoyen soit de ceux qui travaillent dans la chaîne de production et distribution des aliments, même au moyen d'interventions personnalisées de consultation diététiques-nutritionnelles

Indications sur la correcte préparation et conservation des aliments en fonction de la grossesse

Aliment	Typologie		Conseils pour la consommation
Cereali	Tutti i tipi	😊	
Torte	Non farcite	😊	
	Farcite	⚠️	Attenzione al consumo di dolci fatti in casa con uso di uova in guscio, può essere presente salmonella
Formaggi	Formaggi stagionati	😊	
	Formaggi molli/semimolli con crosta e muffe (es. gorgonzola, brie...)	🚫	Può essere presente "Listeria monocytogenes"
	Mozzarella - Formaggi spalmabili (stracchino, crescenza)	😊	Evitare la conservazione prolungata dopo l'apertura
Latte, Yogurt	Fresco o a lunga conservazione (UHT)	😊	
	Latte crudo acquistato dai distributori - Latte crudo di capra	⚠️	Consumare previa bollitura. Evitare l'acquisto direttamente in allevamento
Uova	Cotte (frittate, fritte)	😊	
	Crude o poco cotte (cocque, occhio di bue, zabaione, maionese, creme, tiramisù fatti in casa)	⚠️	Lavare le mani dopo aver toccato il guscio e consumare entro il giorno successivo creme o maionese, può essere presente salmonella
Carni	Carni crude macinate o carni crude a fette (carpaccio)	⚠️ 🚫	Evitare le macinate. Il carpaccio a fette va consumato immediatamente dopo la preparazione. Da evitare per le donne con TOXO-TEST NEGATIVO
	Carne in scatola	⚠️	Consumare subito dopo l'apertura evitare la conservazione
	Carni affumicate	⚠️	Consumare subito dopo l'apertura della confezione, da evitare per le donne con TOXO-TEST NEGATIVO
Produits de charcuterie	Viandes salées vieilles: jambon cru, bresaola, speck,bacon	😊	
	Saucissons vieillis de grosses dimensions: Hongrois, Milan, Crespone	😊	
	Saucissons frais (saucisse) ou peu vieillis de dimensions petites (cacciatore) Productions familiales	⚠️ 🚫	Consommer avec modération ou éviter: il pourrait y avoir de la Salmonelle A éviter par les femmes avec TOXO-TEST NEGATIF
	Viandes salées cuites: jambon cuit, mortadelle, porchetta	😊	
Poisson	Poisson cru (sushi, sashimi, etc..)	🚫	Eviter Possible présence de "Listeria monocytogenes"
	Poisson cuit	😊 ⚠️	OK poissons de petites dimensions Ne pas dépasser pour poisson épée, requin, ton une portion par semaine pour éviter l'accumulation de possible polluants (méthylmercure)
	Poisson fumé	⚠️	Oui, consommer tout de suite après l'ouverture Possible présence de "Listeria monocytogenes"
	Mollusques/Huîtres/Crustacés	⚠️	Consommer après cuisson
	Fruits	😊	Mieux si épluchés
Fruits et légumes	Fruits en boîte	😊	Consommer tout de suite après l'ouverture, éviter la conservation
	Légumes coupés, prélavés et confectionnés en sachet	⚠️	Consommer seulement après lavage soigné
	Légumes congelés	😊	
	Herbes aromatiques (basilique)	⚠️	Consommer après préalable cuisson
	Salades déjà prêtes au bar ou en gastronomie	🚫	Eviter: Elles peuvent contenir Listeriamonocytogenes" et Toxoplasma gondii
	Restes de plats cuits	⚠️	Conservé au frigo pour pas plus de 2 jours dans confectons fermées. Manger seulement après réchauffage jusqu'à température d'ébullition

Fonte: ASL TO5 - Ce.I.R.S.A. (Centro interdipartimentale Ricerca e documentazione Sicurezza Alimentare)

LE PARCOURS DE NAISSANCE et LA COLLECTIVITE' Page 118

A la fin du parcours d'assistance il est opportun de partager quelques considérations sur la valeur sociale d'une assistance adéquate au Parcours de Naissance et au successif Parcours de Croissance de l'enfant.

L'assistance publique tout au long du Parcours de Naissance est tout à fait gratuite, mais ce-la ne signifie pas qu'elle n'ait pas un coût. Pour chaque grossesse/accouchement avec un cours physiologique et un accouchement vaginal spontané, qui a eu lieu dans un hôpital, on peut calculer avec les critères actuels (coût des examens, des cours de guide à la naissance, de l'hospitalisation, de l'assistance pendant la puerpéralité) une dépense moyenne de 2.500-3.000 euros. Cette dépense est financée par le Service Sanitaire Régional mais, en dernière analyse elle est soutenue par toute la collectivité à travers les impôts que chaque citoyen paie à l'Etat/Région.

La conscience de l'importance de la contribution de chacun à la santé de tous et, dans le spécifique, à la santé de la nouvelle génération de citoyens, doit rendre encore plus responsables vers un usage approprié des ressources mises à la disposition. Ce-la en particulier où le système sanitaire publique offre un parcours d'assistance complet et gratuit basé sur les meilleures preuves d'efficacité.

La santé n'est pas uniquement un droit de chacun mais de toute la collectivité; la santé de chacun est l'intérêt de tous.

