HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

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

Critères médicaux d'orientation en fonction des pathologies maternelles et fœtales[1]

Décembre 2009

OBJECTIFS

Les recommandations 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 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 pratiques de prise de décision d'orientation, face à des risques identifiés. Elles ne concernent pas les indications et l'organisation des transferts en urgence vers les maternités.

Elles sont destinées à tous les professionnels de santé, associations de patients, travailleurs sociaux intervenant dans le champ de la naissance, en particulier les coordonnateurs et personnels des réseaux de périnatalité.

Elles reposent sur un accord professionnel.

Cette synthèse n'aborde que certains critères d'orientation. Les situations à risque présentées ont été sélectionnées en raison de leur fréquence, de leur sévérité potentielle, et pour certaines d'entre elles (obésité, grossesses multiples) en raison de l'amélioration attendue des pratiques d'orientation. Pour plus d'informations, il convient de se référer au texte complet des recommandations.

Messages clés

- Pour toutes les pathologies, le lieu d'accouchement doit être adapté au terme de la grossesse, à l'estimation du poids fœtal et au traitement nécessaire pour la mère.
- Le diagnostic de retard de croissance intra-utérin nécessite la détermination exacte du terme de la grossesse. Avant de suspecter un retard de croissance, 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 semaines d'aménorrhée).
- Les femmes enceintes à haut risque hémorragique doivent être prises en charge dans un centre approprié et qualifié, doté 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). L'orientation en vue de l'accouchement doit faire l'objet d'une discussion pluridisciplinaire entre les équipes anesthésiques et obstétricales.
- Il est recommandé d'informer précocement les femmes enceintes ayant un haut risque d'accouchement prématuré de la possibilité d'une orientation nécessaire, d'un transfert en urgence et de la séparation mère-enfant.
- En cas d'obésité, une consultation obstétricale et anesthésique est indispensable précocement au cours de la grossesse, afin d'évaluer les risques existants. Une orientation dès le deuxième trimestre de la grossesse est recommandée.
- En cas de grossesses multiples, il est fondamental de déterminer la chorionicité dès le premier trimestre de la grossesse, avec l'aide d'un échographiste habitué à déterminer la chorionicité. Le suivi, la surveillance et l'accouchement ne peuvent s'envisager 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.

1. Les informations à donner aux femmes enceintes lors de l'orientation ou de la réorientation vers une maternité sont détaillées dans une fiche de synthèse spécifique.

CHOIX DE LA MATERNITÉ

- Trois types de maternités sont définis en fonction du niveau de l'offre de soins néonatals, à partir de critères décrits dans les décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998. Pour chaque type de maternité, il n'y a pas toujours de superposition entre la prise en charge du risque fœtal et celle du risque maternel. En effet, cette typologie ne porte que sur les moyens d'hospitalisation néonatale et n'intègre pas l'offre de soins en réponse au risque maternel. Elle ne tient pas compte de la disponibilité dans l'établissement d'autres secteurs de soins pouvant avoir une importance majeure 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 adultes ou le plateau technique.
- De ce fait et 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 et systématiquement 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 de l'offre de soins et une participation active au réseau périnatal existant.
- Lorsque l'orientation d'une femme enceinte est envisagée, il est recommandé de s'assurer au cas par cas de la disponibilité des plateaux techniques nécessaires à la prise en charge de la pathologie de la femme enceinte :
  - service de réanimation pour adultes ;
  - service de soins intensifs ou continus pour adultes ;
  - service de radiologie avec possibilité d'embolisation artérielle ;
  - services de spécialités médicales ou chirurgicales.

Quels que soient le risque ou la complication, le lieu d'accouchement doit être adapté au terme de la grossesse, à l'estimation du poids fœtal et au traitement maternel nécessaire.

ALLO-IMMUNISATION FŒTO-MATERNELLE

Orientation

- **Allo-immunisation érythrocytaire**

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

  Chaque établissement doit connaître le ou les centres de référence d'hémobiologie périnatale avec lesquels il peut collaborer.

