



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

# Comment mieux informer les femmes enceintes ?

**Avril 2005**

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de santé

Service communication

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

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

Ce document a été validé par le Conseil scientifique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en novembre 2004.

© Haute Autorité de santé – 2006

# Sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
<b>2. Principes de l'information destinée aux femmes enceintes pour une aide à la prise de décision</b>	<b>4</b>
<b>3. Modalités et organisation des soins</b>	<b>6</b>
<b>4. Programme de suivi et contenu des consultations pré et postnatales</b>	<b>8</b>
<b>5. Dépistage des difficultés psychiques</b>	<b>11</b>
<b>6. Préparation à la naissance et à la parentalité</b>	<b>11</b>
<b>7. Mode de vie</b>	<b>12</b>
<b>8. Prise en charge des symptômes courants de la grossesse</b>	<b>18</b>
<b>9. Suivi de la femme enceinte</b>	<b>20</b>
<b>10. Dépistage de troubles hématologiques</b>	<b>21</b>
<b>11. Dépistage d'anomalies fœtales</b>	<b>22</b>
<b>12. Dépistage des infections</b>	<b>24</b>
<b>13. Dépistage des autres pathologies liées à la grossesse</b>	<b>26</b>
<b>14. Développement et bien-être du fœtus</b>	<b>27</b>
<b>15. Signes d'alerte durant la grossesse et en particulier à la fin</b>	<b>28</b>
<b>16. Conclusion</b>	<b>28</b>
Annexe 1 - Programme de suivi et contenu des consultations pour la surveillance d'une grossesse	31
Annexe 2 - Durée du congé maternité	37
Annexe 3 - Vaccinations pendant la grossesse	39
Annexe 4 - Valeurs biologiques pendant la grossesse	41
Annexe 5 - Bibliographie sélective	43
Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »	47
Participants	49
Fiche descriptive	51



# 1. Introduction

## 1.1 Thème et contexte des recommandations

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Afin d'identifier d'éventuelles complications et d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, le suivi de la grossesse est nécessaire. Dans ce contexte, l'information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. L'information a pour objectifs de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Pour la femme et son entourage, le début de la grossesse est un moment idéal pour :

- élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance. Ce projet est la conjonction entre les aspirations de la femme ou du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés ;
- sensibiliser et faire prendre conscience d'un éventuel comportement à risque pour la santé de la femme et celle de l'enfant.

Pour les professionnels de santé, la grossesse représente une opportunité d'ouvrir un dialogue avec les futurs parents afin :

- de discuter du projet de suivi de grossesse et de naissance, élaboré par le couple, et dans lequel s'inscrivent les actions des professionnels de santé ;
- de s'assurer de la présence et de la qualité d'un entourage affectif pendant la grossesse et à la sortie de la maternité, en particulier la place du conjoint, qui influence le devenir de l'enfant et la sécurité affective de la femme ;
- d'identifier les situations de vulnérabilité et toute forme d'insécurité (couple, famille, précarité), les éventuels conflits affectifs, et d'en prévenir les conséquences.

## 1.2 Objectifs et limites des recommandations

Les recommandations concernent l'information de toutes les femmes enceintes :

- les femmes qui sont en bonne santé et dont la grossesse ne pose pas de problème de déroulement ;
- les femmes qui dès le début de la grossesse ou au cours de son déroulement auront besoin de soins complémentaires. Elles seront orientées vers une filière de soins spécifique. Les critères qui permettent de définir les niveaux de risque nécessitent un travail complémentaire qui sort du champ de ces recommandations. Des recommandations sur ce thème seront prochainement élaborées par la Haute Autorité de santé.

Ces recommandations décrivent l'ensemble des informations que les professionnels de santé doivent donner à la femme enceinte lors des consultations prénatales ainsi

que les conditions de délivrance de cette information. Les stratégies thérapeutiques d'éventuelles pathologies survenant lors du déroulement de la grossesse ne sont pas décrites.

### 1.3 Professionnels concernés par les recommandations

Ces recommandations concernent tous les professionnels impliqués en périnatalité, regroupés ou non en réseau de santé, notamment les sages-femmes et les médecins généralistes, les gynécologues et les obstétriciens. Les réseaux de santé en périnatalité rassemblent l'ensemble des professionnels hospitaliers, libéraux, du champ sanitaire et médico-social, concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance. Parmi les missions de ces réseaux figure l'information des femmes ou des couples tout au long de la grossesse.

### 1.4 Qualité de la littérature et gradation des recommandations

Ce travail s'appuie sur une traduction en français des recommandations du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) « *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman* » publiées en octobre 2003 ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)). Ce texte a été complété et/ou précisé par une recherche de la littérature française lorsqu'une adaptation au contexte de soins national était nécessaire. De plus, des recherches ponctuelles dans les bases de données internationales ont été effectuées au cours de l'élaboration du document. Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Celles-ci ont été pondérées par le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, selon l'échelle suivante : une recommandation de grade A est fondée sur des études scientifiques de fort niveau de preuve ; une recommandation de grade B est fondée sur des présomptions scientifiques fournies par des études de niveau de preuve intermédiaire ; une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve. En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un accord exprimé par les professionnels et les représentants des usagers au sein des groupes de travail et de lecture. Des propositions d'études et d'actions futures ont été formulées par le groupe de travail.

## 2. Principes de l'information destinée aux femmes enceintes pour une aide à la prise de décision

Les principes exposés dans cette partie s'appliquent à tous les aspects du suivi de la grossesse.

1. Informer toute femme enceinte du bénéfice pour elle et son bébé d'un suivi régulier de sa grossesse. Ce suivi est complété par une éducation prénatale au cours de séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

2. Délivrer une information fondée sur les données actualisées de la littérature et sur la réglementation en vigueur.
3. Accompagner l'information délivrée pour aider la femme ou le couple à prendre une décision éclairée quant au suivi de la grossesse. Pour cela :
  - créer les conditions de dialogue permettant aux femmes de poser des questions et de discuter de problèmes éventuels, en particulier ceux liés aux facteurs d'insécurité : climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la femme enceinte ;
  - consacrer du temps à la délivrance de l'information et de la disponibilité d'esprit ;
  - délivrer une information orale en utilisant un langage et/ou un support adaptés, notamment pour les femmes enceintes qui ont un handicap sensoriel, mental ou bien pour celles qui ne parlent ni ne lisent le français ;
  - délivrer l'information, si nécessaire de manière progressive, en fonction du volume et/ou la nature de l'information ;
  - compléter si besoin l'information orale par de l'information écrite.
4. Donner dès le premier contact une information tenant compte du mode de vie et de la situation psychosociale de la femme. Cette information porte sur :
  - les services de soins disponibles, le coût des prestations, les possibilités qui lui sont proposées pour le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement et les soins postnatals au sein d'un réseau ville-hôpital et interétablissements, la nécessité d'une inscription plus ou moins précoce selon le lieu de naissance de son choix ;
  - les risques liés au mode de vie et les réponses qui peuvent être apportées ;
  - des conseils d'hygiène de vie et de nutrition et une information sur les risques infectieux alimentaires ;
  - les réseaux d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents<sup>1</sup> ;
  - les dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial pour les femmes ou les couples en situation précaire ;
  - les droits liés à la maternité et la manière de les faire valoir.
5. Donner, avant leur réalisation, des renseignements sur les examens de dépistage obligatoires et ceux non obligatoires qui sont proposés systématiquement à la femme enceinte (*annexe 1*).
  - Après avoir été informée de l'utilité, des bénéfices escomptés, des éventuels inconvénients et conséquences de chaque examen, la femme peut accepter ou refuser cet examen.
  - Une attention particulière doit être apportée au soutien de la femme ou du couple lors de l'annonce d'un éventuel résultat anormal, qu'il soit biologique, échographique ou autre (frottis par exemple).
6. Proposer systématiquement à chaque femme enceinte ou au couple une préparation à la naissance et à la parentalité dès le premier trimestre de la

---

1. Les coordonnées de ces réseaux sont disponibles sur le site Internet [www.familles.org](http://www.familles.org) (conseillé par le ministère délégué à la famille et à l'enfance).

grossesse en participant à des séances, collectives ou individuelles. Par une approche préventive et éducative, la préparation à la naissance et à la parentalité a pour objectifs :

- d'accompagner la femme et le couple tout au long de leur évolution vers la parentalité en étant à leur écoute ;
- de développer la confiance de la femme ou du couple en leur capacité à mettre au monde et à s'occuper de leur enfant ;
- de renforcer l'information délivrée à l'occasion des consultations prénatales.

7. Fournir à la femme enceinte, à chaque consultation prénatale, une information cohérente nécessaire à la continuité des soins entre les professionnels de santé et à l'interdisciplinarité de la prise en charge.

8. Fournir à toute femme enceinte des informations écrites sur la surveillance médicale de la grossesse et sur l'offre de soins locale, à défaut lui indiquer les sources d'information disponibles :

- les documents écrits d'information doivent être fondés sur les données de la littérature. Les réseaux périnataux pourraient élaborer et valider ce type de documents.
- l'information écrite doit être fournie sous une forme accessible aux femmes qui ont un handicap physique, sensoriel ou mental ou bien qui ne lisent pas le français.
- lorsque des documents sont disponibles, ils sont remis à la femme enceinte pour compléter l'information orale donnée par le professionnel de santé. Les documents d'information devraient comporter une liste de questions permettant à la femme enceinte de préparer la consultation.

## **3. Modalités et organisation des soins**

### **3.1 Orientation préconceptionnelle des consultations avant un projet de grossesse**

Une orientation préconceptionnelle devrait être donnée à l'occasion de diverses consultations.

En cas d'un arrêt envisagé de contraception ou d'un désir exprimé de grossesse, une information spécifique est délivrée afin :

- de vérifier l'existence de résultats des sérologies infectieuses de référence ;
- d'envisager d'éventuelles modifications du mode de vie ;
- de préconiser une supplémentation périconceptionnelle en acide folique ;
- d'évaluer les facteurs de risque pour la grossesse.

### **3.2 Suivi d'une grossesse normale**

Les sages-femmes et les médecins généralistes peuvent suivre les femmes ayant une grossesse normale.

Le pronostic materno-fœtal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages-femmes et/ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différence (grade A).

Si la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, en particulier lors du premier examen prénatal, elle adresse la femme enceinte à un médecin pour suivre en commun la grossesse (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, titre VI, article 101).

### 3.3 Continuité des soins

Le suivi prénatal doit être rapidement et aisément accessible à toute femme et adapté aux besoins de chacune au sein de l'offre de soins locale. Le suivi pourra être assuré pendant toute la période prénatale dans le cadre d'un réseau périnatal inter-établissements et ville-hôpital.

La littérature est en faveur d'un avantage du suivi assuré par un groupe restreint de professionnels avec qui la femme enceinte se sent en confiance (grade A). *Le suivi des femmes avec une grossesse normale* doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne.

Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien.

*Pour la femme enceinte qui a besoin de soins complémentaires*, un système d'orientation précis doit être établi afin qu'elle puisse être soignée sans retard, par l'équipe de spécialistes compétents une fois ses besoins et/ou ses problèmes de santé identifiés.

*Dans tous les cas*, un accompagnement personnalisé qui privilégie la complémentarité des divers acteurs dans la continuité est indispensable pour améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant et éviter les problèmes survenant dans le *post-partum*. Les modalités de transmission interprofessionnelle des informations doivent être définies en prenant en compte les souhaits de la femme ou du couple.

La structure où la femme enceinte peut être prise en charge en cas d'urgence de jour comme de nuit doit lui être précisée. Une offre de disponibilité comme un contact téléphonique possible à tout moment doit être proposée en cas de difficultés ressenties.