L'autre valeur sociale à laquelle on veut se référer est celle de la **sauvegarde de l'ambiance**, en particulier pour les nouvelles et futures générations:

- l'utilisation de techniques de diagnostic sophistiquées, dans les limites des indications appropriées pour chaque examen, ainsi que l'utilisation de produits pour la première enfance, sans céder aux flatteries des publicités commerciales, permet un épargne énergétique au-delà d'un épargne économique pour la famille;
- l'allaitement au sein, en plus de tous les avantages pour chaque enfant, comporte un épargne écologique: moins de vaches exploitées pour la production de lait "artificiel", moins d'élevages, moins de pesticides, moins de désherbants, moins d'emballages en papier, plastique, verre, moins d'ordures solides, une consommation réduite d'énergie pour la production, conservation et préparation du lait artificiel;
- l'utilisation de couches écologiques réduit la quantité d'ordures à éliminer et la grande quantité d'eau nécessaire pour la fabrication des couches à jeter;
- l'échange avec d'autres parents de ce qui est nécessaire à l'enfant, qu'on utilise pour peu de temps (par ex. chaise porte-enfant pour voiture, poussette, robes, etc.) permet de réduire les consommations d'énergie pour la production, la distribution et l'élimination de produits pour la première enfance.

La santé de l'enfant, dans le sens le plus ample du terme "santé" (physique, psychique, relationnelle, de l'ambient), dépendra aussi par le monde dans lequel on le fera grandir, et pour ce-la vaut la peine de:

- ne pas gaspiller de l'eau, de l'énergie, de la nourriture
- protéger l'ambient autour de nous, à la maison et dehors
- promouvoir un'alimentation saine
- privilégier la mobilité à pied, en vélo, avec les moyens de transport publiques
- privilégier les biens produits dans le respect des droits humaines
- soutenir le droit à l'éducation, à la santé et à un ambient vivable pour les enfants qui en sont exclus
- promouvoir la connaissance entre enfants et garçons de différentes nationalités
- éduquer à des relation basées sur la communication et sur la non violence.

DISPOSITIONS REGIONALES A FAVEUR DE LA FAMILLE Page 121

En plus des droits sanctionnés par le document présent, la région Piemonte garantit:

INTERVENTIONS DE SOUTIEN ÉCONOMIQUE ET SOCIAL À LA MATERNITÉ

Femmes seules qui nécessitent d'un soutien économique-social à la maternité

(DGR N. 11 – 7983 del 31/07/2008)

Pour les femmes seules qui ont des difficultés économiques, on a prévu des formes de soutien qui peuvent être activées déjà à la démission de l'hôpital après l'accouchement; ces formes de soutien prévoient la possibilité de:

- insérer mère et enfant dans des communautés mère/enfant, dans des "groupes appartement" ou auprès d'autres structures adéquates aux exigences spécifiques
- un soutien économique
- un soutien éducatif, même auprès de son domicile
- visites au domicile en collaboration avec le service de consultation pédiatrique
- insertion facilité dans une crèche ou auprès d'autres services socio-éducatifs pour l'enfance
- projets pour l'introduction dans le secteur du travail de la mère

Pour les mères étrangères tout le parcours, si nécessaire, prévoit l'aide du médiateur culturel.

INTERVENTIONS À SOUTIEN DES FAMILLES

En outre on a prévu différentes interventions pour soutenir les familles: en particulier, la Région soutient les activités des Centres pour les familles, activés sur toute la région par les services sociaux en collaboration avec les services sanitaires.

Les activités prédominantes des **Centres pour les Familles** sont:

- guichet de reinsegnaments sur les services et les interventions à faveur des familles
- soutien au couple et médiation familiale
- consultation psychologique-éducative pour le soutien aux parents
- activation de groupes d'auto-aide-mutuel (par exemple pour parents avec des fils nouveaux-nés)

La Région Piemonte assigne en outre des ressources spécifiques pour que les services socio-assistancielles puissent activer en temps utile, dès la naissance de l'enfant, et au moins pendant toute la première année de vie (extensible jusqu'à la troisième année), interventions de soutien à la famille qui rencontre des difficultés, soit de type économique ou bien liées à personnes avec handicap, pathologies ou au nombre de fils nouveaux-nés (dans le cas de naissance gémellaire).

Pour obtenir des informations sur les initiatives décrites, on peut s'adresser aux services sociaux de sa zone ou directement aux Centres pour les Familles.

FOURNITURE GRATUITE DE REMPLAÇANTS DU LAIT MATERNEL

DGR N. 13-8266 DEL 25/02/2008

La Région Piemonte, dans la directive régionale pour la promotion de l'allaitement au sein, a établi les situations dans lesquelles on a prévu la **fourniture gratuite de remplaçants du lait maternel**.

Le lait artificiel est fourni gratuitement aux mères sujetes aux **contre-indications absolues à l'allaitement au sein, continues ou temporaires, indiquées par l'Organisation Mondiale de la Santé:**

- Séropositivité au VIH et SIDA évidente
- Séropositivité HTLV (virus responsable d'une rare forme de leucémie)
- Psychose post partum
- Cancer mammaire
- Alcolisme et toxicodépendance
- Herpès bilatéral au mamelon
- Hépatites en phase aiguë
- Utilisation permanente de médicaments et substances contre-indiquées (page ...)
- Situations particulières (agénésie mammaire et mastectomie bilatérale, mort maternelle)
- Maladie métabolique du nouveau-né: galactosémie

CHEMINEMENT BUREAUCRATIQUE POUR LA DECLARATION DE NAISSANCE ET LA RECONNAISSANCE DE L'ENFANT Page 119

LA DÉCLARATION DE NAISSANCE

Quand la naissance a eu lieu il est **obligatoire dans les 10 jours** de faire la **déclaration de naissance** pour l'**inscription du nouveau né dans le registre communal de l'état civil**. En d'autres termes l'enregistrement de l'enfant au bureau d'état civil informe l'Etat italien de la présence d'un nouveau citoyen qu'à partir de ce moment jouit de tous les droits du citoyen italien mineur.

