



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES


AVIS

Positionnement de la
HAS à la suite de la
demande
d'élaboration de
critères d'éligibilité
pour la prise en
charge des femmes
enceintes en maison
de naissance

Adopté par le Collège le 9 avril 2026

Descriptif de la publication

Titre	Positionnement de la HAS à la suite de la demande d'élaboration de critères d'éligibilité pour la prise en charge des femmes enceintes en maison de naissance
Méthode de travail	Basée sur les recommandations et autres travaux antérieurs publiés par la HAS dans le champ de la prise en charge des femmes enceintes accouchant potentiellement en maison de naissance en l'absence d'évaluation des situations cliniques comme prévu initialement dans le cahier des charges.
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none">– Lister les situations cliniques pouvant correspondre à ou s'approchant d'une prise en charge en maison de naissance, et celles qui en sont exclues, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins.– Insister sur l'importance de disposer des bilans et résultats de fonctionnement des maisons de naissance afin de permettre à la HAS d'émettre une recommandation de bonne pratique (RBP) respectant une méthodologie scientifique rigoureuse et définissant une liste de critères d'éligibilité des femmes enceintes en maison de naissance ainsi qu'une liste de transfert pré, per et post-partum vers une unité d'obstétrique en s'appuyant sur des données probantes.
Cibles concernées	Professionnels de la santé impliqués dans le suivi et l'accouchement des femmes enceintes en maison de naissance et unité d'obstétrique
Demandeur	Direction générale de l'Offre de soins (DGOS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Nadia Mhedbi, Cédric Paindavoine, Christine Revel-Delhom, Morgane Le Bail
Recherche documentaire	Nadia Mhedbi, Cédric Paindavoine, Karine Petitprez, Christine Revel-Delhom
Auteurs	Nadia Mhedbi, Christine Revel-Delhom, Karine Petitprez, Morgane Le Bail
Validation	Version du 9 avril 2026
Actualisation	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – avril 2026

Sommaire

1. Contexte de la demande	4
1.1. Maison de naissance : définition et historique de l'expérimentation	4
1.2. Données disponibles à l'issue de l'expérimentation des maisons de naissance	5
2. Arbitrage de la HAS	9
3. Objectif de ce document	10
4. Recommandations de bonne pratique et autres travaux de la HAS sources	11
5. Évaluation du niveau de risque, détermination du type de suivi et de l'orientation des femmes enceintes	13
5.1. Situations à risque	13
5.2. Évaluation du niveau de risque obstétrical avant grossesse	13
5.3. Évaluation du niveau de risque obstétrical pendant la grossesse	13
5.4. Évaluation du niveau de risque obstétrical avant le début et pendant l'accouchement	16
5.5. Évaluation du niveau de risque après l'accouchement pour un retour dit « très précoce » à domicile	18
6. Modalités de suivi et soins apportés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés en maison de naissance	22
6.1. Offre de soins et d'accompagnement des maisons de naissance en France	22
6.2. Modalité de suivi en pré-partum	22
6.3. Modalité de suivi en per-partum	22
6.4. Modalité de suivi en post-partum	23
7. Modalités de fonctionnement des maisons de naissance	24
7.1. Fonctionnement et règlement intérieur des maisons de naissance	24
7.2. Convention avec l'établissement de santé partenaire	24
7.3. Gestion des événements indésirables graves associés aux soins	25
8. Critères d'évaluation des maisons de naissance	26
9. Méthode d'élaboration de ce document	27
Table des annexes	28
Abréviations dans le tableau	41
Références bibliographiques	42

1. Contexte de la demande

1.1. Maison de naissance : définition et historique de l'expérimentation

Les maisons de naissance sont des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du Code de la santé publique. Les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des femmes avant ou après l'accouchement. Elles sont ouvertes au minimum dès lors qu'une femme vient y accoucher : il s'agit d'une ouverture à la demande.

« La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complications. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure » (article 1 de la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance) (1).

La volonté de créer des maisons de naissance en France s'inscrit dans une évolution des pratiques autour de la maternité, de la santé publique et du respect du choix des femmes. En effet, la concentration des naissances dans des maternités à forte activité et la plus grande médicalisation de l'accouchement ont conduit à une demande croissante, de la part des usagers, d'une prise en charge de l'accouchement plus respectueuse de la physiologie de la naissance dans des structures non médicalisées (1).