### 3.4 Dossier périnatal

Une étude a mis en évidence un bénéfice à utiliser un dossier structuré, sans avantages démontrés entre support papier et informatique (grade A).

Il est fortement recommandé d'utiliser un dossier périnatal structuré et partagé entre les professionnels de santé et la femme pour le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période périnatale.

La femme doit pouvoir si elle le souhaite consigner ses observations dans le dossier périnatal.

Le partage des informations médicales nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité constitue une garantie de sécurité pour la femme enceinte et son enfant, en améliorant la cohérence du suivi de la grossesse.

Le dossier périnatal devrait contenir :

- un minimum d'informations communes standardisées au niveau national notamment dans un but épidémiologique ;
- le projet de suivi de grossesse et de naissance ;
- les résultats des examens biologiques, des échographies et des autres examens ;
- toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la femme.

En France, des expériences multiples sont en cours au sein de plusieurs réseaux périnatals à la fois sur le contenu, le partage et l'accès au dossier de la femme.

Dans l'attente d'un dossier médical personnel, partagé entre les professionnels de santé et la femme :

- un système permettant aux femmes de tenir leur dossier personnel devrait être mis en place ;
- un carnet de grossesse ou de maternité<sup>1</sup> est remis à chaque femme enceinte lors du premier examen prénatal. Ce carnet appartient à la femme et celle-ci doit être informée que nul ne peut en exiger la communication (article L 145-4 du Code de la santé publique). Un nouveau carnet de santé de maternité doit être élaboré en 2005. Il sera intégré au dossier médical personnel et contiendra les informations nécessaires à la femme enceinte ou au couple pour garantir le suivi de la grossesse et le bon développement de la grossesse ainsi que des messages d'éducation à la santé et de prévention.

## **4. Programme de suivi et contenu des consultations pré et postnatales**

### **4.1 Contenu et conditions de déroulement des consultations pré et postnatales**

Toutes les femmes doivent recevoir une information compréhensible dès le début de la grossesse sur le nombre probable, le moment et le contenu des consultations ainsi que sur l'offre de soins pour le suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement et la période postnatale.

L'information requiert un environnement adapté. Le cadre et le climat dans lesquels les consultations prénatales sont assurées doivent permettre aux femmes de parler de problèmes qui touchent à l'intimité du couple, à la fragilité affective et *a fortiori* de problèmes délicats comme les violences domestiques, les abus sexuels, les maladies psychiatriques et la consommation de toxiques ou les addictions (alcool, tabac, médicaments, drogues, etc.). Ces problèmes pourront également être abordés lors de l'entretien individuel ou en couple proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.

---

1. Le carnet de grossesse ou de maternité est délivré par le conseil général aux professionnels de santé eux-mêmes sur demande des maternités, des centres de PMI, des professionnels libéraux.

Chaque consultation doit être structurée et comporter un contenu ciblé (*annexe 2*).

Les consultations ont en commun :

- d'écouter la demande de chaque femme et de chaque couple ;
- de fournir des informations, donner la possibilité de discuter d'éventuels problèmes et préoccupations et proposer à la femme de poser des questions, notamment sur l'accouchement et sur l'accueil de l'enfant ;
- de réaliser un examen clinique, prescrire et proposer des examens complémentaires ;
- de rester vigilant aux signes et symptômes pouvant affecter la santé de la mère et du fœtus ;
- d'identifier systématiquement les besoins de soins complémentaires et d'orienter vers une filière de soins spécifique ;
- de commenter les résultats des examens biologiques et échographiques ;
- de réévaluer la programmation et le contenu des consultations prénatales.

Chaque fois que l'examen de la femme enceinte ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également proposé un examen médical au futur père avec éventuellement des examens complémentaires appropriés.

## 4.2 Nombre de consultations pré et postnatales

Sept consultations prénatales sont prises en charge à 100 % par le système d'assurance maladie ainsi qu'une consultation postnatale. Les femmes affiliées à un organisme d'assurance maladie reçoivent un « guide de surveillance médicale mère et nourrisson » comportant un calendrier des examens médicaux à effectuer avant et après l'accouchement.

Le premier examen doit avoir lieu le plus tôt possible.

La déclaration de grossesse doit être réalisée avant 15 semaines d'aménorrhée (SA) pour l'ouverture des droits sociaux.

1. Déterminer l'âge gestationnel : l'âge gestationnel théorique repose sur la date des dernières règles et sur la date de conception estimée par la femme. La réalisation d'une première échographie vient en complément pour confirmer cette date. Cette date de début de grossesse ne sera modifiée par rapport aux dates des dernières règles, chez une femme qui a des cycles réguliers, que si la différence est de plus d'une semaine.
2. Remplir la déclaration de grossesse après la réalisation de la première échographie permet de valider la datation de la grossesse ce qui conditionne sur le plan réglementaire le début du congé prénatal, ainsi que la date du terme de la grossesse.
3. Identifier le risque obstétrical et les besoins de soins complémentaires.

Les consultations sont mensuelles jusqu'à l'accouchement.

1. En début de grossesse, des visites plus longues sont nécessaires afin de procéder à un bilan complet et de pouvoir dialoguer.
2. Le volume d'informations étant très important, une consultation supplémentaire peut être nécessaire.
3. Les femmes qui ont besoin de soins complémentaires sont orientées vers une filière de soins spécifique.

Un entretien individuel ou en couple est systématiquement proposé au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Il peut avoir lieu plus précocement ou plus tardivement si le besoin est exprimé.

Cet entretien fait partie des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources. La qualité des relations entre les parents et les professionnels pourrait influencer la qualité des liens ultérieurs avec l'enfant (grade C). L'entretien individuel ou en couple a pour objectifs :

- de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins d'information, d'éducation, de prévention, de leur projet de naissance ;
- de repérer des situations de vulnérabilité, d'insécurité affective, les signes de violence domestique et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé. Pour la violence domestique des renseignements et des contacts utiles peuvent être recherchés sur le site du ministère des Affaires sociales [www.sante.gouv.fr/hm/actu/violence/](http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/violence/) ;
- de leur donner des informations utiles sur les ressources de proximité ;
- de créer des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés.

L'évaluation de la santé psychosociale doit être une préoccupation au cours de chaque consultation prénatale, l'ensemble des difficultés ne pouvant pas être détecté uniquement dans un entretien spécifique.

Face à toute forme d'insécurité, des interventions adaptées doivent être envisagées avec la femme enceinte et un réseau de professionnels activé autour d'elle : médecin traitant, sage-femme libérale ou de PMI, technicienne d'intervention familiale, psychologue, etc.

La consultation au début du 3<sup>e</sup> trimestre (7<sup>e</sup> mois) sera faite dans le lieu où est prévu l'accouchement. Elle est une occasion pour :

- discuter avec la femme des modalités de prise en charge (par exemple : mode d'accouchement, mode d'anesthésie, allaitement, sortie précoce, hébergement, séances d'information et de présentation du lieu de naissance, etc.) ;
- inciter la femme enceinte à poser des questions et à exprimer ses craintes et ses peurs vis-à-vis de l'accouchement et renforcer son sentiment de confiance en sa capacité à prendre soin de son enfant.

La consultation postnatale a lieu dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Elle doit permettre :

- de parler du vécu de la période périnatale ;
- de poursuivre les interventions d'aide et de soutien si nécessaire ;
- de faire un examen gynécologique ;
- d'aborder le mode de contraception souhaité ;
- d'envisager si nécessaire une rééducation du *post-partum*.

## 5. Dépistage des difficultés psychiques

La femme ou le couple doivent être informés que leur sécurité émotionnelle fait partie du suivi de la grossesse car elle conditionnera leur confiance en eux pour l'accouchement et pour l'accueil de l'enfant.

Au début de la grossesse, dépister des difficultés psychiques, comme les troubles avérés préexistants, une anxiété avec manifestations somatiques, une dépression ou antécédent dépressif, des troubles du sommeil, permet d'envisager précocement des interventions adaptées.

1. En cas de troubles psychiatriques graves : proposer une rencontre avec un psychiatre afin de bénéficier d'un suivi plus attentif.
2. L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec manifestations somatiques. Elle se différencie de la peur (de l'accouchement par exemple) que la femme enceinte peut exprimer : encourager la femme à formaliser ses craintes, nommer les soucis d'une façon non disqualifiante. Le recours au psychologue ou au psychiatre peut être proposé en lien étroit avec les acteurs du suivi obstétrical. La qualité de ce lien et de la continuité des soins constituent un élément thérapeutique essentiel.
3. Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression. Il est conseillé de les rechercher systématiquement.
4. L'épisode dépressif se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités. Aucun instrument n'a été correctement évalué sur le plan de la sensibilité, de la spécificité et de la valeur prédictive pour le dépistage anténatal de la dépression chez la femme enceinte (grade A). En l'état actuel de la littérature, la prévention de la dépression repose sur l'ouverture d'un dialogue, une attitude d'encouragement sans dénégation de la situation. Un recours au psychologue ou au psychiatre peut être proposé pour rechercher l'aide la plus appropriée.

L'entretien individuel ou en couple proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse ou plus tardivement si le besoin est exprimé, permet de repérer les situations de vulnérabilité et de proposer la réponse la mieux adaptée aux difficultés. Cet entretien fait partie de la préparation à la naissance et à la parentalité.

## 6. Préparation à la naissance et à la parentalité

La préparation à la naissance et à la parentalité complète le suivi médical. Les séances doivent être proposées aux femmes enceintes précocement lors des consultations prénatales.

L'objectif global de ces séances est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité représentent une opportunité pour chaque femme enceinte ou chaque couple de développer les connaissances et les aptitudes nécessaires pour promouvoir la santé du nouveau-né et du nourrisson, en particulier les soins essentiels ainsi que les pratiques parentales à l'égard de l'enfant à élever.

L'entretien individuel ou en couple proposé systématiquement au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse fait partie des séances de préparation à la naissance. Cet entretien a un objectif spécifique qui est de prévenir les troubles du développement psycho-affectif des enfants. Il permet en outre d'évaluer les besoins d'information complémentaire, les attentes vis-à-vis des séances de préparation à la naissance et les besoins éducatifs individuels de la femme ou du couple.

Les objectifs spécifiques de la préparation à la naissance et à la parentalité, le contenu des séances, leur organisation et leurs modalités de mise en œuvre sont décrits dans des recommandations professionnelles à paraître en 2005.

## 7. Mode de vie

### 7.1 Travail et grossesse

L'information des femmes enceintes porte sur les droits et avantages liés à la grossesse, par exemple, les aménagements du poste et des horaires de travail.

1. Rassurer les femmes car il n'y a généralement pas de danger à continuer le travail pendant la grossesse.
2. Identifier les emplois qui comportent des risques ou une pénibilité particulière, des temps de trajet longs. Des informations sur les éventuels risques professionnels sont disponibles auprès de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) ([www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)).
3. La femme enceinte peut demander son affectation de jour pendant la grossesse lorsqu'elle travaille de nuit. Le médecin du travail constate par écrit que le poste de nuit est incompatible avec son état (art L. 213-2 et L. 122-25-1-1 du Code du travail).
4. Encourager les femmes à s'informer sur leur situation professionnelle et les aménagements possibles.
5. En cas de difficultés, la femme enceinte peut avoir recours au médecin du travail ou au médecin généraliste pour envisager une protection vis-à-vis de l'emploi.

Les informations sur les droits changent régulièrement avec le temps, consulter le site du ministère de l'Emploi ([www.sante-securite.travail.gouv.fr](http://www.sante-securite.travail.gouv.fr)). Les congés légaux de maternité et de paternité sont détaillés en *annexe 3*.

