

## N°8 – TUTELLE, CURATELLE, SAUVEGARDE DE JUSTICE

|                     | Sauvegarde de Justice  | Curatelle  | Tutelle  |
|---------------------|--|--|--|
| <b>Indications</b>  | Altération <b>aigüe</b> et <b>transitoire</b> des facultés mentales nécessitant une protection d'urgence.<br>→ Accès maniaque, BDA, Tout trouble psychiatrique aigu. | Majeurs qui ont besoin d'être <b>conseillés</b> et contrôlés dans les actes civils.<br>→ Psychoses chroniques / Schizophrénie, Dépendance alcoolique,...   | Majeurs devant être <b>représentés</b> dans tous les actes civils.<br>→ Altération profonde et durable des facultés mentales (Démence, Schizophrénie sévère, ...)                                |
| <b>Conséquences</b> | Droits civils/civiques/juridiques <b>conservés</b> .<br>Les actes/engagements peuvent être réexaminés et annulés à postériori (jusqu'à 5ans).                        | Droit de vote conservé mais le patient est inéligible, ne peut être ni juré ni tuteur.<br>> Accord du curateur nécessaire pour tout acte de disposition de biens.<br>> Possibilité d'annulation de certains actes. | Droits civils/civiques/juridiques <b>non conservés</b><br>> Tous les actes postérieurs à la tutelle sont nuls de droit.<br>> Annulation d'actes antérieurs possible si pathologie déjà présente. |
| <b>Modalités</b>    |  |  |  |
| <b>Ouverture</b>    | Médicale: Demande par le psychiatre au Procureur de la République.<br>Judiciaire:  |  |  |
| <b>Maintien</b>     |  |  | Dure autant de temps que besoin (jusqu'à une main levée).  |
| <b>Levée</b>        |  |  |  |

## N°12 – RESPONSABILITÉ MÉDICALE

| Responsabilités              | Pénale   | Civile   | Administrative  | Disciplinaire   |
|------------------------------|--|--|---|---|
| <b>Définition</b>            | Responsabilité du médecin devant la société  | Responsabilité du médecin libéral devant ses patients  | Responsabilité du médecin hospitalier devant ses patients                         | Responsabilité du médecin devant ses pairs                            |
| <b>Objectif</b>              | Sanction du médecin  | Indemnisation du patient   | Indemnisation du patient hospitalisé  | Sanction du médecin   |
| <b>Texte</b>                 | Code pénal   | Code civil   | Code de santé publique  | Code de déontologie<br>Code de santé publique                         |
| <b>Assurances</b>            | Non couvert par l'assurance professionnelle  | Couvert par l'assurance professionnelle  | Prise en charge par l'assurance de l'hôpital                                      | Non couvert (pas de sanction pécuniaire)                              |
| <b>Juridiction</b>           | - Tribunal de police: si contravention<br>- Tribunal correctionnel: si délit<br>- Cour d'Assises: si crime | - Tribunal d'Instance: si indemnisation <5000€<br>- Tribunal de Grande Instance: si indemnisation >5000€ | > Tribunal administratif<br>> Si faute détachable du service → Juridiction civile | Conseil de l'Ordre des médecins                                       |
| <b>Délai de prescription</b> | - 1 an: si contravention<br>- 5 ans: si délit<br>- 10 ans: si crime  | 10 ans   | 10 ans  | Aucun   |
| <b>Sanction</b>              | Condamnation, Relaxe   | Dommages et Intérêts (pas de peine de prison)  | Dommages et Intérêts (pas de peine de prison)                                     | Avertissement, Blâme<br>Suspension temporaire<br>Radiation de l'Ordre |
| <b>Caractéristiques</b>      | Preuve à la charge du ministère public   | Preuve à la charge de la victime   | Preuve à la charge de la victime  | Preuve à la charge de la victime                                      |

