



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**Grossesses à risque : orientation
des femmes enceintes entre les maternités
en vue de l'accouchement**

RECOMMANDATIONS

Décembre 2009

L'argumentaire scientifique et la synthèse de ces recommandations sont téléchargeables
sur

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation et information des publics
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

Sommaire

Abréviations utilisées	5
Recommandations	6
1 Introduction	6
1.1 Thème et objectifs des recommandations	6
1.2 Limites des recommandations	7
1.3 Population concernée par les recommandations	7
1.4 Professionnels concernés par les recommandations	7
1.5 Gradation des recommandations	8
1.6 Actualisation des recommandations	8
2 Définitions	8
2.1 Définition de l'orientation	8
2.2 Définition de la réorientation prénatale	8
3 Information des femmes enceintes.....	9
3.1 Préalablement à l'orientation, quelles informations donner aux femmes enceintes en cas de grossesses à risque ?.....	9
3.2 Au moment de l'orientation, quelles informations donner à la femme enceinte pour favoriser sa participation active et quels soutiens apporter ?	10
3.3 En cas de réorientation, quelles informations donner à la femme enceinte pour favoriser sa compréhension et sa participation active ?	11
3.4 Comment prendre en compte l'environnement psychosocial de la femme enceinte et de son entourage ?	12
4 Échanges d'informations et communication entre professionnels de santé.....	12
4.1 Quelles sont les informations du dossier médical à transmettre pour assurer la sécurité lors d'une orientation ?	12
4.2 Comment développer et maintenir une communication interne au sein du réseau ?.....	12
4.3 Comment valoriser chaque acteur, notamment de proximité, au sein des réseaux ?	13
5 Quelles sont les non-indications et les contre-indications à une orientation ?	13
6 Quels sont les critères de réorientation et quelles en sont les modalités pratiques, lorsque le risque a diminué ?	13
7 Quelles sont les indications d'orientation des femmes enceintes vers une maternité en fonction du risque materno-fœtal identifié ?.....	14
7.1 Comment tenir compte des différents types de maternités en fonction du risque maternel et du risque fœtal ?.....	14
7.2 Alcool et grossesse	14
7.3 Autres addictions et grossesses	15
7.4 Allo-immunisation fœto-maternelle	15
7.5 Anomalies héréditaires de l'hémostase (hémophilie A et B, maladie de Willebrandt, déficit en facteur XI)	16
7.6 Cardiopathies maternelles acquises ou congénitales.....	18
7.7 Cancers au cours de la grossesse.....	19
7.8 Diabète de type 1 et 2 préexistant	19
7.9 Diabète gestationnel.....	20
7.10 Grossesses multiples	21
7.11 Hémoglobinopathies.....	22

7.12	Hépatopathie et grossesse (hors prééclampsie)	23
7.13	Haut risque d'accouchement prématuré à membranes intactes	24
7.14	Haut risque d'hémorragie du <i>post-partum</i>	25
7.15	Hypertension artérielle (HTA).....	26
7.16	Interruption médicale de grossesse	27
7.17	Malformations fœtales.....	27
7.18	Maladies rares.....	27
7.19	Néphropathies chroniques antérieures à la grossesse	28
7.20	Obésité et grossesse.....	28
7.21	Pathologies auto-immunes.....	29
7.22	Pathologies neurochirurgicales	30
7.23	Pathologies respiratoires.....	30
7.24	Pathologies thrombo-emboliques et situations à risque thrombo-embolique	31
7.25	Polypathologies	31
7.26	Prééclampsie et éclampsie	32
7.27	Troubles psychopathologiques au cours de la grossesse	33
7.28	Rupture des membranes avant 24 semaines d'aménorrhée	34
7.29	Suspicion de retard de croissance intra-utérin (RCIU)	34
7.30	Tabac et grossesse.....	35
7.31	Transplantation et grossesse	35
7.32	Thrombopénies	35
7.33	Troubles neurologiques.....	36
7.34	VIH et grossesse	38
Annexe 1. Rappel sur la définition des différents types de maternités		39
Annexe 2. Axes de travail		41
Annexe 3. Liste des réseaux de périnatalité.....		42
Méthode Recommandations pour la pratique clinique.....		45
Participants.....		47
Fiche descriptive des recommandations.....		50

Abréviations utilisées

Ac anti-DNA	Anticorps anti-DNA
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPN	Centre périnatal
CRTTH	Centres régionaux de traitement de l'hémophilie
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
DFG	Débit de filtration glomérulaire
HELLP	Syndrome hémolyse, cytolysé hépatique, thrombopénie
HRP	Hématome rétroplacentaire
HPA	<i>Human Platelet Antigen</i>
HTA	Hypertension artérielle
HTG	Hypertension artérielle gravidique
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire
IMC	Indice de masse corporelle
ITG	Interruption thérapeutique de grossesse
kg	Kilogramme
mg	Milligramme
MFIU	Mort fœtale <i>in utero</i>
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PMI	Protection maternelle et infantile
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RPM	Rupture prématurée des membranes
SA	Semaine d'aménorrhée
SAPL	Syndrome des antiphospholipides
SHAG	Stéatose hépatique aiguë gravidique

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème et objectifs des recommandations

Ces recommandations de bonne pratique ont été élaborées par la HAS à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Elles s'inscrivent dans le cadre du Plan périnatalité 2005-2007. Elles concernent l'orientation des femmes enceintes en vue de l'accouchement en fonction du type de maternité (de niveau I, II ou III), en cas de risque avéré obstétrical, fœtal ou maternel. Elles complètent les recommandations de la HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en cours de grossesse en fonction des situations identifiées à risque¹. Des recommandations sur l'organisation et la réalisation des transferts des femmes enceintes en urgence, en raison de la survenue d'une complication ou d'un risque avéré, seront produites en complément.

Ces recommandations ont pour objectifs d'optimiser l'adéquation de la prise en charge des femmes enceintes en fonction du type de maternité et d'homogénéiser les bonnes pratiques de prise de décision d'orientation, face à des risques obstétricaux identifiés. Pour cela, elles visent à :

- définir selon des critères médicaux quelles femmes enceintes orienter dans les maternités de type I, II ou III en fonction des risques fœto-maternels ;
- harmoniser les indications d'orientation et de réorientation au sein des réseaux de périnatalité ;
- améliorer la compréhension par les professionnels autant que par les femmes enceintes de l'utilité et des limites de l'orientation entre les établissements d'un réseau de périnatalité ;
- définir les outils nécessaires à une organisation efficace des orientations, afin d'en améliorer la sécurité et le confort.

Elles répondent aux questions suivantes :

- En cas de grossesses à risque, quelles sont les informations nécessaires à transmettre aux femmes enceintes préalablement à l'orientation ?
- Au moment de l'orientation, quelles sont les informations à donner à la femme enceinte pour favoriser sa participation active et quels sont les soutiens à lui apporter ?
- Au moment de la proposition de la réorientation lorsque le risque identifié a diminué, quelles sont les informations à donner à la femme enceinte pour favoriser sa compréhension et son adhésion ?
- Comment prendre en compte l'environnement psychosocial de la femme enceinte et de son entourage ?
- Quels sont les échanges d'informations et les communications nécessaires entre les professionnels de santé ?
- Quelles sont, au sein de chaque réseau, les indications d'orientation des femmes enceintes vers une maternité en fonction du risque materno-fœtal identifié ?
- Quelles sont les non-indications et les contre-indications à une orientation ?
- Quels sont les critères de réorientation des femmes enceintes et quelles en sont les modalités pratiques, lorsque le risque identifié a diminué ?

¹ Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations de bonne pratique. HAS, 2007.

1.2 Limites des recommandations

Trois types de maternités² sont définis en fonction du niveau de l'offre de soins néonataux, à partir de critères décrits dans les décrets n°98-899 et n°98-900 du 9 octobre 1998 (cf. annexe 1). Cette typologie ne porte que sur les moyens d'hospitalisation néonatale et n'intègre pas l'offre de soins en réponse au risque maternel. Ainsi, elle ne tient pas compte de la disponibilité dans l'établissement d'autres secteurs de soins pouvant avoir une importance dans la prise en charge de certaines complications de la grossesse et de l'accouchement, tels que les services de réanimation, de soins intensifs et de spécialités pour adultes³ ou le plateau technique⁴.

En raison de l'hétérogénéité des réseaux de périnatalité sur le territoire national en termes de nombre, répartition et offre globale de soins des établissements, il n'est pas possible de définir précisément le type de maternité adapté à l'accouchement en fonction des différentes situations cliniques possibles. C'est pourquoi l'application optimale des recommandations par les professionnels concernés nécessite avant tout une bonne connaissance préalable et une participation active au réseau périnatal existant. Il convient de connaître non seulement la structure organisationnelle et le réseau d'établissements, mais aussi le réseau des professionnels de proximité, qui inclut :

- les médecins généralistes ;
- les obstétriciens et gynécologues médicaux ;
- les sages-femmes ;
- les autres médecins spécialistes, quelles que soient les spécialités concernées ;
- les professionnels de santé des centres de protection maternelle et infantile (PMI).

Le niveau de risque peut évoluer au cours de la grossesse. Certains risques restent imprévisibles et vont nécessiter une adaptation de l'orientation prévue initialement. La structure d'accueil néonatal doit être adaptée au terme de la grossesse et à l'estimation pondérale du fœtus. Pour cette raison, cette notion est rappelée pour chaque pathologie traitée.

1.3 Population concernée par les recommandations

Les femmes enceintes qui ont un risque obstétrical ou fœtal ou maternel, identifié au cours de leur grossesse, y compris dans la phase précédant l'accouchement, et qui nécessite une orientation vers une maternité adaptée en vue d'une prise en charge spécifique.

1.4 Professionnels concernés par les recommandations

L'orientation entre les maternités en vue de l'accouchement est souhaitée et organisée par le médecin ou l'équipe qui suit la femme enceinte, après l'avoir informée, en concertation avec elle et en fonction de ce à quoi elle consent.

Les professionnels de santé concernés par ces recommandations sont les suivants :

- coordonnateurs et personnels des réseaux de périnatalité ;
- sages-femmes ;
- gynécologues-obstétriciens ;
- gynécologues médicaux ;
- médecins urgentistes ;
- anesthésistes-réanimateurs ;

² Pour des raisons de simplification, le terme de maternité est utilisé dans les recommandations et correspond à un centre périnatal.

³ Par exemple il existe des maternités de type III sans service de réanimation pour adultes dans l'établissement et inversement pour des maternités de type I.

⁴ Par exemple, disponibilité ou non d'un service de radiologie interventionnelle permettant la réalisation d'embolisation artérielle.

- pédiatres ;
- médecins généralistes ;
- infirmières ;
- puéricultrices ;
- médecins et professionnels de santé de l'hospitalisation à domicile.

Elles sont également destinées aux associations concernées par la naissance.

1.5 Gradation des recommandations

La totalité des recommandations est fondée sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires. Des propositions de travaux complémentaires, destinées aux réseaux de périnatalité, sont réunies en annexe 2.

1.6 Actualisation des recommandations

L'actualisation des recommandations sera discutée au plus tard dans 5 ans ; elles seront mises à jour en fonction de la parution de nouvelles données.

2 Définitions

2.1 Définition de l'orientation

L'orientation en cas de risque avéré est une procédure qui se situe le plus en amont possible de la naissance. Elle n'englobe pas l'éventuel transfert en urgence en cas de complication.

La procédure d'orientation consiste à identifier et à coordonner l'action des praticiens, des autres acteurs de santé, des structures médicales et du plateau technique en fonction de l'état de santé de la mère et du fœtus. Elle est facilitée par la mise à jour régulière indispensable des structures et des compétences dont chaque réseau dispose.

Les modalités de l'orientation sont issues des échanges entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.

Il est recommandé d'identifier au sein de chaque réseau de périnatalité, et pour toutes les maternités, des professionnels de santé référents pour les pathologies les plus fréquentes (annuaire de professionnels de santé référents, par exemple en cardiologie, numéro d'appel dédié).

Pour orienter la femme enceinte vers la structure adaptée à sa prise en charge, il est conseillé que le circuit organisé d'orientation soit distinct du circuit des transferts en urgence et des consultations de suivi.

Pour toute maladie chronique connue, acquise ou héréditaire (par exemple : diabète, hypertension artérielle), il est recommandé de conseiller aux femmes une évaluation préconceptionnelle des risques, qui permet d'anticiper cette orientation.

2.2 Définition de la réorientation prénatale

La réorientation prénatale est une procédure située en amont de la naissance. L'amélioration de la situation pathologique de la grossesse ou un avancement dans le terme (atténuant la gravité de la prématurité) permet le retour de la femme enceinte :

- soit dans son établissement d'origine ;

- soit dans un établissement correspondant à l'évolution du niveau de risque ;
- en prenant en considération les souhaits de la femme enceinte (par exemple la proximité de son domicile).

Cet établissement doit être adapté à la prise en charge de la pathologie maternelle et aux capacités des structures pédiatriques à recevoir le futur nouveau-né dans la limite des possibilités d'évaluations prénatales.

La décision de réorientation est prise à l'issue d'une concertation entre la femme enceinte et les équipes concernées. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé concernés doivent être informés de cette réorientation. Les indications et les modalités de cette réorientation possible doivent être définies et expliquées à la femme enceinte en même temps que la décision initiale d'orientation.

3 Information des femmes enceintes

3.1 Préalablement à l'orientation, quelles informations donner aux femmes enceintes en cas de grossesses à risque ?

► En début de grossesse

Il est recommandé de donner à toute femme enceinte, en début de grossesse, dès l'entretien précoce du premier trimestre, une information sur l'offre de soins et de prévention existant dans le cadre du réseau périnatal, régional et de proximité.

Cette information précoce nécessite que le professionnel de santé (sage-femme, médecin traitant, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien) se renseigne sur :

- le réseau de santé auquel la femme enceinte peut être déjà intégrée (si elle souhaite lui en faire part) ;
- les professionnels de santé par lesquels elle est suivie pour une affection ou un risque connu ;
- le lieu d'accouchement qu'elle envisage ;
- les possibilités qu'elle a de suivre une préparation à la naissance ;
- ses lieux de domicile et de travail (à situer par rapport aux localisations des professionnels et des établissements) ;
- ses projets de déménagement en cours de grossesse.