En 2013, la diversification de l'offre de soins en obstétrique et la création de nouvelles structures prenant en charge des femmes enceintes à bas risque de grossesse et d'accouchement ont été souhaitées par le Parlement. La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorise l'expérimentation des maisons de naissance et précise dans son article 1 qu'« à titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance [...] » et dans l'article 3 que « les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé (HAS) et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental » (1).

En 2014, un cahier des charges de l'expérimentation a été publié par la HAS (1). Cette publication répondait à ce contexte d'expérimentation encadrée par la loi du 6 décembre 2013 et à plusieurs objectifs de santé publique :

- le premier objectif était de définir un cadre légal pour l'expérimentation pour une durée de cinq ans des maisons de naissance destinées aux femmes enceintes à bas risque obstétrical ;
- le deuxième objectif était de garantir la sécurité et la qualité des soins apportés aux femmes enceintes et parturientes et aux nouveau-nés dans les maisons de naissance ;
- le dernier objectif était de permettre une évaluation nationale fiable pour recueillir des données sur la faisabilité, la sécurité, le coût et la satisfaction liés aux maisons de naissance avant toute décision de généralisation de ces structures (1).

En 2020, la pérennisation et le déploiement des maisons de naissance ont ensuite été prévus par l'article 58 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021.

En 2021, deux décrets et un arrêté précisant les conditions de création et de fonctionnement des maisons de naissance ont été publiés :

- le décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance ;
- le décret n° 2021-1768 du 22 décembre 2021 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance ;
- l'arrêté du 22 décembre 2021 fixant le contenu du dossier de demande de création des maisons de naissance, la composition de leur charte de fonctionnement et le contenu de leur rapport d'activité annuel.

L'implantation des maisons de naissance était vouée à s'étendre de manière très progressive, sans toutefois mailler finement le territoire. Les projets relatifs à la création d'une maison de naissance étaient soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

En 2025 et à ce jour, huit maisons de naissance sont en activité en France :

- CALM – maison de naissance à Paris,
- maison de naissance DOUMAIA à Castres,
- La Maison à Grenoble,
- Le Temps de naître à Baie-Mahault (Guadeloupe),
- Joie de naître à Saint-Paul (la Réunion),
- Premières heures au monde à Bourgoin-Jallieu,
- MANALA, maison de naissance Alsace à Sélestat,
- Un nid pour naître à Nancy.

Bilan de l'expérimentation : en 2015, neuf maisons de naissance avaient été autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans. Mais le projet de maison de naissance « Premier cri », à Vitry-sur-Seine a été abandonné.

1.2. Données disponibles à l'issue de l'expérimentation des maisons de naissance

Afin de cadrer le fonctionnement des maisons de naissance, un cahier des charges¹ avait été élaboré par la HAS (1), à la demande des ministères des Solidarités et de la Santé, avant la phase d'expérimentation. Il a été publié en 2014, dans le contexte d'expérimentation défini par la loi du 6 décembre 2013.

Il était prévu que cette phase d'expérimentation de cinq ans (2015-2021) permettrait de disposer des enseignements et des résultats de l'évaluation du fonctionnement et de l'activité des maisons de naissance, en France, par les autorités de tutelle conformément à l'arrêté du 9 décembre 2016. Cet arrêté fixait les modalités d'évaluation et le contenu du rapport d'évaluation annuelle de ces structures. Comme établi dans le cahier des charges (1), l'ensemble de ces données devait *in fine* permettre de définir une liste de critères d'éligibilité des femmes enceintes en maison de naissance et de transferts pré-, per- et post-partum en cas de complications vers les maternités adjacentes.

Parallèlement, le déploiement et la pérennisation des maisons de naissance ont été formalisés par l'article 58 de la loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

La HAS, qui avait été saisie, le 7 mai 2021, pour élaborer une recommandation de bonne pratique (RBP) définissant les critères d'éligibilité à une prise en charge en maison de naissance et les critères

¹ [CAHIER CHARGES MAISONS NAISSANCE 240914](#)

de transfert en cas de complications, n'avait pas reçu le bilan et les résultats de la phase d'expérimentation des maisons de naissance comme prévu par l'arrêté du 9 décembre 2016.