La **reconnaissance** est la déclaration de la part d'un ou des deux parents que l'enfant est le leur avec la conséquente prise en charge du **lien juridique de filiation**, soit le père, la mère ou les deux se présentent comme parents en assumant face à l'Etat les devoirs que ce-la entraîne par rapport au fils. La reconnaissance peut avoir lieu en même temps à la déclaration de naissance, et habituellement c'est ainsi pour les couples mariées, ou bien en temps différents (pré-reconnaissance en cours de grossesse ou successivement pour parents ayant moins de 16 ans, ou pour des situations de reconnaissance séparée de la part des parents).

La **déclaration de naissance**⁷ peut être faite auprès de la Direction Sanitaire de l'Hôpital ou auprès des bureaux de l'Etat Civil de la Commune où est située l'Hôpital.

⁷ L'Attestation de naissance est délivrée exclusivement par le personnel sanitaire qui a assisté à l'accouchement et qui atteste et signe d'avoir assisté à l'accouchement de Madame de laquelle est né un nouveau-né de sexe L'accouchement a eu lieu aux heures auprès de dans la Commune de

Dans l'attestation de naissance ne doit être indiqué ni le nom ni le prénom du nouveau-né.

La déclaration de naissance par contre, qui atteste la naissance d'une personne, en spécifie les informations pour l'identifier (nom, prénom, date et heure de naissance, Commune de naissance)

La déclaration doit être faite en se présentant avec l'ATTESTATION DE NAISSANCE de l'enfant à un des bureaux suivants:

- Auprès de la Direction Sanitaire de l'Hôpital dans lequel a eu lieu l'accouchement dans les 3 jours de la naissance
- Ou bien auprès du Bureau de l'Etat Civil de la Commune où a eu lieu la naissance, dans les 10 jours de la naissance.

L'Attestation de Naissance, en générale, va être transmise directement du service à la Direction Sanitaire de l'Hôpital pour l'inscription à l'hôpital, tandis que pour l'enregistrement auprès du Bureau de l'Etat Civil de la Commune, l'attestation est délivrée aux parents au moment de la démission.

LA RECONNAISSANCE

L'enfant peut être reconnu par les deux parents ou bien seulement par la mère ou seulement par le père.

Situations possibles:

- **Couple marié: c'est suffisant la présence d'un des parents**, pourvu d'un document d'identité des deux parents.
- **Couple de fait: c'est nécessaire la présence des deux parents**, pourvus du document d'identité. Il est en outre possible de se servir de la **PRE-RECONNAISSANCE à effectuer pendant la grossesse** auprès de la Commune de résidence. Avec la pré-reconnaissance il est possible d'accélérer les successives pratiques de reconnaissance: après la naissance un seul parent présentera les documents préparés à l'avance comme pour les couples mariés.
- **Mère seule: c'est nécessaire la présence de la mère** avec un document d'identité. Aussi la mère peut se servir du droit de **PRE-RECONNAISSANCE**.

Si le géniteur qui reconnaît ou les deux parents ont moins de 16 ans, il doit intervenir un tuteur.

- **Mère avec un âge inférieur à seize ans et père qui a déjà accompli les seize ans:** si le père entend reconnaître l'enfant, le nouveau-né peut être reconnu initialement uniquement par le père et successivement par la mère à l'accomplissement des seize ans.
- **Mère et père avec un âge inférieur à seize ans :** jusqu'à l'accomplissement des seize ans la reconnaissance ne peut pas être effectuée directement par les parents; dans ce cas il faut demander l'assistance du service social pour l'amorce des procédures nécessaires au **placement temporaire** du nouveau-né comme établi par la loi. La loi prévoit en effet que la procédure d'adoptabilité de l'enfant puisse être maintenue en suspens si la mère reste auprès de l'enfant et elle continue à l'assister (éventuellement à l'aide de parents proches, en particulier des parents). Le Tribunal pour les enfants, sur demande de la mère ou en décidant pur son propre compte ("d'office" dit la loi), peut renvoyer la procédure d'adoptabilité jusqu'à l'accomplissement des seize ans. Entre-temps l'enfant restera confié aux parents de la mère ou, si nécessaire, à d'autres personnes; il faut toujours, de toute manière, que la mère l'assiste et qu'elle maintienne des rapports avec lui. Le nom de l'enfant reste, pendant cette période, celui qui lui a été donné par l'Etat Civil. Quand la mère aura accompli seize ans, elle pourra le reconnaître immédiatement ou demander au Tribunal de garder en suspens la décision (pour pas plus que deux mois).
- **Pour les femmes** qui intendent se servir du droit de **ne pas reconnaître le nouveau-né:** la loi italienne permet à la femme de choisir si reconnaître ou non l'enfant né et de le faire librement. Si la femme ne le reconnaît pas dans les dix jours de la naissance et s'il n'y a pas de reconnaissance non plus de la part du père, auprès du Tribunal pour les mineurs compétent pour le lieu de naissance, sera ouverte une pratique d'adoptabilité de l'enfant, qui aura un nom inventé (qui lui est donné, ainsi comme le prénom, par l'Etat Civil de la Commune) et dans un court délai de temps (maximum deux mois) il sera confié à un couple déjà jugé idone à l'adoption et il sera déclaré adoptable. Après un an de placement pré-adoptif et si tout est allé bien, il sera adopté par ce couple, en devenant leur fils.
- Pour les femmes qui intendent se servir du droit de ne pas reconnaître le nouveau-né: la loi italienne permet à la femme de choisir si reconnaître ou non l'enfant né et de le faire librement.

