

DÉBAT

Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ?

Do low risk pregnancy and low risk delivery exist?

C. Colmant^{a,b}, R. Frydman^{a,*,b,c}

^a Service de gynécologie–obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Antoine-Béclère, AP–HP, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, BP 405, 92141 Clamart cedex, France

^b Université Paris-Sud, Clamart, France

^c Inserm, U782, Clamart, France

Reçu le 2 décembre 2008 ; accepté le 12 décembre 2008

Disponible sur Internet le 6 février 2009

Mots clés : Grossesse ; Accouchement ; Maison de naissance ; Facteurs de risque ; Lieu d'accouchement ; Femme à bas risque

Keywords: Pregnancy; Delivery; Birthing center; Risk factors; Place of delivery; Low risk pregnancy

I. INTRODUCTION

La définition la plus courante du risque évoque le danger éventuel plus ou moins prévisible. Ce caractère de prévisibilité étant déterminant pour celui qui souhaite agir en amont de la survenue même du danger, et ce dans une volonté toute prométhéenne de faire en sorte que l'inéluctable ne se réalise pas.

L'accouchement ne peut être définitivement considéré comme normal que deux heures après la naissance car des complications peuvent survenir à tout moment sans que rien ne permette de les prévoir, tel est le postulat de la réflexion obstétricale française.

Mais, il en est ainsi de toute situation à risque. Du fait du principe de précaution médicale fort à la mode, dans notre pays, on oublie une autre conception du risque de la grossesse et de l'accouchement, lesquels dans de nombreux autres pays sont considérés comme un processus a priori physiologique [1] qui ne nécessite pas d'intervention médicale sauf dans des situations particulières prévisibles.

Peut-on définir le degré de risques d'une grossesse ou d'un accouchement ? Il faut le croire, puisque le plan de périnatalité

définit trois types de niveau de risque différents. Dans ces conditions, est-il licite d'envisager des lieux d'accouchement appelés maisons de naissance, qui seraient réservées à des grossesses à risque d'être ?

2. POURQUOI DÉFINIR UNE GROSSESSE À BAS RISQUE ?

L'objectif de définir des niveaux de risque a pour conséquence d'adapter un suivi en conséquence et de permettre aux grossesses à bas risque une prise en charge plus physiologique et aux grossesses à risques d'être prises en charge dans des maternités de type III adaptées à la gravité de la situation. La base de la catégorisation en types I, II, III ne tient compte que de la prise en charge du nouveau-né, il y est regrettable que la présence d'un service de réanimation maternelle, n'ait pas constitué un type supplémentaire.

Cette caractérisation des risques périnataux a entraîné diverses mesures concernant la formation des professionnels et la caractérisation des lieux où se passe l'accouchement dans le cadre de plusieurs plans de périnatalité [2], malgré un classement scrupuleux, en plusieurs types de maternité (I, II, III), force est de reconnaître que certaines femmes et/ou certains nouveau-nés qui auront en fait besoin de soins imprévus bien qu'elles accouchent dans une maternité de type I. De même,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rene.frydman@abc.aphp.fr (R. Frydman).

nombre de femmes définies comme à haut risque ont finalement un accouchement parfaitement normal, dans une maternité de type III. En procédant à une évaluation initiale et continue des chances qu'a une femme d'accoucher normalement, il est néanmoins possible de prévenir et/ou de déceler l'apparition de complications et de prendre les décisions nécessaires concernant les soins appropriés, sinon, tout le monde devrait être suivi en maternité de type III, voire avec une possibilité d'embolisation radiologique sur place. La clé de la sécurité repose donc sur un système de réseau territorial entre les établissements de santé permettant le transfert en temps et en heure des patientes selon leurs besoins.

Dans une volonté, récente en France, d'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse et adapter le suivi en conséquences, la Haute Autorité de santé (HAS) a travaillé activement sur l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique (RPC). Ce projet initialement intitulé, « définition de la grossesse physiologique et critères d'orientation des femmes enceintes » a été modifié de façon significative et est devenu « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ». Ce qui montre bien la difficulté à définir la notion de bas risque pour une grossesse.