En janvier 2023, la HAS a sollicité la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) pour obtenir les bilans annuels de la phase expérimentale de cinq ans des maisons de naissance, comme prévu par l'arrêté du 9 décembre 2016.

En février 2023, n'ayant pas reçu les bilans, la HAS a alors suspendu les travaux d'élaboration de la RBP. En effet, elle a considéré que la définition des critères d'éligibilité à une prise en charge en maison de naissance et des critères de transfert est conditionnée à la publication des résultats de l'évaluation de la phase expérimentale de fonctionnement des maisons de naissance par les autorités de tutelle. Néanmoins, cette décision devait être amenée à être reconsidérée dès la transmission des bilans concernant le fonctionnement et l'activité des maisons de naissance par les autorités de tutelle.

Entre 2023 et 2024, des données ont été transmises par la DGOS à la HAS mais celles-ci étaient parcellaires et inexploitables. La HAS a de nouveau réuni, en décembre 2024, les parties prenantes qui ont confirmé l'impossibilité d'interpréter les données à disposition, mais ont malgré tout exprimé le souhait de reprendre les travaux entrepris par la HAS de manière à disposer d'un référentiel précisant :

- les critères d'éligibilité des femmes enceintes ;
- les critères de transfert vers les maternités adjacentes en cas de complications.

Parallèlement, deux rapports et deux études ont été publiés, respectivement, en 2019, 2020, 2024 et 2025 sur l'activité des maisons de naissance françaises durant la phase d'expérimentation (2-5). Toutes les études ont un niveau de preuve scientifique insuffisant. En effet, elles sont toutes observationnelles et rétrospectives, avec un échantillon de faible taille et de faible représentativité et sur une durée limitée. De plus, toutes ces publications ne traitent pas et n'analysent pas toutes les données attendues conformément à l'arrêté du 9 décembre 2016, comme les données liées au fonctionnement des maisons de naissance, à la stabilité et viabilité médico-économique de ces structures et à la satisfaction des usagers (1).

En novembre 2019, le rapport conjointement publié par le CNRS, l'INSERM, l'AUDIPOG² et l'Université de Paris portait sur l'analyse des données issues d'une évaluation des maisons de naissance en 2018 (2). Son objectif était d'évaluer la pertinence, l'efficacité et la sécurité des pratiques obstétricales et la santé des femmes et des nouveau-nés pris en charge en maisons de naissance. Cette étude descriptive est menée sur les huit maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans, en France. Dans cette étude, 649 femmes prises en charge en maisons de naissance sur l'année 2018 ont été incluses. Parmi elles, 506 femmes (78 %) ont accouché dans les maisons de naissance avec 90,5 % (n = 595) des accouchements réalisés par voie basse spontanée et 143 femmes (22 %) ont été transférées pendant le travail, dans les maternités partenaires où elles ont accouché (15 % d'entre elles ont subi une césarienne). Selon cette étude, les complications post-partum étaient minimales avec 1,4 % (IC 95 % [0,6-2,7 %]) d'hémorragie sévère post-partum, 0,5 % (IC 95 % [0,1-1,5 %]) de déchirures périnéales du 3^e et 4^e degrés et 0,4 % (IC 95 % [0,0-1,3 %]) de réhospitalisation dans le mois suivant l'accouchement. Les transferts postnataux ont concerné 6,1 % (IC 95 % [4,3-8,5 %]) des femmes, tous vers la maternité partenaire et non vers des unités de réanimation et/ou de soins intensifs. De même, les complications néonatales étaient peu fréquentes. En effet, 0,3 % (IC 95 % [0,0-1,2 %]) des enfants avaient un score Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie, 1,7 % (IC 95 % [0,8-3,1 %]) des enfants ont reçu des gestes de réanimation à la naissance et un décès néonatal a été enregistré, soit 0,2 % (IC 95 % [0,0-0,9 %]) des enfants. Les transferts en maternité ou

² Le Centre national de recherche scientifique (CNRS), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG).