Si la femme n'a pas encore décidé si le reconnaître ou non, elle peut demander au Tribunal des mineurs, au moyen des opérateurs qui la suivent et sans mettre sa signature et faire savoir comment elle s'appelle, de pouvoir avoir encore un peu de temps pour la décision définitive. Si le Tribunal accueille cette demande, il peut fixer une période de temps qui n'est pas supérieure, de toute manière, à deux mois pour que la femme puisse décider sans que l'enfant soit, entre-temps, déclaré adoptable. Mais il n'est pas suffisant de faire la demande, il faut que la femme maintienne des rapports avec l'enfant: elle doit aller le trouver (dans la situation qui a été trouvée pour lui), sans avoir besoin pour ça d'aucune particulière autorization, et elle doit rester auprès de lui (la loi dit "assister"). Dans ces occasions peuvent intervenir, s'il y en a et s'ils veulent le faire, aussi d'autres parents proches de l'enfant, autorisés par le Tribunal.

Ecoulée la période fixée, le Tribunal décidera si déclarer adoptable l'enfant (dans ce cas la femme ne pourra plus avoir aucun rapport avec lui).

Si, au contraire, le Tribunal juge que la femme n'a pas abandonné l'enfant et qu'elle s'en est bien occupée pendant la période de suspension de la procédure, il peut faire un choix différent: en particulier le placement de l'enfant à la femme ou à un de ses parents proches ou même, temporairement, à un'autre famille mais, de toute manière, non pour l'adoption.

- **mère/parents étrangers extra-communautaires régulièrement résidents:** on peut reconnaître le nouveau né avec les mêmes procédures décrites aux points précédents (de 1 à 5). Une fois effectuée la reconnaissance il est nécessaire de se rendre auprès de son ambassade pour effectuer l'inscription du nouveau-né en présentant les documents suivants: déclaration de naissance délivrée par l'état civil, passeport, permis de séjour
- **mère/parents étrangers extra-communautaires non régulièrement résidents:** on peut reconnaître le nouveau né avec les mêmes procédures décrites aux points précédents en se présentant au bureau avec deux témoins et le passeport des deux parents, dans le cas de couple marié ou de couple de fait ou de la mère, dans le cas de femme seule. Une fois effectuée la reconnaissance il est nécessaire de se rendre auprès de son ambassade pour effectuer l'inscription du nouveau-né en présentant les documents suivants: déclaration de naissance délivrée par l'état civil, passeport.
- **mère/parents étrangers extra-communautaires sans documents d'identité:** il est conseillé déjà pendant la grossesse
 - de s'adresser aux centres ISI pour l'élargissement du document STP qui donne droit à l'assistance sanitaire auprès de tous les services publics et/ou conventionnés de la Région et qui peut être utilisé comme document pour la reconnaissance du nouveau-né auprès de la Direction sanitaire de l'hôpital dans lequel a eu lieu l'accouchement;
 - de commencer les pratiques bureaucratiques nécessaires pour la reconnaissance de l'enfant aussi auprès de son ambassade. Les femmes dépourvues de permis de séjour ont la possibilité de le demander pour toute la période de la grossesse et pour les 6 mois successifs à l'accouchement. Pour faciliter la mise en train des pratiques auprès de son ambassade on peut s'adresser à l'opérateur qui suit la grossesse pour qu'il se mette en contact avec les services sociaux.

Pour les situations dont aux deux points précédents: une fois complétées les pratiques de régularisation, il est possible de faire la pré-reconnaissance, soit reconnaître l'enfant pendant la grossesse avant la naissance. Pour la pré-reconnaissance il est nécessaire de s'adresser à la Commune où la femme/couple vit.

- Dans le cas de femme avec un **visa touristique** il est nécessaire de s'adresser au centre ISI puisque certains type de visas ne donnent pas droit à l'assistance sanitaire auprès des services publics/conventionnés de la Région.

CHEMINEMENT POUR L'INSCRIPTION DE L'ENFANT AU SYSTÈME SANITAIRE NATIONAL

Pour l'**inscription au Service Sanitaire** il est nécessaire d'avoir le code fiscal de l'enfant, qui est délivré par le Bureau des Contributions (Agenzia delle Entrate). Avec ce document on se rend auprès des bureaux de la ASL (Bureau Choix et Révocation "Scelta e Revoca") où au moment de l'inscription de l'enfant au Service Sanitaire on choisira un pédiatre parmi ceux qui sont disponibles dans la zone de résidence. S'il n'y a pas de pédiatres disponibles dans la zone, il pourra être inscrit auprès du médecin de médecine générale.

Avec cette inscription l'enfant peut accéder aux services prévus par la système régional pour les citoyens mineurs

OPPORTUNITÉ' POUR LA CONCILIATION VIE-TRAVAIL Page 123

CONGÉ DE MATERNITÉ

Mère travailleuse

C'est prévu le droit de congé de maternité: chaque femme, selon les normes en vigueur, peut s'absenter du travail pour une période qui dure deux mois avant la naissance et trois mois après ou bien un mois avant la naissance et quatre après.

Si l'enfant est né prématuré, par rapport à la date prévue, la femme peut choisir de rester à la maison aussi pour la période de jours qu'elle n'a pas utilisé avant l'accouchement.

Pour pouvoir bénéficier du congé de maternité il est nécessaire de présenter à son employeur le certificat de naissance ou une déclaration qui le remplace dans les trente jours de la naissance de l'enfant. Ainsi faisant chaque femme reçoit le 80% du salaire (beaucoup de contrats de travail prévoient l'intégration au 100%).

