



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

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

RECOMMANDATIONS

Mise à jour Mai 2016

L'argumentaire de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service communication

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en mai 2007.

© Haute Autorité de santé – Mai 2016

Sommaire

Recommandations.....	2
1. Introduction.....	2
1.1 Thème des recommandations.....	2
1.2 Objectifs des recommandations	2
1.3 Professionnels de santé concernés	3
1.4 Gradation des recommandations	3
2. Identification des situations à risque pour l'orientation des femmes enceintes.....	3
2.1 Données disponibles en France sur les situations à risque	3
2.2 Quelles sont les situations à risque ?.....	4
2.3 Quel suivi pour quelle grossesse ?	5
2.4 Comment assurer la continuité du suivi ?	6
2.5 Comment choisir la structure de soins pour l'accouchement ?.....	7
2.6 Qu'est-ce qu'un projet de naissance ?	9
3. Quand et comment apprécier le niveau de risque ?.....	9
4. Suivi de la grossesse	12
4.1 1 ^{re} consultation (avant 10 SA)	14
4.2 2 ^e consultation (avant 15 SA révolues).....	17
4.3 Consultations prénatales intermédiaires (du 4 ^e au 8 ^e mois)	19
4.4 Consultation du 9 ^e mois.....	22
Participants	36
Fiche descriptive de l'étude	39

Recommandations

1. Introduction

1.1 Thème des recommandations

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par la HAS à la demande conjointe du Collège national des gynécologues-obstétriciens français, de la Société française de médecine périnatale, du Collectif interassociatif autour de la naissance et du Collège national des sages-femmes.

Elles s'inscrivent dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007, ensemble de mesures visant à améliorer la qualité des soins et à développer une offre de soins plus humaine et plus proche autour de la naissance.

1.2 Objectifs des recommandations

Les objectifs des recommandations sont :

- d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse ;
- d'adapter le suivi en conséquence.

Ces recommandations précisent pour chacune des situations à risque identifiées (avant, au début ou en cours de grossesse) le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement requis *a minima*. Elles décrivent également les modalités de suivi des femmes enceintes ne présentant pas de complications, ce qui correspond à la majorité des grossesses.

Cette démarche vise à améliorer la qualité de l'accompagnement global et à mieux intégrer les souhaits des femmes et des couples.

Ces recommandations n'abordent pas :

- les conduites thérapeutiques à mettre en place en cas de situation à risque ;
- les modalités du suivi, le choix des structures et lieux d'accouchement à adapter aux cas de grossesses à haut niveau de risque ;

- les situations à risque pouvant survenir durant l'accouchement et imprévisibles avant le début du travail.

1.3 Professionnels de santé concernés

Ces recommandations sont destinées à l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité qui exercent, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité ou dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital. Elles concernent notamment les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres néonatalogistes et les échographistes qui pratiquent des échographies obstétricales.

1.4 Gradation des recommandations

L'analyse de la littérature ne fournissant que peu d'études de haut niveau de preuve, la plupart des recommandations s'appuient sur les résultats des études épidémiologiques (portant sur les situations à risque en termes de fréquence, de morbi-mortalité maternelle et fœtale) et elles sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que ces recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

2. Identification des situations à risque pour l'orientation des femmes enceintes

2.1 Données disponibles en France sur les situations à risque

Les caractéristiques et le déroulement habituel de la grossesse sont connus. Elle est la plupart du temps exempte de complications.

En France, les données de la littérature ne permettent pas d'avancer de chiffres concernant le nombre de femmes enceintes dont la grossesse s'est déroulée sans complications ou avec un faible niveau

de risque, et ayant accouché sans complications d'un enfant en bonne santé.

La grossesse doit se dérouler sous une surveillance médicale attentive. Les risques relatifs de survenue de complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont élevés en présence de certaines pathologies ou de certains antécédents. En fonction de la fréquence et de la nature du risque, certaines grossesses doivent faire l'objet d'investigations complémentaires afin d'orienter si besoin la femme vers un suivi adapté.

Les résultats d'une enquête organisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) en novembre 2006 auprès des usagères des services de maternité permettront d'appréhender, en regard de l'offre locale, leurs trajectoires de grossesse et de mettre en évidence les éléments qui ont déterminé leurs choix (maternité et type de suivi) ainsi que la satisfaction perçue (échantillon de 3 500 femmes ayant accouché sur deux semaines dans 169 maternités du territoire français métropolitain).

2.2 Quelles sont les situations à risque ?

L'analyse et la synthèse de la littérature portant sur les données épidémiologiques disponibles ont permis d'identifier :

- les facteurs de risque et les causes obstétricales (directes et indirectes) de mortalité et morbidité maternelles ;
- les facteurs de risque et les causes fœtales, maternelles et obstétricales de mortalité et morbidité périnatales ;
- les anomalies ou pathologies génétiques reconnues, les facteurs environnementaux, y compris infectieux, et les autres facteurs de risque impliqués dans les anomalies congénitales.