3. ESTIMATION DU RISQUE OBSTÉTRICAL

L'organisation des soins en fonction des risques est depuis peu un objectif consensuel en France [3]. Elle existe depuis longtemps aux Pays-Bas, où les praticiens qui s'occupent de la prise en charge des femmes enceintes sont répartis en niveaux de soins et les pathologies en différents codes. Une classification a donc été établie pour distinguer les risques faibles, moyens et élevés [4]. Une grossesse est considérée comme physiologique en l'absence d'antécédents ou de pathologies répertoriées dans une liste nationale validée par tous les professionnels et les autorités [5–7]. De nombreux autres pays comme le Royaume-Uni ou la Scandinavie distinguent les grossesses à faible risque et à haut risque et des listes du même type sont utilisées [8–11]. Cependant cette classification pose quelques problèmes. De quels risques parle-t-on ? N'y a-t-il que deux niveaux de risque, le haut et le bas ? À quel moment le risque est-il évalué au cours de la grossesse et quand doit-il être réévalué ?

L'efficacité d'un système d'évaluation des risques se mesure d'après sa capacité à distinguer entre les femmes à haut risque et les femmes à faible risque, c'est-à-dire sa sensibilité, sa spécificité et sa valeur prédictive positive et négative [12]. Les chiffres exacts concernant la capacité distinctive de ces systèmes d'évaluation des risques sont difficiles à obtenir mais, selon les rapports disponibles, une distinction raisonnable entre grossesse à haut risque et grossesse à faible risque est possible dans les pays industrialisés et dans les pays en développement [13,14].

Il faut distinguer la période de gestation et l'accouchement proprement dit. La valeur prédictive de l'évaluation des risques est loin d'être de 100 % et une femme enceinte à faible risque peut finalement avoir un accouchement compliqué.

En revanche, de nombreuses femmes enceintes à haut risque ont finalement un travail et un accouchement sans complications.

4. DONNÉES DISPONIBLES EN FRANCE SUR LES SITUATIONS À RISQUE

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

En France, les données de la littérature ne permettent pas d'avancer de chiffres concernant le nombre de femmes enceintes dont la grossesse s'est déroulée sans complications ou avec un faible niveau de risque et ayant accouché sans complications d'un enfant en bonne santé.

En 2001, 30 % des multipares présentent un antécédent obstétrical (césarienne, accouchement prématuré, etc.) et 36 % des grossesses sont compliquées d'une pathologie (menace d'accouchement prématuré [MAP], diabète, hypertension artérielle [HTA], etc.) [15]. Néanmoins 70 % des femmes accouchent normalement. Par ailleurs, si le taux national de césariennes atteint 18 %, on connaît les résultats périnataux pour les patientes à bas risque : le taux de césarienne des primipares est de 11,6 %, celui des multipares de 2,9 % [15]. Ces chiffres semblent représenter beaucoup de grossesses et d'accouchements normaux, ne justifiant, peut-être pas, un arsenal technique démesuré.

5. QUELLES SONT LES SITUATIONS À RISQUE ?

Pour identifier une grossesse à bas risque, il faut pouvoir définir de la façon la plus exhaustive possible les situations à risque et savoir réapprécier ce niveau de risque tout au long de la grossesse.

Ainsi l'analyse et la synthèse de la littérature portant sur les données épidémiologiques disponibles ont permis d'identifier trois types différents de facteurs de risque [16]. Tout d'abord les pathologies médicales, psychiatriques ou obstétricales avérées nécessitant une prise en charge spécialisée. Ces pathologies peuvent être connues dès la première consultation ou bien apparaître au cours de la grossesse (Tableau 1).

Outre les pathologies avérées, il existe des situations à risque accru de complications périnatales, notamment d'accouchement prématuré (Tableau 2). Il s'agit principalement des facteurs sociaux ou comportementaux [17], de l'âge des patientes [18], des grossesses rapprochées [19] et des grossesses issues de fécondations in vitro [20].

Il existe des situations à risque obstétrical pour l'accouchement proprement dit qui impliquent une préparation et un plateau technique adaptés (Tableau 3). Il s'agit surtout des utérus cicatriciels des présentations dystociques et placentas bas insérés [21,22].

Enfin, les complications obstétricales les plus graves (anoxie périnatale, hémorragie du post-partum) peuvent survenir alors qu'il n'y avait aucun facteur de risque identifiable avant l'accouchement [16].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3952636>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3952636>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)