

LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE

LA DECLARATION DE GROSSESSE

Vous devez établir la déclaration de grossesse de votre patiente dans le premier trimestre de sa grossesse à l'aide de l'imprimé « **Premier examen médical prénatal** » (formulaire n° S4110e).

La patiente doit obligatoirement, avant la fin de la 14^{ème} semaine de grossesse :

- ▶ Informer sa caisse d'allocations familiales (CAF), en lui envoyant les 2 feuilles bleues du document (volets 1 et 2)
- ▶ Informer sa caisse d'assurance maladie, en lui envoyant le feuillet rose (volet 3)

Important : Dès la déclaration de la grossesse, les examens prénataux et postnataux obligatoires et certains actes se rapportant à la grossesse sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité ainsi que certaines prestations familiales. Invitez votre patiente à envoyer au plus vite l'imprimé

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

De la déclaration jusqu'au 5^{ème} mois de grossesse un certain nombre de frais médicaux sont pris en charge à 100% au titre de l'assurance maternité, Les autres sont pris en charge dans les conditions habituelles à 60 ou 70%.

Comme les autres assurés, la patiente doit respecter le parcours de soins coordonnés. Afin de bénéficier de la prise en charge à 60 % ou 70%, elle doit avoir déclaré un médecin traitant. À partir du 2 septembre 2007, si elle n'a pas déclaré de médecin traitant, le taux de remboursement appliqué sera de 50 %. Elle doit également régler la participation forfaitaire de 1 euro, sauf pour les examens prénataux obligatoires pris en charge à 100 %.

Pour les actes de biologie, le nombre maximum de participations forfaitaires est limité à 4, par laboratoire et par jour et à 50 par année civile.

Du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse au 12^{ème} jour après l'accouchement tous les frais médicaux * sont pris en charge à 100% par l'assurance maternité, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.

Pendant cette période, la participation forfaitaire sur chaque acte, ainsi que le forfait de 18 euros concernant les actes médicaux lourds, dont le montant est égal ou supérieur à 91 euros, ne s'applique pas.

À noter : Le gynécologue est en accès direct pour le suivi de la grossesse. La patiente peut donc le consulter directement sans passer par son médecin traitant. Mais elle doit tout de même avoir déclaré un médecin traitant pour être remboursée avec les tarifs habituels.

Les dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie et l'assurance maternité.

* Les frais médicaux, pharmaceutiques (y compris les médicaments à vignette bleue), d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareillages et d'hospitalisation.

Pendant la grossesse

- **7 consultations médicales obligatoires sont prises en charge à 100%**
Elles peuvent être pratiquées par un médecin ou une sage-femme
 - le premier examen médical doit être effectué avant la fin du 3^e mois de grossesse ;
 - Les six autres examens médicaux doivent être pratiqués chaque mois, à partir du 4^e mois de grossesse jusqu'à la date de l'accouchement.
- **3 échographies** au rythme d'une par trimestre :
 - Les échographies sont remboursées à 70 % jusqu'à la fin du 5^e mois de grossesse, puis à 100 à partir du premier jour du 6^e mois de grossesse

- En cas de grossesse pathologique ou de pathologie fœtale, vous pouvez prescrire d'autres échographies ; elles pourront être prises en charge, sous réserve de l'accord préalable du service médical de la caisse d'Assurance Maladie de votre patiente.

- **8 séances de préparation à la naissance** (un entretien au cours du 4^{ème} mois et 7 autres séances) sont prises en charge à 100 %, si celles-ci sont pratiquées par le médecin ou par une sage-femme.
- **L'amniocentèse et le caryotype fœtal** sont réservés à certaines patientes présentant un risque particulier ; ils sont pris en charge à 100 % sous réserve de l'accord préalable du service médical de leurs caisses d'Assurance Maladie.
- **Les examens biologiques obligatoires ou recommandés**
En fonction de la place disponible, définir si l'on met ici le tableau de recommandations de la HAS (lequel ? Celui contenu dans le carnet de maternité ou les dernières reco HAS)*
- **L'examen de santé du futur père**
Un examen de santé du futur papa peut être proposé avant la fin du quatrième mois. Il est pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie.