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

- **Allo-immunisation plaquettaire**

  Pour les femmes enceintes ayant une allo-immunisation plaquettaire, avec un antécédent d'hémorragie sévère ou de thrombopénie fœtale 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 posé le diagnostic. La disponibilité immédiate de plaquettes compatibilisées 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 avec un antécédent d'allo-immunisation plaquettaire et dont le nouveau-né n'est pas porteur des alloantigènes, l'accouchement peut avoir lieu dans tout type de maternité.

DIABÈTE GESTATIONNEL

Définition

- Trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le *post-partum*.

Orientation

- Elle peut se faire dans tout type de maternité :
  - sous réserve de l'absence de pathologie maternelle ou fœtale associée ;
  - après une concertation multidisciplinaire (endocrinologue, nutritionniste, diététicienne, obstétricien, médecin généraliste).

DIABÈTE DE TYPE 1 ET 2 PRÉEXISTANT

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

Orientation

- **En l'absence de comorbidité maternelle et en cas de diabète équilibré**, il est recommandé que l'organisation logistique, quel que soit le type de maternité, soit en mesure d'assurer la surveillance et la prise en charge des accidents hypoglycémiques et des autres complications possibles des nouveau-nés de mère diabétique.

  La maternité doit être en capacité d'assurer la réalisation :
  - d'un examen pédiatrique à la naissance ;
  - d'une surveillance attentive du nouveau-né par des glycémies, des dextros, systématiques et précoces ;
  - d'un apport de sucre, oral ou intraveineux, au nouveau-né si nécessaire.

  Il est recommandé que les maternités s'assurent de la validité des appareils de mesure des dextros pour les nouveau-nés (matériovigilance).
- **En cas de comorbidité maternelle liée au diabète ou de déséquilibre du diabète** en cours de grossesse, l'orientation doit se faire vers une structure disposant du spécialiste adapté à la pathologie maternelle identifiée.
- **En cas de dépistage échographique d'une cardiomyopathie hypertrophique du fœtus**, il est recommandé que la maternité :
  - dispose d'une unité de néonatologie ;
  - puisse réaliser une échographie cardiaque néonatale.

GROSSESSES MULTIPLES

- Il est fondamental d'informer précocement les femmes enceintes de grossesses multiples de la possibilité d'un transfert en urgence et du risque de séparation mère-enfants du fait :
  - d'un risque important de prématurité (près d'un cas sur deux en cas de grossesses gémellaires) ;
  - des complications spécifiques (syndrome transfuseur-transfusé) des grossesses gémellaires monochoriales.

  Il est fondamental de déterminer la chorionicité (dans le 1er trimestre de la grossesse) par un échographiste ayant une pratique du diagnostic de la chorionicité.

Orientation

- Le suivi, la surveillance et l'accouchement ne peuvent s'envisager 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. Les complications à envisager sont :
  - la prématurité ;
  - le risque de syndrome transfuseur-transfusé ;
  - la survenue d'une hypotrophie d'un ou plusieurs des jumeaux.

  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 ;
  - du nombre de sages-femmes et d'obstétriciens disponibles ;
  - de l'adéquation du type de maternité au terme et à l'estimation pondérale des fœtus.

Cas particuliers

- **Grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques**

  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.

  Absence de consensus sur le lieu du suivi de ces grossesses : tout type de maternité sous réserve du dépistage échographique des complications fœtales qui doit être réalisé par un échographiste ayant une pratique du dépistage du syndrome transfuseur-transfusé et de l'anémie fœtale et travaillant en lien avec un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

- **Grossesses gémellaires monochoriales monoamniotiques**

  Elles doivent être prises en charge dans une maternité de type II ou III en raison de la prématurité induite et de la nécessité de plusieurs intervenants pédiatriques.

- **Grossesses triples et au-delà**

  Elles 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'adéquation 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).