Cette période compte soit comme ancienneté de service soit pour le calcul de la 13ème mensualité et des vacances. En outre la femme peut demander, si elle le juge nécessaire, vacances ou permissions à ajouter au congé de maternité.

Mère en mobilité

Le congé ne se calcule pas dans la période de permanence dans les listes tandis que l'indemnité de mobilité continue à être payée pour la période maximale prévue. La femme ne vient pas effacée de la liste si, pendant le congé, elle refuse un'offre de travail ou d'introduction à des cours de formation. Si au contraire la femme va être licenciée pour cessation de l'activité de la firme ou, à l'échéance on ne lui renouvelle pas le contrat à terme, elle va recevoir quand même l'indemnité de maternité.

Mère en chômage

Une mère en chômage a le droit à l'indemnité de maternité si, au début de la période de congé, elle avait droit à l'indemnité de chômage.

Pour les **femmes qui ne travaillent pas** ou que, bien en travaillant, **n'ont pas rejoint les conditions minimales requises** pour bénéficier du congé de maternité sont prévues d'autres formes de soutien.

Pour les femmes **résidentes dans la Commune de Torino** sont prévus des chèques de maternité et des chèques aux familles avec trois mineurs. Les informations pour pouvoir bénéficier de la contribution sont trouvables sur le site <http://www.comune.torino.it/assegni> ou bien auprès de l'Ufficio Assegni alle Famiglie (Bureau Chèques aux Familles) - Divisione Servizi Sociali de la Commune de Torino, via I. Giulio, 22 Torino - Numéro Vert 800732040.

Les femmes **résidentes dans d'autres communes** peuvent s'adresser aux Bureaux des Politiques Sociales de sa Commune et demander des reinsegnements au sujet d'initiatives semblables

Mère avec profession libérale

Elle peut utiliser le congé de maternité et demander à son Institut de Prévoyance l'indemnité de maternité dont le montant peut varier selon son activité (pour plus de reinsegnements s'adresser directement à l'Institut de Prévoyance).

Mère entrepreneuse

Elle a droit au congé de maternité après préalable demande à l'institut de prévoyance sociale INPS (pour plus de reinsegnements s'adresser directement à l'Institut de Prévoyance).

Mère travailleuse autonome

(artisans, commerçante, exploitante agricole) ou para-subordonnée

Elle peut choisir de rester à la maison pour le congé de maternité.

Pour les femmes travailleuses qui ont un rôle **dirigeant** aux dépendances d'un employeur de travail privé, sont valables les mêmes droits des autres travailleuses et la même tutelle prévidentielle de la part de l'INPS.

Aussi pour les **collaboratrices domestiques**, est prévu le droit au congé de maternité mais pour obtenir l'indemnité la travailleuse doit avoir au moins 6 mois de contributions hebdomadaires dans l'année précédente ou bien une année de contributions dans les deux ans précédents.

Les mères avec un **contrat à projet** "co.co.co", associées en participation ou titulaires de revenu autonome occasionnel, de charges sociétaires, inscrites à la gestion séparée INPS, peuvent demander le congé de maternité et son indemnité pour 180 jours en total pourvu qu'elles s'abstiennent du travail. En outre on a prévu une prorogation du rapport de travail pour autres 180 jours (pour plus de reinsegnements il est nécessaire de s'adresser à l'INPS).

Mères adoptives et qui assurent le placement du mineur:

Les mères qui ont adopté un enfant au niveau national et international ont le droit au congé de maternité pour 5 mois à partir de l'effective entrée du mineur dans la famille. En cas d'adoption internationale, il est possible d'utiliser le congé aussi dans la période de permanence à l'étranger ou, en alternative, choisir un congé non payé.

En cas de placement du mineur le congé de maternité peut être utilisé dans la période de 5 mois du placement et pour une période totale non inférieure à 3 mois.

Dans le cas d'adoption ou de placement d'enfants qui n'ont pas plus de six ans, on peut demander le congé de maternité pour les premiers trois mois successifs à l'effective entrée en famille et si les enfants arrivent d'un pays étranger, même s'ils ont plus de six ans.

CONGÉ DE PATERNITÉ

Pour le père on a prévu la possibilité de bénéficier du congé de paternité, quand la naissance a eu lieu. Le congé rétribué revient aux mêmes conditions aussi au père, si la mère ne l'a pas demandé, tandis que le congé non rétribué peut être demandé même simultanément

Père travailleur

Dans la condition de seul géniteur ou dans le cas où la mère est gravement malade, il a le droit de s'absenter du travail pour une période (= congé de paternité) qui dure tout le temps qui serait touché à la mère (complexivement 5 mois). Pour pouvoir bénéficier du congé de paternité il est nécessaire de présenter à son employeur une attestation qui certifie la mort, l'abandon, l'infirmité grave ou le placement exclusif de l'enfant. Ainsi faisant le père reçoit le 80% du traitement (beaucoup de contrats prévoient l'intégration au 100%) et il peut compter la période d'absence comme ancienneté de service, même au titre de la 13ème mensualité et des vacances, outre que demander, s'il le croit nécessaire, congés ou permissions en plus, par rapport au congé de paternité.

Père en mobilité

Pour l'homme en mobilité, la période de congé ne réduit pas la période de permanence dans les listes et l'indemnité de mobilité continue à être payée pour la période maximale prévue. L'homme n'est pas effacé de la liste si, pendant le congé, refuse un'offre de travail ou des cours de formation professionnelle. Pour le **père travailleur dirigeant** aux dépendances d'un employeur privé, sont valables les mêmes droits des autres travailleurs et la même tutelle prévidentielle de la part de l'INPS.