Sur la base de ce travail, une liste indicative non exhaustive des situations à risque a été établie (cf. *tableau 1*). Elle comprend notamment :

- les facteurs de risque généraux, dont les antécédents familiaux, les facteurs sociaux et environnementaux ;
- les toxiques ;
- les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou non ;
- les antécédents personnels liés à une grossesse précédente ;
- les facteurs de risque médicaux ;
- les maladies infectieuses ;

- les facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux.

Ces situations à risque ont été considérées indépendamment les unes des autres. En cas d'association de plusieurs situations à risque, le niveau de risque cumulé doit être envisagé au cas par cas. Pour chacune d'elles, le niveau de risque correspondant a été défini afin d'attribuer un type de suivi (cf. 2.3) et un lieu d'accouchement adapté (cf. 2.5).

2.3 Quel suivi pour quelle grossesse ?

Deux types de suivi (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) sont définis par accord professionnel, en fonction des professionnels de santé impliqués ou à solliciter (cf. *encadré 1* et *tableau 1*).

Encadré 1. Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses.

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

En fonction de la situation à risque, à l'issue de la demande d'avis A1 ou bien A2, si le risque est infirmé ou si le pronostic est favorable, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine (suivi A). Dans le cas

contraire, si le risque est confirmé ou si l'évolution est défavorable, la grossesse est considérée à haut risque et le suivi devient un suivi B. Cet état peut être transitoire et un retour à une situation de bas risque et à un suivi A est possible.

Il est recommandé que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptées et qu'ils exercent dans la cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité.

Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux ou les sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires).

La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués.

Afin de pallier le manque actuel de données, il est recommandé de mener des études comparant simultanément ces différents types de suivi sur des critères cliniques et économiques.

La réglementation française (article D. 6124-35 du Code de la santé publique) stipule que « *l'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant d'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique, prévue à l'article D. 6124-92, par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement* ».

2.4 Comment assurer la continuité du suivi ?

Il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens.

Il est recommandé qu'une personne « coordinatrice » dans ce groupe restreint de professionnels facilite l'organisation et la continuité des

soins ainsi que les articulations avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. Le « maître d'œuvre » du suivi régulier, déterminé en fonction du choix de la femme et du niveau de risque évalué (cf. 3), peut tenir ce rôle de coordonnateur.

Afin d'améliorer la centralisation des informations relatives au suivi de la grossesse dans un dossier médical personnel ou un carnet de suivi unique et partagé, les propositions suivantes sont formulées :

- détention du dossier médical par les femmes elles-mêmes (en leur expliquant son importance afin qu'elles le présentent elles-mêmes aux professionnels) ;
- informatisation du dossier médical.

2.5 Comment choisir la structure de soins pour l'accouchement ?

Il est nécessaire de prévoir le lieu de naissance au cours du suivi de la grossesse, afin d'assurer la continuité des soins. La femme ou le couple intègre ainsi le choix du lieu d'accouchement dans le projet de naissance (cf. 2.6). Mais certaines situations à risque peuvent amener à le réviser.

Le choix du lieu de naissance est fonction essentiellement :

- des préférences de la femme ou du couple ;
- du lieu d'habitation et des structures en place ;
- du niveau de risque (risque maternel et risque fœtal).

Selon l'article D. 6124-35 du Code de la santé publique, toutes les maternités doivent pouvoir assurer la prise en charge (en termes de consultation à partir du 7^e mois, d'examen d'échographie et de préparation à la naissance) des femmes résidant à leur proximité, y compris les femmes ayant un faible niveau de risque.

L'offre de soins existant actuellement en France réunit 3 types d'organisation, qui correspondent à un « type » de maternité (respectivement I, II et III). L'article R. 6123-39 du Code de la santé publique stipule que « *les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site :*

- *soit une unité d'obstétrique*¹;

¹ Telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique : « *une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à*

- soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie ;
- soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale. »

Pour chacune de ces unités, la réglementation (articles D6124-35 à D. 6124-63 du Code de la santé publique) fixe le minimum requis en termes de locaux, nombre de lits, matériels et personnels (qualité, effectif et astreinte) nécessaires.

Cette classification des maternités ne prend en compte que le risque pour l'enfant à naître et ne peut être utilisée seule.

Il est recommandé que le choix du lieu de naissance soit adapté en fonction des risques maternels et fœtaux prévisibles pour les femmes relevant d'un suivi B ou ayant recours à une demande d'avis A1 ou A2 au cours de leur suivi. Ce sujet fera l'objet de recommandations spécifiques complémentaires visant à adapter le choix de la structure de soins avec les niveaux de risque de la mère et de son enfant².