## N°22 – SUIVI D'UNE GROSSESSE NORMALE

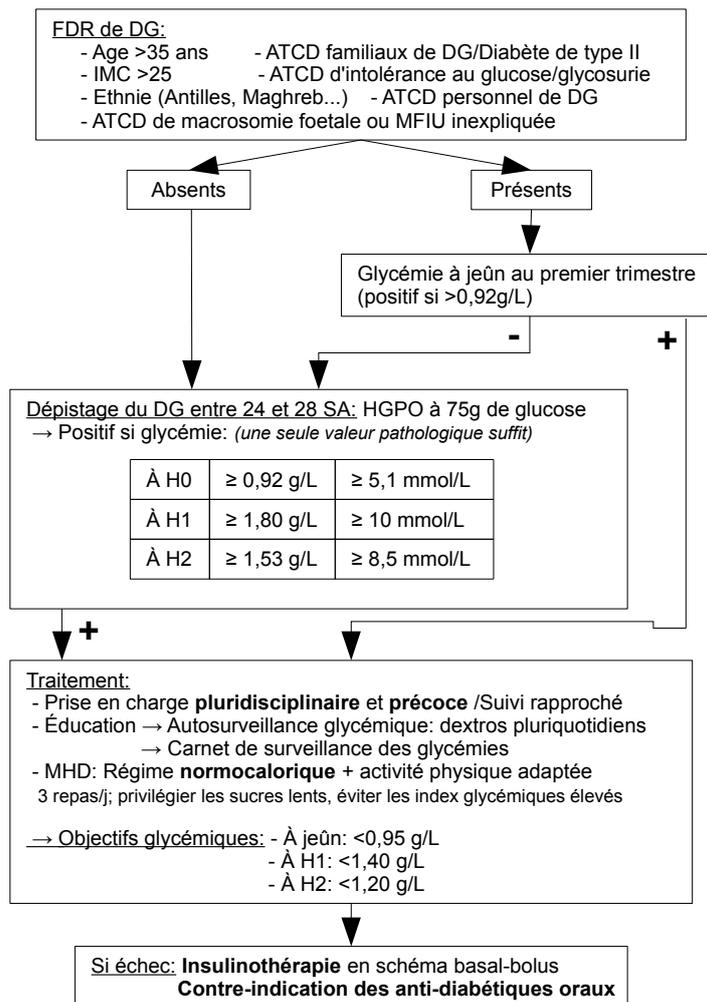
| Consultations  | Examen Clinique  | Examens Complémentaires / Conduite à tenir  |
|--|--|---|
| <b>1ère Consultation</b><br>1er Trimestre<br>10-15 SA<br>Par un médecin<br>obligatoirement | -Interrogatoire:<br>Rechercher FDR de grossesse compliquée: ATCD de Diabète, HTA<br>Signes sympathiques de grossesse. DDR<br>-Examen physique:<br>Poids, Taille, Pression artérielle.<br>Examen des seins et gynécologique,<br>Toucher Vaginal, BU | <b>1ère Échographie à 12 SA</b> = Échographie de datation<br>Groupe ABO, Rhésus, RAI<br>Sérologies: Toxoplasme, Rubéole, Syphilis<br>± VIH/VHB/VHC Proposer Frottis cervico-vaginal<br>Éducation/MHD: Arrêt du tabac et de l'alcool, alimentation équilibrée, prévention de la toxoplasme, pas d'automédication |
| <b>2ème Consultation</b><br>4e Mois / 16-20 SA   | Idem + Hauteur Utérine<br>Bruits du coeur fœtaux   | RAI si Rhésus -<br>Sérologie Toxoplasme si non immunisée<br><b>Proposer obligatoirement le dépistage de la Trisomie 21</b>  |
| <b>3ème Consultation</b><br>5e Mois / 21-24 SA   | Le même qu'à la 2e consultation.   | <b>2ème Échographie à 22 SA</b> = Échographie morphologique (dépistage de malformations fœtales)<br>RAI si Rhésus - . Sérologie Toxoplasme si non immunisée   |
| <b>4ème Consultation</b><br>6e Mois / 24-28 SA   | Le même qu'à la 2e consultation.   | <b>HyperGlycémie Provoquée par voie Orale à 75g</b><br>(Dépistage du diabète gestationnel)<br>NFS + Antigène HBs (Dépistage de l'hépatite B)<br>RAI si Rhésus - . Sérologie Toxoplasme si non immunisée.<br>Informer sur les cours de préparation à l'accouchement  |