Pères adoptifs ou qui assurent le placement du mineur

En cas d'adoption nationale ou internationale le père peut bénéficier du congé de paternité pour 5 mois à partir de l'entrée du mineur dans la famille. En cas d'adoption internationale, le congé peut être aussi utilisé dans la période passée à l'étranger.

Si le **père est inscrit à la gestion séparée INPS** (co.co.pro., associé en participation, etc.) il peut bénéficier du congé de paternité et de son indemnité si:

- la mère n'a pas encore demandé le congé
- la mère n'est pas là ou elle est gravement malade
- le mineur a été confié au père pendant la période de permanence à l'étranger

Le père peut de toute manière demander un congé non payé avec le droit de maintien de la place.

Le **père** peut demander le congé de paternité pour les premiers trois mois successifs à l'effective entrée en famille dans le cas où l'enfant:

- n'a pas plus que six ans, à moins qu'il n'arrive pas de l'étranger
- la mère n'a pas encore demandé le congé
- la mère n'est pas là ou elle est gravement malade

CONGÉ PARENTAL

Si la mère ou le père ont un travail dépendant, après l'abstention pour maternité/paternité, il peuvent demander l'abstention facultative du travail, qui s'appelle **congé parental**.

Mère et père peuvent bénéficier du congé aussi **en même temps**.

Le droit peut être exercé jusqu'à l'âge de huit ans de l'enfant et pour une période **continue ou fractionnée** pour la durée maximale de 6 mois. Ce-la signifie qu'on peut le prendre aussi pour une seule journée.

Dans le cas de géniteur seul (mère seule ou père seul) on a le droit de bénéficier d'une période de congé continu ou fractionné pour une durée maximale de 10 mois. De toute manière, si on demande au moins trois mois consécutifs, la durée maximale arrive à 11 mois. Il est important de prévenir l'employeur au moins 15 jours avant la date à laquelle on veut commencer l'abstention du travail.

En ce qui concerne l'indemnité, l'INPS versera le 30% du traitement jusqu'à l'âge de trois ans de l'enfant. Successivement n'est prévue aucune rétribution à moins que le revenu du demandant (mère ou père) soit inférieur à 2,5 fois le traitement minimal de retraite (pour les reenseignements s'adresser à l'organisme de prévoyance).

La période de congé est calculée sur la base de l'ancienneté de service.

Les mères **travailleuses autonomes** et les mères avec des enfants nés à partir du 1er janvier 2000 ont droit au congé parental compréhensif de traitement économique dans les limites de 3 mois et avant la première année de vie.

Les travailleuses à projet ou de catégories similaires, inscrites à la gestion séparée INPS, ont droit à une indemnité pour congé parental, immédiatement à une période de trois mois avant la première année dès la naissance de l'enfant.

Sont exclus du droit au congé parental les travailleurs et les travailleuses préposés aux service ménagers, les travailleurs et les travailleuses à domicile et ceux qui sont inscrits à la gestion séparée de l'INPS, les soi-disants para-subordonnés (par ex. co. co. pro).

Les mères et les pères adoptifs ou qui assurent le placement peuvent bénéficier du congé parental, à n'importe quel âge de l'enfant, dans les 8 ans de l'entrée du mineur dans la famille, mais il pourront recevoir l'indemnité uniquement pour les périodes de congé utilisées dans les premières 3 années de l'entrée du mineur dans la famille.

Si les enfants sont deux ou plus, on peut bénéficier des mois de congé prévus pour chacun.

REPOS JOURNALIERS

Pendant la première année de vie de l'enfant soit la mère soit le père ont la possibilité de se servir de repos journaliers.

La mère

Si elle a un **horaire supérieur à 6 heures** elle peut disposer de deux repos même cumulables dans la journée. Une heure pour chaque repos.

Si elle a un **horaire inférieur à 6 heures** elle peut disposer d'un seul repos.

Dans le cas où la mère amène le fils à la crèche ou dans une structure idoine de la firme dans l'unité productive ou dans les voisinages, la période de repos est de ½ heure. Dans le cas d'**accouchement multiple** les repos redoublent et les heures additionnelles peuvent être utilisées par le père.

Dans le cas d'**adoption** ou de placement sont valables les mêmes règles avant la première année de l'entrée de l'enfant dans la famille. Si on adopte ou assure le placement de deux ou plus enfants, les repos doublent.

Il est bien de savoir que du point de vue de la rétribution les repos correspondent, à tous les effets, à la durée et à la rétribution du travail. L'INPS intervient donc sur l'entier montant de la rétribution. En ce qui concerne les aspects prévidentiels, les repos sont couverts par une contribution figurative.

Le père

Peut se servir des repos journalier dans les cas où:

- le fils ou les fils sont confiés uniquement au père;
- la mère travailleuse dépendante ne les utilise pas;
- la mère ne soit pas travailleuse dépendante;
- la mère soit travailleuse autonome ou si elle exerce une profession libérale;
- en cas de décès ou d'une grave maladie de la mère.

Uniquement dans ces cas le père peut disposer:

- de deux repos, même cumulables, dans la journée, s'il a un horaire supérieur à 6 heures (un'heure pour chaque repos)
- d'un seul repos, s'il a un **horaire inférieur à 6 heures**
- d'une période de repos de la durées de 1/2 heure, dans le cas où il utilise la crèche ou une structure idoine, prévue par la firme dans l'unité productive ou dans les voisinages.