Les femmes relevant d'un suivi de type A ou présentant certaines situations à risque relevant d'une demande d'avis A1 ou A2 (cf. *tableau 1*) peuvent accoucher dans tout établissement autorisé qui comporte une unité d'obstétrique.

D'autres lieux d'accouchement peuvent être actuellement choisis par les femmes présentant un faible niveau de risque, notamment les espaces dits « physiologiques » (internes à une maternité) ou le domicile. Ces questions sont en dehors du champ des recommandations.

Le plan périnatalité 2005-2007 prévoit l'expérimentation de maisons de naissance, définies comme un « *lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à l'accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal* ». Il n'existe à ce jour aucun texte législatif relatif à ce type de structure en France. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) élabore

l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risque durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés. »

² Thème de recommandations professionnelles inscrit au programme de travail 2007-2008 de la HAS.

actuellement un cahier des charges délimitant le cadre de cette expérimentation prévue sur 3 ans. Ce mode de prise en charge global, destiné par définition aux femmes présentant une grossesse sans complications ou à faible niveau de risque, devrait permettre de diversifier l'offre de soins avec une moindre technicisation, tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité d'un plateau technique (bloc opératoire) attenant.

2.6 Qu'est-ce qu'un projet de naissance ?

Un projet de naissance est l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents³.

Le projet de naissance nécessite un bon échange d'informations et s'élabore dans le dialogue avec la sage-femme ou le médecin qui suit régulièrement la femme enceinte. Il vise une meilleure compréhension et une satisfaction partagée entre soignants et parents. Les destinataires sont essentiellement les sages-femmes et les médecins du lieu d'accouchement choisi.

3. Quand et comment apprécier le niveau de risque ?

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive au fur et à mesure de la grossesse, et ce jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement (cf. *schéma 1*).

Il est recommandé que le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, autant que possible avant la grossesse dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son

³ Définition issue du carnet de maternité révisé par la DGS (juillet 2007), disponible sur le site www.sante.gouv.fr

désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle) ou lors de la 1^{re} consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) (cf. 4.1). Cette anticipation vise à recommander précocement des changements dans les comportements à risque, à prévenir certains risques, notamment infectieux, et éventuellement des troubles métaboliques au cours de la grossesse.

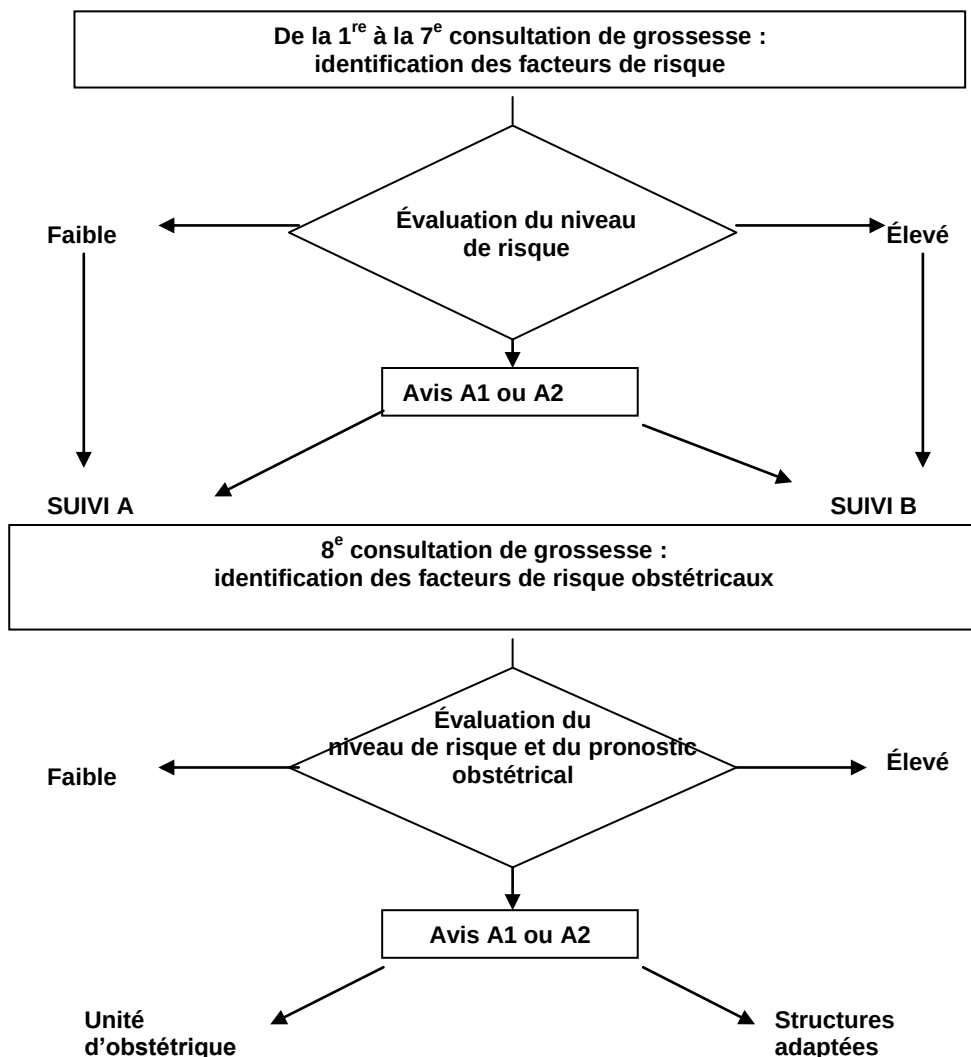
En cas de consultation préconceptionnelle, celle-ci peut être réalisée, selon le choix de la femme, par le médecin traitant, le gynécologue médical, le gynécologue-obstétricien ou la sage-femme. Il est recommandé que tout autre spécialiste qui suit éventuellement la femme pour une pathologie chronique préexistante adopte la même démarche afin d'équilibrer cette pathologie ou d'adapter les traitements en cours.