## N°22 – SUIVI D'UNE GROSSESSE NORMALE (Suite)

| Consultations   | Examen Clinique  | Examens Complémentaires / Conduite à tenir   |
|---|--|--|
| <b>5ème Consultation</b><br>7e Mois / 28-32 SA          | Le même qu'à la 2e consultation.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>3ème Échographie à 32 SA</b> = Échographie de croissance</li> <li>- Supplémentation systématique en Vitamine D/100.000 UI (Prévention des hypocalcémies néonatales et de l'ostéomalacie maternelle)</li> <li>- <b>Injection de gammaglobulines anti-D</b> si Rhésus - et RAI - (Prévention de l'allo-immunisation materno-foetale)</li> <li>- Groupe ABO (2ème détermination), Rhésus, RAI.</li> <li>- Sérologie Toxoplasmose si non immunisée.</li> </ul> |
| <b>6ème Consultation</b><br>8e Mois / 33-37 SA          | Le même qu'à la 2e consultation<br>+ Présentation foetale                    | RAI si Rhésus - . Sérologie Toxoplasmose si non immunisée.<br><b>Dépistage du portage du Streptocoque B</b><br>Début du congé prénatal   |
| <b>7ème Consultation</b><br>9e Mois / 37-41 SA          | Le même qu'à la 2e consultation<br>+ Présentation foetale + Examen du bassin | RAI si Rhésus - . Sérologie Toxoplasmose si non immunisée.<br><b>Bilan pré-opératoire; Consultation pré-anesthésique.</b><br>Préparation de l'accouchement   |
| <b>8ème Consultation</b><br>= Post-natale (<8 semaines) | Examen général et des seins<br>Examen du périnée                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription d'une <b>contraception</b></li> <li>- Prescription de séances de <b>rééducation</b> abdomino-périnéale</li> <li>- Proposer des <b>vaccins</b>: Rubéole, Coqueluche, Varicelle si non immunisée</li> </ul>  |

## N°23 – DIABÈTE GESTATIONNEL (DG)

(Selon CNGO 2010)