CONGÉS ET PERMISSIONS POUR MALADIE DES ENFANTS

Chaque géniteur a le droit aux congés si ses enfant tombent malades. Mère et père peuvent les utiliser, en alternance, jusqu'à la 8ème année de l'enfant. Le congé revient au géniteur qui le demande même si l'autre géniteur n'en a pas droit.

Jusqu'aux 3 ans la mère ou le père peuvent s'absenter du travail en n'importe quel moment, sans obligations de temps et jusqu'à la complète guérison, pour des périodes correspondantes aux maladies de chaque enfant. Dans le cas d'**adoptions** et placements, la limite de l'âge est élevée à six ans.

Dès 3 aux 8 ans la mère ou le père peuvent s'absenter du travail pour un maximum de 5 jours ouvrables l'année pour chaque fils (même pour les adoptions et les placements).

Si à la date de l'**adoption** ou du placement, le mineur a un âge compris entre **6 et 12 ans**, le congé pour éventuelle maladie de l'enfant peut être utilisé dans les premiers **trois ans** dès l'entrée du mineur dans la famille.

Il est nécessaire de présenter le **certificat de maladie** délivré par un médecin spécialiste du Service Sanitaire National ou un service conventionné. **A ce type de congé ne s'appliquent pas les dispositions sur le contrôle de maladie du travailleur/de la travailleuse.**

Dans le cas où son enfant est hospitalisé pendant la période de vacances d'un géniteur, on peut demander la suspension des vacances pour l'entière durée d'hospitalisation.

Du point de vue de la rétribution on n'a prévu aucune indemnité. Les congés sont, au contraire, utiles pour le calcul de l'ancienneté, mais pas pour les vacances et les mensualités additionnelles.

En ce qui concerne le traitement de prévidance, les périodes de congé dans les 3 ans d'âge de l'enfant prévoient une contribution figurative, tandis que entre les 3 et les 8 ans, la contribution figurative est réduite.

Pour les pères adoptifs ou pour ceux qui ont un placement compte la même interdiction de licenciement jusqu'à une année dès l'entrée de l'enfant dans la famille.

Le licenciement peut au contraire être communiqué s'il y a une faute grave qui constitue une juste cause (mais il ne perd pas le droit à l'indemnité), si la firme cesse l'activité, si la prestation pour laquelle le père avait été engagé est terminée ou bien si le contrat à terme est tombé à échéance et même si le père n'a pas surmonté la période de preuve. Sur cette dernière hypothèse il faut vérifier s'il n'y a pas eu de discrimination découlante de la demande de bénéficier du congé de paternité.

Le père ne peut pas non plus être suspendu du travail à moins que l'activité de son entreprise ou de son service vienne suspendue et il ne peut pas être mis en mobilité.

Le père ne peut en aucun cas être licencié suite à la demande des congés parentaux ou pour absence en cas de maladie du fils.

FILS AVEC HANDICAP GRAVE

Si le fils est porteur d'handicap grave, selon les critères établis par la loi 104/92, les permissions et les repos pour la mère et le père, prévus par la même loi, peuvent être cumulés avec le congé parental et le congé de maladie.

Jusqu'aux 3 ans du fils est prévue: l'extension du congé parental à un maximum de 3 ans, à moins que l'enfant soit hospitalisé dans des instituts spécialisés à plein temps + droit à 2 heures de repos par jours.

Dès 3 aux 18 ans du fils sont prévus: 3 jours de permission mensuelle, même continus.

Au delà des 18 ans sont prévus: 3 jours de permission mensuelle, mêmes continus, si le fils vit avec le géniteur qui le demande ou s'il ne vit pas ensemble, mais il est assisté par le géniteur de manière continue et exclusive.

Du point de vue de la rétribution, dans le cas de prolongation de la période de congé parentale, l'indemnité correspond au 30% de la rétribution.

Au contraire, en ce qui concerne les repos journaliers et les permissions mensuelles la rétribution est complète. Sur le plan prévidentiel la contribution est figurative dans les deux situations.

LES DROITS ET LES FORMES DE SAUVEGARDE SUR LE TRAVAIL Page 127

MAINTIEN DU POSTE DE TRAVAIL: FONCTIONS, SIÈGE ET RÔLE

A la rentrée du congé pour maternité/paternité, le géniteur a le droit de conserver son poste de travail dans le même siège ou dans un autre siège de la même Commune et il a le droit d'y rester jusqu'à l'accomplissement de l'âge d'un an du fils. Le père ou la mère devra-t-être destiné aux mêmes fonctions qu'il avait avant le congé ou à d'autres fonctions considérées équivalentes par le contrat collectif. Les mêmes droits reviennent aux deux parents à la rentrée après un congé parental, une permission ou un repos.

INTERDICTION DE LICENCIEMENT AVANT L'ÂGE D'UN AN DE L'ENFANT

Les pères qui bénéficient du congé de paternité (s'ils sont le seul géniteur ou si la mère est gravement malade) ne peuvent pas être licenciés jusqu'à l'accomplissement d'1 an du fils pour lequel ils ont demandé le congé.

Les mères ne peuvent pas être licenciées dès le début de la période de grossesse (même si l'employeur n'en était pas informé) jusqu'à l'accomplissement d'1 an du fils.

Pour les mères adoptives ou qui ont un enfant placé vaut la même interdiction jusqu'à un an dès l'entrée de l'enfant dans la famille.

Le licenciement peut au contraire être communiqué: s'il y a une faute grave de la femme qui constitue une juste cause (mais elle ne perd pas le droit à l'indemnité de maternité), si la firme cesse l'activité, si la prestation pour laquelle la femme avait été engagé est terminée ou bien si le contrat à terme est tombé à échéance et même si elle n'a pas surmonté la période de preuve. Sur cette dernière hypothèse il faut vérifier s'il n'y a pas eu de discrimination découlante du fait que la femme est restée enceinte.