Le contenu de la consultation préconceptionnelle est détaillé dans l'*encadré 2*. Le déroulement et le contenu de la première consultation de suivi de grossesse sont détaillés dans les *encadrés 3* et *4*.

Schéma 1. Arbre décisionnel pour l'orientation des grossesses en termes de suivi et de structure.

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) ; **avis A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé ; **avis A2 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire et l'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire ; **suivi B :** le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique ; **structures adaptées** au risque de la mère et de l'enfant à naître.



Encadré 2. Contenu de la consultation préconceptionnelle.

Examens prescrits :

- groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell) ^(a) complété par une recherche d'agglutinines irrégulières ^(b)
- toxoplasmose et rubéole ^(c)

Examens proposés :

- sérologie VIH (population à risque)

Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) (cf. *tableau 1*)

Toxiques

Sensibilisation aux effets du tabagisme ^(d), de la consommation d'alcool ^(e), de l'usage de produits illicites ^(f) et de médicaments tératogènes ^(g)

Prévention des anomalies de fermeture du tube neural ^(h)

Examen gynécologique

Frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales s'il date de plus de 2 à 3 ans ⁽ⁱ⁾

Informations générales sur le suivi de la grossesse ^(h)

- ^(a) Si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires).
- ^(b) Si le groupe sanguin ouvre une possibilité d'immunisation et dans le cas où il existe un risque d'allo-immunisation par suite d'une transfusion antérieure.
- ^(c) En l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise.
- ^(d) Cf. conférence de consensus « Grossesse et tabac », Anaes 2004.
- ^(e) Cf. Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 2005.
- ^(f) Cf. Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 2001.
- ^(g) Afssaps 2006 (documents disponibles sur <http://agmed.sante.gouv.fr>)
- ^(h) Cf. RPC « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », HAS 2005.
- ⁽ⁱ⁾ Cf. RPC « Conduite à tenir devant un frottis cervical anormal », Anaes 2002.

4. Suivi de la grossesse

Il est recommandé que la première consultation prénatale ait lieu avant 10 SA. La réglementation actuelle impose que la déclaration de grossesse soit faite avant 15 SA et prévoit 6 consultations (1 par mois) à compter du premier jour du 4^e mois de grossesse jusqu'à

l'accouchement (décret n° 92-143⁴). Il n'existe pas d'évaluation médico-économique permettant de valider la révision du calendrier actuel des consultations, qui comporte 7 consultations (article L. 154 du Code de la santé publique). Deux possibilités peuvent être proposées :

- soit avancer la consultation du 4^e mois chez une femme ayant une grossesse à faible niveau de risque et maintenir le nombre total de consultations à 7 ;
- soit ajouter la consultation précoce (avant 10 SA) recommandée en maintenant une consultation mensuelle à compter du 4^e mois, soit un suivi en 8 consultations au total. Cette deuxième option est développée dans les recommandations suivantes.

Parallèlement à ce suivi médical, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées, la première étant consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre (dit « du 4^e mois »).

Les modalités de suivi des grossesses sans complications ou à faible niveau de risque recommandées ci-après pour la 1^{re} consultation, les consultations intermédiaires et la consultation du 9^e mois reprennent les recommandations professionnelles de la HAS « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » et les actualisent concernant :

- le suivi échographique⁵ ;
- l'incompatibilité fœto-maternelle⁶ ;
- le dépistage de la trisomie 21⁷.