HAUT RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ À MEMBRANES INTACTES

- **Les facteurs de haut risque d'accouchement prématuré (AP) 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 semaines d'aménorrhée ;
  - les grossesses multiples ;
  - une anomalie müllerienne (par exemple : malformation utérine, exposition in utero au Distilbène®).

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

Orientation

- Le lieu de naissance doit être adapté au terme et à l'estimation pondérale du fœtus. 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.

  Si une hospitalisation est nécessaire : l'orientation se fait vers une maternité adaptée 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 ;

- l'orientation est à proposer en maternité de type II (permettant les soins intensifs de néonatologie) à 32 semaines d'aménorrhée ou un peu avant, dans la 32e semaine d'aménorrhée (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.

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.

HAUT RISQUE D'HÉMORRAGIE DU *POST-PARTUM*

Définition

- Toute femme qui accouche est à risque d'hémorragie du *post-partum*. Les circonstances suivantes sont considérées comme étant à haut risque d'hémorragie du *post-partum* (liste non exhaustive) :
  - forte suspicion de défaut de placentation (*placenta acreta*, *percreta*, *prævia* recouvrant, utérus cicatriciel avec placenta en regard) ;
  - existence de troubles sévères de l'hémostase ;
  - 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 acreta), motivant, parfois tardivement, une orientation vers un autre lieu d'accouchement.

  Certaines situations peuvent être considérées comme étant à risque intermédiaire d'hémorragie (liste non exhaustive) :
  - la prééclampsie ;
  - les distensions utérines (par exemple macrosomie, jumeaux, hydramnios).

Orientation

- **Toutes les maternités doivent être capables de faire face à la prise en charge d'une hémorragie du *post-partum*.**
- **Les femmes enceintes sans haut risque hémorragique** 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.
- **Les femmes enceintes à haut risque hémorragique** 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.

  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).
- **Situations à risque d'hémorragie intermédiaire :** Elles peuvent faire l'objet d'une discussion par l'équipe obstétricale selon les possibilités de prise en charge de la maternité :
  - éloignement d'un centre de dépôt de sang ;
  - disponibilité d'une compétence chirurgicale.

HTA

Définition

- Pendant la grossesse l'hypertension artérielle (HTA) est définie par une pression artérielle systolique (PAS) > 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) > 90 mmHg. HTA préexistante à la grossesse : HTA diagnostiquée avant 20 semaines d'aménorrhée ou diagnostiquée rétrospectivement lorsque l'HTA ne se normalise pas dans un délai de 12 semaines après l'accouchement.

Orientation

- **Les femmes enceintes ayant 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 ayant 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'HTA (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 ;
  - puisse réaliser le bilan étiologique de l'HTA.

  Quel que soit le type de la maternité, il est recommandé de disposer d'un service de soins continus ou intensifs pour adultes et/ou d'un service de réanimation adulte à proximité de la maternité.

HTA GRAVIDIQUE

Définition

- HTA non identifiée avant la grossesse et apparaissant après 20 semaines d'aménorrhée, 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'HTA. 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 ;
  - puisse réaliser le bilan étiologique de l'HTA.

  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 et/ou d'un service de réanimation adulte à proximité de la maternité.

  Pour le risque de prééclampsie se référer à la page 6.

OBÉSITÉ

Définition

- **Obésité :** indice de masse corporelle (IMC) compris entre 30 et 34,9 kg/m^2.
- **Obésité morbide :** IMC supérieur à 40 kg/m^2 ou IMC supérieur à 35 kg/m^2 associé à deux comorbidités de l'obésité.

Orientation

- Une consultation obstétricale et anesthésique précoce au cours de la grossesse est indispensable afin d'évaluer les risques relatifs à l'obésité, en lien avec le médecin généraliste.

  Une orientation précoce et réalisée au 2e trimestre de la grossesse est recommandée.