néonatalogie ont concerné 6,2 % (IC 95 % [4,4-8,4 %]) des enfants nés en maisons de naissance. Chantry *et al.* (2019) (2) ont montré que les maisons de naissance en France enregistraient des résultats comparables à ceux des maisons de naissance évaluées en Australie, en Angleterre, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, au Danemark et aux États-Unis. Cependant, des limites de cette étude résidaient dans le fait qu'elle soit descriptive et sur une période très courte (1 an). De plus, cette analyse ne compare pas la cohorte avec un groupe témoin composé de femmes enceintes présentant un bas risque obstétrical et ayant accouché en maternité. Cette étude n'a pas permis d'évaluer la sécurité des maisons de naissance et la satisfaction des usagers et l'efficacité de ces structures par rapport aux structures hospitalières (2). Néanmoins, elle a l'avantage de mettre en avant la nécessité de structurer davantage le dispositif lié aux maisons de naissance, de clarifier les critères et de mettre en avant l'importance de conduire des études comparatives pour confirmer les résultats à plus long terme.

En 2020, l'ensemble des résultats de l'étude de Chantry *et al.* (2019) (2), présentée ci-avant, a été repris dans le rapport³ adressé au Parlement sur l'expérimentation des ministères des Solidarités et de la Santé concernant les maisons de naissance publié par ce même ministère (3). Ce rapport concluait que les maisons de naissance présentaient un niveau de sécurité satisfaisant. Il formulait des recommandations sur la pérennisation du dispositif et la généralisation possible des maisons de naissance. De plus, ce rapport intégrait les maisons de naissance dans l'offre de santé globale et les considérait comme une offre complémentaire (3).

En 2024, une seconde étude de cohorte rétrospective de Rollet *et al.* (2024) (4) a inclus 1 294 femmes ayant accouché en maisons de naissance et 5 985 femmes ayant accouché dans des unités obstétricales, en France. Les données exploitées dans cette étude provenaient de deux bases de données. La première base de données comprenait les dossiers médicaux des femmes ayant un accouchement prévu dans une maison de naissance en France et les données qui ont été exploitées dataient du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019. La seconde base de données comprenait les données de femmes ayant un accouchement prévu dans une unité d'obstétrique pendant une période d'une semaine en mars 2016. Cette étude a montré que sur les 1 294 femmes ayant prévu d'accoucher en maisons de naissance, 1 030 femmes (79,6 %) ont accouché dans ces structures alors que 264 autres (20,4 %) ont été transférées dans une unité d'obstétrique. Considérant l'occurrence de l'ensemble des événements de complications graves survenus dans le groupe composé par les parturientes et les nouveau-nés (critère composite principal), les analyses ajustées n'ont pas montré de différence significative entre les maisons de naissance et les unités d'obstétrique (aOR 1,37 [0,92-2,05]). En ce qui concerne la morbidité maternelle grave au sein du groupe des parturientes (résultat composite), l'analyse statistique met en avant une morbidité significativement plus élevée dans les maisons de naissance que dans les unités d'obstétrique (respectivement, 3,0 % vs 1,9 % ; aOR 1,61 [1,09-2,39]), principalement en raison d'un risque plus élevé d'hémorragie post-partum sévère (2,4 % vs 1,1 % ; aOR 2,37 [1,29-4,36]). Selon les auteurs, ceci pourrait s'expliquer en partie par le faible recours à l'ocytocine prophylactique (administration d'ocytocine dès la sortie des épaules ou à la fin de l'accouchement) dans les maisons de naissance (4). Cette étude souligne que l'hémorragie sévère du post-partum est la principale cause des transferts, en particulier pendant le travail et après la naissance. Elle conclut que la prise en charge en maison de naissance reste sécuritaire et peu interventionniste. Les principales limites de cette étude descriptive concernent le faible échantillonnage des femmes ayant accouché en maisons de naissance et la période de deux ans qui est courte (4).

³ Rapport au Parlement relatif à l'expérimentation des maisons de naissance. Janvier 2020. Ministère des Solidarités et de la Santé.