Les actes de dépistage biologique prénatal obligatoires (toxoplasmose, rubéole, recherche d'agglutinines irrégulières) feront l'objet, de la part de la HAS, de recommandations en santé publique⁸. Les présentes recommandations professionnelles devront être revues en fonction de ces futures recommandations et des évolutions réglementaires éventuelles.

⁴ Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal, paru au Journal officiel du 16 février 1992.

⁵ Cf. rapport du Comité national technique de l'échographie fœtale, 2005.

⁶ Cf. recommandations pour la pratique clinique « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle », CNGOF 2005.

⁷ Cf. recommandations de santé publique « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

⁸ Thème inscrit au programme de travail 2007-2008 de la HAS.

4.1 1^{re} consultation (avant 10 SA)

L'un des objectifs majeurs de la 1^{re} consultation est d'identifier les éventuelles situations à risque afin d'évaluer le niveau de risque (cf. *encadré 1*). Il en découle le type de suivi possible et la demande d'un avis spécialisé éventuel (avis A1 ou A2).

En complément de l'appréciation du niveau de risque initial, la 1^{re} consultation suit le déroulement décrit dans l'*encadré 3*.

Il est recommandé que la 1^{re} consultation ait lieu avant 10 SA. Cela permet :

- de programmer les examens à des dates déterminées, notamment la première échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours) ;
- de prescrire précocement un bilan prénatal (cf. *encadré 4*).

Les objectifs de l'échographie systématiquement proposée au 1^{er} trimestre (entre 11 et 13 SA et 6 jours) sont :

- la datation de la grossesse ;
- l'identification des grossesses gémellaires et de leur chorionicité ;
- l'évaluation du risque d'anomalie chromosomique ou le dépistage de certaines malformations (clarté nucale).

Dans le contexte de suivi échographique d'une grossesse à bas risque, le Comité national technique de l'échographie fœtale a recommandé d'adresser la patiente à un centre de référence en cas d'image anormale et de reconstrôler lorsque des difficultés techniques ne permettent pas de réaliser ce dépistage.

Les autres examens à proposer systématiquement ou éventuellement au cours de la 1^{re} consultation sont détaillés dans l'*encadré 4*.

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

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

h. Débuter l'élaboration d'un projet de naissance avec la femme enceinte ou le couple (à compléter lors de l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ⁽ⁱ⁾

Information sur le déroulement global de la grossesse, l'accouchement et la naissance, le calendrier des consultations prénatales (si datation certaine), l'adaptation possible des conditions de travail (médecin du travail), la durée du congé maternité, les droits sociaux liés à la grossesse, l'allaitement maternel.

^(a) Cf. Recommandations pour la pratique clinique « Conduite à tenir devant un frottis cervical anormal », Anaes 2002.

^(b) Cf. Recommandations de santé publique « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

^(c) Cf. Recommandations pour la pratique clinique « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », HAS 2005.

^(d) Cf. Conférence de consensus « Grossesse et tabac », Anaes 2004.

^(e) Cf. Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 2005.

^(f) Cf. Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 2001.

^(g) Cf. Afssaps 2006, document disponible sur <http://agmed.sante.gouv.fr>

^(h) Cf. Carnet de maternité révisé par la DGS (juillet 2007), disponible sur le site www.sante.gouv.fr

⁽ⁱ⁾ Cf. recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Encadré 4. Examen à prescrire lors de la 1^{re} consultation de suivi de grossesse.

Examens à prescrire obligatoirement	• Glycosurie et protéinurie • Toxoplasmose et rubéole ^(a) • Syphilis • Groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell) ^(b) • Recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ^(c) • Recherche de l'antigène HBs
Examens à proposer systématiquement	• Échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours) ^(d) • Sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH
Examens à prescrire éventuellement	• Examen cyto bactériologique des urines (ECBU) • Dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque ^(e) • Frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales s'il date de plus de 2 à 3 ans ^(f).

^(a) En l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise (décret n° 92-143 du 14 février 1992).

^(b) Si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires).

^(c) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

^(d) Cf. rapport du Comité national technique de l'échographie fœtale, 2005.

^(e) Ration alimentaire insuffisante (< 2 000 kcal/j) peu variée et excluant des aliments d'origine animale, cf. recommandations « Supplémentations au cours de la grossesse », CNGOF 1997.

^(f) Cf. recommandations pour la pratique clinique « Conduite à tenir devant un frottis cervical anormal », Anaes 2002.

4.2 2^e consultation (avant 15 SA révolues)

La 2^e consultation est fixée après la première échographie (entre 11-13 SA et 6 jours) mais avant la 15^e SA révolue, qui est la date limite

pour déclarer la grossesse aux organismes de prestations familiales et d'assurance maladie.