  En cas d'antécédent de chirurgie bariatrique, une prise en charge multidisciplinaire est recommandée (obstétricien, anesthésiste-réanimateur, équipe de nutrition, chirurgien).

  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 dans le cas d'une obésité morbide.

  L'orientation de ces femmes obèses dépend, en dehors de comorbidités associées, des réponses aux évaluations précédentes et de l'accord obstétrico-anesthésique.

PRÉÉCLAMPSIE

Définition

- **Prééclampsie :** association d'une HTA à une protéinurie (> 0,3 grammes/24 heures).
- **Prééclampsie précoce :** prééclampsie survenant avant 32 semaines d'aménorrhée.
- **Prééclampsie sévère :** prééclampsie + au moins l'un des critères suivants :
  - HTA sévère (PAS > 160 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg) ;
  - atteinte rénale avec une oligurie (< 500 ml/24 h) ou une créatinine > 135 µmol/L ou une protéinurie > 5 g/j ;
  - œdème aigu pulmonaire, barre épigastrique persistante, syndrome d'hémolyse, de cytolyse hépatique, thrombopénie ;
  - éclampsie ou troubles neurologiques rebelles (troubles visuels, réflexes ostéotendineux polycinétiques, céphalées) ;
  - thrombopénie < 100 Giga/L ;
  - hématome rétroplacentaire ou retentissement fœtal (retard de croissance intra-utérin, mort fœtale *in utero*).
- **Risque élevé de prééclampsie :** au moins l'une des caractéristiques suivantes :
  - au moins un antécédent de prééclampsie sévère et précoce ;
  - néphropathie ou maladie auto-immune, lupus ou 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 récidive de prééclampsie ;
  - des complications maternelles ;
  - du terme et de l'estimation pondérale fœtale.
- **Femmes enceintes ayant 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 ayant 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 β-bloquant).

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

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

RUPTURE DES MEMBRANES AVANT 24 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE

Définition

- La rupture des membranes avant 24 semaines d'aménorrhée 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 semaines d'aménorrhée**, en cas de rupture des membranes authentifiée et de terme certain, il n'y a pas d'indication à une orientation vers une maternité particulière. Aux alentours de la 24e semaine d'aménorrhée, un transfert doit être discuté au cas par cas.
- **À partir de 25 semaines d'aménorrhée**, le transfert vers une maternité adaptée au terme et au poids estimé de naissance de l'enfant est préconisé. La question sera traitée dans les recommandations « Les transferts en urgence des femmes enceintes présentant une complication de leur grossesse ».

  Les chiffres entre 24 et 25 semaines d'aménorrhée 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.

SUSPICION DE RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

Définition

- Le retard de croissance intra-utérin (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 concernée.

  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 semaines d'aménorrhée).

Orientation

- 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 :
  - une courbe de référence commune pour tous les acteurs du réseau ;
  - la valeur seuil qui définit le RCIU (5e, 10e 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 centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (tels qu'une malformation ou une fœtopathie de cause infectieuse).

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 discussion multidisciplinaire en centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. 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.

D'autres pathologies et situations sont détaillées dans les recommandations « Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement ».

- Hémoglobinopathies.
- Hépatopathie et grossesse (hors prééclampsie).
- Interruption médicale de grossesse.
- Malformations fœtales.
- Maladies rares.
- Néphropathies chroniques antérieures à la grossesse.
- Pathologies auto-immunes.
- Pathologies neurochirurgicales.
- Pathologies respiratoires.
- Pathologies thrombo-emboliques et situations à risque thrombo-embolique.
- Polypathologies.
- Psychopathologie de la grossesse.
- Tabac et grossesse.
- Transplantation et grossesse.
- Thrombopénies.
- Troubles neurologiques.
- VIH et grossesse.

© Haute Autorité de Santé – FSGROSCRIT – Avril 2010

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique :
« Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement »
Recommandations pour la pratique clinique – Décembre 2009
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur **www.has-sante.fr**