Même si la femme est une femme de ménage et sa grossesse est commencée à l'intérieur de la période de travail, elle ne peut pas être licenciée. Elle ne peut pas non plus être licenciée du travail à moins que soit suspendue l'activité de son entreprise ou de son service et elle ne peut non plus être mise en mobilité. Elle ne peut pas être licenciée suite à la demande de congés parentaux ou pour absence en cas de maladie du fils.

DÉMISSION

Si la mère présente sa démission volontairement avant l'accomplissement de l'âge d'un an du fils, elle ne doit pas la communiquer avec le préavis prévu par le contrat et elle a le droit de demander les mêmes indemnités prévues en cas de licenciement.

Si c'est le père qui a bénéficié du congé de paternité et il présente sa démission volontairement avant l'accomplissement de l'âge d'un an du fils, il a le droit de demander les mêmes indemnités prévues en cas de licenciement et il ne doit pas la communiquer avec le préavis prévu par le contrat. La démission n'est pas valable si elle n'est pas validée par l'Inspectorat du Travail

INTERDICTION DE TRAVAIL NOCTURNE

Jusqu'à l'accomplissement d'un an de l'enfant, la **mère** ne peut pas travailler à partir des 24 heures et jusqu'à 6 heures, et aussi elle n'est pas obligée à travailler la nuit jusqu'à l'accomplissement de trois ans du fils. Si la mère est un géniteur seul avec le placement du fils qui vit avec elle, elle n'est pas obligée à travailler pendant la nuit jusqu'à l'accomplissement des douze ans du fils. Si elle a en charge un fils ou un autre personne avec handicap elle n'est jamais obligée de travailler pendant la nuit.

Le **père** n'est pas obligé à travailler pendant la nuit jusqu'à l'âge de trois ans du fils si la mère le fait. Si le père est un géniteur seul avec le placement du fils qui vit avec lui il n'est pas obligé à travailler pendant la nuit jusqu'à l'accomplissement des douze ans du fils et, comme pour la mère, s'il a en charge un fils ou autre personne avec handicap, il n'est jamais obligé de travailler pendant la nuit.

POSSIBILITÉ DE DEMANDER UN ACOMPTE SUR L'INDEMNITÉ DE DÉPART

Pour soutenir les frais de la période de congé parental pendant laquelle on reçoit un'indemnité réduite, soit le père soit la mère ont le droit de demander à leur employeur un acompte de l'indemnité de départ, ainsi comme pour les frais médicaux ou pour l'achat de la maison.

QUELQUES AUTRES REINSEGNEMENTS ...

Il est aussi important de se rappeler qu'on peut demander le **part-time** selon la Loi 53/2000 comme mesure adoptée pour favoriser la conciliation des temps de vie et de travail. Il n'existe pas une obligation de la loi pour imposer à l'entreprise la concession du part-time, mais s'il ne vient pas accordé le père et la mère peuvent s'adresser au Conseiller de parité, de manière à chercher une médiation avec l'entreprise dans laquelle ils travaillent. Jusqu'à présent ont été obtenus des bons succès aussi grâce aux financements prévus pour les entreprises qui introduisent formes ou instruments de conciliation des temps de vie et de travail.

On peut **demander à l'entreprise dans laquelle on travaille** si elle a introduit des instruments de conciliation des temps de vie et de travail et/ou des formes de flexibilité de l'horaire qui pourraient être fort intéressantes!

Maintenant il y a beaucoup d'expériences à ce sujet, surtout parce-que on a prévu de nombreux encouragements pour les entreprises qui promouvent ce type d'initiatives, à partir de l'article 9 de la loi 53/2000, du Fond Social Européen. Si l'entreprise ne les a pas encore introduites le géniteur peut en promouvoir l'introduction en mettant l'entreprise en contact avec le Conseiller de parité pour recevoir toutes les informations nécessaires.

Si la **mère ne travaille pas ou elle a un revenu bas**, elle peut demander le Chèque de maternité en s'adressant aux bureaux de la Commune pour le chèque communal ou à l'INPS pour celui de l'Etat (les deux en présence de déterminés fondements). La demande doit être présentée dans les 6 mois de la naissance ou à l'entrée en famille du fils adopté ou placé.

En **absence totale de la mère naturelle ou de celle qui a adopté ou a un fils en placement, si le père ne travaille pas ou il a un revenu bas**, il peut demander le Chèque de maternité en s'adressant aux bureaux de la Commune pour le chèque communal ou à l'INPS pour celui de l'Etat (les deux en présence de déterminés fondements). Aussi pour le père, la demande doit être présentée dans les 6 mois de la naissance ou à l'entrée en famille du fils adopté ou placé.

Si la **mère ou le père sont citoyens extra-communautaires**, pour obtenir le chèque ils doivent être en possession du **permis de séjour**.

Si la **femme attend un enfant et elle n'a pas de permis de séjour**, elle a de toute manière droit, dans le respect de la privacy, aux soins médicaux et hospitaliers urgents et continus pendant la période de grossesse et au moment de l'accouchement auprès des hôpitaux du Service Sanitaire National.

Pour ça, la future mère peut s'adresser à l'ASL, aux Services Sociaux de la Commune ou bien au Service de Consultation Familiale et elle peut obtenir un "**permis de séjour pour soins médicaux**" jusqu'au sixième mois de vie de l'enfant (même si le mari vit ensemble).