## N°23 – HÉMORRAGIES GÉNITALES DU TROISIÈME TRIMESTRE DE GROSSESSE

Urgence diagnostique et thérapeutique

Le Toucher Vaginal n'est autorisé qu'après échographie pour éliminer un PPI

|                                  | Hématome Rétro-Placentaire (HRP)  | Placenta Praevia (PP)   |
|----------------------------------|---|---|
| <b>Douleur</b>                   | Brutale, en coup de poignard  | Indolore  |
| <b>Utérus</b>                    | Hypertonie, ventre de bois<br>Hauteur utérine augmentée   | Souple  |
| <b>Métrorragies</b>              | Noirâtres, faible abondance<br>contexte d'HTA maternelle  | Sang rouge, abondantes  |
| <b>Coagulopathie</b>             | CIVD  | Classiquement absente   |
| <b>Facteurs de risque</b>        | <b>HTA gravidique, Prééclampsie</b><br>Tabac, alcool, toxiques<br>Traumatismes abdominaux<br>Antécédent d'HRP<br>Ethnie (Antilles)  | ATCD de manoeuvres utérines<br>Tabac<br>Malformations utérines, cicatrices<br>Antécédent de PP<br>Multiparité / âge élevé   |
| <b>Complications maternelles</b> | Allo-immunisation (si Rh -)<br>CIVD, Décès, Complications utérines  | Allo-immunisation (si Rh -)<br>Métrorragies récidivantes,<br>cataclysmiques<br>Placenta accreta<br>Hémorragie de la délivrance  |
| <b>Complications foetales</b>    | Mort foetale in utero<br>Hypoxie / Séquelles<br>Prématurité   | RCIU / Mort foetale in utero<br>Hypoxie, Séquelles, Prématurité<br>RPM, Présentation dystocique   |
| <b>Échographie obstétricale</b>  | Lentille biconvexe anéchogène<br>entre l'utérus et le placenta<br>Diagnostic clinique   | Diagnostic positif.<br>Précise le type. Recherche<br>un décollement placentaire   |
| <b>Traitement</b>                | Hospitalisation en urgence<br>Traitement étiologique:<br>→ <u>Si foetus vivant:</u><br>Extraction foetale<br>par césarienne en urgence +++<br>→ <u>Si foetus mort:</u><br>Accouchement par voie<br>basse en urgence (car CIVD)<br>- Prévention allo-immunisation<br>(Si Rh négatif)<br>- Antibioprophylaxie<br>- HBPM préventives | → <u>Si asymptomatique:</u><br>Ambulatoire / Suivi rapproché<br>→ <u>Si mal toléré:</u> Ttt étiologique<br>Extraction foetale par césarienne<br>en urgence +++<br>→ <u>Si bien toléré:</u> Urgence<br>- Hospitalisation, Repos au lit strict<br>- Corticothérapie + Tocolyse<br>- Prévention allo-immunisation<br>- Accouchement:<br>> Si PP recouvrant:<br>Programmer césarienne<br>> Si PP non recouvrant: Attendre |

## N°24 – GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (GEU)

À suspecter devant toute métrorragie ou douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer +++ / **Urgence vitale**

Facteurs de risque: « PECCATA CDF »

- Pathologie tubaire (malformation,...)
- Endométriose tubaire
- Contraception par progestatifs
- Compression extrinsèque
- ATCD de GEU
- Tabagisme
- ATCD de salpingite
- Chirurgie abdomino-pelvienne
- Dispositif Intra-Utérin
- Fécondation In Vitro

Métrorragie + Douleurs pelviennes + Retard de règles

**β-hCG quantitatifs + Échographie pelvienne**  
(sus-pubienne et endo-vaginale) en urgence

Signes échographiques:

- *Directs:* Sac gestationnel latéro-utérin, Hématosalpinx
- *Indirects:* Vacuité utérine, Endomètre gravide, Épanchement du Douglas

β-hCG quantitatifs: Stagnation ou élévation insuffisante du taux sérique

| Traitement         | Médicamenteux  | Chirurgical   |
|--------------------|--|---|
| <b>Indications</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GEU paucisymptomatique</li> <li>- β-hCG &lt; 1.000 - 5.000 UI/L</li> <li>- GEU non visible à l'écho</li> <li>- Pas de CI du Méthotrexate</li> <li>- Suivi ambulatoire possible</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instabilité hémodynamique</li> <li>- β-hCG &gt; 10.000 UI/L</li> <li>- Hématosalpinx &gt; 4cm (écho)</li> <li>- CI du Méthotrexate</li> <li>- Suivi ambulatoire difficile</li> </ul>   |
| <b>Modalités</b>   | <p>Après consentement éclairé ++<br/>Bilan pré-thérapeutique: NFS-Plq, bilan rénal et hépatique.</p> <p><b>&gt; Méthotrexate 1 mg/kg IM en une fois.</b></p> <p>Surveillance β-hCG toutes les semaines jusqu'à négativation</p>    | <p>Information du risque de laparoconversion ++</p> <p>&gt; Conservateur<br/><b>(Salpingotomie) OU</b><br/>&gt; Radical <b>(Salpingectomie)</b></p> <p>Et envoi en anapath +++</p> <p>Surveillance β-hCG toutes les semaines jusqu'à négativation (seulement si conservateur)</p> |

**Prévention de l'allo-immunisation materno-foetale**  
**Information du risque de récurrence / stérilité tubaire**  
**Éviction des FDR (contraception oestro-progestative au décours)**

## N°26 – PREVENTION DES RISQUES FOETAUX TOXOPLASMOSE