À partir de ces renseignements, il est recommandé :

- en cas de grossesse normale, de l'informer sur les professionnels à qui elle peut se référer (échographies, suivi de grossesse, accouchement) ;
- en cas d'affection ou de risque connu, d'étendre l'information aux professionnels et établissements auxquels elle peut être amenée à s'adresser, notamment en urgence.

Il est recommandé de fournir en début de grossesse un document écrit d'information du réseau de santé périnatal, contenant une description :

- du réseau de proximité et des autres maternités disponibles ;
- des professionnels de ville ;
- des professionnels des maternités.

Il est recommandé que ce document soit remis à toute femme enceinte en même temps que le carnet de maternité. Ces deux documents constituent le support écrit d'un échange oral entre le professionnel et la femme enceinte.

► Contenu minimal des informations sur la conduite à tenir en cas de risque identifié

Il est recommandé que les professionnels apportent aux femmes enceintes des informations sur le niveau de risque de leur grossesse. Un temps d'information et de conseil de prévention doit être adapté à la femme enceinte, à son environnement familial et à son cadre de vie.

Il est recommandé de proposer systématiquement à toute femme tout au long de sa grossesse (entretien précoce, consultations de suivi) une éducation :

- à la physiologie de la grossesse ;
- au repérage de symptômes d'alerte.

L'information doit être régulièrement adaptée en cas d'antécédent ou de pathologie préexistante pouvant retentir sur la grossesse ou survenant pendant la grossesse.

L'information délivrée et sa compréhension doivent être vérifiées au fil du suivi.

3.2 Au moment de l'orientation, quelles informations donner à la femme enceinte pour favoriser sa participation active et quels soutiens apporter ?

► Comportement des professionnels de santé et échanges d'informations entre eux

Il est recommandé que le réseau de périnatalité s'organise en fonction des spécificités de chacun de ses établissements de naissance pour éviter autant que possible la séparation mère-enfant.

La nécessité d'une cohérence dans les discours des différents professionnels de santé est fondamentale s'il n'existe pas de protocole. Il est recommandé que les professionnels de santé communiquent entre eux avant d'informer la femme enceinte et, selon ses souhaits, son entourage (conjoint, personne référente, proche).

Il est rappelé que l'annonce à une femme enceinte de l'existence ou de la suspicion d'un risque concernant sa grossesse doit se faire :

- avec tact et humanité ;
- en s'adaptant à sa capacité psychologique de recevoir cette information.

Il est recommandé de :

- prendre le temps de donner les informations importantes sur les raisons des choix médicaux ;
- favoriser sa participation au choix de son orientation si elle le souhaite, en fonction des problèmes identifiés et de l'offre de soins locale ;
- lui laisser suffisamment de temps pour poser des questions et l'encourager à exprimer ses craintes et ses préoccupations.

Il est recommandé que le professionnel de santé :

- prenne le temps d'écouter les questions ;
- prenne le temps de répondre ;
- juge de la compréhension de la femme enceinte ;
- recueille son consentement.

Dans le cas d'une orientation, il est recommandé qu'une copie complète du dossier soit transmise avec un courrier explicatif au médecin qui va assurer la prise en charge. La femme enceinte autorise ou non l'accès à son dossier médical. Il est recommandé de toujours informer la femme enceinte des échanges d'informations réalisés entre les professionnels de santé.

Il est proposé que la femme enceinte dispose de son dossier de suivi de grossesse ou ait un accès direct en cas de dossier informatisé. Les établissements de santé ont une obligation

de conservation et d'archivage des dossiers médicaux, ce qui doit conduire à en faire une copie (papier ou informatique) systématiquement si le dossier est remis à la femme enceinte.

► Informations à transmettre aux femmes enceintes

En cas de nécessité d'orientation, il est recommandé d'informer la femme enceinte sur :

- les événements nouveaux survenus au cours de sa grossesse ;
- les modifications à apporter à la prise en charge ;
- la possibilité ultérieure d'une réorientation vers l'établissement d'origine ou vers un autre établissement, en cas de diminution du niveau de risque avant l'accouchement.

L'orientation le plus en amont possible de l'accouchement donne un délai permettant à la femme enceinte de s'organiser au plan personnel et familial. Il convient de l'aider à s'organiser et de s'assurer de l'accessibilité aux soins.

Avant d'organiser l'orientation, il est recommandé de communiquer à la femme enceinte, et à son entourage si elle le souhaite, des informations sur :

- les raisons de l'orientation, qu'elles soient d'ordre médical, logistique ou organisationnel. Il est recommandé de s'assurer de sa bonne compréhension ;
- le délai estimé de l'orientation ;
- l'équipe de professionnels de santé qui va la prendre en charge ;
- le numéro de téléphone pour prendre contact avec l'équipe ;
- l'établissement vers lequel elle doit être orientée (coordonnées, site Internet de l'établissement) ;
- le mode de transport prévu pour l'orientation ;
- les modalités d'une réorientation éventuelle.

En cas d'hospitalisation longue, il est proposé d'encourager le conjoint ou la personne accompagnatrice à prévoir son hébergement dans la ville de l'établissement d'accueil (par exemple, lit d'accompagnant, maison des familles, adresses du livret d'accueil de l'établissement).

Il est recommandé d'informer la femme des possibilités d'un soutien psychologique (en structure hospitalière ou en ville ; psychologue, psychiatre, en PMI, médecin traitant).

3.3 En cas de réorientation, quelles informations donner à la femme enceinte pour favoriser sa compréhension et sa participation active ?

L'information des femmes enceintes sur l'éventualité d'une réorientation et leur accompagnement dans ce cas doivent être une préoccupation essentielle des équipes soignantes. Il est recommandé d'informer la femme enceinte dès l'orientation de la possibilité d'une réorientation vers la maternité d'origine ou un autre établissement si le risque diminue. Les professionnels de santé doivent informer sur la complémentarité des maternités de type I, II et III. Informée à l'avance de cette possibilité de réorientation, l'adhésion de la femme enceinte en cas de changement d'orientation peut en être facilitée.

Lors de la proposition de réorientation il est recommandé d'informer la femme enceinte et, avec son accord, son entourage sur :

- la diminution du risque, les motifs qui permettent cette réorientation ;
- les prestations délivrées par l'établissement de réorientation ;
- l'équipe qui va recevoir la femme enceinte ;
- les compétences des structures de soins de proximité.

Il est recommandé d'informer le médecin traitant et les professionnels de santé concernés de la réorientation.

3.4 Comment prendre en compte l'environnement psychosocial de la femme enceinte et de son entourage ?

Lors de toute orientation il est recommandé de faire le point avec la femme enceinte sur :

- sa situation socioprofessionnelle ;
- sa situation familiale, le nombre d'enfants à sa charge ;
- les complications pratiques et d'organisation engendrées par cette orientation.

Pour les femmes enceintes vivant dans les zones très isolées tout risque identifié justifie leur rapprochement de la maternité.

Il est recommandé d'instaurer un dialogue avec la femme enceinte afin de :

- vérifier sa compréhension du motif de l'orientation ou de la réorientation, et du bénéfice attendu ;
- s'assurer qu'elle peut s'organiser si la maternité est éloignée de son domicile, avec l'aide éventuelle de son entourage (conjoint, personne référente, proche) ;
- susciter des questions de sa part ;
- détecter son besoin d'aide.

Il est recommandé d'identifier le plus tôt possible les femmes enceintes présentant notamment (liste non exhaustive) :

- un risque social ;
- une précarité ;
- des difficultés de couple ;
- une addiction.

Il est recommandé que ces femmes enceintes, avec leur accord :

- puissent bénéficier si besoin de l'intervention d'une assistante sociale, du personnel de la PMI, d'un psychologue ou d'un psychiatre ;
- soient prises en charge par une équipe multidisciplinaire structurée. Cette équipe doit décider conjointement de l'orientation très en amont de la date présumée de l'accouchement, au mieux dès le deuxième trimestre.

4 Échanges d'informations et communication entre professionnels de santé

4.1 Quelles sont les informations du dossier médical à transmettre pour assurer la sécurité lors d'une orientation ?

L'intégralité des informations médicales contenues dans le dossier médical doit être transmise avec l'accord de la femme enceinte. Il est conseillé d'insister tout particulièrement sur les motifs détaillés de l'orientation, ainsi que les coordonnées de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge, qui doivent être informés de l'évolution de la grossesse.

4.2 Comment développer et maintenir une communication interne au sein du réseau ?

La possibilité du transfert des informations médicales doit être un objectif majeur entre les réseaux d'une même région ou entre régions.

La compatibilité des systèmes informatisés des dossiers médicaux est essentielle au sein et entre les réseaux de périnatalité.

La circulation de toutes les autres informations doit s'appuyer sur les outils de chaque réseau, notamment annuaire, site Intranet, site Internet, etc.

Il est recommandé que chaque réseau élabore un document pour l'orientation et la réorientation de la femme (support papier ou informatisé).

4.3 Comment valoriser chaque acteur, notamment de proximité, au sein des réseaux ?

Le fait pour une femme enceinte de se voir proposer une orientation ne remet pas en cause les capacités des professionnels demandant son orientation, mais découle de la nécessité à un moment donné de l'évolution de la grossesse d'une adéquation entre une complication ou un risque et un plateau médico-technique pluridisciplinaire.

Il est proposé de favoriser les réunions de concertation autour des dossiers des femmes enceintes pouvant nécessiter une orientation, en équipe pluridisciplinaire, en facilitant l'accès des professionnels de santé aux différents types de structure périnatale (libérale, publique). Ce lien est primordial dans la cohérence et la cohésion des réseaux périnataux.

Valoriser chaque acteur du réseau périnatal, c'est rappeler que les professionnels de santé exerçant dans les toutes les maternités françaises (en obstétrique, en pédiatrie, anesthésie-réanimation, médecine d'urgence) doivent offrir à la population la même garantie de formation et de compétence face aux urgences imprévisibles.

Il est recommandé que les réseaux organisent :

- l'orientation des femmes enceintes dont les grossesses sont à haut risque vers les maternités à haute technicité ;
- mais aussi l'orientation des femmes enceintes dont les grossesses ne sont pas à haut risque vers les autres maternités ;
- les réorientations éventuelles en fonction de l'évolution du risque ou du terme de la grossesse.

5 Quelles sont les non-indications et les contre-indications à une orientation ?

Les non-indications aux orientations entre les maternités sont développées ci-dessous au sein de chaque chapitre traitant des critères médicaux d'orientation. Il est important de rappeler que les orientations pour indications fœtales, en dehors des estimations de terme et de poids de viabilité, doivent être discutées au cas par cas au sein des réseaux. La situation psychosociale des femmes enceintes doit être prise en compte dans la balance bénéfice/risque des orientations. Les seules situations de contre-indications de l'orientation sont des situations urgentes qui seront traitées dans des recommandations complémentaires à venir.

6 Quels sont les critères de réorientation et quelles en sont les modalités pratiques, lorsque le risque a diminué ?

Il est recommandé que la réorientation soit proposée systématiquement dès que l'amélioration de la situation pathologique de la grossesse ou un avancement dans le terme de la grossesse le permet. La réorientation doit favoriser le retour de la femme enceinte :

- soit dans son établissement d'origine ;
- soit dans un établissement correspondant à l'évolution de son niveau de risque ;
- en prenant en considération les souhaits de la femme enceinte (par exemple la proximité du domicile).

Cet établissement doit être adapté à la prise en charge de l'affection maternelle et aux capacités des structures pédiatriques de l'établissement à recevoir le futur nouveau-né. Tout en préservant la liberté de choix de la femme enceinte et de son entourage, et en veillant à les faire participer à la décision, il est recommandé de consacrer du temps à expliquer le bien-fondé de la réorientation. Il est recommandé d'informer le médecin traitant de la réorientation. En cas de non-réorientation alors que celle-ci paraît possible, il est recommandé de fournir une motivation détaillée à l'ensemble des professionnels de santé qui sont intervenus dans le processus d'orientation.

7 Quelles sont les indications d'orientation des femmes enceintes vers une maternité en fonction du risque materno-fœtal identifié ?

7.1 Comment tenir compte des différents types de maternités en fonction du risque maternel et du risque fœtal ?

La définition des différents types de maternités n'intègre pas la notion de risque maternel. Elle ne tient pas compte de la disponibilité éventuelle dans l'établissement d'autres secteurs de soins pouvant avoir une importance dans la prise en charge de certaines affections ou complications de la grossesse et de l'accouchement.

Dans le cadre de la réflexion au cas par cas d'une demande d'orientation d'une femme enceinte, il est recommandé de s'assurer de la disponibilité des plateaux techniques nécessaires à la prise en charge de l'affection de la femme enceinte :

- service de réanimation adulte ;
- service de soins intensifs pour adultes ;
- service de radiologie (possibilité d'embolisation artérielle) ;
- services de spécialités médicales ou chirurgicales.

Il n'y a en effet pas toujours de superposition dans un établissement entre la capacité de prise en charge du risque fœtal et celle du risque maternel.

Avant de prendre une décision d'orientation, il est recommandé de recalculer le terme de la grossesse et de vérifier la méthode utilisée pour le calcul du terme. Il est recommandé de raisonner en semaines d'aménorrhée⁵ pour exprimer le terme gestationnel de la grossesse.

Les risques et les complications sont présentés ci-dessous par ordre alphabétique. La structure d'accueil néonatal doit être adaptée au terme de la grossesse et à l'estimation pondérale du fœtus. Pour cette raison, cette notion est rappelée pour chaque situation envisagée.

7.2 Alcool et grossesse

Les femmes enceintes ayant une addiction à l'alcool⁶ doivent relever d'une prise en charge multidisciplinaire dans un réseau organisé. Ce réseau implique les différents intervenants (médecin généraliste, psychiatre, addictologue, alcoologue, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA], obstétricien, pédiatre, sage-femme). Ce réseau permet aux femmes enceintes de mener leur grossesse à terme en minimisant les complications pour l'enfant et la mère d'un point de vue médical et social.

⁵ Le terme de la grossesse doit être exprimé en semaines d'aménorrhée + jours d'aménorrhée.

⁶ Le dépistage de l'alcoolisation des femmes enceintes n'est pas abordé ici.