### 7.2 Alimentation et compléments nutritionnels

Une alimentation saine, variée et équilibrée est recommandée durant la grossesse. En cas d'alimentation variée et équilibrée, aucun complément alimentaire multivitaminé n'est nécessaire. Seul l'acide folique est à conseiller systématiquement.

L'utilisation du guide « La santé vient en mangeant » de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est recommandée ([www.mangerbouger.fr/pro/sante/outils/outils.php](http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/outils/outils.php)).

#### ► Complément à conseiller systématiquement : l'acide folique

Les femmes enceintes (et celles qui ont un projet de grossesse) doivent être informées que l'acide folique en complément nutritionnel, 28 jours avant la conception et jusqu'à

12 semaines de gestation, réduit le risque de malformation du tube neural (anencéphalie, spina bifida). La dose recommandée est de 400 microgrammes par jour (grade A). La supplémentation systématique en folates pendant la suite de la grossesse n'a pas démontré son intérêt (grade B).

### ► Compléments à conseiller en cas de carence

- Fer

Il est inutile de proposer de façon systématique des compléments en fer aux femmes enceintes. Ils ne profitent ni à la santé de la mère ni à celle du fœtus et peuvent avoir des effets indésirables pour la mère (grade A). Dès le début de la grossesse, le recueil d'information doit permettre de repérer les carences martiales et dès lors de proposer un hémogramme.

- Vitamine D

L'apport de vitamine D durant la grossesse réduit les hypocalcémies néonatales. En l'absence de preuve suffisante quant à ses avantages, la vitamine D n'est pas systématiquement proposée aux femmes enceintes (grade A).

La vitamine D est prescrite systématiquement aux femmes qui s'exposent peu au soleil ou en cas de port de vêtements couvrants ou de faible apport alimentaire et pour les grossesses qui se développent en hiver. Dans ces cas, une dose unique de 100 000 UI administrée au début du 6<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> mois est recommandée lorsque la supplémentation n'a pas été entreprise dès le début de la grossesse.

- Iode

Il n'y a pas d'argument pour proposer systématiquement une supplémentation en iode en dehors de populations carencées pour lesquelles cette supplémentation est efficace (grade A).

- Calcium

La supplémentation en calcium a un intérêt uniquement chez les populations carencées en prévention d'une pré-éclampsie (grade A).

### ► Compléments n'ayant pas démontré leur intérêt

- Zinc

La supplémentation en zinc n'a pas démontré son intérêt (grade A).

- Fluor

Il n'y a pas d'arguments pour proposer systématiquement une supplémentation en fluor.

- Compléments multivitaminés

L'intérêt des compléments alimentaires multivitaminés n'a pas été évalué, les dosages étant extrêmement variables selon les préparations. Une étude rétrospective unique évoque des cas de polymalformations liés à leur consommation pendant la grossesse.

- Compléments pouvant avoir des effets tératogènes

La vitamine A (pour une dose supérieure aux apports conseillés soit 700 microgrammes équivalent rétinol par jour) peut avoir des effets tératogènes. Le foie et les produits à base de foie peuvent contenir de grande quantité de vitamine A et les femmes devraient éviter de les consommer (grade C) ([www.afssa.fr/ouvrage/fiche\\_apports\\_en\\_vitamine%20A.html](http://www.afssa.fr/ouvrage/fiche_apports_en_vitamine%20A.html)).

## 7.3 Risques infectieux alimentaires

Les femmes enceintes font partie des personnes les plus vulnérables à l'infection. Des mesures doivent être conseillées aux femmes enceintes pour éviter les risques infectieux liés à l'alimentation comme la toxoplasmose, la salmonellose, la listériose (approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France en 1996).

Davantage d'informations peuvent être obtenues sur le site de l'Institut de veille sanitaire ([www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).

### ► Pour la toxoplasmose :

- bien cuire la viande (bœuf, mouton, porc, cheval), c'est-à-dire une cuisson d'au moins 65 °C dans toute l'épaisseur de la viande. Éviter la consommation de viande fumée, grillée ou marinée (comme cela peut être le cas pour le gibier) ;
- lors de la préparation des repas : laver soigneusement les légumes et les plantes aromatiques surtout s'ils sont terreux et consommés crus. Laver soigneusement les ustensiles de cuisine, ainsi que le plan de travail. Se laver les mains après contact avec des légumes, des fruits ou de la viande crue et avant de passer à table. Une bonne hygiène des mains et des ustensiles de cuisine est importante pour éviter la transmission de la toxoplasmose pendant la grossesse ;
- lors des repas pris en dehors du domicile : éviter la consommation de crudités et préférer les légumes cuits. La viande doit être consommée bien cuite, ou bien privilégier la consommation de volaille et de poisson ;
- nettoyer et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée le réfrigérateur 2 fois par mois ;
- éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats (comme les bacs des litières, la terre) et porter chaque fois des gants en cas de manipulations de ces objets. Désinfecter les bacs des litières de chat avec de l'eau de Javel ;
- éviter le contact direct avec la terre et porter des gants pour jardiner. Se laver les mains après des activités de jardinage même si elles sont protégées par des gants.

### ► Pour la salmonellose, en plus des mesures précédentes, il convient de :

- conserver les œufs au réfrigérateur ;
- ne pas consommer d'œufs crus ou mal cuits, une cuisson complète doit rendre fermes le blanc et le jaune ;
- préparer les produits à base d'œufs sans cuisson (mayonnaises, crèmes, mousse au chocolat, pâtisseries, etc.) le plus près possible du moment de la consommation et les maintenir au froid. Pour ces préparations, éviter de casser les œufs en bordure du récipient utilisé pour faire la préparation.

### ► Pour la listériose :

- éviter les fromages à pâte molle au lait cru ainsi que les croûtes de fromage, les poissons fumés et les graines germées crues ;
- pour les charcuteries consommées en l'état (pâtés, rillettes, produits en gelée, jambon, etc.), préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après leur achat.

## 7.4 Prescription de médicaments et médicaments en vente libre

Beaucoup de médicaments sont considérés comme dangereux durant la grossesse. Par exemple, la prescription d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) y compris l'aspirine et les inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase 2 (COX2 ou COXIB2) comme le celecoxib ou le rofecoxib est contre-indiquée à partir de 24 SA révolues, même en prise ponctuelle. Il est déconseillé de prendre un AINS au long cours entre 12 et 24 SA.

- Limiter la prescription de médicaments pendant cette période aux seuls cas où le bénéfice du traitement est supérieur au risque pour le fœtus.
- Pour le traitement d'une affection aiguë ou chronique chez une femme enceinte utiliser le traitement le mieux évalué au cours de la grossesse. Programmer les éléments de surveillance chez la mère et l'enfant.
- Si le traitement est nécessaire, expliquer à la femme enceinte le choix de la thérapeutique maternelle envisagée : bénéfices attendus, nocivité moindre pour l'enfant, conséquences éventuelles sur le fœtus.

Un conseil peut être pris auprès d'un centre régional de pharmacovigilance (liste disponible sur le site de l'Afssaps : [www.agmed.sante.gouv.fr](http://www.agmed.sante.gouv.fr)<sup>1</sup>).

Il est essentiel d'avertir les femmes enceintes que l'automédication (achat de médicaments sans ordonnance ou prise de médicaments sous forme orale, de collyre, pommade, crème ou gel pour application locale, disponibles dans la pharmacie familiale comme les AINS) doit être évitée durant la grossesse.

Avant toute prise de médicaments, il est recommandé aux femmes enceintes de prendre conseil auprès de leur médecin, sage-femme ou pharmacien.

## 7.5 Vaccination pendant la grossesse

La plupart des vaccins tués ou inactivés sont inoffensifs pendant la grossesse, par exemple le vaccin grippal, le vaccin polio injectable ou les anatoxines tétaniques. D'autres vaccins sont à éviter : le vaccin diphtérique qui entraîne des réactions fébriles importantes, le vaccin contre la rage ou l'hépatite A du fait du peu de recul en clinique, le vaccin contre la rubéole. Les vaccins vivants sont contre-indiqués. Un tableau récapitulatif est proposé en *annexe 4*.

## 7.6 Thérapies complémentaires ou alternatives

Il convient d'attirer l'attention des femmes sur le fait que l'efficacité et l'innocuité des thérapies complémentaires ou alternatives ont été insuffisamment évaluées pendant la grossesse comme la médecine par les plantes, l'hypnose et l'aromathérapie. Seuls le gingembre et l'acupuncture sont efficaces pour les nausées (grade A).

---

1. Des livrets « Médicaments et grossesse » ont été mis à la disposition des professionnels de santé par l'Afssaps en octobre 2005 pour aider la démarche de prescription chez la femme enceinte ou qui souhaite l'être.

## 7.7 Consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et autres substances toxiques

Toute femme enceinte ou désirant le devenir doit être informée des dangers d'une consommation, même modérée, d'alcool et/ou de tabac et/ou de cannabis.

L'arrêt du tabac, l'abstinence alcoolique et l'arrêt du cannabis et des autres substances toxiques doivent intervenir de préférence avant la conception.

Le projet de grossesse et la grossesse représentent un moment privilégié pour l'arrêt des consommations potentiellement nocives. Cet arrêt doit être encouragé et la femme doit être orientée vers une consultation et un service médico-social spécialisés pour être aidée.

Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès du numéro vert de Drogues Info Service (0 800 23 13 13), Écoute Alcool (0 811 91 30 30), Écoute Cannabis (0 811 91 20 20) ou auprès de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie ([www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)).

### ► Tabac

Il existe des risques spécifiques liés au tabac pendant la grossesse, comme le risque d'avoir un bébé de faible poids ou prématuré. Il y a un intérêt à cesser de fumer quel que soit le stade de la grossesse (grade A).

Les femmes qui fument ou qui ont récemment arrêté de fumer peuvent être orientées vers des consultations d'aide au sevrage tabagique. Les approches psychologiques et comportementales comme le conseil minimal, l'intervention brève constituée du conseil minimal suivi d'une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac, l'entretien motivationnel permettent d'arrêter la consommation de tabac (grade B). Le recours au traitement substitutif nicotinique (TSN) peut être proposé à la femme enceinte pour arrêter le tabac plus facilement.

L'éducation de la femme et de l'entourage en prévention du tabagisme passif auquel peut être exposé l'enfant après la naissance est recommandée.

### ► Alcool

L'alcool a une toxicité embryofœtale (grade A). Il doit être recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons contenant de l'alcool pendant toute la durée de la grossesse.

Les effets d'une consommation modérée sont insuffisamment déterminés. Par conséquent, il doit être conseillé aux femmes enceintes (et à celles qui désirent le devenir) d'éviter la prise d'alcool. Il n'est pas possible de définir une dose minimale d'alcoolisation sans conséquences sur le fœtus (grade B).

### ► Cannabis et autres substances toxiques

La consommation importante et répétée de cannabis durant la grossesse doit être déconseillée, d'autant plus qu'une dénomination unique recouvre des produits divers dont la composition exacte n'est pas connue. La consommation de cannabis a des conséquences : diminution du poids de naissance, effets sur le comportement du nouveau-né (diminution de la puissance des pleurs, altération du sommeil, et augmentation de l'impulsivité).

La consommation de tous les autres toxiques est également déconseillée.

### ► **Thé, café et boissons riches en caféine et en théine**

La consommation de ces boissons pendant la grossesse doit être modérée.

## **7.8 Intoxication au plomb**

Il faut repérer les situations de précarité pouvant conduire à une intoxication au plomb et orienter la femme enceinte vers une équipe qui étudiera avec elle la possibilité de se soustraire à cette exposition.