La 2^e consultation suit le déroulement décrit dans l'*encadré 5* et comprend les examens à prescrire détaillés dans l'*encadré 6*.

Encadré 5. Déroulement de la 2^e consultation avant 15 SA révolues.

a. Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée d'accouchement

b. Réaliser un examen clinique

Prise de la pression artérielle ; mesure du poids ; mesure de la hauteur utérine à partir du 4^e mois ; si possible recherche des bruits du cœur fœtal

c. Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales

Marqueurs du 2^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre ^(a)

d. Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) ^(b)

Expression des attentes et besoins de la femme et du couple ; repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et orientation vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique, etc.) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents ; informations sur les ressources de proximité ; liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés

f. Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (collectives ou individuelles) en expliquant leurs objectifs ^(b)

^(a) Recommandations de santé publique, « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

^(b) Recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Encadré 6. Examens à prescrire au cours de la 2^e consultation de grossesse.

Systématiquement

- Glycosurie et protéinurie
- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent
- Sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)

4.3 Consultations prénatales intermédiaires (du 4^e au 8^e mois)

En complément de l'appréciation continue du niveau de risque (cf. *tableau 1*), le déroulement des consultations prénatales suivantes ainsi que les examens à prescrire ou à proposer sont décrits dans les *encadrés 7 et 8*.

Encadré 7. Déroulement des consultations (Cs) prénatales intermédiaires.

	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique (poids, prise de la tension artérielle ; mesure de la hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; recherche des contractions utérines)	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Cs de pré-anesthésie	-	-	-	-	X

Encadré 8. Examens à prescrire ou à proposer au cours des consultations prénatales intermédiaires (accord professionnel).

	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examens à prescrire obligatoirement					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI : si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel ^(a)	-	-	X ^(b)	-	X ^(c)
• Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2e échographie (entre 20 et 25 SA) ^(d)	-	X	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA) ^(d)	-	-	-	X	-
• 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	X	X
Examens à proposer éventuellement					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

RAI : recherche d'agglutinines irrégulières ; ECBU : examen cytot bactériologique des urines.

(a) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

(b) Recommandations « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle », CNGOF 2005.

(c) Sauf si une injection anti-D a été pratiquée à 28 SA.

(d) Rapport du Comité national technique de l'échographie fœtale, 2005.

4.4 Consultation du 9^e mois

En complément de l'appréciation du niveau de risque déterminant dans le choix du lieu de naissance (cf. *tableau 1*), le déroulement de la 8^e consultation prénatale ainsi que les examens à prescrire ou à proposer sont décrits dans les *encadrés 9* et *10*.

Si la grossesse est toujours considérée à faible niveau de risque, il est important de souligner qu'il n'y a pas d'arguments justifiant une consultation supplémentaire ou un enregistrement du rythme cardiaque fœtal entre cette consultation et le terme.

Encadré 9. Déroulement de la consultation du 9^e mois.

a. Réaliser un examen clinique général et obstétrical	Poids, prise de la tension artérielle, recherche des signes fonctionnels urinaires. Mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux, recherche des contractions utérines, présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
b. Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)	Information de la femme sur le déroulement de l'accouchement
c. Donner des informations pratiques ^(a)	Prise en charge d'une grossesse à terme ; modalités locales de rendez-vous et consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie après que le terme est atteint
d. Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son bébé	Information sur les interventions adaptées possibles et proposition d'éventuelle intervention coordonnée d'une aide sociale (travailleur social), d'une puéricultrice de PMI, du médecin traitant, du pédiatre, du psychologue, etc.

^(a) Recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Encadré 10. Examens à prescrire ou à proposer au cours de la consultation du 9^e mois de grossesse.

Obligatoirement	• Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente • Glycosurie et protéinurie
Éventuellement	• Examen cytot bactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative).

Types de suivi recommandés

- **Suivi A** : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
- **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- **Suivi B** : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Types de structure requises

- **Unité d'obstétrique** : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique « *une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.* »
- **À adapter** en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

Abréviations et acronymes : indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort fœtale intra-utérine (MFIU), *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet* (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation *in vitro* (FIV)

Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

Période préconceptionnelle ou 1^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabètes	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies : - mère homozygote - mère hétérozygote	B A2	À adapter Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie - Uropathie	B A2	À adapter Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter

Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
<u>Fausses couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :</u> - sans étiologie - avec étiologie SAPL	A2 B	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
<u>Fausses couches tardives au cours du 2^e trimestre</u>	B	À adapter en fonction de la récurrence

Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile) - Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B B	À adapter À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexpliquée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i>, stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation - du 4^e au 8^e mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...) - au 1 ^{er} trimestre de grossesse - au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récidive	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse

Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter

Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités chorales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)

Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire - bichoriale - monochoriale	A2 B B	Unité d'obstétrique À adapter À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prœvia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