Lors de l'accouchement

Sont pris en charge, à 100%, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale :

- les honoraires d'accouchement
- la péridurale
- les frais de séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée dans la limite de 12 jours en dehors des frais pour confort personnel (chambre particulière, télévision, etc.)
- les frais de transport à l'hôpital ou à la clinique, en ambulance ou autre sur prescription médicale

À noter : **le forfait hospitalier, d'un montant de 15 euros au 1^{er} janvier 2006, reste à la charge de votre patiente.**

Après l'accouchement

- **Un examen médical obligatoire**
Cet examen postnatal doit être effectué par le médecin ou la sage femme dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Il est pris en charge à 100% dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.
- **Dans le cadre du Post partum : 10 séances de rééducation abdominale / périnéo-sphinctérienne peuvent être prescrites.** Elles peuvent être effectuées par un masseur kinésithérapeute et prises en charge à 100%, sous réserve de l'accord préalable du service médical de la caisse d'Assurance Maladie de votre patiente. Les séances de rééducation du périnée peuvent être réalisées par la sage femme.
- **Les soins à domicile**
À la sortie de la maternité, votre patiente peut bénéficier d'un suivi à domicile par vous-même ou une sage femme. Ces soins sont pris en charge à 100 % dans la limite des tarifs de la sécurité sociale

EXAMENS COMPLEMENTAIRES CONSEILLES PAR LA HAS / TABLEAU DU CARNET DE MATERNITE

CONTENU	3ème mois	4ème	5° mois	6° mois	7° mois	8° mois	9è mois
Examens obligatoires							
HCG qualitatif	x si doute						
groupe sanguin	x					2è détermination si non faite avant x	
•RAI	x			X 1		X (1)	X (1)
Identification et litrage des anticorps	x si RAI			X si RAI			X si RAI
• Sérologie rubéole	X	X					
• Sérologie Syphilis	x						
• Sérologie toxoplasmose	x	Si résultat négatif : mensuelle jusqu'au 9ème mois et après accouchement					
• Recherche de l'Ag HBs				x			
. Glycosurie albuminurie	X	X	x	X	x	X	x
• Hémogramme				x			
Examens à proposer systématiquement							
Marqueurs sériques	X entre 14 et 18 SA						
• Sérologie VIH 1 et 2	x						
Prélèvement vaginal recherche streptocoque B							entre 35 et 38 SA
Frottis cervical	X si plus de 3 ans						
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents							
NFS	X						
ECBU	X		X			X	X
Sérologie Hépatite c	X						
1 -si rhésus négatif ou si antécédents de transfusion poursuite des RAI mensuelles au cours des 6 -8-9 mois X							

taux de remboursement	100%
-----------------------	------

x

60%

x

DERNIERES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

	avant 10 SA	avant 15 SA	4° mois	5° mois	6° mois	7° mois	8° mois	9 mois
Consultations	7 consultations sont prises en charge à 100% pendant la grossesse ainsi qu'un entretien au 4ème mois de grossesse (réalisé par un médecin ou une SF							
Echographies	3 échographies sont recommandées . En cas de pathologies fœtales ou de grossesse pathologique d'autres pourront être prises en charge sous réserve de l'accord de la CPAM							
1° échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours)	x							
2° échographie (entre 20 et 25 SA)			x					
3° échographie (entre 30 et 35 SA)						x		
Examens biologiques complémentaires								
Examens à prescrire obligatoirement (1)								
• Groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)	x						x si détermination non faite avant	
• Sérologie toxoplasmose	x	x (3)	x (3)	x (3)	x (3)	x (3)	x(3)	x(3)
• Sérologie rubéole (jusqu'à la 18SA)	x	x (3)						
• Sérologie Syphilis	x							
• Glycosurie et protéinurie	x	x	x	x	x	x	x	x
• RAI, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B.	x							
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel					x		x	
• Recherche de l'Ag HBs					x			
• Hémogramme					x			

Examens à proposer systématiquement (2)									
• Sérologie VIH 1 et 2	x								
• Dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	dépistage combiné du 1 ^o trimestre associant la mesure de la clarté nucale (1 ^o échographie) et le dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) (4)	marqueurs du 2 ^o trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^o trimestre							
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)								x	
Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire					x	x	x		
Examens à proposer éventuellement									
ECBU	x			x (5)					
Dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risques	x								

Rq : réaliser un frottis cervical si le dernier date de plus de trois ans.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992

(2) loi n° 2004-806 du 09 août 2004 art. 101/

(3) en cas de négativité du résultat précédent

(4) stratégie de dépistage ne bénéficiant pas au 1er trim d'un remboursement

(5) en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète, ou de bandelette urinaire positive

taux de remboursement (dans la limite des tarifs de l'assurance maladie)	
100%	x
70%	x
60% (biologie)	x
Non remboursé	x

LE CONGE MATERNITE

Le congé pathologique

En cas de grossesse pathologique vous pouvez prescrire une période supplémentaire de congé, n'excédant pas 2 semaines, au cours de la période prénatale, dès que la déclaration est effectuée.