L'intoxication au plomb est particulièrement dangereuse pour la mère et l'enfant. Les conséquences pour la grossesse sont mal évaluées, mais des imprégnations faibles peuvent provoquer des fausses couches précoces, un retard de croissance intra-utérin, une hypertension artérielle.

Des conseils visant à limiter les facteurs d'exposition doivent être donnés à la femme enceinte comme faire couler l'eau quelques minutes avant la consommation si les canalisations sont en plomb ou si les locaux datent d'avant 1949, ne pas consommer les fruits et légumes si le sol est pollué par le plomb, ne pas utiliser pour l'alimentation de poteries ou de vaisselle en céramique ou en étain non prévues pour un usage alimentaire.

## **7.9 Activité sexuelle pendant la grossesse**

Les rapports sexuels n'ont pas d'inconvénient particulier (grade B). Ils ne doivent pas être déconseillés.

## **7.10 Sport pendant la grossesse**

Commencer ou continuer une activité sportive modérée pendant la grossesse est possible. Les femmes enceintes doivent être mises en garde contre les dangers potentiels de certains sports, comme les sports de contact, les sports violents et les jeux de raquettes énergiques qui peuvent provoquer des traumatismes au niveau de l'abdomen, des chutes et de trop grandes contraintes sur les articulations. Pour exemple, la pratique de l'aérobic est déconseillée car elle entraîne une augmentation du risque d'accouchement prématuré (grade A). La plongée sous-marine est contre-indiquée en raison du risque de malformations fœtales ou d'accidents de décompression (grade C).

## **7.11 Déplacements et voyages**

### ► **Les déplacements en voiture**

Le port de la ceinture de sécurité est obligatoire et utile chez la femme enceinte. La ceinture trois points doit être placée au-dessus et sous le ventre et non sur celui-ci (grade B).

### ► **Les voyages en avion**

Les femmes enceintes doivent être informées du risque apparemment plus élevé de thrombose veineuse durant les vols long-courrier, bien qu'il n'ait pas été démontré que ce risque soit plus important pendant la grossesse.

Dans la population générale, le port de bas de contention adaptés est suffisant pour réduire ce risque (grade B). Il est conseillé également à la femme enceinte de déambuler le plus possible pendant le vol et de s'hydrater correctement.

La plupart des compagnies aériennes acceptent les femmes enceintes jusqu'à 36 SA. Il est souhaitable de se renseigner auprès de la compagnie avant le départ.

### ► Les voyages à l'étranger

Des conseils personnalisés de prophylaxie doivent être donnés à la femme enceinte qui a l'intention de se rendre à l'étranger : vaccinations, risques infectieux, précautions générales d'hygiène (alimentaire, corporelle et générale) ([www.invs.sante.fr/beh/](http://www.invs.sante.fr/beh/)).

Les modalités de prise en charge des éventuels soins dispensés à l'étranger peuvent varier : se renseigner auprès de sa caisse d'assurance maladie. Depuis juin 2004, la carte européenne d'assurance maladie remplace les principaux formulaires de séjour temporaire dans l'ensemble des États membres de l'Union européenne, y compris les 10 nouveaux membres ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).

La plupart des contrats d'assistance couvrent la grossesse jusqu'à 28 SA : se renseigner auprès des compagnies avant de partir.

## 8. Prise en charge des symptômes courants de la grossesse

Les petits maux de la grossesse ne donnent qu'exceptionnellement lieu à des complications graves. Les femmes enceintes doivent être encouragées à signaler les symptômes ressentis. Ces symptômes doivent être pris en considération par la personne qui suit la grossesse sans les banaliser.

### 8.1 Nausées et vomissements en début de grossesse

Les nausées et les vomissements du début de grossesse disparaissent spontanément entre 16 et 20 SA. Ces symptômes ne sont pas les signes précurseurs de complications. La réapparition de nausées et de vomissements plus tardivement dans le cours de la grossesse nécessite une consultation médicale.

La cause des nausées et vomissements pendant la grossesse n'est pas connue, l'élévation de l'hormone gonadotrophine chorionique est une des hypothèses retenues en raison de l'association plus fréquente en cas de grossesse multiple et de grossesse molaire.

Si une femme demande ou envisage un traitement, les mesures suivantes peuvent s'avérer efficaces et réduire les symptômes :

- méthodes naturelles : gingembre en gélule ; stimulation du point d'acupuncture P6 ou point de Neiguan (point situé à la face interne de l'avant-bras, trois doigts au-dessus du poignet) (grade A) ;
- médicaments : les antihistaminiques sont une alternative possible.

## 8.2 Pyrosis

En cas de reflux gastro-œsophagien des conseils sont donnés aux femmes pour envisager de modifier leur mode de vie et leur régime alimentaire :

- importance des postures en particulier une position verticale après les repas ;
- surélévation de la tête du lit pour dormir ou se reposer ;
- diminution des apports en graisses, en caféine et en boissons gazeuses ;
- prise de petits repas fractionnés.

Les antiacides peuvent être proposés aux femmes dont le reflux gastro-œsophagien persiste malgré les changements apportés au régime et au mode de vie (grade A). Les antisécrétoires gastriques (antihistaminiques H2) sont efficaces (grade B). Leur utilisation est réservée aux cas où les antiacides sont inefficaces. Les inhibiteurs de la pompe à protons sont évités et employés uniquement en cas de nécessité.

## 8.3 Constipation

La constipation est fréquente durant la grossesse. Des conseils diététiques sont donnés aux femmes.

1. Encourager les femmes à changer leur régime alimentaire, en ajoutant des fibres comme le son ou des pétales de blé complet enrichis en son (grade A).
2. Conseiller une bonne hydratation, la pratique de l'exercice physique, un apport quotidien en fruits et légumes.
3. En cas de constipation persistante malgré l'apport en fibres, proposer des laxatifs osmotiques ainsi que la consommation d'une eau riche en magnésium.

## 8.4 Hémorroïdes

En l'absence de preuves prouvant l'efficacité des traitements antihémorroïdaires pendant la grossesse, encourager les femmes à apporter des changements à leur hygiène alimentaire (*cf. la constipation*).

1. Quand les symptômes persistent, l'application locale d'une crème à base d'anesthésiques locaux peut soulager.
2. En cas de crise hémorroïdaire, éviter les aliments comme les viandes, les plats épicés, les boissons alcoolisées et celles contenant de la caféine.
3. Utiliser les veinotoniques si besoin (grade C).

## 8.5 Varices

Les varices constituent un symptôme courant et bénin de la grossesse. Le port de bas de contention (classe I ou II) peut soulager, mais n'empêche pas l'apparition de varices (grade A).

Des conseils améliorant le retour veineux peuvent être donnés : marche quotidienne, surélévation des membres inférieurs la nuit, éviter l'exposition à une source de chaleur.

## 8.6 Prévention des vergetures

L'efficacité des crèmes en prévention des vergetures n'a pas été démontrée. En outre, l'application récente de crème pourrait gêner la réalisation de l'échographie.

## 8.7 Sécrétions vaginales

L'augmentation des sécrétions vaginales est un changement physiologique banal dès le début de la grossesse. Une infection vaginale est suspectée si ces sécrétions deviennent abondantes ou sont associées à des démangeaisons, des douleurs, une odeur désagréable ou des brûlures lors de la miction. Des examens complémentaires peuvent être nécessaires pour diagnostiquer une infection.

## 8.8 Lombalgies

Les exercices dans l'eau, les massages, les séances d'éducation individuelles ou en groupe pour apprendre à soulager le dos peuvent aider pendant la grossesse (grade A).

## 8.9 Crampes

Les crampes sont fréquentes lors de la grossesse. La consommation d'aliments riches en magnésium ou la supplémentation en lactate ou en citrate de magnésium peut être efficace (grade B).

## 8.10 Syndrome du canal carpien

Cette pathologie est fréquente pendant la grossesse. Elle est liée à la compression du nerf médian dans le canal carpien. Aucune thérapeutique particulière n'a été évaluée lors de la grossesse. Un avis spécialisé peut être demandé dans les formes sévères.

# 9. Suivi de la femme enceinte

## 9.1 Poids et indice de masse corporelle

Le poids et la taille sont notés dès la première consultation prénatale avec le calcul de l'indice de masse corporelle (poids en kg/taille en mètre au carré). La pesée est ensuite mensuelle.

La prise de poids est en moyenne de 1 kg par mois et de 1, 5 kg les deux derniers mois. Cette prise de poids idéale dépend de l'indice de masse corporelle (IMC) de départ.

L'IMC est corrélé au pronostic néonatal. Le surpoids et l'obésité sont associés à un taux de complications materno-fœtales important (grade B). Un faible poids maternel est également associé à une augmentation des complications obstétricales (grade B). Une attention particulière doit être apportée aux femmes qui ont un surpoids en début de grossesse. Elles peuvent bénéficier des conseils d'une diététicienne.

## 9.2 Examen des seins

L'examen systématique des seins pendant la grossesse n'a pas de valeur pronostique quant aux capacités d'allaitement de la femme (grade A).

L'examen des seins doit être proposé en début de grossesse aux femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique régulier avant la grossesse.

### 9.3 Toucher vaginal

En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine du toucher vaginal.

Le toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré (grade B).

### 9.4 Dépistage des dysplasies cervicales

La réalisation d'un frottis cervical doit être proposée à la femme enceinte lors de la 1<sup>re</sup> consultation prénatale, en particulier chez les femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse. Le frottis peut également être proposé à la consultation postnatale s'il date de plus de 2 à 3 ans.

### 9.5 Mutilation des organes génitaux

Pour les femmes enceintes ayant une mutilation des organes génitaux, l'examen prénatal permettra d'évaluer la conduite à tenir durant l'accouchement.

## 10. Dépistage de troubles hématologiques

Une liste des valeurs biologiques modifiées ou non pendant la grossesse est proposée en *annexe 4*.

### 10.1 Anémie, drépanocytose et thalassémie

Le dépistage de l'anémie peut se faire au début de la grossesse (à la première consultation en cas de facteurs de risque) et est prescrit obligatoirement lors de la consultation du 6<sup>e</sup> mois. Une éventuelle anémie est alors à explorer et à traiter sans retard (grade B).

Une recherche d'hémoglobine anormale est effectuée pour les populations à risque originaires d'Afrique, du bassin méditerranéen, des Antilles et/ou ayant des antécédents familiaux.

### 10.2 Groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières

Le groupe sanguin et le phénotypage rhésus et Kell doivent être déterminés dès le début de la grossesse. Dans le cas où le rhésus de la femme enceinte est négatif, on conseille de tester le père.

La recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) doit être systématique au début de la grossesse et à 28 SA quel que soit le rhésus maternel.

Chez les femmes rhésus négatif et les femmes ayant un antécédent de transfusion une nouvelle recherche est réalisée au cours des 6<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois de grossesse.

En cas de positivité de la RAI, une identification et un titrage sont obligatoires.

Lorsque des signes d'appel d'allo-immunisation fœto-maternelle sont décelés (cinétique des agglutinines irrégulières, souffrance fœtale), un avis spécialisé est

recommandé. Des conseils sur la prise en charge peuvent être obtenus auprès du Centre national de référence en hématologie périnatale (CNRHP) créé en 2004 pour :

- la prévention et la prise en charge clinique et échographique des femmes immunisées et de suivi postnatal des enfants nés de mère allo-immunisée ;
- l'établissement des indications et mise en œuvre des exsanguino-transfusions *in utero* et les transfusions *in utero* ;
- les indications de l'immunoprophylaxie RH et l'adaptation de la posologie des immunoglobulines anti-D en fonction des données biologiques établies dans ses laboratoires.