Consultation du 9 ^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

Participants

Les agences, sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

Agence de la biomédecine
Association des épidémiologistes de langue française
Association des utilisateurs du dossier informatisé en périnatalogie, obstétrique et gynécologie
Association nationale des puéricultrices diplômées d'État
Association nationale des sages-femmes libérales
Association nationale des sages-femmes territoriales
Club de périfœtologie
Collège français d'échographie fœtale
Collège national des généralistes enseignants
Collège national des gynécologues et obstétriciens français
Collège national des sages-femmes
Conseil national de l'ordre des sages-femmes
Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française
Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes
Groupe de pédiatrie générale de la Société française de pédiatrie
Société de formation thérapeutique du généraliste
Société de réanimation de langue française
Société française d'anesthésie et de réanimation
Société française de biologie clinique
Société française de documentation et de recherche en médecine générale
Société française de gynécologie
Société française de médecine générale
Société française de médecine interne
Société française de médecine périnatale
Société française de néonatalogie
Société française de pédiatrie
Société française de radiologie et d'imagerie médicale
Société française de santé publique
Société nationale de gynécologie et d'obstétrique de France
Syndicat national de l'union des échographistes
Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France
Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises

Comité technique périnatalité de la HAS

P^r Catherine Adamsbaum, radiologue, Paris
M^{me} Elisabeth Bailleux, sage-femme cadre supérieur, Lille
M^{me} Christine Blanchot, sage-femme coordinatrice, Chartres
D^r Gérard Boutet, gynécologue médical, La Rochelle
P^r Michel Collet, gynécologue obstétricien, Brest
M^{me} Anne-Marie Curat, sage-femme, Foix
D^r Isabelle de Beco, médecin généraliste, Paris
D^r Philippe Edelman, gynécologue, Paris
D^r Sylvie Gillier Poirier, médecin généraliste, Saint-Sébastien-sur-Loire

D^r François Goffinet, gynécologue-obstétricien, Paris
P^r Pierre-Henri Jarreau, pédiatre néonatalogiste, Paris
P^r Pierre Lequien, néonatalogiste, Lille
P^r Philippe Letellier, médecin interniste, Caen
D^r Brigitte Lerendu, médecin de santé publique, Mâcon
D^r Michel Levêque, médecin généraliste, Thann
M^{me} Flore Marquis-Diers, représentante associative, Paris
P^r Alexandre Mignon, anesthésiste-réanimateur, Paris
M^{me} Frédérique Teurnier, sage-femme, Paris.

Groupe de travail

P^r Claude d'Ercole, gynécologue-obstétricien, Marseille - président du groupe de travail