En cas d'exposition au diéthylstilbestrol (DES)

Votre patiente a été exposée au diéthylstilbestrol (DES) in utero entre 1948 et 1981 ? Vous établissez un lien entre sa grossesse pathologique et cette exposition à partir de l'examen médical ou des informations biographiques ou cliniques que vous a fournies la patiente ?

Elle peut bénéficier d'une prise en charge de sa grossesse dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail, dans les mêmes conditions d'indemnisation que le congé légal maternité.

Un formulaire spécifique « *Avis d'arrêt de travail - congé de maternité exceptionnel pour grossesse pathologique* » (S3117). 2 volets doivent être adressés au service médical de sa caisse d'assurance maladie et 1 volet à son employeur, si elle est salariée ou à son agence Assedic si elle est sans emploi.

En cas d'accord de l'assurance maladie, l'arrêt de travail peut être renouvelé jusqu'à la veille du début du congé légal de maternité.

Pour plus d'informations sur la procédure à respecter : AMELI. FR

La durée du congé maternité

La durée du congé maternité est variable, elle dépend du nombre d'enfants déjà à la charge de votre patiente, et du nombre d'enfants attendus

Pendant cette période, votre patiente peut percevoir des indemnités journalières sous réserve de remplir certaines conditions administratives.

Elle doit se renseigner auprès de sa caisse d'Assurance Maladie.

Vous n'avez pas à prescrire le congé maternité légal.

Type de grossesse et situation familiale		Durée totale du congé	Période prénatale	Période post natale
Unique	L'assurée ou le foyer a moins de 2 enfants à charge ou nés viables	16 semaines	6 semaines	10 semaines
Unique	L'assurée ou le foyer a déjà à charge d'au moins 2 enfants nés viables	26 semaines	8 semaines	18 semaines
Gémellaire		34 semaines	12 semaines	22 semaines
Triple ou plus		46 semaines	24 semaines	22 semaines

Report du congé prénatal

Votre patiente peut maintenant demander à reporter une partie de son congé prénatal sur son congé postnatal (les 3 premières semaines maximum).

Vous pouvez décider :

- soit d'autoriser votre patiente à reporter le congé prénatal pour une durée maximale de 3 semaines ;
- soit d'autoriser un report pour la durée que vous jugez adéquate et renouvelable (une ou plusieurs fois), dans la limite de 3 semaines.

Rédigez pour cela, un certificat médical attestant que l'état de santé de votre patiente lui permet de prolonger son activité avant la naissance de son enfant.

En cas d'hospitalisation du bébé

Si le bébé est hospitalisé plus de 6 semaines pendant le congé postnatal, votre patiente peut reprendre son travail pendant la durée de son hospitalisation. Elle pourra ensuite prendre la fin de son congé postnatal, à partir du jour où il quitte l'hôpital.

Les indemnités journalières

Pendant le congé maternité votre patiente peut bénéficier d'indemnités journalières, sous réserve de remplir certaines conditions (montant de cotisations, nombre d'heures travaillées), des explications lui seront données par sa caisse d'assurance maladie.

LE CONGE PATERNITE

Le congé paternité est ouvert à tout père, assuré du régime général.

Le père de l'enfant peut bénéficier d'un congé de paternité de 11 jours consécutifs maximum (18 jours en cas de naissance multiple), il doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance.

Le congé paternité, **s'ajoute aux trois jours d'absence autorisés par le Code du travail.**

Pour en bénéficier des formalités sont à effectuer auprès de l'employeur et de la caisse d'assurance maladie.

À noter : l'employeur ne peut pas refuser d'accorder le congé paternité, mais il doit en être informé au minimum un mois à l'avance. Ce congé ne peut pas non plus être décalé sans son accord.