Le test de génotypage foetal dans le sang maternel est en cours de validation et sa diffusion est à l'étude.

## 11. Dépistage d'anomalies fœtales

### 11.1 Particularités de l'information

Le but du dépistage prénatal est l'identification des femmes et des couples à risque d'avoir un enfant atteint d'une pathologie que l'on peut détecter *in utero*. L'information et l'accompagnement des parents sont primordiaux tant au moment de l'annonce du diagnostic que lors de l'élaboration du pronostic et au cours du suivi anténatal.

Le dépistage échographique des malformations ainsi que le dépistage des anomalies chromosomiques sont proposés systématiquement à la femme enceinte. Ces dépistages n'ont pas de caractère obligatoire.

Les analyses de cytogénétique ou de biologie en vue d'établir un diagnostic sont soumises à un encadrement réglementaire strict comportant les éléments suivants :

- information médicale préalable intelligible, loyale et adaptée à la femme enceinte et recueil de son consentement écrit sur un formulaire spécifique ;
- dosage effectué par un laboratoire agréé ;
- remise et explication des comptes rendus des analyses à la femme enceinte par le prescripteur.

Un certain nombre d'anomalies fœtales de découverte anténatale ont la particularité d'être de pronostic incertain. Un accompagnement de la femme ou du couple est nécessaire quelle que soit leur décision quant à la poursuite de la grossesse ou au recours à une interruption volontaire de grossesse d'indication médicale. Pour les aider dans le processus de prise de décision, il est conseillé de proposer aux futurs parents les coordonnées du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal agréé le plus proche du domicile. La bonne coordination des différents spécialistes concernés, sans exclure le médecin de proximité, est la première condition du soutien émotionnel des couples bouleversés par l'annonce d'une anomalie.

### 11.2 Dépistage des malformations

En l'absence de facteur de risque, la femme enceinte doit être informée que l'échographie obstétricale qui lui est proposée aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres a pour objectifs :

- de diminuer sur la base d'un âge gestationnel plus précis le nombre de déclenchements artificiels pour dépassement de terme (grade A) ;
- de dépister les anomalies fœtales ;
- de fournir des renseignements complémentaires dans le suivi de la grossesse : détermination de l'âge fœtal, croissance et bien-être fœtaux, identification des grossesses multiples, localisation du placenta ;
- de diagnostiquer les malformations tardives et de permettre, soit une meilleure prise en charge périnatale et une amélioration du pronostic à long terme, soit une interruption médicale tardive de la grossesse en cas de diagnostic d'une affection particulièrement grave et incurable.

L'étude morphologique par échographie sera réalisée par des échographistes expérimentés dont le matériel répond aux normes définies par la nomenclature générale des actes professionnels. Les possibilités réelles et les limites de cet examen doivent être précisées à la femme enceinte ainsi que les informations disponibles dans le compte rendu d'échographie<sup>1</sup>.

### 11.3 Dépistage de la trisomie 21

Le taux de détection et les taux de faux positifs des tests de dépistage de la trisomie 21 devraient être expliqués aux futures mères ainsi que tout autre test pouvant leur être proposé. Le droit d'une femme d'accepter ou de refuser ce test doit être clairement établi.

Il est possible de prendre en compte les résultats de la clarté nucale et du test sérique pour informer la femme sur un risque de trisomie 21 pour son enfant (grade B). Actuellement, on s'oriente vers une approche combinée qui consiste à calculer le risque de trisomie 21 en tenant compte de la mesure de la clarté nucale suivie du dosage des marqueurs sériques.

1. La clarté nucale est mesurée au cours de la première échographie (entre 11 et 13 SA). Cet examen permet de dépister également d'autres aneuploïdies.
2. Les marqueurs sériques sont mesurés (entre 14 et 18 SA) grâce à un double test (Bêta HCG et AFP) ou un triple test (Bêta HCG, AFP et E3).

Le résultat de l'examen est exprimé en taux de risque de trisomie 21. Il est important de bien expliquer à la femme et au couple qu'il ne s'agit que d'une probabilité.

3. Si le risque est considéré comme faible, il ne permet pas d'écarter complètement la possibilité d'une trisomie à la naissance.
4. Si le taux du test sérique est considéré comme élevé (supérieur à 1/250), la réalisation d'un caryotype par amniocentèse (entre 14 et 18 SA) est alors proposée à la femme ou au couple. L'intérêt de cet examen, ses modalités de réalisation et ses risques, en particulier de fausse couche, sont expliqués et discutés avec eux.

La mesure de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques apportent en plus du dépistage de la trisomie 21 d'autres informations comme l'incitation à la recherche de cardiopathies entre autres pour la clarté nucale anormale, ou la recherche de certaines malformations (tube neural, cardiopathie, etc.) pour des valeurs anormales d'un des marqueurs sériques.

1. Des recommandations du Comité technique national sur l'échographie de dépistage prénatal ont été publiées en 2005.

# 12. Dépistage des infections

## 12.1 Particularités de l'information

Des maladies infectieuses contractées par la mère en cours de grossesse peuvent interférer avec le développement fœtal. L'infection maternelle peut être reconnue soit par l'apparition de signes cliniques, soit par une surveillance sérologique systématique. L'information portant sur les facteurs de risque d'infection durant la grossesse et l'éventuelle transmission au fœtus doit être adaptée au contexte et modulée en fonction de la situation de la femme. Le groupe de travail distingue trois niveaux d'information.

1. Des informations sur les mesures d'hygiène et précautions générales sont données à chaque femme enceinte (alimentaire, corporelle, générale, en particulier le lavage fréquent des mains).
2. Des indications plus spécifiques en fonction du mode de transmission de l'agent infectieux sont données lorsqu'il existe un facteur de risque.
3. En cas de symptôme faisant évoquer une éventuelle infection, l'information porte plus spécifiquement sur la signification des résultats des examens, les précautions immédiates à prendre et l'orientation vers une équipe de spécialistes.

## 12.2 Infections dont le dépistage est réglementairement obligatoire au cours de la grossesse

### ► Rubéole

En l'absence de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise, la sérologie est proposée de façon mensuelle jusqu'à 18 SA.

La recherche d'IgM est demandée en cas de notion de contagé, de signes cliniques ou échographiques ou si les taux d'IgG sont très élevés.

La vaccination proposée juste après la naissance, en cas d'absence d'immunité, offre une protection lors de futures grossesses. Elle doit être associée à une contraception.

### ► Syphilis

La détection de la syphilis doit être prescrite au début de la grossesse car le traitement de la syphilis est bénéfique à la mère et au fœtus (grade B).

### ► Toxoplasmose

En l'absence de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise, la surveillance sérologique mensuelle est systématique durant la grossesse et dans les jours qui suivent l'accouchement. Pour l'information à délivrer sur les mesures préventives, se reporter au chapitre sur les risques infectieux alimentaires.

### ► Hépatite virale B

La recherche de l'antigène HBs doit être proposée à la consultation prénatale du 6<sup>e</sup> mois afin que des mesures efficaces puissent être prises après l'accouchement pour diminuer le risque de transmission de la mère à l'enfant (grade A).

La vaccination de l'entourage, si séronégatif, permet de diminuer le risque de transmission.

## 12.3 Infections dont le dépistage est à proposer systématiquement

### ► HIV

Une sérologie VIH doit être proposée en début de grossesse car des interventions prénatales appropriées peuvent réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant (grade A). Le consentement de la femme est obligatoire.

Une femme séropositive est prise en charge par une équipe spécialisée.

### ► Streptocoque groupe B

Le dépistage du streptocoque B est recommandé entre 35 et 38 SA pour toutes les femmes enceintes (grade C).

## 12.4 Infections dont le dépistage est à proposer éventuellement

### ► Bactériurie asymptomatique

La bactériurie asymptomatique peut être diagnostiquée par un examen cytbactériologique des urines en début de grossesse. Son diagnostic et son traitement réduisent le risque de naissance prématurée (grade B). La pertinence du dépistage chez une population de femmes à bas risque obstétrical n'a pas été démontrée.

### ► Infection vaginale asymptomatique

Le dépistage d'une bactériose vaginale (germes anaérobies) peut être proposé au début du deuxième trimestre de la grossesse dans la mesure où le traitement diminue le risque de prématurité (grade A). La pertinence du dépistage en routine chez une population de femmes à bas risque obstétrical n'a pas été démontrée.

### ► Hépatite virale C

Une sérologie de l'hépatite C n'est pas systématique car il n'y a pas d'élément en faveur d'un rapport coût-efficacité favorable (grade C), sauf chez les populations à risque (personnes toxicomanes ou transfusées).

### ► Herpès génital

Le diagnostic et le traitement de l'herpès génital sont urgents en raison de la gravité du pronostic fœtal. L'interrogatoire doit systématiquement rechercher les antécédents de lésions génitales évocatrices d'herpès chez la femme enceinte et son partenaire. L'intérêt d'une sérologie systématique chez la femme enceinte et son partenaire pour dépister des couples séro-discordants n'est pas démontré, cette pratique n'est pas recommandée.

Les signes cliniques doivent être recherchés systématiquement en particulier au dernier mois de grossesse. Lors des poussées, il est impératif de prouver l'herpès génital par des examens virologiques directs : 1) à tout moment si l'infection n'a jamais été démontrée par un examen virologique antérieur ; 2) au cours du dernier mois de grossesse.

## 12.5 Infections dont le dépistage biologique systématique n'est pas proposé

### ► Chlamydia trachomatis

Le dépistage systématique des infections à chlamydia asymptomatiques n'est pas proposé car son efficacité et son rapport coût-efficacité ne sont pas démontrés. En revanche, toute femme enceinte présentant une cervicite, une dysurie ou une autre maladie sexuellement transmissible doit bénéficier d'un prélèvement endocervical à la recherche de Chlamydia trachomatis.

### ► Cytomégalovirus

La détection systématique du cytomégalovirus chez la femme enceinte n'est pas étayée par les preuves disponibles et ce test n'est donc pas proposé.

## 13. Dépistage des autres pathologies liées à la grossesse

### 13.1 Diabète

Il est recommandé de rechercher un diabète méconnu précocement au cours de la grossesse (dès la première consultation) s'il existe des facteurs de risque de diabète de type 2 (histoire familiale de diabète, surpoids, antécédent de diabète gestationnel).

En ce qui concerne le diabète gestationnel, les données scientifiques ne permettent pas en 2005 de conclure sur les modalités de dépistage et de diagnostic.

Les résultats des études internationales en cours [*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome* (HAPO)] devraient venir confirmer l'intérêt de dépister le diabète gestationnel pour identifier une population à haut risque de développer ultérieurement un diabète de type 2. Dans cette attente, les pratiques de dépistage locales peuvent être poursuivies.

### 13.2 Pré-éclampsie

La pré-éclampsie se définit par des chiffres tensionnels supérieurs à 140/90 mmHg et une protéinurie supérieure à 300 mg/24 h ou une croix à la bandelette, survenant après 20 SA. Déterminer le plus précocement possible le risque de pré-éclampsie permet d'établir un programme de consultations prénatales adapté.

Chaque fois que la pression artérielle est mesurée pendant la grossesse, un échantillon d'urine devrait être recueilli à la recherche d'une protéinurie (grade C).

Tout professionnel de santé doit pouvoir prendre la pression artérielle en utilisant un équipement standard et dans des conditions techniques similaires durant le suivi prénatal pour que la comparaison soit valable (grade C).

Chez les femmes à risque et en l'absence d'un antécédent personnel de pré-éclampsie, aucune mesure préventive ne se révèle efficace.

Les femmes enceintes doivent être informées des symptômes de pré-éclampsie et pouvoir les reconnaître : maux de tête, troubles visuels à type de vision floue ou sensation d'éclairs, acouphènes, douleurs épigastriques, vomissements, œdème soudain du visage, des mains et des pieds, prise de poids brutale (grade C).

### **13.3 Menace d'accouchement prématuré**

Chez une femme symptomatique (contractions utérines douloureuses), un toucher vaginal pour évaluer le col est indispensable pour diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré. Il évalue la consistance du col, sa longueur, sa dilation et sa position.

Chez une femme enceinte asymptomatique, l'échographie par voie endovaginale et le taux de fibronectine fœtale ne doivent pas être utilisés pour diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré car ils n'ont pas une bonne valeur prédictive, même si leurs résultats sont associés à un risque accru de naissance prématurée (grade B).

### **13.4 Placenta prævia**

La plupart des insertions basses du placenta détectées à l'échographie à 20 SA migreront vers le fond utérin spontanément avant la naissance. Seules les femmes dont le placenta est bas inséré à l'échographie de 32 SA devraient bénéficier d'une échographie supplémentaire à 36 SA. Si l'échographie abdominale n'est pas précise, proposer une échographie par voie endovaginale (grade C).

## **14. Développement et bien-être du fœtus**

### **14.1 Détermination de la présentation fœtale**

La palpation abdominale à 36 SA permet d'évaluer la position du fœtus, car celle-ci influence le mode d'accouchement : pratiquer éventuellement une nouvelle échographie.

### **14.2 Mesure de la hauteur utérine**

La taille de l'utérus doit être mesurée et relevée à chaque consultation prénatale même si cette mesure est approximative. Elle donne une indication sur le développement du fœtus et sur la quantité de liquide amniotique.

Dans l'attente que d'autres études viennent confirmer l'utilité ou non de cette mesure et que des courbes de référence soient établies, il est proposé que la hauteur utérine moyenne en centimètres corresponde au nombre de semaines d'aménorrhée moins 4. Une hauteur sortant des normes admises conduit à réaliser une échographie de contrôle.

### **14.3 Mouvements fœtaux**

La diminution des mouvements de l'enfant en comparaison avec les jours précédents doit conduire la femme enceinte à consulter rapidement. Le compte systématique des mouvements du fœtus n'est pas recommandé (grade A).

## 14.4 Recherche des bruits du cœur fœtal

La recherche des bruits du cœur fœtal confirme que l'enfant est vivant mais n'a aucune valeur prédictive. Elle permet de rassurer la mère (grade C).

## 14.5 Cardiotocographie

Le bénéfice d'un monitoring cardiaque systématique du fœtus (cardiotocographie) n'est pas démontré chez une femme dont la grossesse est normale. Cet examen ne doit pas être proposé (grade A).

## 14.6 Écho-Doppler de l'artère ombilicale et des artères utérines

L'utilisation du Doppler ombilical (grade A) et l'évaluation des artères utérines par Doppler (grade B) n'apportent pas de bénéfices chez une population de femmes enceintes à bas risque.

# 15. Signes d'alerte durant la grossesse et en particulier à la fin

Une femme enceinte doit connaître :

- les signes qui tout au long du déroulement de la grossesse doivent l'alerter et la conduire à consulter un professionnel de santé : survenue d'une fièvre, de contractions, de métrorragies, de douleurs abdominales, de troubles urinaires, d'un écoulement liquidien par le vagin, d'une diminution des mouvements actifs fœtaux ;
- la date à laquelle elle doit se présenter systématiquement sur le lieu d'accouchement si elle n'a pas accouché à 41 SA ;
- les modes d'accouchement ;
- les modalités de prise en charge en cas de présentation par le siège à terme : version par voie externe à 36 SA (grade A).

## 16. Conclusion

Il est à noter que des recommandations sur la préparation à la naissance sont en cours d'élaboration à la Haute Autorité de santé.

L'analyse de la littérature et les discussions au sein du groupe de travail ont permis de lister un certain nombre de travaux ou d'orientations qui permettraient d'améliorer l'information et la prise en charge des femmes enceintes.

1. De la définition du bas risque obstétrical va dépendre la prise en charge et l'organisation du système de soins. Il serait souhaitable que les niveaux de risque soient étudiés et qu'un consensus professionnel soit établi en France.
2. Les résultats des études, en particulier anglo-saxonnes, sont difficilement applicables malgré un niveau de preuve élevé, en particulier pour le dépistage et le traitement de la vaginose bactérienne. Ainsi des études ciblées sur les pratiques

françaises devraient être mises en place afin de pouvoir appliquer ces recommandations.

3. De même, la qualité et l'organisation du suivi obstétrical sont évaluées d'après des études étrangères. Il serait souhaitable que la pratique française soit évaluée.
4. Le déroulement de l'accouchement normal et pathologique pourrait faire l'objet de prochaines recommandations.
5. Les résultats des travaux en cours à l'Afssaps sur la prescription médicamenteuse lors de la grossesse pourraient être diffusés. Ils seraient d'une grande aide pour les praticiens.



# Annexe 1. Programme de suivi et contenu des consultations pour la surveillance d'une grossesse

À chaque consultation : être à l'écoute de la femme enceinte ou du couple et leur donner l'occasion de poser des questions.

## 1<sup>re</sup> consultation (avant la fin du 3<sup>e</sup> mois) et nouvelle consultation si besoin (avant 15 SA révolues)

- Donner une information orale étayée par une information écrite : alimentation et mode de vie, risques infectieux alimentaires, organisation des soins au sein d'un réseau périnatalité, droits et avantages liés à la maternité, examens de dépistage, risques spécifiques liés à la consommation ou l'usage de toxiques (tabac, alcool, médicaments, drogues).
- Faire un examen clinique : observation de la femme, prise de la pression artérielle, mesure du poids, examen des seins dans le cadre d'un dépistage du cancer du sein, examen de l'état veineux des membres inférieurs, etc.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Établir le diagnostic de grossesse : examen clinique, HCG qualitatif en cas de doute seulement.
- Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée d'accouchement.
- Établir avec la femme enceinte ou le couple un projet de suivi de grossesse et de naissance. Les informer sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la naissance, la programmation des consultations prénatales, la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les dates du congé maternité, l'allaitement maternel.

### Encadré 1. Examens prescrits à la femme enceinte à la 1<sup>re</sup> consultation

#### Examens prescrits obligatoirement

- détermination des groupes sanguins (ABO et phénotypes rhésus complet et Kell). Si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète, deux prélèvements sont effectués ;
- recherche d'une éventuelle incompatibilité de groupes sanguins entre la mère et l'enfant (recherche d'agglutinines irrégulières ou RAI). Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;
- sérologie de la syphilis (TPHA-VDRL) ;
- sérologie de la toxoplasmose sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise ;
- sérologie de la rubéole sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise (datant de moins d'un an : possibles cas de ré-infestation) ;
- glycosurie et albuminurie.

### **Examens à proposer systématiquement**

- échographie obstétricale entre 11 et 13 SA + 6 jours : détermination à  $\pm 5$  jours de la date de conception et du terme théorique de la grossesse, dépistage des malformations majeures à expression précoce et des signes d'appel de malformations fœtales et d'anomalies chromosomiques ;
- marqueurs sériques pour le dépistage sanguin de la trisomie 21 associés à la mesure de la clarté nucale ; recherche de maladies génétiques chez la femme ayant des antécédents familiaux et/ou personnels ;
- caryotype fœtal par amniocentèse ou choriocentèse si le taux du test sérique est élevé ( $> 1/250$ ) ou en cas de clarté nucale anormale ;
- information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH et proposition d'une sérologie VIH 1 et 2.

### **Examens à proposer éventuellement**

- dépistage de l'anémie (NFS) en cas de facteurs de risque ;
- examen cytbactériologique des urines (ECBU) ;
- frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales si date de plus de 2 à 3 ans.

## **2<sup>e</sup> consultation (4<sup>e</sup> mois)**

- Faire un examen clinique : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher d'éventuels facteurs de stress (malaise, soucis, etc.) et toute forme d'insécurité (insécurité affective au sein du couple ou de la famille, précarité) et orienter vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique, etc.) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents.
- Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple avec une sage-femme ou un autre professionnel de la périnatalité afin de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet ; de repérer des situations de vulnérabilité, les signes de violence domestique, et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé ; de leur donner des informations utiles sur les ressources de proximité ; de créer des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés.
- Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (collectives ou individuelles) en expliquant leurs objectifs.

### **Encadré 2. Examens prescrits à la femme enceinte à la consultation du 4<sup>e</sup> mois**

#### **Examens prescrits obligatoirement**

- sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation du 3<sup>e</sup> mois ;
- glycosurie et albuminurie.

### **Examens à proposer systématiquement**

- sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat à la consultation du 3<sup>e</sup> mois (jusqu'à 18 SA) ;
- échographie obstétricale entre 20 et 22 SA : étude de l'écho-anatomie fœtale et identification d'éventuelles anomalies.

## **3<sup>e</sup> consultation (5<sup>e</sup> mois)**

- Faire un examen clinique : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

### **Encadré 3. Examens prescrits à la femme enceinte à la consultation du 5<sup>e</sup> mois**

#### **Examens prescrits obligatoirement**

- recherche d'agglutinines irrégulières si rhésus négatif ;
- sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat ;
- glycosurie et albuminurie.

#### **Examen à proposer éventuellement**

- examen cytbactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

## **4<sup>e</sup> consultation (6<sup>e</sup> mois)**

- Faire un examen clinique et des tests : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

### **Encadré 4. Examens prescrits à la femme enceinte à la consultation du 6<sup>e</sup> mois**

#### **Examens prescrits obligatoirement**

- sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat ;
- numération formule sanguine ;
- recherche de l'antigène HBs ;
- recherche d'agglutinines irrégulières. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;
- glycosurie et albuminurie.

## 5<sup>e</sup> consultation (7<sup>e</sup> mois) : préconisée dans le lieu prévu d'accouchement

- Faire un examen clinique : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.

### Encadré 5. Examens prescrits et proposés à la femme enceinte à la consultation du 7<sup>e</sup> mois

#### Examens prescrits obligatoirement

- sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat ;
- glycosurie et albuminurie.

#### Examen à proposer systématiquement

- échographie obstétricale entre 31 et 32 SA : diagnostic tardif des malformations pour une meilleure prise en charge périnatale.

## 6<sup>e</sup> consultation (8<sup>e</sup> mois)

- Faire un examen clinique : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.
- Adresser la femme enceinte en consultation de préanesthésie pour évaluer les facteurs de risque anesthésiques en vue de l'accouchement.

### Encadré 6. Examens prescrits à la femme enceinte à la consultation du 8<sup>e</sup> mois

#### Examens prescrits obligatoirement

- sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat ;
- deuxième détermination des groupes sanguins (ABO rhésus standard) si nécessaire ;
- recherche d'agglutinines irrégulières chez la femme rhésus négatif ou antérieurement transfusée. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;
- glycosurie et albuminurie.

#### Examen à proposer systématiquement

- prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B entre 35 et 38 SA.

#### Examen à proposer éventuellement en fonction de la symptomatologie

- examen cytbactériologique des urines (ECBU).

## 7<sup>e</sup> consultation (9<sup>e</sup> mois)

- Faire un examen clinique et des tests : prise de la pression artérielle, mesure du poids, mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur.
- Identifier un besoin de suivi complémentaire et orienter la femme vers une filière de soins spécifiques.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires, la présence de contractions utérines.
- Adresser en consultation de préanesthésie pour évaluer les facteurs de risque anesthésiques de la mère en vue de l'accouchement (si non faite à la consultation du 8<sup>e</sup> mois).
- Évaluer le pronostic obstétrical et discuter avec la femme du mode d'accouchement.
- Donner des consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans le lieu d'accouchement si le terme est dépassé.
- S'enquérir à nouveau de l'environnement familial et professionnel de la femme enceinte pour s'assurer des conditions de sécurité de la mère et de son bébé. Informer la femme enceinte des interventions adaptées possibles et activer l'éventuelle intervention coordonnée d'une technicienne d'intervention familiale, d'une puéricultrice de PMI, du médecin traitant, du pédiatre, du psychologue, etc.

### Encadré 7. Examens prescrits à la femme enceinte à la consultation du 9<sup>e</sup> mois

#### Examens prescrits obligatoirement

- sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente ;
- deuxième détermination des groupes sanguins (ABO rhésus standard) si non faite à l'examen du 8<sup>e</sup> mois ;
- recherche d'agglutinines irrégulières chez la femme rhésus négatif ou récemment transfusée (si non faite à l'examen du 8<sup>e</sup> mois). Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;
- glycosurie et albuminurie.

#### Examen à proposer systématiquement

- prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) si non fait à la consultation du 8<sup>e</sup> mois.

#### Examen à proposer éventuellement en fonction de la symptomatologie

- examen cyto bactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

## Examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement

L'examen postnatal est obligatoire et peut être réalisé par un médecin spécialiste ou non (décret n° 92-143 du 14 février 1992) ou par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, titre VI, article 101).

- Cette rencontre permet de discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale.
- La femme doit être encouragée à parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.
- Les signes évocateurs d'une dépression du *post-partum*, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente (utiliser l'instrument EPDS), doivent être recherchés. Dans ce cas, la qualité de l'environnement affectif doit être explorée avec la mère, ainsi que l'existence de supports pour les soins quotidiens auprès de l'enfant (conjoint, grands-parents, etc.).
- Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles.
- La consultation doit être l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 3 ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, la vaccination contre la rubéole, la rééducation du *post-partum* (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.

## Annexe 2. Durée du congé maternité

La durée du repos maternité dépend de la situation familiale et du nombre d'enfants attendus (article 25-1 à 4 ; loi n° 94-629 du 25 juillet 1994).

Les données réglementaires étant soumises à évolution, consulter régulièrement le site de l'Assurance maladie qui met à disposition ces informations dans un document intitulé « Autour de bébé » ([www.ameli.fr/174/DOC/717/dp.html](http://www.ameli.fr/174/DOC/717/dp.html)).

<b>Durée du congé maternité en fonction du type de grossesse et de la situation familiale</b>				
<b>Type de grossesse et situation familiale</b>		<b>Durée totale congé (semaines)</b>	<b>Période pré-natale (semaines)</b>	<b>Période post-natale (semaines)</b>
<b>Unique</b>	L'assurée ou le foyer a moins de 2 enfants à charge ou nés viables	16	6	10
	L'assurée ou le foyer a déjà la charge d'au moins 2 enfants nés viables	26	8*	18
<b>Gémellaire</b>		34	12**	22
<b>Triple ou plus</b>		46	24	22

\* La période prénatale peut être augmentée de 14 jours sans justification médicale. La période postnatale est réduite d'autant.

\*\* La période prénatale peut être augmentée de 28 jours sans justification médicale. La période postnatale est réduite d'autant.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002 le père peut bénéficier de 11 jours ouvrables consécutifs de congé paternité. Cette durée s'ajoute aux 3 jours employeurs déjà accordés au père pour la naissance ou l'adoption. Elle est allongée à 18 jours en cas de naissance multiple. Le père est libre de prendre ces congés dans les 4 mois suivant la naissance de son enfant.

En cas de grossesse pathologique la femme peut bénéficier de 14 jours de repos supplémentaires sur certificat médical.

En cas d'accouchement prématuré la durée totale du congé légal n'est pas réduite. En cas d'accouchement tardif le congé prénatal est prolongé jusqu'à l'accouchement et le congé postnatal n'est pas réduit.

En cas d'hospitalisation de l'enfant au-delà de la 6<sup>e</sup> semaine suivant l'accouchement, la femme peut reprendre le travail et utiliser le reliquat de son congé à la sortie de son enfant.

Pendant la durée du congé maternité la mère n'est pas tenue de respecter les horaires de sortie autorisés par la caisse primaire. En cas d'adoption une indemnité de repos est due dans les mêmes conditions que le congé postnatal. En cas d'allaitement maternel, la femme peut bénéficier d'une réduction d'une heure par jour de la durée de travail durant la première année de l'enfant (article L 224 du Code du travail). Cette heure n'est en général pas rémunérée et les mères restent mal informées de cette possibilité.



## Annexe 3. Vaccinations pendant la grossesse

Le calendrier vaccinal est régulièrement mis à jour sur le site Internet de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ([www.invs.sante.fr/beh](http://www.invs.sante.fr/beh)).

Vaccinations possibles ou non chez la femme enceinte		
Vaccin	Administration pendant la grossesse	Commentaires
BCG	Non	Sauf forme inactivée
Choléra	Non	Innocuité non déterminée
Hépatite A	Non	Innocuité non déterminée
Hépatite B	Oui	Si risque infectieux
Grippe (influenza)	Oui	
Encéphalite japonaise	Non	
Méningocoque	Oui	Si risque infectieux
Rougeole	Non	
Oreillons	Non	
Poliomyélite inactivée	Oui	Si indication
Rage	Oui	Si indication
Rubéole	Non	Vaccination après l'accouchement, contraception conseillée
Diptérie	Non	Entraîne des réactions fébriles importantes
Tétanos	Oui	Possible si indication
Typhoïde	Non	Innocuité non déterminée
Variolle	Non	
Varicelle	Non	
Fièvre jaune	Oui	Éviter sauf en cas de risque élevé



## Annexe 4. Valeurs biologiques pendant la grossesse

Principales valeurs biologiques modifiées ou non pendant la grossesse	
Hémogramme	Valeurs
Numération globulaire	Diminuée
Hémoglobine	Chute progressive de 130-140 g/l (8,1-8,7 mmol/l) à 105-120 g/l (6, 8-7, 4 mmol/l) ; début de la chute dès 10 SA
Hématocrite	Chute de 40 % à 31-34 %
Concentration moyenne globulaire d'hémoglobine	Inchangée (320-330 g/l)
Volume érythrocytaire	Inchangé
Leucocytes	Augmentation jusqu'à 15 Giga/l (prédominance de l'élévation des polynucléaires neutrophiles)
Vitesse de sédimentation	Augmentation (valeurs à la première heure : 30-90 mm). Aucun intérêt pendant la grossesse
Triglycérides	Augmentation progressive jusqu'à 2-3 g/l
Cholestérol	Augmentation linéaire jusqu'à 3 g/l rapport cholestérol libre/cholestérol estérifié constant
Phospholipides	Augmentation jusqu'à 3, 5-4 g/l
Lipoprotéines	Augmentation dans toutes les fractions
Enzymes sériques	Valeurs
Gamma-glutamyl transpeptidase (gamma GT)	Inchangée
5' nucléotidases	Inchangées
Lactico-déshydrogénase	Inchangée
Transaminases	Inchangées
Phosphatases alcalines	Augmentation progressive à partir de 20 SA en raison d'une isoenzyme placentaire
Amylasémie	Inchangée
Coagulation	Valeurs
Plaquettes : numération	Inchangée. Il existe de 4 à 8 % de thrombopénies modérées en fin de grossesse normale
Fibrinogène	Augmenté jusqu'à 5-6 g/l
Facteurs : V, VII, VIII, X, XII	Augmentés
Prothrombine, facteur IX	Non modifiés
Facteurs XI, XIII	Abaissés
Activité fibrinolytique	Abaissée
Antithrombine III	Diminuée de 10 % de sa valeur initiale
Protéine S	Diminuée
Activité antiplasmine	Augmentée
Inhibiteurs de l'activation du plasminogène	Inchangés
Protéine C	Inchangée
D-Dimères	Souvent augmentés
Hormones	Valeurs
Prolactine	Augmentée
Cortisol libre urinaire	Inchangé
Cortisolémie	Augmentée
Aldostérone	Augmentée

Hormones	Valeurs
Testostérone	Augmentée
Androsténone	Augmentée
Déhydro-épiandrosténone	Inchangée
Catécholamines urinaires	Inchangées
TSH	Inchangée
T3 libre	Augmentée
T4 totale	Augmentée
T4 libre	Inchangée
Fer sérique	Chute de 35 %
Transferrine	Très augmentée
Électrolytes	Valeurs
Sodium, potassium, chlore, phosphore	Pas de modification importante
Calcium, magnésium	Diminution de 10 %
Bicarbonates	Baisse importante (due à l'alcalose respiratoire compensée)
Gaz du sang : PO <sub>2</sub> , pH	Inchangés
PCO <sub>2</sub>	Diminution (30 mm Hg) (4 kPa) (elle entraîne une dyspnée fréquente)
Osmolalité	Baisse précoce de 10 mosm/kg d'eau
Protéines, autres	Valeurs
Protéines totales	Diminuées
Albumine sérique	Diminuée
Alpha 1-globulines	Augmentées
Alpha 2-globulines	Augmentées
Bêta-globulines	Augmentées
C3, C4, complément total	Augmenté
Glycémie à jeun	Diminuée
Glycosurie	Parfois présente avec des glycémies normales car abaissement du seuil rénal du glucose
Composants azotés non protéiques	Valeurs
Urée sanguine	Diminution progressive de 25 % au moins de sa valeur initiale
Créatinémie	Diminution progressive de 25 % au moins de sa valeur initiale
Uricémie	Baisse précoce de 30 % : réascension en fin de grossesse (de 180 à 350 µmol/l)

# Annexe 5. Bibliographie sélective

## Textes réglementaires

Arrêté du 16 novembre 1990 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse. Journal Officiel du 6 décembre 1990.

Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires pré et postnataux. Code de la santé publique : article R2121-1.

Décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. Code de l'action sociale et des familles : article L214-1.

Loi n°94-629 du 25 Juillet 1994. Loi relative à la famille.

Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Code de la santé publique : articles D6124-40 à D6124-101.

Décret n° 95-559 du 6 mai 1995 relatif aux analyses de cytogénétique et de biologie pratiquées en vue d'établir un diagnostic prénatal in utero et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Code de la santé publique : article L-2131.

Décret n° 97-579 du 28 mai 1997 relatif aux analyses de cytogénétique et de biologie pratiquées en vue d'établir un diagnostic prénatal in utero et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Journal Officiel du 31 mai 1997.

Arrêté du 30 septembre 1997 relatif au consentement de la femme enceinte à la réalisation des analyses mentionnées à l'article R162-16-1 du code de la santé publique.

Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou

de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Code de la santé publique : articles R6123-39-53.

Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1<sup>er</sup> du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Code de la santé publique : article R6124-35.

Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance. Journal Officiel du 20 janvier 1999.

Arrêté du 12 janvier 1999 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation. Journal Officiel 28 février 1999.

Code la santé publique Partie Législative annexe à l'ordonnance n°200-548 du 15 juin 2000

Deuxième partie. NOR : MESX0000036RP2. Deuxième partie, Santé famille, de la mère et de l'enfant. Livre 1<sup>er</sup>. Protection et promotion de la santé maternelle et infantile. Titre 1<sup>er</sup> Organisation et missions. Chapitre 1<sup>er</sup> Dispositions générales. Journal Officiel du 28 juin 2000.

Décret n° 2001-97 du 1<sup>er</sup> février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Journal Officiel du 3 février 2001.

Ordonnance n° 2001-173 du 22 février 2001 relative à la transposition de la directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail. Journal Officiel du 24 février 2001.

Loi n° 2001-397 du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (1).

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Circulaire cabinet santé, cabinet famille et enfance DHOS/DGS/DGAS n° 2002/239 du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré- et postnatale d'une maladie ou d'une malformation.

## Références

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Paris: ANAES; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Informations des patients – Recommandations destinées aux médecins. Paris: ANAES; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dépistage de l'hépatite C – Populations à dépister et modalités du dépistage – recommandations du comité d'experts réuni par l'Anaes. Paris: ANAES; 2001.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immuno-compétent (manifestations oculaires exclues). Conférence de consensus – 7 novembre 2001. Paris: ANAES; 2001.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. Paris: ANAES; 2002.

Avenant à la convention nationale des sages-femmes. Journal Officiel du 27 février 2003.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

Circulaire DHOS/SDO/DGS n° 2004-156 du 29 mars 2004 relative au centre national de référence en hématologie périnatale. Bulletin Officiel n° 2004-18

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Vaccination contre le virus de l'hépatite B. Réunion de consensus, 10 et 11 septembre 2003. Paris: ANAES; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - Prévention et prise en charge médico-sociale. Conférence de consensus, 5 et 6 novembre 2003. Paris: ANAES; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Grossesse et tabac. Conférence de consensus 7 et 8 octobre 2004. St Denis La Plaine: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Institut de santé publique. Évaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à cytomégalovirus (CMV) chez la femme enceinte. St Denis La Plaine: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie précoce après accouchement – Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. St Denis La Plaine: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux. St Denis La Plaine: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Stratégies de choix des

méthodes contraceptives chez la femme. St Denis La Plaine: ANAES; 2004.

Haute autorité de santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. St Denis La Plaine: HAS; 2004.

Haute autorité de santé. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel. St Denis La Plaine: HAS; 2005.

Haute autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. St Denis La Plaine: HAS; 2005.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Médicaments et grossesse. St Denis La Plaine: AFSSAPS; mise à jour novembre 2005.

National Institute for Clinical Excellence. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE; 2003.

Plan périnatalité 2005-2007. Paris DGS; 2004.



# 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'usagers.

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'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents disponibles, notamment les recommandations existantes. 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'usagers. 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 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 de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission *Recommandations pour l'amélioration des pratiques*).

- 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 la commission *Recommandations pour l'amélioration des pratiques*. 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 de la commission *Recommandations pour l'amélioration des pratiques*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

- Diffusion

La HAS met en ligne gratuitement sur son site ([www.has-sante.fr](http://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 selon 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 et des questions posées, elle est complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques si besoin. 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. Elle 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 des groupes de travail et de lecture.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide méthodologique Anaes de 1999 :

**« Les recommandations pour la pratique clinique  
Base méthodologiques pour leur réalisation en France »**

Guide téléchargeable gratuitement sur le site Internet de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

# Participants

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

Association française de pédiatrie ambulatoire  
Association nationale des puéricultrices diplômées d'État  
Association nationale des sages-femmes libérales  
Association des sages-femmes d'encadrement des services de gynécologie-obstétrique  
Club de périfœtologie formation  
Collège national des généralistes enseignants  
Collège national des gynécologues et obstétriciens français  
Conseil national de l'ordre des sages-femmes  
Organisation nationale des syndicats de sages-femmes  
Société française de documentation et de recherche en médecine générale  
Société de formation thérapeutique du généraliste  
Société française de médecine générale  
Société française de médecine périnatale  
Société française de gynécologie  
Syndicat national des médecins de PMI

## Comité d'organisation

Mme Claire Bouet, sage-femme, Caen  
Mme Francine Dauphin, sage-femme, Gentilly  
Dr France De Moegen, médecin territorial PMI, Rosny-sous-Bois  
Dr Philippe Edelman, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Marie-Laure Fleury, puéricultrice, Pont-Saint-Martin  
Pr Jean-Robert Giraud, gynécologue-obstétricien, Angers  
Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, HAS, Saint-Denis  
Dr Jacques Schirrer, pédiatre, Besançon

## Groupe de travail

Pr Francis Puech, gynécologue-obstétricien, Lille – président du groupe de travail  
Dr Florence Bretelle, gynécologue-obstétricien, Marseille – chargée de projet  
Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Annette Delabar, médecin généraliste, Évry  
Mme Christiane Jeanvoine, sage-femme, Nancy

Pr Fabrice Pierre, gynécologue-obstétricien, Poitiers  
Dr Françoise Molenat, pédopsychiatre, Montpellier  
Pr Georges Boog, gynécologue-obstétricien, Nantes  
Mme Anne Dusart, représentant des usagers, Collectif interassociatif autour de la naissance, Dijon

## Groupe de lecture

Dr Pierre Arwidson, Inpes, Saint-Denis  
Mme Marie-Thérèse Arcangeli-Belgy, sage-femme, Nancy  
Dr Pierre Balouet, gynécologue-obstétricien, Saint-Lô

Dr Joëlle Belaisch-Allart, gynécologue-obstétricien, Sèvres  
Mme Élisabeth Blanchard, sage-femme, Bobigny  
Mme Nicole Bosson, sage-femme, Dijon

## Groupe de lecture *(suite)*

Mme Claire Bouet, sage-femme, Caen

Pr Bruno Carbonne, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Marianne Blanc, chef de projet, HAS Saint-Denis

Mme Catherine Chicha-Mamant, sage-femme, Tarquimpol

Dr Dominique-Antoine Collin, gynécologue-obstétricien, Haguenau

Dr Guy-Marie Cousin, gynécologue-obstétricien, Nantes

Mme Anne-Marie Curat, sage-femme, Foix

Mme Évelyne Cuirin, sage-femme, Saint-Max

Mme Francine Dauphin, sage-femme, Gentilly

Dr Isabelle De Beco, médecin généraliste, Paris

Dr France De Moegen, médecin PMI, Rosny-sous-Bois

Mme Marie-Hélène Debar, sage-femme, Nancy

Dr Martine Demasson, médecin PMI, Saint-Denis

Pr Gérard-Philippe Desbonnets, médecin généraliste, Fleurbaix

Dr Pierre Hervé Dorangeon, gynécologue-obstétricien, Reims

Dr Catherine Dormard, médecin généraliste, Saclay

Pr Michel Dreyfus, gynécologue-obstétricien, Caen

Dr Claire Ducros-Ferre, gynécologue-obstétricien, Nantes

Dr Nathalie Dumarcet, Affsaps, Saint-Denis

Dr Philippe Edelman, gynécologue-obstétricien, Paris

Dr Jean-Marc Emmanuelli, gynécologue-obstétricien, Paris

M. Gilles Gaebel, représentant des usagers, Collectif interassociatif autour de la naissance, Carrière-sur-Seine, Conseil scientifique de l'Anaes

Mme Évelyne Giffard, sage-femme, Caen

Pr Jean-Robert Giraud, gynécologue-obstétricien, Angers

Pr François Goffinet, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Florence Helary-Guillard, sage-femme, Larré

Pr Michel Herlicoviez, gynécologue-obstétricien, Caen

Dr Jean-Michel Herpé, radiologue, Saintes

Pr Jacques Horovitz, gynécologue-obstétricien, Bordeaux

Pr Jean-Pierre Jacquet, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey

Mme Jacqueline Lavillonnière, sage-femme, Vals-les-Bains

Mme Nadège Lebas, sage-femme, Vierzon

Dr Anne-Marie Lehr-Drylewicz, médecin généraliste, Pacay-Meslay

Dr Bruno Meyrand, médecin généraliste, Saint-Galien

M. Sylvain Missonnier, psychologue, Le Chesnay

Mme Claude Morel, sage-femme, Brest

Dr Serge Moser, médecin généraliste, Hirsingue

Dr Jean-Louis Moulin, médecin généraliste, Saint-Junien

Dr Claude Muhlstein, gynécologue-obstétricien, Strasbourg

Mme Françoise Nguyen, sage-femme, Poissy, Conseil scientifique de l'Anaes

Dr Jean-Jacques Ormières, médecin généraliste, Saint-Orens-de-Gameville

Pr Franck Perrotin, gynécologue-obstétricien, Tours

Dr Évelyne Petroff, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Laurence Platel, sage-femme, Saint-Sébastien-sur-Loire

Pr Christian Quereux, gynécologue-obstétricien, Reims

Dr François Ramseyer, gynécologue-obstétricien, Thionville

Mme Patricia Riffat, sage-femme, Caen

Mme Hélène Robert, sage-femme, Rennes

Pr Jean-Christophe Rozé, pédiatre, Nantes

Dr Jacques Schirrer, pédiatre, Besançon

Dr Jean Thevenot, gynécologue-obstétricien, Toulouse

Dr Catherine Tisserand, gynécologue-obstétricien, Dijon

Dr Pierre Tourame, gynécologue-obstétricien, Marseille

Pr Michel Tournaire, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Clotilde Van Acker, sage-femme, Villers-lès-Nancy

Dr Norbert Winer, gynécologue-obstétricien, Nancy

Un remerciement particulier à Mme Joëlle Delmoitiez qui a traduit et adapté les critères néerlandais « *Verloskundig Vademecum* »

# Fiche descriptive

<b>TITRE</b>	<b>Comment mieux informer les femmes enceintes ?</b>
<b>Méthode de travail</b>	Recommandations pour la pratique clinique
<b>Date de mise en ligne</b>	Mai 2005
<b>Date d'édition</b>	Janvier 2006
<b>Objectif(s)</b>	Proposer des recommandations concernant les modalités de suivi médical des femmes enceintes
<b>Professionnel(s) concerné(s)</b>	Tout professionnel de santé impliqué en périnatalité, regroupé ou non en réseau de santé, notamment les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues et les obstétriciens
<b>Demandeur</b>	Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (Syngof)
<b>Promoteur</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) – service des recommandations professionnelles
<b>Pilotage du projet</b>	Coordination : Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet du service des recommandations professionnelles (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Sladana Praizovic, Laetitia Gourbail Recherche documentaire : Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Aurélien Dancoisne (chef de service : Rabia Bazi)
<b>Participants</b>	Sociétés savantes Comité d'organisation Groupe de travail (président : Pr. Francis Puech, gynécologue-obstétricien, Lille) Groupe de lecture
<b>Recherche documentaire</b>	Adaptation d'un <i>guideline du National Institute for Clinical Excellence (NICE) « Antenatal care : routine care for healthy pregnant woman » octobre 2003</i> Recherche de littérature française sur le thème Recherche dans les bases de données internationales chaque fois que l'analyse du NICE a semblé insuffisante
<b>Auteurs de l'argumentaire</b>	Dr Florence Bretelle, gynécologue-obstétricien, Marseille Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet du service des recommandations professionnelles
<b>Validation</b>	Conseil scientifique de l'Anaes (Référénts : Mme Françoise Nguyen, sage-femme, Poissy ; M. Gilles Gaebel, représentant des usagers, Collectif interassociatif autour de la naissance) Validées par le Conseil scientifique de l'Anaes en novembre 2004
<b>Autres formats</b>	Fiche de synthèse et Argumentaire <b>Téléchargeables gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a></b> « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » (HAS, 2005).

Achevé d'imprimer en décembre 2006  
Dépôt légal 1<sup>re</sup> édition février 2006  
Imprimerie Moderne de l'Est  
Dépôt légal janvier 2007





Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables  
sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)