D^r Karine Astruc, médecin de santé publique, Dijon - chargée de projet

D^r Raha Shojai, gynécologue-obstétricien, Marseille - chargé de projet

M^{me} Karine Petitprez, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine

M^{me} Véronique Bitouzé, psychologue, Lille

M^{me} Béatrice Blondel, épidémiologiste, Villejuif

D^r Philippe Boisselier, gynécologue-obstétricien, Poitiers

D^r Bernard Branger, médecin coordinateur, Nantes

M^{me} Catherine Chassigneux, sage-femme, Voiron

P^r Bruno Carbone, gynécologue-obstétricien, Paris

P^r Bruno Langer, gynécologue-obstétricien, Strasbourg

M^{me} Jacqueline Lavillonière, sage-femme, Vals-les-Bains

D^r Yves Lequeux, médecin généraliste, Saint-Père-en-Retz

D^r Marie-Josée Kubler-Lévêque, médecin généraliste, Thann

D^r Philippe Mussat, pédiatre, Paris

D^r Denis Ortega, médecin anesthésiste-réanimateur, Marseille

M^{me} Elisabeth Paganelli, gynécologue médicale, Tours

P^r Francis Puech, gynécologue obstétricien, Lille

M^{me} Véronique Tessier, sage-femme, Paris

P^r Éric Verspyck, gynécologue-obstétricien, Rouen

D^r Norbert Winer, gynécologue-obstétricien, Nantes

Groupe de lecture

D^r Corinne Alberti, épidémiologiste, Paris
 D^r Jacques Bargier, médecin généraliste, Mouries
 D^r Céline Baron, médecin généraliste, Angers
 M^{me} Catherine Bertevas, sage-femme, Brest
 P^r Georges Boog, gynécologue-obstétricien, Nantes
 M^{lle} Cécile Boshier, pédiatre, Nantes
 P^r Léon Boubli, gynécologue-obstétricien, Marseille
 P^r Pierre Boulot, gynécologue-obstétricien, Montpellier
 Dr Yann Bourgeuil, directeur de recherche, Paris
 D^r Sylvie Brailly-Tabard, biologiste médicale, Le Kremlin-Bicêtre
 M^{me} Claudine Burban, sage-femme cadre supérieur, Nantes
 D^r Henri Cohen, gynécologue-obstétricien, Paris
 M^{me} Marianne Corbillon-Soubeiran, sage-femme, Amiens
 D^r France de Moegen, médecin territorial, Noisy-le-grand
 D^r Annette Delabar, médecin généraliste, Évry
 M^{me} Claude Doyen, sage-femme, Strasbourg
 D^r Rémy Durand, médecin généraliste, Corgoloin
 M^{me} Hélène Fosse, cadre sage-femme, Tarbes
 M^{me} Hélène Goninet, sage-femme, Aubenas
 D^r Hélène Grandjean, directeur de recherche épidémiologiste, Paris
 D^r Liliane Grangeot-Keros, virologue, Clamart
 D^r Georges Haddad, médecin échographiste, La Chaussée-Saint-Victor
 D^r Gluda Hatem-Gantler, gynécologue-obstétricien, Saint-Mandé
 M^{me} Jacqueline Huillier, sage-femme échographiste, Grenoble
 D^r Monique Husson, médecin généraliste, Marseille
 D^r Jacques Lagarde, médecin généraliste, L'Isle Jourdain
 M^{lle} Maï Le Du, sage-femme, Sablé-sur-Sarthe
 M^{me} Camille Le Ray, gynécologue-obstétricien Montréal, Canada
 M^{me} Cécile Lebécel, sage-femme libérale, Lagrasse
 M^{me} Marielle Legentil, sage-femme, Dole
 M^{me} Véronique Martinez, cadre sage-femme, Toulouse
 D^r Antoine Mensier, gynécologue-obstétricien, Saint Herblain
 M^{me} Madeleine Moyroud, sage-femme, Roanne
 M^{me} Françoise Nguyen, directrice sage-femme, Poissy
 P^r Israël Nisand, gynécologue-obstétricien, Strasbourg
 D^r Isabelle Pagniez, gynécologue médicale, Lille
 D^r Maryse Palot, anesthésiste-réanimateur, Reims
 D^r Olivier Parant, gynécologue-obstétricien, Toulouse

D^r Juliana Patkai, pédiatre, Paris
 D^r Gilles Pennehouat, gynécologue-obstétricien, Chambéry
 D^r Michael Persch, gynécologue-obstétricien, Cagnes-sur-Mer
 M^{me} Laurence Platel, sage-femme, Saint-Sébastien-sur-Loire
 P^r Patrice Poulain, gynécologue-obstétricien, Rennes
 D^r Pascale Roblin, médecin généraliste, Marseille
 D^r Mathias Rossignol, anesthésiste-réanimateur, Paris
 P^r Paul Sagot, gynécologue-obstétricien, Dijon
 D^r Stéphane Saint-Léger, gynécologue-obstétricien, Aulnay-sous-Bois
 D^r Philippe Thulliez, médecin biologiste, Paris

Fiche descriptive de l'étude

TITRE	Suivi et orientation des femme enceintes en fonction des situations à risque identifiées
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Objectif(s)	Aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales (hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi
Professionnel(s) concerné(s)	Ensemble des professionnels impliqués en périnatalité qui exercent, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité ou dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital, notamment les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres néonatalogistes et les échographistes qui pratiquent des échographies obstétricales
Demandeur	Collège national des gynécologues-obstétriciens français, Société française de médecine périnatale, Collège national des sages-femmes et Collectif interassociatif autour de la naissance
Promoteur	Haute Autorité de santé (service des recommandations professionnelles)
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : M ^{me} Karine Petitprez, chef de projet, M Frédéric De Bels, adjoint au chef de service, service des recommandations professionnelles de la HAS (chef de service : D ^r Patrice Dosquet) Secrétariat : M ^{le} Laetitia Cavalière Recherche documentaire : M Aurélien Dancoisne, avec l'aide de M ^{me} Laurence Frigère, service de documentation de la HAS (chef de service : M ^{me} Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité technique périnatalité, groupe de travail (président : P ^r Claude d'Ercole, gynécologue-obstétricien, Marseille), groupe de lecture : cf. liste des participants
Recherche documentaire	De janvier 1995 à novembre 2005 (mise à jour jusqu'en mai 2007)
Auteurs de l'argumentaire	D ^r Karine Astruc, médecin d'hygiène hospitalière, Dijon - chargée de projet D ^r Raha Shojai, gynécologue-obstétricien, Marseille - chargé de projet M ^{me} Karine Petitprez, chef de projet, HAS
Validation	Avis de la Commission Evaluation des stratégies de santé de la HAS en mars 2007 Validation par le Collège de la HAS en mai 2007
Autres formats	Synthèse et argumentaire disponibles sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr