

# Le suivi médical de la grossesse

## Situations à risque et type de suivi

Le suivi médical de la grossesse peut être réalisé par un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue obstétricien) ou une sage-femme, en fonction du niveau de risque de la grossesse.

La HAS a établi les types de suivi et structures recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse. **Ces situations à risque peuvent :**

- **préexister à la grossesse :** facteurs de risque généraux (âge, poids, facteurs individuels et sociaux, risque professionnel), antécédents personnels préexistants gynécologiques (pathologies utéro-vaginales) et non gynécologiques

(antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux, antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques, maladies infectieuses), antécédents personnels liés à une grossesse précédente (antécédents médicaux, antécédents obstétricaux, antécédents liés à l'enfant à la naissance);

- **apparaître en cours de grossesse :** consommation de substances psychoactives, facteurs de risque médicaux (diabète gestationnel, HTA, vomissements gravidiques, etc.), maladies infectieuses, facteurs de risque gynécologiques (fibrome utérin, kyste ovarien, infections vaginales, etc.), facteurs de risque obstétricaux (hématome rétro-placentaire, MAP, grossesse gémellaire, placenta prævia, macrosomie, dépassement de terme, etc.).

*Extrait des recommandations professionnelles de la HAS*

*« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (mai 2007)*

Durant la grossesse (de la 2 <sup>e</sup> à la 7 <sup>e</sup> consultation - du 4 <sup>e</sup> au 8 <sup>e</sup> mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
<b>Facteurs de risque généraux</b>		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous X	A1	Unité d'obstétrique
<b>Toxiques</b>		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon le degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion

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

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

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

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

## Suivi et orientation de la femme enceinte

### CONSULTATIONS

7 consultations sont prises en charge à 100% pendant la grossesse ainsi qu'un entretien individuel ou en couple au cours du 1<sup>er</sup> trimestre (réalisés par un médecin ou une sage-femme)

### ÉCHOGRAPHIES

3 échographies sont systématiquement proposées aux femmes. En cas de pathologies fœtales ou de grossesse pathologique, des échographies supplémentaires peuvent être prises en charge avec l'accord de l'Assurance Maladie

	< 10 SA	< 15 SA	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois	9 <sup>e</sup> mois
1 <sup>er</sup> échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours)								
2 <sup>e</sup> échographie (entre 20 et 25 SA)								
3 <sup>e</sup> échographie (entre 30 et 35 SA)								

### EXAMENS BIOLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES

<b>obligatoires*</b>	< 10 SA	< 15 SA	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois	9 <sup>e</sup> mois
• Groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)	①						②	
• Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) : - si Rhésus D négatif : à toutes les femmes - si Rhésus D positif : aux femmes avec un passé transfusionnel								
• RAI, à l'exclusion de Ac dirigés contre les Ag A et B								
• Sérologie toxoplasmose		③	③	③	③	③	③	③
• Sérologie rubéole		④						
• Sérologie syphilis								
• Glycosurie et protéinurie								
• Recherche de l'Ag HBs								
• Hémogramme								
<b>à proposer systématiquement</b>	< 10 SA	< 15 SA	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois	9 <sup>e</sup> mois
• Sérologie VIH 1 et 2								
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)								
• Frottis cervical ⑦								
<b>à proposer systématiquement</b>	1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>e</sup> trimestre						
• Dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	⑤	⑥						
<b>à proposer éventuellement en fonction de la situation clinique</b>	< 10 SA	< 15 SA	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois	9 <sup>e</sup> mois
• ECBU ⑧								
• Dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque								

\* Source : Article R. 2122-2 du Code de la Santé Publique.

NB : Le dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire est à proposer systématiquement lors des 7 premières semaines d'aménorrhée (non remboursé).

#### Précisions sur les modalités de prescription :

- ① Uniquement en cas de première grossesse, si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complet (deux déterminations).
- ② Si détermination non faite avant.
- ③ En cas de négativité du résultat précédent.
- ④ En cas de négativité du résultat précédent, il est recommandé de prescrire une sérologie jusqu'à 18 SA.
- ⑤ Dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1<sup>ère</sup> échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre).
- ⑥ Dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2<sup>e</sup> trimestre (15 à 18 SA) en l'absence d'un dépistage combiné au 1<sup>er</sup> trimestre.
- ⑦ Si le dernier frottis cervical date de plus de deux à trois ans.
- ⑧ En cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète, ou de bandelette urinaire positive.

Taux de remboursement (dans la limite des tarifs de l'Assurance Maladie)

	100%
	70%
	60%

Fiche établie sur la base des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et en accord avec elle.

**Le point sur le dépistage du VIH et des IST<sup>(1,2)</sup>****■ Lors de la consultation préconceptionnelle**

La découverte d'une séropositivité avant une éventuelle grossesse permet une prise en charge dans de meilleures conditions. Ainsi, toute consultation où un médecin reçoit une femme ou un couple désireux d'avoir un enfant doit permettre d'informer sur l'infection par le VIH et de proposer une sérologie VIH.

**■ Pendant la grossesse**

Pour la mère, le dépistage de la syphilis en début de grossesse (1<sup>re</sup> consultation prénatale) et de l'Ag HBs au 6<sup>e</sup> mois de grossesse (4<sup>e</sup> consultation prénatale) est obligatoire. Le dépistage du VIH est à proposer systématiquement (s'il n'a pu être fait avant). Il n'y a pas d'intérêt à recommander le dépistage systématique d'autres IST.

Pour le père, il est recommandé de lui proposer systématiquement un sérodépistage VIH (s'il n'a pu le faire avant). L'article L2122-3 du Code de la santé publique précise que : « Chaque fois que l'examen de la future mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également procédé à un examen médical du futur père accompagné, le cas échéant, des analyses et examens complémentaires appropriés. » Il s'agit habituellement d'un examen général, éventuellement accompagné d'examen de laboratoire complémentaires et d'un dépistage du VIH.

- <sup>[1]</sup> Infection par le VIH et procréation (Chap. 6). In : Yeni P., dir. *Prise en charge des personnes infectées par le VIH : Rapport 2006. Recommandations du groupe d'experts*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, juillet 2006 : pp. 82-122. En ligne : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/yeni\\_sida/rapport\\_experts\\_2006.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/yeni_sida/rapport_experts_2006.pdf).
- <sup>[4]</sup> Haute autorité de santé. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : recommandations*. Saint-Denis La Plaine : HAS, coll. Recommandations professionnelles, mai 2007 : 39 p.  
En ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_605115/suivi-des-femmes-enceintes-recommandations](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_605115/suivi-des-femmes-enceintes-recommandations).