► Orientation

Pour l'accouchement, en l'absence de comorbidité, les femmes enceintes ayant une addiction à l'alcool peuvent être prises en charge dans tout type de maternité. La structure pédiatrique doit être adaptée à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

7.3 Autres addictions et grossesses

Les femmes enceintes ayant des conduites addictives doivent relever d'une prise en charge multidisciplinaire dans un réseau organisé. Ce réseau organisé implique les différents intervenants (médecin généraliste, psychiatre, addictologue, tabacologue, CSAPA, obstétricien, pédiatre, sage-femme).

Ce réseau permet :

- la mise en place d'un traitement de substitution des opiacés ou d'un sevrage selon les substances consommées ;
- de mener la grossesse à terme en minimisant les complications pour l'enfant et pour la mère d'un point de vue médical et social.

► Orientation

En l'absence de comorbidité maternelle, tout type de maternité doit être capable de prendre en charge les femmes enceintes ayant une addiction, en lien avec :

- le réseau de proximité (médecin généraliste, sage-femme, PMI) ;
- les professionnels de santé spécialisés en addictologie (psychiatre, psychologue, association) ;
- le CSAPA et les équipes de liaison et de soin en addictologie.

Pour l'accouchement, en l'absence de comorbidités maternelles, il est recommandé que l'organisation (exigence technique et de compétence) de la maternité soit en mesure d'assurer la détection et la prise en charge d'un éventuel syndrome de sevrage chez la mère ou le nouveau-né. Le sevrage du nouveau-né nécessite des soins qui s'avèrent parfois difficiles dans certaines maternités et imposent souvent le recours à un pédiatre (par exemple pour la prescription et la surveillance d'un traitement de substitution des opiacés). Ces exigences s'appliquent quel que soit le type de maternité.

La structure pédiatrique de la maternité doit être adaptée à l'estimation pondérale du fœtus au terme de la grossesse et aux éventuels risques pour le fœtus en fonction des produits consommés par la femme enceinte (tels que prématurité, risque de malformation, de retard de croissance intra-utérin, d'infarctus cérébral, de syndrome de sevrage néonatal).

La prise en charge obstétricale, en dehors de pathologies intercurrentes, peut être réalisée dans tout type de maternité dont l'organisation permet la mise en place du réseau périnatal de proximité (médecin généraliste, sage-femme, PMI) – hôpital. L'articulation entre le médecin généraliste, la sage-femme, les acteurs de la PMI est nécessaire à la prise en charge adéquate de ces femmes enceintes en pré et *post-partum*.

7.4 Allo-immunisation fœto-maternelle

Les réseaux sont invités à rédiger les procédures organisationnelles pour la prise en charge de l'allo-immunisation antiérythrocytaire et antiplaquettaire.

7.4.1 Allo-immunisation antiérythrocytaire

Il est recommandé que les femmes enceintes ayant une allo-immunisation anti-D ou toute autre agglutinine irrégulière potentiellement responsable d'une anémie fœtale bénéficient d'un suivi échographique par un échographiste ayant une pratique de dépistage de l'anémie

foetale et travaillant en lien avec un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ou un centre d'hémobiologie périnatale.

Les spécificités de l'analyse et de la prise en charge de ces pathologies foetales nécessitent une expertise qui n'est disponible que dans un nombre limité de centres en France. Il est recommandé que chaque établissement connaisse le ou les centres de référence d'hémobiologie périnatale avec lesquels il peut collaborer.

► Orientation

Il est recommandé que les femmes enceintes dont le fœtus a une anémie foetale liée à une allo-immunisation soient prises en charge dans des maternités pourvues d'un centre de médecine anténatale et d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale en fonction de l'âge gestationnel et du poids estimé.

7.4.2 Allo-immunisation antiplaquettaire

La thrombopénie foetale par allo-immunisation plaquettaire est liée au passage d'anticorps maternels dirigés contre un alloantigène de membrane des plaquettes foetales. Ces alloantigènes sont des *Human Platelet Antigen* (HPA). Il en existe plusieurs types ; néanmoins, l'HPA-1a est en cause dans près de 85 % des cas d'allo-immunisation antiplaquettaire.

► Orientation

Pour les femmes enceintes ayant une allo-immunisation plaquettaire avec un antécédent d'hémorragie foetale sévère ou de thrombopénie foetale sévère, et dans le cas où le fœtus est porteur des alloantigènes concernés, il est recommandé que le suivi et l'accouchement soient réalisés par une équipe obstétrico-pédiatrique qui dispose de l'expérience de la prise en charge des allo-immunisations plaquettaires.

Il est recommandé que l'accouchement soit planifié en collaboration entre l'équipe obstétricale et pédiatrique et si nécessaire en concertation avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal et le centre d'hémobiologie qui a fait le diagnostic.

La disponibilité immédiate de plaquettes compatibles pour le nouveau-né doit être assurée. La structure pédiatrique doit être adaptée au terme et au poids de naissance estimé du nouveau-né.

Pour les femmes enceintes ayant une allo-immunisation plaquettaire et dont le fœtus n'est pas porteur des alloantigènes, l'accouchement peut avoir lieu dans tout type de maternité.

7.5 Anomalies héréditaires de l'hémostase (hémophilie A et B, maladie de Willebrandt, déficit en facteur XI)

► Rappel physiopathologique sur l'hémophilie A et B

L'hémophilie A et l'hémophilie B sont des troubles héréditaires de la coagulation. La transmission est liée à l'X et se traduit par un déficit en facteur VIII (hémophilie A) ou IX (hémophilie B). La traduction clinique de ces deux maladies est identique. Les hommes atteints d'hémophilie ont une symptomatologie corrélée au déficit de facteur de coagulation. Les femmes ayant dans leur famille des personnes atteintes d'hémophilie peuvent être transmettrices :

- obligatoires (père hémophile) ;
- potentielles (présence d'une hémophilie dans la famille maternelle) ;
- sporadiques (un enfant hémophile).

Les femmes porteuses d'une mutation de l'hémophilie ont habituellement des taux de facteur VIII ou IX avoisinant les 50 %, ce qui n'occasionne pas de troubles de la coagulation.

Quelques femmes peuvent avoir un taux de facteur de coagulation inférieur à 50 % et par conséquent avoir des complications hémorragiques.

► **Rappel physiopathologique sur la maladie de Willebrandt**

La maladie de Willebrandt est le trouble de la coagulation héréditaire le plus fréquent. La prévalence de la maladie de Willebrandt est d'environ 1 % dans la population générale. Il existe 3 types de maladie de Willebrandt :

- pour le type 1 et le type 2 :
 - la transmission est autosomique dominante à pénétrance variable,
 - les enfants des deux sexes peuvent être atteints,
 - la gravité est en général modérée ;
- pour le type 3 :
 - la transmission est autosomique récessive, de gravité sévère (facteur Willebrandt < 1 %).

► **Rappel physiopathologique sur le déficit en facteur XI**

Il s'agit d'un trouble de la coagulation génétique à transmission autosomique dominante dont l'expression est variable et non corrélée aux concentrations de facteurs de coagulation.

► **Orientation**

La proximité immédiate d'un service d'hématologie biologique compétent dans le domaine de l'hémostase et un approvisionnement permanent en produits sanguins labiles et en produits sanguins stables sont nécessaires à la prise en charge en vue de l'accouchement des femmes enceintes porteuses de troubles héréditaires de la coagulation persistant durant la grossesse (une augmentation progressive du taux de facteur de Willebrandt peut être observée durant la grossesse).

Il est recommandé qu'un plateau technique permettant la prise en charge optimale des hémorragies du *post-partum* (embolisation, chirurgie, réanimation adulte) soit accessible lorsque les troubles de l'hémostase sont persistants.

Il est nécessaire que le lieu de l'accouchement soit déterminé au cas par cas par une équipe obstétricale, anesthésique et pédiatrique ayant l'expérience de la prise en charge des pathologies congénitales de l'hémostase, en concertation avec un service d'hématologie biologique compétent en hémostase.

La prise en charge pédiatrique nécessite la possibilité de réaliser un dépistage précoce et rapide, ainsi qu'une possibilité d'évaluation pédiatrique régulière.

Concernant ces trois pathologies, il est recommandé d'établir un protocole personnalisé pour chaque femme enceinte, écrit et facilement accessible dans le dossier.

Il est nécessaire que le protocole de prise en charge soit établi en concertation entre l'hémobiologue, l'obstétricien, l'anesthésiste-réanimateur et le pédiatre.

La prise en charge des femmes enceintes porteuses d'hémophilie et de la maladie de Willebrandt doit être faite en coordination avec les centres régionaux de traitement de l'hémophilie (CRTH)⁷.

⁷ Les principaux centres de traitement de l'hémophilie et autres maladies hémorragiques sont référencés dans le protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare de la HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_483032/ald-n11-hemophilies-et-affections-constitutionnelles-de-l-hemostase-graves

7.6 Cardiopathies maternelles acquises ou congénitales

► Cardiopathies concernées

Les différentes cardiopathies maternelles congénitales et acquises à risque sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous (liste non exhaustive). Le niveau de risque cardiologique doit toujours être réévalué par le cardiologue dès le début de la grossesse.

Tableau 1. Exemples de cardiopathies maternelles congénitales et acquises considérées comme étant à risque au cours de la grossesse

Cardiopathies maternelles congénitales		
Lésions congénitales considérées comme étant à bas risque	Lésions congénitales considérées comme étant à risque modéré	Lésions congénitales considérées comme étant à haut risque
- Communication interventriculaire - Communication interauriculaire - Coarctation de l'aorte opérée - Tétralogie de Fallot	- Sténose mitrale - Sténose aortique - Présence d'un ventricule systémique droit (après chirurgie pour switch auriculaire) - Cardiopathies cyanosantes sans hypertension artérielle pulmonaire - Présence d'une circulation modifiée de Fontan (anastomose cavopulmonaire complète)	- Syndrome de Marfan - Syndrome d'Eisenmenger - Autres étiologies d'hypertension artérielle pulmonaire - Syndrome d'Ehler Danlos
Cardiopathies maternelles acquises		
Lésions acquises considérées comme étant à bas risque	Lésions acquises considérées comme étant à risque modéré	Lésions acquises considérées comme étant à haut risque
- Présence d'une régurgitation valvulaire (mitrale ou tricuspide) - Prothèses valvulaires	- Sténose mitrale - Sténose aortique - Coronaropathie - Cardiomyopathie hypertrophique	- Cardiomyopathies du <i>péripartum</i> - Cardiomyopathies dilatées

► Orientation

Pour toute femme enceinte atteinte d'une cardiopathie acquise ou congénitale, il est recommandé que le cardiologue habituel et le cardiologue référent de la maternité se concertent pour les décisions telles que le mode d'accouchement envisagé. Il est recommandé de prêter attention aux prises médicamenteuses de la femme enceinte (telles que inhibiteurs de l'enzyme de conversion, statines, antiagrégants).

Femmes enceintes considérées comme étant à bas risque

Après une évaluation cardiaque complète, les femmes enceintes classées à bas risque peuvent être prises en charge dans tout type de maternité, tout en gardant un lien avec leur cardiologue. Il est recommandé qu'un protocole écrit de conduite à tenir soit disponible dans le dossier de la femme enceinte.

Femmes enceintes considérées comme étant à risque modéré

Les femmes enceintes à risque modéré doivent être suivies par un cardiologue référent en collaboration avec la maternité. Il est conseillé que le cardiologue référent soit en lien avec le plateau technique de cardiologie habituel pour la maternité concernée. Si nécessaire, les femmes enceintes doivent pouvoir être hospitalisées dans un service de cardiologie en collaboration avec un service de réanimation adulte ou de soins intensifs cardiologiques. Cette hospitalisation doit se faire en concertation avec la maternité, quel que soit le type de maternité.

Femmes enceintes considérées comme étant à risque élevé

Les femmes enceintes à haut risque doivent être suivies et si nécessaire hospitalisées dans le cadre d'une coordination des soins entre un service de cardiologie, un service de réanimation adulte ou de soins intensifs cardiologiques et une maternité.

Pour l'accouchement, le choix de la structure pédiatrique doit dans certaines situations être adapté au terme, au poids estimé et à l'éventuelle pathologie de l'enfant à naître, tout en privilégiant la prise en charge de la femme enceinte.

7.7 Cancers au cours de la grossesse

► Cancer *in situ* du col de l'utérus

En cas de dysplasie cervicale, la prise en charge dans un centre de cancérologie n'est pas nécessaire.

► Cancer invasif du col de l'utérus

La rareté et la spécificité de la prise en charge des lésions invasives du col de l'utérus durant la grossesse justifient la prise en charge par une équipe multidisciplinaire ayant des compétences carcinologiques et l'habitude de la prise en charge, notamment chirurgicale, de ce type de lésions.

► Cancer du sein et grossesse

Les contraintes thérapeutiques impliquées par la découverte d'un cancer du sein au cours de la grossesse justifient un suivi par une équipe multidisciplinaire associant chirurgien, oncologue, radiothérapeute, obstétricien et pédiatre.

Il n'y a pas d'implication particulière concernant le lieu d'accouchement, sauf complication thérapeutique. La décision du lieu de l'accouchement est prise en concertation avec l'équipe multidisciplinaire qui a la charge de la femme enceinte.

► Autres cancers

Les contraintes thérapeutiques impliquées par la découverte d'un cancer au cours de la grossesse justifient un suivi par une équipe multidisciplinaire associant chirurgien, oncologue, radiothérapeute, obstétricien et pédiatre. Le lieu d'accouchement doit être décidé au cas par cas entre les différents intervenants de la prise en charge et en fonction de l'évolution du cancer.

Pour l'accouchement, le choix de la maternité doit être adapté au terme, au poids estimé et à l'éventuelle pathologie de l'enfant à naître, tout en privilégiant la prise en charge de la femme enceinte.

7.8 Diabète de type 1 et 2 préexistant

► Définitions

La définition du diabète, qu'il soit de type 1 ou 2, repose sur des valeurs glycémiques mesurées dans le plasma de sang veineux (cf. tableau 2).

Tableau 2. Valeurs seuils de définition du diabète préexistant (en dehors de la grossesse)

Concentration en glucose	mmol/L	g/L
À jeun	≥ 7,0	≥ 1,26
2 heures après charge de glucose (75 g)	≥ 11,1	≥ 2

► Orientation

Les femmes enceintes ayant un diabète de type 1 ou 2 antérieur à la grossesse doivent être prises en charge dans une maternité par un obstétricien collaborant régulièrement avec une équipe diabétologique (endocrinologue, nutritionniste, diététicienne) et le médecin généraliste.

En l'absence de comorbidité maternelle et en cas de diabète équilibré, il est recommandé que l'organisation logistique (exigence technique, de compétence et d'organisation), quel que soit le type de maternité prenant en charge les femmes enceintes, soit en mesure d'assurer la surveillance et la prise en charge :

- des accidents hypoglycémiques du nouveau-né ;
- des autres complications des nouveau-nés de mère diabétique.

Les éléments techniques nécessaires dans la maternité prenant en charge ces femmes enceintes sont :

- un examen pédiatrique à réaliser à la naissance ;
- une surveillance attentive du nouveau-né par des glycémies, des glycémies capillaires systématiques et précoces ;
- un apport de sucre oral ou intraveineux au nouveau-né si nécessaire.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou à la maladie, le type de maternité doit être adapté au terme et à l'estimation pondérale du fœtus.

Il est recommandé que les maternités s'assurent de la validité des appareils de mesure des glycémies capillaires pour les nouveau-nés.

En cas de comorbidité maternelle liée au diabète ou de déséquilibre diabétique en cours de grossesse, l'orientation doit se faire vers une structure disposant du spécialiste adapté à la pathologie maternelle (par exemple : néphrologue en cas de néphropathie diabétique).

Dans les rares cas de dépistage échographique prénatal d'une cardiomyopathie hypertrophique du fœtus, il est recommandé que la maternité :

- dispose d'une unité de néonatalogie ;
- puisse réaliser une échographie cardiaque néonatale.

Les réseaux sont invités à proposer un protocole de prise en charge des hypoglycémies néonatales.

7.9 Diabète gestationnel

► Définition

Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiquée pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le *post-partum*. Il n'y a pas à ce jour de définition précise et consensuelle du diabète gestationnel.

► Orientation

Après une concertation multidisciplinaire (endocrinologue, nutritionniste, diététicienne, obstétricien, médecin généraliste), en l'absence de pathologie maternelle ou fœtale associée, l'orientation en vue d'un accouchement peut se faire vers tout type de maternité. Aucune autre spécificité de structure ne semble nécessaire à l'accouchement d'une femme ayant un diabète gestationnel. Le type de la maternité doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

7.10 Grossesses multiples

Les réseaux de périnatalité sont invités à rédiger des protocoles de prise en charge des grossesses multiples adaptés à la structure du réseau et à évaluer précisément les pratiques. L'organisation régionale de la prise en charge des grossesses multiples doit être discutée au sein de chaque réseau.

Le risque de complication maternelle et fœtale est significativement majoré en cas de grossesses multiples en comparaison à une grossesse monofœtale. Les complications à envisager sont :

- la prématurité (près d'un cas sur deux en cas de grossesses gémellaires⁸) ;
- le risque spécifique de syndrome transfuseur-transfusé) lié à certains types de chorionicité (grossesse monochoriale) ;
- la survenue d'une hypotrophie d'un ou plusieurs fœtus.
- Il est recommandé d'informer précocement les femmes enceintes du risque de transfert en urgence du fait des complications possibles et du risque de séparation mère-enfants.

La détermination précoce (dans le premier trimestre de la grossesse) de la chorionicité est fondamentale dans la prise en charge des grossesses multiples. Cette détermination doit être réalisée par un échographiste ayant une pratique du diagnostic de la chorionicité. Le suivi, la surveillance et l'accouchement des grossesses multiples ne peuvent être envisagés qu'au sein d'une équipe ayant la pratique de la prise en charge des grossesses multiples, d'un point de vue échographique et clinique.

► Orientation

La prise en charge de l'accouchement peut être envisagée dans tous les types de maternité, sous réserve des exigences de disponibilité d'une équipe pédiatrique en nombre suffisant au moment de l'accouchement, et de l'adaptation du type de maternité au terme et à l'estimation pondérale des fœtus.

Cas particuliers

Grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques

Le lieu du suivi des grossesses monochoriales biamniotiques ne fait pas l'objet d'un consensus sur le type de maternité, sous réserve de la possibilité du dépistage échographique des complications fœtales. C'est tout particulièrement le cas du dépistage du syndrome transfuseur-transfusé et de l'anémie fœtale qui doit être réalisé par un échographiste habitué et travaillant en lien avec un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Il est recommandé que l'accouchement des grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques soit réalisé dans les maternités qui disposent de la disponibilité immédiate et permanente d'un gynécologue obstétricien, d'un anesthésiste-réanimateur et d'une équipe pédiatrique en effectif et compétence en réanimation adaptés au nombre de fœtus et au degré de prématurité.⁹

Grossesses gémellaires monochoriales monoamniotiques

Les grossesses gémellaires monochoriales monoamniotiques doivent être prises en charge dans une maternité de type II ou de type III en raison de la prématurité induite et de la nécessité de plusieurs intervenants pédiatriques.

⁸ Le risque de prématurité pour les grossesses gémellaires (< 37 SA) est de 44,8 % ; 14,6 % de ces enfants sont nés à 36 SA et 8,7 % à 35 SA selon l'enquête de périnatalité de 2003.

⁹ Selon les recommandations élaborées par le CNGOF sur les grossesses gémellaires de 2009

Grossesses triples et au-delà

Les grossesses triples et au-delà doivent être prises en charge dans une maternité avec l'assurance de disponibilité d'une équipe pédiatrique en nombre suffisant au moment de l'accouchement, et de l'adaptation du type de maternité au terme et à l'estimation pondérale des fœtus (dans la grande majorité des cas une maternité de type III est recommandée).

7.11 Hémoglobinopathies

► Drépanocytose

Les femmes enceintes drépanocytaires homozygotes doivent être suivies dans une structure capable de répondre aux besoins de la prise en charge des crises drépanocytaires (analgésie profonde, oxygénation, hydratation) ainsi que de la surveillance des grossesses à haut risque.

Il est recommandé que l'orientation en vue de l'accouchement soit multidisciplinaire et réalisée par un obstétricien et un anesthésiste-réanimateur, en collaboration avec un hématologue. La structure pédiatrique doit être adaptée au terme de naissance et à l'estimation pondérale de l'enfant à naître.

► Thalassémies¹⁰

Définitions

Les thalassémies sont des maladies hématologiques liées à une diminution de synthèse de l'une des chaînes α (α thalassémies) ou β (β thalassémies) de la globine, résultant en une anémie microcytaire.

Dans le cas de l' α thalassémie, il existe quatre formes pathologiques de gravité croissante en fonction du nombre d'allèles atteints (de 1 à 4)¹¹ :

- la thalassémie $\alpha+$;
- le trait thalassémique α ;
- l'hémoglobinoïde H ;
- l'hydrops fœtal de Bart (pathologie *in utero*, non viable).

Dans le cas de la β thalassémie, les porteurs de la mutation à l'état hétérozygote sont bien portants, ils ont un trait thalassémique. La β thalassémie majeure correspond à la mutation à l'état homozygote.

Les thalassémies considérées comme mineures sont :

- dans le cas des α thalassémies :
 - le trait thalassémique α ,
 - la thalassémie $\alpha+$,
- dans le cas des β thalassémies :
 - la β thalassémie hétérozygote.

Les thalassémies considérées comme sévères sont :

- dans le cas des α thalassémies :
 - l'hémoglobinoïde H ;
- dans le cas des β thalassémies :
 - la β thalassémie homozygote.

¹⁰ Voir PNDS « Syndromes thalassémiques majeurs et intermédiaires ». Juin 2008. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_680242/ald-n-10-syndromes-thalassemiques-majeurs-et-intermediaires

¹¹ Les α thalassémies résultent de délétions (le plus souvent) ou de mutations ponctuelles (plus rarement) d'un ou plusieurs des quatre gènes de l' α globine.

► Orientations

Thalassémies mineures

Les femmes enceintes ayant une thalassémie mineure ne font pas partie des grossesses à risque de complication avérée. Une consultation génétique peut être proposée. La prise en charge de leur accouchement peut s'effectuer dans tout type de maternité.

Thalassémies sévères

Il est recommandé que les thalassémies sévères (β thalassémie homozygote, hémoglobinoïde H) soient orientées pour l'accouchement vers une équipe pluridisciplinaire (obstétricien, anesthésiste-réanimateur et hématologue). Une consultation génétique peut être proposée. La structure pédiatrique doit être adaptée au terme de naissance et à l'estimation pondérale de l'enfant à naître.

7.12 Hépatopathie et grossesse (hors prééclampsie)

► Cholestase gravidique

Il est primordial que les autres causes d'anomalies biologiques (syndrome hémolyse, cytolysse hépatique, thrombopénie, stéatose hépatique aiguë gravidique par exemple) soient éliminées avant d'envisager le diagnostic de cholestase gravidique.

Définition

La cholestase gravidique est une hépatopathie spécifique de la grossesse caractérisée par un prurit intense sans érythème cutané, associé à une perturbation du bilan hépatique, les diagnostics différentiels ayant été éliminés. Le prurit et les perturbations biologiques disparaissent après l'accouchement. Le diagnostic de cholestase gravidique étant posé, un accès au laboratoire d'analyses biologiques réalisant le dosage des sels biliaires peut être utile pour assurer la surveillance de la femme enceinte.

Orientation

Toutes les maternités peuvent prendre en charge pour l'accouchement les femmes enceintes ayant une cholestase gravidique.

En cas de risque de prématurité associé à la cholestase, le lieu d'accouchement doit être adapté au terme de la grossesse et à l'estimation du poids fœtal.

Les réseaux sont invités à rédiger des protocoles afin d'homogénéiser et d'évaluer les pratiques.

► Hépatites B

La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement d'une femme enceinte atteinte d'une hépatite B, en dehors de toute autre pathologie, doit relever d'un suivi conjoint avec l'hépatologue, l'obstétricien et le médecin généraliste. L'accouchement peut avoir lieu dans tout type de maternité, sous réserve de la disponibilité immédiate de la séroprophylaxie et de la vaccination du nouveau-né.

Il est recommandé que l'organisation logistique de la maternité soit en mesure d'assurer la disponibilité en urgence (si possible dans les 12 premières heures) des thérapeutiques néonatales (vaccination, séroprophylaxie).

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement est adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

► Hépatites C

La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement d'une femme enceinte atteinte d'une hépatite C, en dehors de toute autre pathologie, doit relever d'un suivi conjoint avec l'hépatologue et l'obstétricien. L'accouchement peut avoir lieu dans tout type de maternité. Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

► Stéatose hépatique aiguë gravidique

La stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG) sera traitée dans les futures recommandations sur les transferts en urgence des femmes enceintes présentant une complication de leur grossesse.

7.13 Haut risque d'accouchement prématuré à membranes intactes

► Définition

La menace d'accouchement prématuré est une situation qui peut conduire à la naissance d'un enfant prématuré (né avant 37 SA). La gravité de la menace d'accouchement prématuré et de la prématurité est variable, allant de la très grande prématurité (à partir du terme de viabilité de 24 SA à 25 SA [ce terme de 24-25 SA variant d'un réseau à l'autre, selon les équipes et selon les contextes]) jusqu'à 36 SA.

Ces recommandations ne traitent que de l'orientation des femmes enceintes à haut risque d'accouchement prématuré. Les entrées en travail prématuré inopinées seront traitées dans les futures recommandations sur les transferts en urgence des femmes enceintes présentant une complication de leur grossesse.

Les facteurs de haut risque d'accouchement prématuré sont (liste non exhaustive) :

- un antécédent de fausse couche tardive (à l'exclusion des morts fœtales *in utero* avec expulsion différée) ou d'accouchement prématuré avant 34 SA ;
- les grossesses multiples ;
- une anomalie müllérienne (par exemple : une malformation utérine, une exposition *in utero* au Distilbène®).

► Orientation

Chez les femmes enceintes asymptomatiques (sans contractions anormales) présentant l'un des facteurs de haut risque d'accouchement prématuré cités ci-dessus, l'évaluation du risque d'accouchement prématuré peut être aidée par une mesure échographique endovaginale de la longueur du canal cervical.

Concernant le dosage de la fibronectine fœtale, il n'y a pas à ce jour assez d'arguments dans la littérature pour pouvoir recommander son usage en pratique courante chez les femmes enceintes asymptomatiques.

En fonction de l'évaluation du risque d'accouchement prématuré, l'orientation de la grossesse est réalisée suivant des protocoles propres à chaque réseau dans le but d'optimiser le lieu d'accouchement en tenant compte de l'âge gestationnel.

Il est recommandé d'informer précocement les femmes enceintes ayant un haut risque d'accouchement prématuré, concernant les risques de transfert en urgence et de séparation mère-enfant. Cette information est primordiale.

Le lieu de naissance doit être adapté au terme et à l'estimation pondérale du fœtus. Si une hospitalisation est nécessaire, l'orientation se fait vers une maternité de type adapté, par

discussion au cas par cas, en fonction du terme de la grossesse et de l'estimation du poids fœtal :

- l'orientation en maternité de type III est recommandée avant 32 SA ou devant une estimation pondérale de moins de 1 500 grammes ;
- à 32 SA ou un peu avant, à savoir dans la 32^e SA (selon les possibilités ouvertes pour certains établissements en concertation régionale) si l'estimation du poids fœtal est supérieure à 1 500 grammes et en l'absence de pathologies fœtales, l'orientation est à proposer en maternité de type II (permettant les soins intensifs de néonatalogie).

Cette orientation doit faire l'objet d'une discussion au cas par cas entre le médecin qui adresse la femme enceinte et le médecin qui la reçoit au sein de chaque réseau de périnatalité.

Ces critères peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité, selon les protocoles et les conventions établis au sein de son réseau périnatal.

7.14 Haut risque d'hémorragie du *post-partum*

Toutes les maternités doivent être capables de faire face à la prise en charge d'une hémorragie du *post-partum*¹².

Les femmes enceintes sans facteur de haut risque identifié peuvent être prises en charge dans la maternité d'origine sous réserve de l'effective disponibilité des compétences et des moyens nécessaires à la prise en charge de ces femmes enceintes.

Femmes enceintes à haut risque hémorragique

Il est recommandé de considérer à haut risque hémorragique les femmes enceintes présentant les critères de risque suivants¹³ (liste non exhaustive) :

- une forte suspicion de défaut de placentation (placenta accreta, percreta, prævia recouvrant, utérus cicatriciel avec placenta en regard) ;
- l'existence de troubles sévères de l'hémostase ;
- un antécédent d'hémorragie grave du *péripartum*.

Le haut risque d'hémorragie du *post-partum* peut être découvert au cours de la grossesse (suspicion de placenta accreta), motivant, parfois tardivement, une orientation vers un autre lieu d'accouchement.

Certaines situations peuvent être considérées comme étant à risque d'hémorragie intermédiaire (liste non exhaustive) :

- la prééclampsie ;
- les distensions utérines (par exemple une macrosomie, des jumeaux, un hydramnios).

► Orientation

Femmes enceintes à haut risque hémorragique

Elles doivent être prises en charge dans un centre approprié et qualifié, doté (24 h/24) :

- d'un dépôt de produits sanguins labiles sur place ;
- d'un service de soins intensifs pour adultes ;
- de moyens humains associés à un plateau technique adapté (chirurgie +/- embolisation artérielle [liste non exhaustive]).

L'orientation doit faire l'objet d'une discussion pluridisciplinaire entre les équipes anesthésiques et obstétricales. Le type de maternité doit être adapté au terme et à l'estimation pondérale du fœtus.

¹² Se référer aux recommandations de la HAS : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations pour la pratique clinique.

¹³ Selon les recommandations élaborées par le CNGOF sur les hémorragies du *post-partum* de 2004.

Une forte suspicion de pathologie rare d'implantation du placenta doit faire l'objet :

- d'une procédure spécifique avec une collaboration entre les obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs ;
- d'une éventuelle orientation vers une structure permettant la réalisation d'un traitement conservateur (par exemple une embolisation artérielle utérine).

Femmes à risque d'hémorragie intermédiaire

Ces situations peuvent faire l'objet d'une discussion par l'équipe obstétricale selon les possibilités de prise en charge de la maternité :

- proximité d'un établissement français de sang ;
- éloignement d'un centre de dépôt de sang ;
- disponibilité d'une compétence chirurgicale.

Les réseaux sont invités à rédiger un protocole spécifique sur la prise en charge d'une hémorragie du *post-partum*.

7.15 Hypertension artérielle (HTA)

► Définitions

HTA

L'HTA pendant la grossesse est définie par une pression artérielle systolique > 140 mmHg ou une pression artérielle diastolique > 90 mmHg.

Prééclampsie et éclampsie

Voir *infra* 7.26.

► HTA préexistante à la grossesse

On parle d'HTA préexistante à la grossesse si elle est diagnostiquée avant 20 SA ou diagnostiquée rétrospectivement lorsque l'HTA ne se normalise pas dans un délai de 12 semaines après l'accouchement.

Orientation

Les femmes enceintes présentant une HTA préexistante bien contrôlée et en l'absence de signes de prééclampsie peuvent accoucher dans tout type de maternité sous réserve d'une surveillance (clinique, biologique, échographique) maternelle et fœtale adaptée à l'évolution.

Les femmes enceintes présentant une HTA mal équilibrée ou compliquée doivent être prises en charge dans une maternité en lien avec un spécialiste de la prise en charge de l'hypertension (néphrologue, cardiologue).

Il est conseillé que :

- le spécialiste de la prise en charge de l'HTA soit en lien avec le plateau technique habituel de la maternité concernée ;
- le bilan étiologique de l'HTA puisse être réalisé.

Lorsqu'une orientation est envisagée, quel que soit le type de la maternité, il est recommandé de disposer d'un service de soins continus ou intensifs pour adultes ou d'un service de réanimation adulte à proximité de la maternité.

Pour les deux situations envisagées, le niveau de soin pédiatrique doit être adapté au terme de la grossesse et à l'estimation du poids fœtal et au type de traitement antihypertenseur reçu (par exemple pour un bêtabloquant : hypoglycémie, bradycardie, hypotension, et, en cas d'exposition prolongée, retard de croissance).

► Hypertension artérielle gravidique

Il s'agit d'une HTA non identifiée avant la grossesse, apparaissant après 20 SA, sans protéinurie. Cette HTA se normalise après l'accouchement.

Orientation

Les femmes enceintes présentant une HTA gravidique bien contrôlée et en l'absence de signes de prééclampsie peuvent accoucher dans tout type de maternité sous réserve d'un suivi maternel et fœtal adapté (clinique, biologique, échographique).

Les femmes enceintes présentant une HTA gravidique mal équilibrée ou compliquée (HTA maligne) doivent être prises en charge dans une maternité en lien avec un spécialiste de la prise en charge de l'hypertension.

Il est conseillé que :

- le spécialiste de la prise en charge de l'HTA soit en lien avec le plateau technique habituel de la maternité concernée ;
- le bilan étiologique de l'HTA puisse être réalisé.
- Lorsqu'une orientation est envisagée, quel que soit le type de la maternité, il est recommandé de disposer d'un service de soins continus ou intensifs pour adultes ou d'un service de réanimation adulte à proximité de la maternité.

Pour les deux situations envisagées, le niveau de soin pédiatrique doit être adapté au terme de la grossesse et à l'estimation du poids fœtal et au type de traitement antihypertenseur reçu.

7.16 Interruption médicale de grossesse

L'interruption médicale de grossesse entre dans le contexte du diagnostic prénatal d'une pathologie fœtale (recherche d'anomalies de marqueurs, dépistage d'anomalies chromosomiques). L'interruption médicale de grossesse relève d'une discussion du dossier en centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.¹⁴

7.17 Malformations fœtales

La découverte au cours du suivi de la grossesse d'une malformation fœtale implique de prendre l'avis du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) du réseau. Les modalités de prise en charge du suivi et de l'accouchement font l'objet d'une discussion selon l'avis du CPDPN et des possibilités de prise en charge des différents établissements du réseau.

7.18 Maladies rares

La grossesse chez les femmes enceintes atteintes d'une maladie rare peut avoir des conséquences variables sur l'évolution de la pathologie et sur l'évolution de la grossesse. La liste des maladies rares ainsi que la liste des centres référents labellisés pour la prise en charge d'une maladie rare ou d'un groupe de maladies rares sont disponibles et mises à jour sur le site web de l'organisation : www.orphanet.net. Les associations de patients, dont une liste est disponible sur le site d'Orphanet, sont une ressource pour une aide parentale possible.

¹⁴ Des recommandations de l'Agence de biomédecine sont à venir.

► Orientation

En raison de la spécificité de chaque cas, il est recommandé que les professionnels de santé ayant à prendre en charge une femme enceinte atteinte d'une maladie rare prennent contact si possible avec le centre référent de la pathologie concernée et lors de la consultation préconceptionnelle.

7.19 Néphropathies chroniques antérieures à la grossesse

► Définitions

Le tableau 3 décrit les stades évolutifs des néphropathies.

Tableau 3. Stades des néphropathies		
Stade	Description	DFG estimé* (ml/min 1,73 m ²)
1	Atteinte rénale avec DFG normal ou augmenté	> 90
2	Atteinte rénale avec DFG légèrement diminué	60-89
3	DFG modérément diminué	30-59
4	DFG sévèrement diminué	15-29
5	Insuffisance rénale terminale	< 15 ou dialyse

* DFG = débit de filtration glomérulaire. La formule de Cockcroft n'est pas validée au cours de la grossesse du fait d'une augmentation physiologique du DFG.

► Orientation

Néphropathies de stade 1 et 2

Les femmes enceintes atteintes de néphropathies au stade 1 et 2 peuvent être prises en charge pour le suivi et l'accouchement dans toutes les maternités sous réserve de pouvoir disposer d'un avis spécialisé et d'une surveillance rapprochée.

Néphropathies modérées à sévères (stades 3 à 5)

En cas de néphropathies modérées à sévères (stades 3 à 5), une prise en charge multidisciplinaire dans une structure permettant la dialyse, une prise en charge néphrologique et une réanimation maternelle, est indispensable.

Il est recommandé que toutes les décisions concernant les femmes enceintes atteintes d'une pathologie rénale soient des décisions multidisciplinaires prises au cas par cas. Le type de maternité doit être adapté au terme de la grossesse et à l'estimation pondérale du fœtus, étant donné la prévalence de la prématurité et de l'hypotrophie fœtale.

Les grossesses chez les femmes enceintes greffées rénales sont traitées au paragraphe transplantation et grossesse.

7.20 Obésité et grossesse

► Définitions

L'indice de masse corporelle (IMC) en kg/m² est calculé selon la formule : poids (kg)/taille(m²). L'obésité est définie par un IMC compris entre 30 et 34,9. L'obésité morbide est définie par :

- IMC > 35 avec 2 comorbidités liées à l'obésité ;
- ou bien IMC > 40.

► Orientation

Il est indispensable que les femmes enceintes obèses aient une consultation obstétricale et anesthésique précocement au cours de la grossesse afin d'évaluer les risques liés à l'obésité, en lien avec le médecin généraliste.

En cas d'antécédent de chirurgie de l'obésité, une prise en charge multidisciplinaire impliquant l'obstétricien, l'anesthésiste-réanimateur, l'équipe de nutrition et le chirurgien est recommandée.

Il est recommandé que l'orientation vers la maternité où est envisagée la naissance :

- soit précoce ;
- soit effective au deuxième trimestre de la grossesse.

En cas d'obésité morbide, il est recommandé de s'assurer au plus tôt que la maternité où souhaite accoucher la femme enceinte a la capacité de la prendre en charge pour l'accouchement.

Quel que soit le type de la maternité, les contraintes logistiques d'équipement en matériel, d'organisation des équipes et des modalités de transport doivent être évaluées en fonction des mensurations et du poids de la femme enceinte. Ces recommandations sont particulièrement importantes en cas d'obésité morbide. L'orientation dépend, en dehors de comorbidités associées, des réponses aux évaluations précédentes, et de l'accord obstétrico-anesthésique.

Indépendamment d'une complication liée à l'obésité, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

Les réseaux périnataux sont invités à rédiger des protocoles de prise en charge de la femme enceinte ayant une obésité morbide.

7.21 Pathologies auto-immunes

Les pathologies auto-immunes sont définies par une réponse immunitaire contre un ou plusieurs constituants de l'organisme, classées en fonction de leur mécanisme (humoral ou cellulaire) ou des organes atteints (foie, pancréas, thyroïde, vaisseaux, etc.). Ces pathologies nécessitent un suivi pluridisciplinaire spécifique des spécialistes d'organes concernés.

Devant les diversités des symptômes et des conséquences de ces pathologies sur la grossesse, une discussion pluridisciplinaire sur les modalités de suivi et d'accouchement doit avoir lieu au cas par cas.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

► Maladie de Basedow

Dans le cadre d'une maladie de Basedow, la réalisation d'un suivi échographique fœtal est recommandée en cas de présence d'anticorps spécifiques de la maladie de Basedow. Le suivi de la femme enceinte doit être conjoint (obstétricien, endocrinologue, médecin généraliste, anesthésiste).

► Lupus érythémateux systémique

Un suivi clinique et biologique maternel (y compris le titrage des anticorps antinucléaires de type anti-Ro ou anti-La, ainsi que les fractions C3-C4 du complément) est recommandé ainsi qu'une surveillance de la croissance fœtale. En cas de présence d'anticorps antinucléaires de type anti-Ro (anti-SSA) ou de type anti-La (anti-SSB), il est proposé de réaliser une

surveillance échographique cardiaque fœtale ainsi qu'un ECG du nouveau-né durant le séjour à la maternité.

Orientation

En l'absence de complications d'organes et de complications de la grossesse (prééclampsie, retard de croissance intra-utérin par exemple), et après une discussion multidisciplinaire avec un centre ou un spécialiste référent, les femmes enceintes ayant un lupus peuvent être prises en charge dans toutes les maternités sous réserve d'une surveillance conjointe (clinique, biologique, échographique) adaptée.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

7.22 Pathologies neurochirurgicales

Le caractère grave et potentiellement évolutif lors de la grossesse de certaines pathologies cérébrales (tumeurs, hydrocéphalie) impose une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire (neurochirurgien, neurologue, obstétricien, anesthésiste-réanimateur) du fait de la spécificité de ces atteintes. La structure d'accueil pédiatrique doit être adaptée au terme et à l'estimation pondérale de l'enfant à naître.

7.23 Pathologies respiratoires

► Asthme

L'asthme est une pathologie pulmonaire chronique potentiellement grave chez 4 à 8 % des femmes enceintes. Il est recommandé que le suivi de la femme enceinte soit réalisé par une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Afin de décider de la meilleure orientation possible en fonction des organisations locales, il est recommandé que l'orientation de la femme enceinte implique une coordination et une concertation pluridisciplinaire entre les équipes (obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pneumologues).

Il est recommandé que l'orientation des femmes enceintes ayant un asthme persistant sévère ou non contrôlé se fasse obligatoirement vers une structure disposant de soins intensifs ou continus pour adultes ou de réanimation adulte sur le site, quel que soit le type de maternité.

► Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO nécessite un suivi régulier pneumologique, par ses risques infectieux et aggravants, en particulier chez les femmes enceintes. Leur orientation se fait vers la structure la mieux adaptée, qui est choisie en fonction du retentissement de la BPCO au cas par cas conjointement par l'obstétricien, le pneumologue en lien avec le médecin généraliste. Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

► Autres pathologies respiratoires chroniques

Les pathologies respiratoires rares dont la mucoviscidose, non abordées dans ce paragraphe, sont développées dans le paragraphe des maladies rares.

► Insuffisance respiratoire aiguë, complications pulmonaires aiguës

L'insuffisance respiratoire aiguë, les complications pulmonaires aiguës survenant durant la grossesse, de causes très différentes, imposent une prise en charge immédiate en urgence. Elles seront traitées dans les futures recommandations sur les transferts en urgence des femmes enceintes présentant une complication de leur grossesse.

7.24 Pathologies thrombo-emboliques et situations à risque thrombo-embolique

Les situations à risque des maladies thrombo-emboliques veineuses sont (liste non-exhaustive) :

- les femmes enceintes traitées au long cours par des anticoagulants avant la grossesse pour un épisode de maladie thrombo-embolique veineuse en rapport ou non avec une thrombophilie ;
- les antécédents de maladie thrombo-embolique veineuse multiple ;
- un antécédent de maladie thrombo-embolique veineuse, sans facteurs de risque retrouvés ;
- un antécédent de maladie thrombo-embolique veineuse associé à l'un des facteurs de risque suivants :
 - un déficit en antithrombine III,
 - un syndrome des antiphospholipides,
 - une mutation homozygote isolée 20210 A de la prothrombine (déficit qualitatif en facteur II) ou un facteur V Leiden,
 - l'existence d'anomalies hétérozygotes combinées (surtout une mutation 20210 A et un facteur V Leiden hétérozygote) ;
- un antécédent de maladie thrombo-embolique veineuse lors d'une grossesse antérieure ou au cours d'un traitement œstrogénique.

► Orientation

Au vu des risques encourus et des recommandations existantes publiées, la prise en charge des femmes enceintes à risque de maladie thrombo-embolique veineuse, y compris majeur, doit être réalisée par une maternité disposant d'un laboratoire compétent pour le diagnostic des anomalies thrombophiliques, d'un médecin anesthésiste-réanimateur et d'un obstétricien, quel que soit le type de maternité.

Une vigilance particulière doit être apportée au relais thérapeutique au voisinage de l'accouchement et en *post-partum*. Il est recommandé qu'une équipe référente en hémostase soit identifiée et disponible et que des protocoles thérapeutiques soient mis en place au sein du réseau de périnatalité.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

7.25 Polypathologies

Les femmes enceintes atteintes de polypathologies ne peuvent pas faire l'objet de recommandations documentées par la littérature, les cas étant par définition multiples et individuellement spécifiques. Il est recommandé qu'en cas de survenue d'une grossesse chez une femme enceinte atteinte de pathologies multiples, la discussion sur le suivi et le mode d'accouchement se déroule entre tous les intervenants du parcours médical de la femme enceinte. Le suivi et la discussion multidisciplinaire ont pour but d'optimiser la qualité de vie de la femme enceinte, le pronostic obstétrical, et de minimiser les complications éventuelles des différentes pathologies.

7.26 Prééclampsie et éclampsie

► Définition

La prééclampsie est l'association d'une HTA (pression artérielle systolique > 140 mmHg et pression artérielle diastolique > 90 mmHg) à une protéinurie (supérieure à 0,3 g/24 h).

La prééclampsie sévère est une prééclampsie avec au moins l'un des critères suivants :

- une HTA sévère (pression artérielle systolique ≥ 160 mmHg et/ou pression artérielle diastolique ≥ 110 mmHg) ;
- une atteinte rénale avec oligurie (diurèse < 500 ml/24 h) ou créatininémie > 135 μ mol/L, ou protéinurie > 5 g/j ;
- un œdème aigu pulmonaire, une barre épigastrique persistante, un syndrome hémolyse, cytolyse hépatique, thrombopénie (HELLP syndrome) ;
- une éclampsie ou des troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, réflexes ostéotendineux polycinétiques, céphalées) ;
- une thrombopénie inférieure à 100 Giga/L ;
- un hématome rétroplacentaire (HRP) ou un retentissement fœtal (retard de croissance intra-utérin ou mort fœtale *in utero*).

Une prééclampsie précoce se définit par une prééclampsie survenant avant 32 SA.

L'éclampsie se définit par la survenue d'une crise convulsive tonico-clonique dans un contexte de prééclampsie.

Les femmes enceintes à risque élevé de prééclampsie sont des femmes enceintes ayant eu au moins l'une des caractéristiques suivantes :

- un antécédent de prééclampsie sévère et précoce ;
- porteuses d'une néphropathie ;
- porteuses d'une maladie auto-immune, d'un lupus, d'un syndrome des antiphospholipides.

► Orientation

Femmes enceintes à risque élevé de prééclampsie

Il est recommandé que leur suivi et leur prise en charge fassent l'objet d'une concertation multidisciplinaire (obstétricien, néphrologue, cardiologue, spécialiste de l'hypertension artérielle, médecin interniste).

Quel que soit le type de maternité envisagé, il est proposé que l'orientation soit établie en fonction de l'évaluation :

- du risque d'une récurrence de prééclampsie ;
- des complications maternelles ;
- du terme et de l'estimation pondérale fœtale.

Femmes enceintes présentant une prééclampsie

Elles doivent être prises en charge dans une maternité de niveau adapté au terme de la grossesse et à l'estimation pondérale fœtale, quel que soit type de maternité.

Femmes enceintes présentant une prééclampsie sévère

Elles doivent être orientées vers une maternité associée à un service de réanimation adulte. Le niveau de soin pédiatrique doit être adapté au terme de la grossesse et à l'estimation du poids fœtal et au type de traitement antihypertenseur reçu (tel qu'un bêtabloquant).

Il est recommandé que toute femme enceinte ayant eu une prééclampsie sévère ou précoce ait un bilan et une consultation en *post-partum* par un obstétricien pour :

- évaluer le risque de récurrence de la prééclampsie pour les grossesses ultérieures ;
- la conseiller sur les éventuels traitements alors nécessaires.

Les situations d'urgence telles que prééclampsie sévère, éclampsie, hématome rétroplacentaire, syndrome hémolyse, cytolysé hépatique, thrombopénie (HELLP syndrome) seront traitées dans les futures recommandations sur les transferts en urgence des femmes enceintes présentant une complication de leur grossesse.

7.27 Troubles psychopathologiques au cours de la grossesse

La difficulté majeure pour les troubles psychopathologiques est leur dépistage au cours de la grossesse. Tout médecin doit être vigilant sur la possibilité d'une grossesse chez les femmes en âge de procréer traitées pour une pathologie psychiatrique.

Les femmes ayant des antécédents de dépression postnatale, de psychose puerpérale (psychose au décours des 4 semaines du *post-partum*) comme des antécédents de dépression caractérisée, de troubles anxieux, de troubles bipolaires, de psychoses sont à risque de développer un trouble psychopathologique en cours de grossesse. Cette liste est non exhaustive.

Les troubles psychopathologiques justifient d'une collaboration pluridisciplinaire précoce dans la prise en charge entre le psychiatre et les autres intervenants du parcours de soins (médecin généraliste, sage-femme, obstétricien, PMI, anesthésiste-réanimateur, pédiatre, travailleur médico-social) quel que soit le type de maternité.

Il est nécessaire que le professionnel qui suit la grossesse et le médecin généraliste soient informés du suivi psychiatrique de la femme enceinte. La possibilité d'accès à une structure psychiatrique au sein du réseau est nécessaire.

► Orientation

Prenant en compte la variabilité et la complexité de ces troubles psychopathologiques, l'orientation pour l'accouchement de ces femmes enceintes est décidée au cas par cas, quel que soit le type de maternité envisagé.

La structure pédiatrique doit être adaptée au terme et à l'estimation pondérale et aux éventuelles pathologies de l'enfant à naître (en fonction des données cliniques et échographiques), étant donné les risques :

- de pathologies obstétricales associées ;
- et de retentissement fœtal possible du traitement (liste non exhaustive) :
 - prématurité,
 - retard de croissance,
 - petit poids de naissance,
 - risque de malformation notamment cardiaque (par exemple en cas de traitement par le lithium),
 - convulsions à la naissance.

Chaque situation spécifique doit faire l'objet d'une fiche de synthèse pour l'équipe multidisciplinaire qui va prendre en charge l'accouchement. Cette fiche de synthèse indique les précautions particulières éventuelles et l'encadrement nécessaire pour favoriser le lien entre la mère et l'enfant (par exemple un séjour en chambre seule, en unité mère-bébé). Lorsque la pathologie le justifie, l'orientation précoce des femmes enceintes vers une structure disposant d'une unité mère-bébé est souhaitable¹⁵.

¹⁵ Le site suivant par exemple indique les unités d'hospitalisation psychiatrique conjointe mère-bébé temps plein en France : <http://www.marce-francophone.asso.fr/meresenfant/adresses.htm>

7.28 Rupture des membranes avant 24 semaines d'aménorrhée

► Définition

La rupture des membranes avant 24 SA correspond à une ouverture de l'œuf indépendamment de la mise en travail et de la durée de l'ouverture de l'œuf.

► Orientation

■ **Avant 24 SA**, en cas de rupture des membranes authentifiée et de terme certain, il n'y a pas d'indication à une orientation vers une autre maternité. Aux alentours de la 24^e SA, un transfert doit être discuté au cas par cas.

■ **À partir de 25 SA**, le transfert vers une maternité adaptée au terme et au poids estimé de naissance de l'enfant est préconisé. Il sera traité dans les futures recommandations sur les transferts en urgence des femmes enceintes présentant une complication de leur grossesse.

Les chiffres entre 24 et 25 SA ne font pas l'objet d'un consensus international et sont dépendants des réseaux. Il est nécessaire que l'information délivrée aux parents par la totalité des intervenants du réseau soit homogène, cohérente et répétée.

7.29 Suspicion de retard de croissance intra-utérin (RCIU)

► Définition

Le RCIU est suspecté sur des critères échographiques lorsque les biométries et l'estimation du poids fœtal sont inférieures au dixième centile ou à - 2 déviations standard selon la courbe de croissance utilisée. La courbe de croissance de référence doit être adaptée à la population concernée¹⁶.

► Orientation

Avant de suspecter un RCIU, il est recommandé de recalculer le terme de la grossesse et de vérifier la méthode utilisée pour le calcul du terme (par exemple une échographie de datation réalisée entre 7 et 12 SA).

Le lieu d'accouchement doit être discuté en fonction de l'estimation pondérale du fœtus rapportée à son terme. Cette estimation permet de quantifier la sévérité de l'hypotrophie par le calcul d'un percentile.

Les réseaux de santé en périnatalité sont invités à réfléchir à :

- la notion de retard de croissance (croissance fœtale adaptée à la durée de la gestation, mais aussi aux mensurations maternelles, au sexe fœtal et au rang dans la fratrie) ;
- une courbe de référence commune pour tous les acteurs du réseau ;
- la valeur seuil qui définit le RCIU (5^e, 10^e percentile, ou autre) ;
- des valeurs seuils d'estimation pondérale en fonction de l'âge gestationnel, pour l'orientation vers les maternités.

Ces critères conditionnent l'orientation vers une maternité de type II ou III, en fonction des ressources locales.

Le lieu d'accouchement peut également être influencé par les résultats du bilan étiologique le plus souvent discuté en CPDPN (tels qu'une malformation ou des fœtopathies infectieuses).

Une estimation pondérale inférieure au poids estimé de viabilité (400 ou 500 grammes) doit être interprétée en fonction du terme de la grossesse. Cette situation peut faire l'objet d'une

¹⁶ Des exemples de courbes de croissance sont proposés dans l'argumentaire des recommandations.

discussion multidisciplinaire en CPDPN. Elle n'est pas une indication systématique d'orientation en maternité de type III (la prise en charge fœtale n'étant pas le plus souvent envisagée à ces poids). Il est recommandé que toute décision soit expliquée et discutée avec les parents et qu'un soutien psychologique leur soit proposé.

7.30 Tabac et grossesse

Le tabagisme majore le risque de certaines pathologies (retard de croissance intra-utérin, rupture prématurée des membranes, prématurité) au cours de la grossesse. La prise en charge du tabagisme doit être la plus précoce possible. Le tabagisme n'implique pas d'orientation particulière entre les maternités. Les femmes enceintes peuvent être prises en charge dans tout type de maternité. Indépendamment d'une complication liée au tabac, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

7.31 Transplantation et grossesse

Les femmes enceintes transplantées d'organes solides doivent avoir au cours de leur grossesse un suivi conjoint et rapproché entre le médecin référent de la transplantation et l'équipe obstétricale. L'accouchement doit avoir lieu dans toutes les maternités ayant un service de réanimation adulte ainsi que le service référent des transplantations à proximité, afin de prendre en charge les éventuelles défaillances d'organes transplantés au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du *post-partum*. La structure pédiatrique doit être adaptée au terme et à l'estimation pondérale de l'enfant à naître.

7.32 Thrombopénies

► Définitions

La thrombopénie est définie comme étant un taux de plaquettes sanguines inférieur à 150 Giga/L. Une thrombopénie est dite sévère si la numération plaquettaire est inférieure à 50 Giga/L. Lorsqu'une thrombopénie est associée à une leucopénie (inférieure à 50 Giga/L) et/ou à une anémie (hémoglobine inférieure à 10,5 g/dl), il faut toujours prendre un avis hématologique.

Thrombopénie gestationnelle

La thrombopénie gestationnelle est en règle modérée (70 à 150 Giga/L), isolée et asymptomatique. Elle apparaît en général dans la seconde partie de la grossesse (une numération plaquettaire supérieure à 150 Giga/L avant 20 SA est en faveur d'une thrombopénie gestationnelle). Elle disparaît spontanément en *post-partum*.

Purpura thrombopénique immunologique (PTI)¹⁷

Il s'agit d'une thrombopénie qui peut préexister à la grossesse, mais qui peut aussi être découverte au cours de celle-ci. Un purpura thrombopénique immunologique est considéré comme sévère si la numération plaquettaire est inférieure à 50 Giga/L.

¹⁷ Le PNDS sur ce thème en cours de finalisation par la HAS sera référencé ici lors de sa publication.

► Orientation¹⁸

Les femmes enceintes atteintes d'une thrombopénie *a priori* gestationnelle (supérieure à 70 Giga/L), en l'absence d'autres problèmes, peuvent être prises en charge par tous les types de maternité.

En cas de purpura thrombopénique immunologique, en raison du risque de thrombopénie néonatale, il est recommandé que quel que soit son type, la maternité assurant la prise en charge pour l'accouchement puisse réaliser les examens biologiques nécessaires à l'enfant 24 heures sur 24.

En cas de purpura thrombopénique immunologique sévère ou de suspicion de purpura thrombopénique immunologique dans le *péripartum* (taux de plaquettes < 50 Giga/L) du fait du risque maternel potentiel, il est recommandé que le suivi soit réalisé conjointement avec un service d'hématologie et dans un centre disposant de produits sanguins labiles en quantité suffisante et dont le plateau technique permet la prise en charge optimale des hémorragies du *post-partum* (embolisation artérielle, chirurgie, réanimation adulte).

Dès que le diagnostic est posé, il est recommandé que la femme enceinte bénéficie précocement d'une consultation anesthésique.

En cas d'impossibilité d'accès rapide à la réalisation d'une numération plaquettaire pour l'enfant, il est recommandé qu'une orientation vers une maternité adaptée soit envisagée.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

7.33 Troubles neurologiques

► Épilepsie

Les femmes enceintes atteintes d'épilepsie doivent bénéficier d'un conseil préconceptionnel et d'un suivi multidisciplinaire incluant au moins le médecin généraliste, le neurologue et l'obstétricien. Il est recommandé que les femmes enceintes aient accès, particulièrement au deuxième trimestre de la grossesse, aux services d'un échographiste, ayant la pratique du dépistage des malformations fœtales (par exemple *spina bifida*, fente palatine).

Orientation

Il est recommandé que ces femmes enceintes, en dehors de pathologies associées, soient prises en charge dans des maternités dont le plateau technique permet une réanimation maternelle et fœtale (présence d'un pédiatre et d'un anesthésiste-réanimateur) quel que soit le type de maternité.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

► Sclérose en plaques

Orientation

Devant l'absence d'impact défavorable de la grossesse sur l'évolution de la sclérose en plaques et de la sclérose en plaques sur l'évolution obstétricale et néonatale, et en dehors

¹⁸ Les recommandations concernant les thrombopénies associées à une hypertension artérielle sont développées dans le paragraphe prééclampsie.

de complications ou autre problème surajoutés, les femmes enceintes atteintes de sclérose en plaques peuvent être prises en charge dans tout type de maternité sous couvert d'une collaboration entre un neurologue, un obstétricien, un anesthésiste-réanimateur et le médecin traitant.

Avant la prise en charge de la femme enceinte, il est recommandé de vérifier l'adaptation du matériel et des compétences paramédicales à son handicap.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

► Lésions médullaires

Orientation

Il est recommandé que les femmes enceintes atteintes d'une lésion médullaire (para ou tétraplégie) soient prises en charge par une équipe pluridisciplinaire (obstétricien, anesthésiste-réanimateur, sage-femme, infirmière, kinésithérapeute, etc.). Cette équipe doit être habituée aux méthodes de nursing (soins anti-escarres) et de prévention du syndrome dysautonomique. Le matériel et les locaux doivent être adaptés à la pathologie de la femme enceinte et à sa mobilité réduite.

La proximité d'un service de réanimation adulte est nécessaire. La possibilité d'un transfert médicalisé de la femme enceinte doit être planifiée.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

► Accidents vasculaires cérébraux

Les femmes enceintes avec un antécédent d'accident vasculaire cérébral peuvent présenter un risque supplémentaire de complication vasculaire.

Orientation

Les femmes enceintes doivent bénéficier d'un avis spécialisé neurologique. Quel que soit le type de maternité envisagé, il est recommandé que la décision de leur orientation soit prise conjointement par l'équipe et de vérifier qu'elle n'implique pas de plateau technique spécifique pour leur prise en charge obstétricale.

La structure d'accueil pédiatrique doit être adaptée au terme et à l'estimation pondérale de l'enfant à naître. Une discussion multidisciplinaire au cas par cas peut être nécessaire (obstétricien, anesthésiste-réanimateur, neurologue, neurochirurgien).

La survenue d'un accident vasculaire cérébral au cours de la grossesse nécessite l'orientation vers une unité spécialisée neurovasculaire (neurologue, neuroradiologue) en collaboration avec l'obstétricien et l'anesthésiste-réanimateur de la maternité. Cette question sera développée dans les futures recommandations sur les transferts en urgence des femmes enceintes présentant une complication de leur grossesse.

En cas de survenue d'un accident vasculaire cérébral en début de grossesse, il est recommandé que le lieu d'accouchement fasse l'objet d'une concertation multidisciplinaire entre l'obstétricien, l'anesthésiste-réanimateur, le neurologue, et le neurochirurgien.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

7.34 VIH et grossesse

Devant la spécificité de la prise en charge de la grossesse et des nouveau-nés de femmes enceintes séropositives pour le VIH, il est nécessaire que ces femmes enceintes soient confiées à des équipes spécialisées multidisciplinaires.

En l'absence de comorbidité maternelle, toutes les maternités peuvent prendre en charge les femmes enceintes séropositives au VIH et leur enfant, avec des protocoles communs avec les équipes spécialisées multidisciplinaires (infectiologues, obstétriciens, pédiatres).

Quel que soit le type de maternité, il est recommandé que l'organisation logistique de la maternité puisse anticiper et vérifier la disponibilité et la prescription des thérapeutiques maternelles et néonatales en urgence.

Indépendamment d'une complication liée au traitement ou de la maladie, le lieu d'accouchement doit être adapté à l'estimation pondérale du fœtus et au terme de la grossesse.

Annexe 1. Rappel sur la définition des différents types de maternités

Trois types de maternités sont définis en fonction du niveau de soins néonataux, à partir des normes concernant les locaux et les personnels, décrits dans les décrets d'octobre 1998. Dans ces décrets¹⁹, on ne trouve pas la définition précise des différents types I, II A, II B, III des maternités tels qu'ils sont utilisés par les professionnels de santé des réseaux de périnatalité.

À ce jour, la distinction entre les différents types de maternités ne porte que sur les moyens d'hospitalisation pédiatrique et n'intègre pas le risque maternel. Elle ne tient pas compte de la disponibilité éventuelle dans l'établissement d'autres secteurs de soins pouvant avoir une importance dans la prise en charge de certaines complications de la grossesse et de l'accouchement tels que les services de réanimation, de soins intensifs et de soins continus pour adultes, les services de spécialités pour adultes, des plateaux particuliers (par exemple, pour embolisation artérielle).

► Les maternités de type I

Elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs.

Elles assurent la prise en charge permanente :

- de la grossesse avec le dépistage des facteurs de risque ;
- de l'accouchement et des actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ;
- du suivi des nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement.

L'article D 712-88 leur donne la possibilité de prendre en charge, auprès de leur mère, les nouveau-nés atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie.

► Les maternités de type II

Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I.

Elles disposent également d'une unité de néonatalogie qui peut accueillir des enfants nés dans l'établissement ou dans un autre établissement, et où sont assurés la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

Elles peuvent, dans des conditions précises, disposer d'un secteur de « soins intensifs néonataux » leur permettant notamment d'assurer, si nécessaire, une ventilation artificielle pendant quelques heures. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement.

Les maternités de type II A assurent des soins de néonatalogie. Les maternités de type II B assurent des soins néonataux et intensifs. Cependant l'usage montre que cette typologie peut varier selon les réseaux et en conséquence faire varier ces définitions de type II A et II B.

► Les maternités de type III

Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I et les maternités de type II.

Elles disposent d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement.

¹⁹ Les décrets n°98-899 et n°98-900 du 9 octobre 1998 sont détaillés dans l'argumentaire.

La distinction entre les différents types de maternités ne porte que sur les moyens d'hospitalisation pédiatrique.

Les grands prématurés et les grands hypotrophes bénéficient d'une naissance dans une **maternité de type III** afin de diminuer les risques de mortalité et de morbidité. Leur orientation et leur « transfert *in utero* » sont la première motivation du fonctionnement en réseau de santé périnatale, et doivent rester le premier objectif médical. Selon les usages, les seuils de prise en charge sont aux alentours de 32 SA ou au-dessous de 1 500 grammes.

Les maternités de type II (permettant les soins intensifs de néonatalogie) peuvent prendre en charge les nouveau-nés à partir de 32 SA et de plus de 1 500 grammes, en l'absence de pathologies fœtales ou un peu avant, à savoir dans la 32^e SA selon les possibilités ouvertes pour certains établissements en concertation régionale.

Ces critères peuvent varier avec le temps et les conditions spécifiques de chaque maternité, selon les protocoles et conventions établis au sein du réseau périnatal.

Puisqu'il n'y a pas de définition officielle mais une reconnaissance consensuelle des types II A et II B dans bon nombre de réseaux, une réflexion doit être menée au sein de chaque région sur les limites et capacités de chaque établissement.

La nécessité d'une prise en charge néonatale pluridisciplinaire sophistiquée en cas de malformation fœtale (hernie diaphragmatique, transposition des gros vaisseaux par exemple) justifie également une orientation anténatale vers la maternité adaptée.

Annexe 2. Axes de travail

Les réseaux sont invités à rédiger un document d'information à joindre au carnet de maternité, suffisamment illustré pour prendre en compte le fait que certaines femmes puissent être illettrées ou avoir des difficultés avec la langue française.

Les réseaux sont invités à améliorer la compatibilité de leurs systèmes et dossiers informatisés.

Les réseaux sont invités à évaluer la qualité de la communication et les besoins éventuels dans ce domaine.

Les réseaux sont invités à rédiger des protocoles de procédure d'orientation et de prise en charge pour les pathologies suivantes (liste non exhaustive) :

- allo-immunisations érythrocytaires et plaquettaires ;
- cholestase gravidique ;
- grossesses multiples ;
- hémorragies du *post-partum* ou les situations à risque d'hémorragie du *post-partum* ;
- hypoglycémies néonatales ou les situations à risque d'hypoglycémies néonatales ;
- femmes enceintes obèses ;
- pathologies thrombo-emboliques et situations à risque thrombo-embolique.

Il est nécessaire de définir des indicateurs de qualité et de sécurité les plus pertinents pour évaluer les orientations des femmes enceintes au sein du réseau de périnatalité.

Il est nécessaire de rembourser les frais de transport d'une femme enceinte uniformément en prenant en compte la règle de proximité, mais également l'établissement hospitalier le plus adapté au suivi de sa maternité.

Il est proposé aux réseaux d'élaborer une fiche pour l'orientation des femmes enceintes.

Il est conseillé de mener une enquête nationale sur la répartition sur le territoire français des structures de type I, II et III et sur la répartition des maternités disposant à proximité d'un service de réanimation adulte.

Un axe de recherche sur l'orientation des grossesses gémellaires est proposé.

Annexe 3. Liste des réseaux de périnatalité

Liste des réseaux de périnatalité au 5 juin 2009 (*en attente de l'accord de la Fédération des réseaux*)

Coordonnées des réseaux de périnatalité					
Il est recommandé de contacter la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) sur le site http://www.ffrsp.fr/ pour une mise à jour des données présentées ci-dessous					
Nom	Territoire	Ville-CH de référence	Nbre de naissances	Nbre de maternités	Adresses URL
RÉSEAUX RÉGIONAUX OU DÉPARTEMENTAUX					
SÉCURITÉ NAISSANCE - NAITRE ENSEMBLE	PAYS DE LA LOIRE	Nantes	45 000	25	http://www.reseau-naissance.fr
AUORE	RHÔNE-ALPES	Lyon	43 500	31	http://www.aurore-perinat.org
PÉRINAT SUD	PACA OUEST - CORSE SUD	Marseille	44 000	34	http://http://www.perinat-france.org
PORT-ROYAL – ST-VINCENT-DE-PAUL	PARIS 14 ^e	Port-Royal-St-Vincent-de-Paul	41 000	25	nd
PÉRINAT AQUITAINE	AQUITAINE	Bordeaux	34 500	29	nd
MATERMIP	MIDI-PYRÉNÉES	Toulouse - La Grave	30 000	32	
PÉRINAT CENTRE	CENTRE	Tours	30 000	22	http://www.chu-tours.fr/site_pro/Reseaux/Perinat/index.htm
NAÏTRE EN LANGUEDOC-ROUSSILLON	LANGUEDOC-ROUSSILLON	Montpellier	29 000	23	http://http://www.perinat-france.org
RP LORRAIN	LORRAINE	Nancy	27 000	22	http://http://www.reseau-perinataallorain.org
RSP PICARDIE	PICARDIE	Amiens	26 000	18	nd
SUD-EST PARISIEN	PARIS - SUD-EST	Créteil	24 000	18	nd
HAUTE-NORMANDIE (RP-HN)	HAUTE-NORMANDIE	Rouen	23 000	15	http://http://www.reseaux-perinat-hn.org
NAÏTRE EN ALSACE	ALSACE	Strasbourg	22 000	16	http://www.naitre-en-alsace.org
OMBREL	LILLE – NORD-PDC	Lille	21 400	13	
MATERNITÉ YVELINES ET PA	YVELINES	Poissy - St-Germain	20 000	12	http://www.mypa.fr
BASSE-NORMANDIE	BASSE-NORMANDIE	Caen	18 000	16	nd
POITOU-CHARENTES	POITOU-CHARENTES	Poitiers	18 000	15	http://www.perinat-pc.org
BOURGOGNE	BOURGOGNE	Dijon	18 500	17	http://www.femmeetenfant.net/
RPVO-VAL D'OISE	VAL D'OISE	Pontoise	19 000	11	nd
EST PARISIEN RPEP	Seine -2	Paris Est Trousseau	16500	9	nd
CHAMPAGNE-ARDENNE	CHAMPAGNE-ARDENNE	Reims	16 000	16	http://www.reseauperinat-ca.org
RP2S - RP des DEUX-SAVOIES	SAVOIE, HTE-SAVOIE, BELLEY	Chambéry	15 000	14	http://rp2s.fr
PACA-EST,	HTE-CORSE	Nice	17 000	14	http://www.perinat-

HAUTE-CORSE, MONACO	MONACO, NICE				france.org
RÉUNION	RÉUNION	Saint-Pierre	14 400	9	http://www.perinat-reunion.org
FRANCHE-COMTÉ	FRANCHE-COMTÉ	Besançon	14 600	10	http://www.fc-sante.fr/perinat-fc/
BIEN NAÎTRE EN ARTOIS	ARTOIS	Douai	13 500	10	nd
AUVERGNE	AUVERGNE	Clermont-Ferrand	13 500	10	http://www.auvergne-perinat.org
BIEN NAÎTRE EN ILLE-ET-VILAINE	ILLE-ET-VILAINE	Rennes	13 000	8	http://www.perinat56.org
NORD-HAUTS-DE-SEINE (92 NORD)	HAUTS-DE-SEINE	Gennevilliers	13 600	nd	contact.perinat92nord@orange.fr
PARIS-NORD	PARIS - NORD	Bichat	13 000	7	http://www.perinat92.org
PERINAT 92 SUD (92 SUD)	HAUTS-DE-SEINE SUD	Plessis-Robinson	15 000	9	http://www.rppn.fr
RÉSEAU PARIS-NORD	PARIS ET SEINE-ST-DENIS	Paris 10 ^e	11 000	6	nd
PAULINE	PAS-DE-CALAIS	Calais	10 856	8	nd
HAINAUT	HAINAUT	Valenciennes	10 591	10	nd
RPAI - ALPES-ISÈRE	ALPES-ISÈRE	Grenoble	10 000	5	http://www.rpai-perinat.org
BRETAGNE OCCIDENTALE	FINISTÈRE	Brest	10 000	8	nd
PÉRINAT 56	MORBIHAN	Vannes	8 200	6	http://www.perinat56.org
LIMAT	LIMOUSIN	Limoges	7 500	8	nd
ST-DENIS OUEST	SEINE-ST-DENIS	St-Denis- Rosny	7 000	3	nd
ADEPAFIN	CÔTES D'ARMOR	St-Brieuc	6 400	5	nd
GUYANE	GUYANE	Cayenne	5 312	4	nd
MARTINIQUE	MARTINIQUE	Fort-de-France	5 300	5	http://www.perinat.fr
NAÎTRE EN NOUVELLE-CALÉDONIE	NOUVELLE-CALÉDONIE	Nouméa	4 500	5	http://www.naitreennc.asso.nc
EST FRANCILIEN	MONTREUIL	Aulnay	2 700	20	nd
PÉRINATIF-91	ESSONNE	Évry	nd		nd
RÉSEAUX DE PROXIMITÉ					
NAÎTRE DANS LE DOUAISIS	DOUAI	Douai	3 000	2	http://www.naitredansledouais.org
GARD LOZÈRE / MATERNET	GARD - LOZÈRE	Nîmes	9 000	8	nd
VAL ARIÈGE	ARIÈGE 2005	Foix	1 600	2	Nd
PAYS DROUAI, VERNEUIL, HOUDAN	EURE, EURE-ET-LOIR, YVELINES	Dreux	1 700	1	nd
MARSAN et ADOUR	LANDES	Mont-de-Marsan	1 453	1	nd
NOVANAT NORD-	NORD-VAUCLUSE	Orange	1 420	2	http://www.novasant.org

VAUCLUSE					
SUD NIVERNAIS - MORVAN	MORVAN NIÈVRE	Decize	300	1	nd
RESPAM	SAÔNE-LOIRE, NIÈVRE, CÔTE- D'OR	Autun	300	1	nd
HAUT NIVERNAIS	NIÈVRE-YONNE	Clamecy	300	1	nd
NORD CHARENTE	CHARENTE	Angoulême Ruffec	178	nd	nd
MATERNITÉ ET ADDICTIONS	BAS-RHIN	Schiltigheim	nd	nd	nd
SOLIPAM	PARIS	Bichat-Pitié - St-Antoine	nd	nd	nd
REVHO	PARIS	Paris	nd	nd	nd
CELEST	TOURNUS (SAÔNE-ET-LOIRE)	Tournus	17		nd
NAÎTRE ET DEVENIR	PACA OUEST - CORSE SUD	Marseille	nd	nd	nd
ASNR	SUD ET OUEST FRANCILIEN	Paris - Colombes - Neuilly - Clamart - Évry	nd	nd	http://www.reseau-psof.fr
PTIT'MIP	MIDI-PYRÉNÉES	Toulouse -La Grave	nd	nd	nd
RÉSEAUX À CONFIRMER					
SUD-PARIS	BRUNE - NECKER	Institut de puériculture - Necker	nd	nd	nd
PÉRINAT NORD SEINE-ET-MARNE	SEINE-ET-MARNE	Meaux	nd	nd	nd
SEINE-SAINT-DENIS OUEST	SEINE-SAINT-DENIS	Saint-Denis	nd	nd	nd
NECKER-ENFANTS MALADES		Necker	nd	nd	nd
GUADELOUPE		Pointe-à-Pitre			nd
		TOTAL DES NAISSANCES (données du 5 juin 2009)	808 359	612	nd

nd : données non disponibles au 5 juin 2009

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'utilisateurs.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'utilisateurs, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'utilisateurs. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations au sein de la HAS.

► Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS.

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations afin de transmettre des noms de participants aux différents groupes ci-dessous :

Association Allegro Fortissimo
Association des épidémiologistes de langue française (Adelf)
Association des utilisateurs du dossier informatisé en périnatalogie, obstétrique et gynécologie (Audipog)
Association Maman Blues
Association nationale de sages-femmes hospitalières des hôpitaux publics et du secteur privé à but non lucratif
Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)
Association nationale des sages-femmes cadres
Association nationale des sages-femmes libérales
Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT)
Association SOS Préma (proposé par le Ciane)
Brigade des sapeurs-pompiers de Paris
Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)
Collège français d'échographie fœtale
Collège français de médecine d'urgence
Collège français de pathologie vasculaire
Collège national des généralistes enseignants (CNGE)
Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)
Collège national des sages-femmes
Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
Fédération des réseaux périnataux
Fédération française de pneumologie
Fédération française de psychiatrie (FFP)
Groupe de pédiatrie générale de la SFP
Réseau Périnat - Sud Paca Ouest – Corse-du-Sud
Réseau sécurité naissance – Haute-Corse, Monaco
Samu de France
Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)
Société de pneumologie de langue française (SPLF)
Société de réanimation de langue française
Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)
Société française d'hématologie (SFH)
Société française de biologie clinique (SFBC)
Société française de cardiologie (SFC)
Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)
Société française de gynécologie
Société française de médecine d'urgence (SFMU)
Société française de médecine générale (SFMG)
Société française de médecine périnatale
Société française de néonatalogie (SF néonatalogie)
Société française de néphrologie (SF néphrologie)
Société française de neurologie (SF neurologie)
Société Marcé Francophone (SMF)
Société nationale française de médecine interne
Société nationale française de gastro-entérologie
Syndicat national de l'union des échographistes (Snude)
Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (Syngof)
Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises (UNSSF)

Comité d'organisation

M. Bel Bernard, représentant d'usagers, Aix-en-Provence

Mme Benoit Truong Cahn Marianne, sage-femme, conseil national de l'Ordre des sages-femmes, Paris

Dr Bernard Maguy, biologiste, Paris

Mme Blondel Béatrice, chercheur épidémiologiste, Villejuif

Dr Boukobza Philippe, échographiste en gynécologie-obstétrique, Le Chesnay

Dr Collet Michel, gynécologue-obstétricien, Brest

M. Dancoisne Aurélien, documentaliste, HAS, Saint-Denis

Mme De Metz Catherine, sage-femme, Gien

Dr Dosquet Patrice, chef du service des bonnes pratiques professionnelles, HAS, Saint-Denis

Dr Favre-Bonté Joëlle, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Grossetti Antoine, gynécologue-obstétricien, Paris

Pr Lemery Didier, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand

Dr Maria Bernard, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-Saint-Georges

Dr Menthonnex Élisabeth, anesthésiste-réanimateur, Grenoble

Mme Morel Catherine, sage-femme, Paris

Pr Pierre Fabrice, gynécologue-obstétricien, Poitiers

Dr Rivoallan Jacques, gynécologue-obstétricien, Quimper

Dr Schirrer Jacques, pédiatre/néonatalogiste, Besançon

Dr Taïeb Joëlle, biologiste, Clamart

Mme Teurnier Frédérique, sage-femme, Fontenay-sous-Bois

Groupe de travail

Pr Pierre Fabrice, gynécologue-obstétricien, Poitiers – président du groupe de travail

Dr Hébert Thomas, gynécologue-obstétricien, Tours – chargé de projet

Dr Serfaty Annie, médecin de santé publique, Paris – chargée de projet

Dr Favre-Bonté Joëlle, Saint-Denis – chef de projet HAS

Dr Burguet Antoine, pédiatre/néonatalogiste, Dijon

Dr Cadart Michel, médecin généraliste, Avignon

Dr Chauveaud Aurélia, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Daune-Prestaux Pascale, sage-femme, Amiens

Mme Diaz Sylvie, sage-femme, Villeneuve-Saint-Georges

Dr Favrin Serge, gynécologue-obstétricien, Saint-Jean

Dr Fresson Jeanne, pédiatre, Nancy

Dr Guyard-Boileau Béatrice, gynécologue-obstétricien, Toulouse

Mme Lavillonnière Jacqueline, sage-femme, Cros de Géorand

Mme Phan Emmanuelle, représentante d'usagers, Liré

Dr Rozan Marc-Alain, gynécologue-obstétricien andrologue, Aubervilliers

Mme Serry Aurélie, représentante d'usagers, Colombes

Mme Sirven Annie, sage-femme, Aubenas

Dr Thicoïpé Michel, anesthésiste-réanimateur, Bordeaux

Groupe de lecture

Mme Akrich Madeleine, sociologue, Paris
Dr Bagou Gilles, anesthésiste-réanimateur, urgentiste, Lyon
Dr Beaufile Michel, néphrologue, Paris
Mme Beauvois-Temple Nadège, représentante associative, coprésidente de Maman Blues
Dr Belaisch-Allart Joëlle, gynécologue-obstétricien, réseau Périnat-Sud, Sèvres
Mme Berteau-Mevel Marlène, sage-femme tabacologue, Saumur
Mme Blanchot-Isola Christine, sage-femme cadre, Chartres
Dr Bohl Marc, gynécologue-obstétricien, Nancy
Mme Bottcher Brigitte, sage-femme, coordinatrice de réseau périnatal Nord des Hauts-de-Seine, Gennevilliers
Dr Bournazeau Jean-Alain, gynécologue-obstétricien, Saint-Jean
Dr Boyer de Latour, François-Xavier, gynécologue-obstétricien, Saint-Quentin
Dr Collin Philippe, gynécologue-obstétricien, Thionville
Dr Connan Laure, gynécologue-obstétricien, Toulouse
Dr Dietsch Jacqueline, gynécologue-obstétricien, Briey
Dr Donadille Florence, endocrinologue/diabétologue, Toulouse
Mme Dran Claire, sage-femme enseignante, Paris
Dr Droullé Pierre, échographiste obstétrical, Nancy
Dr Ego Anne, épidémiologiste, Lille
Dr Feldmann Marc, pédiatre, Thionville
Mme Foulhy Catherine, sage-femme cadre, Clermont-Ferrand
Dr Franchitto Ludivine, pédopsychiatre, Toulouse
Dr Françoise Michel, pédiatre/néonatalogiste, Chalon-sur-Saône
Dr Granier Michèle, pédiatre/néonatalogiste, Évry
Dr Guillot François, pédiatre/néonatalogiste, Villeneuve-Saint-Georges
Dr Hamel Valérie, médecin urgentiste, Nantes
Dr Heitz François, cardiologue/pédiatre, Toulouse
Mme Hennequin Sandrine, sage-femme cadre supérieur, Lunéville
Dr Henry Alain, gynécologue-obstétricien, Neufchâteau
Dr Lamiche-Lorenzini Françoise, endocrinologue, Toulouse
Dr Larrieu Jean-Marie, médecin généraliste, Saint-Médard-en-Jalles

Mme Lavorel Sophie, sage-femme, coordinatrice du réseau périnatal Lorrain, Nancy
Mme Legentil Marielle, sage-femme cadre, Dole
Dr Lemoine Sabine, médecin urgentiste (brigade des sapeurs pompiers de Paris), Paris
Dr Lenoir-Piat Sylvie, pédiatre/néonatalogiste, Toulouse
Dr Leroy Alain, médecin généraliste, Cannes-la-Bocca
Mme Marcot Michèle, sage-femme, coordinatrice du réseau Périnat-Sud (région Paca Ouest, Corse-du-Sud), Marseille
Mme Marquis-Diers Flore, représentante associative, Ciane, LLL France, Paris
M. Martinez Mathieu, sage-femme tabacologue, Montpellier
Dr Masson Guy, gynécologue-obstétricien, Nîmes
Dr Paganelli Elisabeth, gynécologue médical, Tours
Dr Peigne Emmanuel, gynécologue-obstétricien, Villefranche-sur-Saône
Mme Péresse Geneviève, sage-femme enseignante échographiste, Grenoble
Mme Pons Françoise, sage-femme, Grasse
Dr Prud'homme Anne, pneumologue, Tarbes
Dr Ricard-Hibon Agnès, médecin urgentiste, Clichy
Dr Sery Guy-Alain, endocrinologue, Nancy
Dr Sicot Jérôme, médecin urgentiste, Lille
Dr Souweine Gilbert, professeur associé de médecine générale, Vénissieux
Dr Sutter-Dallay Anne-Laure, psychiatre/pédopsychiatre, Bordeaux
Dr Taillé Camille, pneumologue, Paris
Dr Tran Van Patricia, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-Saint-Georges
Dr Travers Stéphane, médecin urgentiste, Paris
Dr Valdes-Steinmann Valérie, pédiatre néonatalogiste, Nancy
Pr Vayssière Christophe, gynécologue-obstétricien, Toulouse
Dr Vedel Michel, anesthésiste-réanimateur, Verdun
Dr Vial Florence, anesthésiste-réanimateur chirurgical, Nancy
Dr Zarka Valérie, gynécologue-obstétricien, Marseille
Dr Zeitlin Jennifer, épidémiologiste, Paris
Dr Zerr Vincent, gynécologue-obstétricien, Haguenau

Fiche descriptive des recommandations

TITRE	Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	• Définir selon des critères médicaux les femmes enceintes à orienter dans les maternités de type I, II et III selon les risques fœto-maternels. • Harmoniser les indications d'orientation et de réorientation au sein des réseaux périnataux. • Améliorer la compréhension par les professionnels autant que par les femmes enceintes de l'utilité et des limites de l'orientation entre les établissements d'un réseau périnatal. • Mieux appréhender les outils nécessaires à une organisation efficace des orientations, afin d'en améliorer la sécurité et le confort.
Professionnel(s) concerné(s)	• coordonnateurs et personnels des réseaux de périnatalité • sages-femmes • gynécologues-obstétriciens • gynécologues médicaux • médecins urgentistes • anesthésistes-réanimateurs • pédiatres • médecins généralistes • infirmières • puéricultrices • associations de patients intervenant dans le champ de la naissance
Demandeur	DHOS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS, sous la direction du Dr Najoua Mlika-Cabanne, adjoint au chef de service (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Mme Sladana Praizovic Recherche documentaire : service documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Pr Fabrice Pierre, gynécologue-obstétricien, Poitiers), groupe de lecture : cf. liste des participants Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	De janvier 1998 à mai 2009
Auteurs de l'argumentaire	Dr Thomas Hébert, gynécologue-obstétricien, Tours – chargé de projet Dr Annie Serfaty, médecin de santé publique, Paris – chargée de projet
Validation	Avis du comité de validation des recommandations Validation par le Collège de la HAS en décembre 2009
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	RBPP « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », HAS, 2007.