Enfin, **en 2025**, l'étude de cohorte rétrospective de Chantry *et al.* (2025) (5) a été conduite sur une période de deux ans (2018-2019) et a compris 1 313 femmes dont l'accouchement était prévu dans les huit maisons de naissance sélectionnées et autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans, en France. Parmi ces femmes, 99,3 % d'entre elles avaient un risque obstétrical bas au cours de leur grossesse. Les transferts vers une unité d'obstétrique ont concerné 21 % des femmes qui prévoyaient d'accoucher en maison de naissance. Cette étude a montré un faible taux d'interventions avec 2,2 % de rupture artificielle des membranes et 1,1 % d'épisiotomie (5). Cette étude souligne, comme la précédente, que les transferts vers les unités d'obstétrique sont principalement dus à une hémorragie maternelle sévère du post-partum et pour des raisons de surveillance du nouveau-né. Les limites de cette étude sont inhérentes à ce type d'étude de cohorte rétrospective et descriptive. Il n'existe pas de groupe témoin pour affirmer les résultats favorables enregistrés. Comme les autres, cette étude est de courte durée.

2. Arbitrage de la HAS

Considérant l'absence de données de niveau de preuve suffisant (cf. *supra* paragraphe intitulé Données disponibles à l'issue de l'expérimentation des maisons de naissance), l'absence de bilans d'évaluation conformément à l'arrêté du 9 décembre 2016 et l'absence de littérature scientifique transposable au contexte français, la HAS a estimé qu'il n'était pas possible, à ce stade, de définir les critères d'éligibilité et de proposer des critères de transfert pour les maisons de naissance. Néanmoins, la HAS dispose de quatre travaux portant sur :

- l'encadrement de l'expérimentation des maisons de naissance dans un cahier des charges (travail publié en 2014) (1) ;
- le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (travail publié en 2007 et actualisé en 2016) (6, 7) ;
- l'accompagnement physiologique et les interventions médicales lors d'un accouchement normal (travail publié en 2017) (8) ;
- les conditions et l'organisation de la sortie de maternité et du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés (sortie précoce) (travail publié en 2004 et actualisé en 2014) (9).

Sur la base de ces quatre publications, la HAS a décidé d'apporter des éléments de réponse à la demande initiale de la DGOS. Ce document reprend les critères d'éligibilité des femmes enceintes pouvant relever d'un suivi en maison de naissance ainsi que les critères d'exclusion d'un accouchement normal.

Concernant les critères de transfert des parturientes en maternité adjacente, en cas de complications, la HAS ne peut pas se prononcer. Les données brutes non publiées de la DGOS étaient incomplètes, inexploitable et différentes selon les maisons de naissance. Dans ce document, la HAS rappelle, d'une part, les critères pour un accouchement normal avec un accompagnement physiologique et/ou les interventions techniques et médicamenteuses minimales, et d'autre part, les critères de bas risque maternel et pédiatrique pour une sortie précoce.

3. Objectif de ce document

L'organisation et le fonctionnement des maisons de naissance sont inscrits dans le droit commun depuis 2021⁴.

Ce document a pour objectif de lister les situations cliniques pouvant correspondre à une prise en charge en maison de naissance et celles qui en sont exclues, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Il reprend exclusivement les recommandations et autres travaux de la HAS publiés dans le champ de la prise en charge des femmes enceintes accouchant potentiellement en maison de naissance (**Annexe 1**) en l'absence d'évaluation de ces situations cliniques, comme prévu initialement dans le cahier des charges (1).

⁴ Décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance.

4. Recommandations de bonne pratique et autres travaux de la HAS sources

Tableau 1. RBP et autres travaux de la HAS sources de ce document

Titre du travail publié par la HAS	Date de publication et/ou actualisation	Méthode d'élaboration	Champ de la publication
RBP – Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (5)	Publiée en 2007 et actualisée en 2016	Recommandations pour la pratique clinique	<p>Description des modalités de suivi des femmes enceintes ne présentant pas de complications.</p> <p>Précision du type de suivi recommandé en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement requis, en fonction des situations à risque identifiées.</p> <p>L'actualisation de la version de 2007 (6) a concerné uniquement la sérologie du virus de l'hépatite B (VHB) ajouté au bilan biologique de la femme enceinte (7).</p> <p>Dans l'Annexe 2, une liste indicative et non limitative a été établie avec les types de suivi et structures recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (7).</p>
Cahier des charges de l'expérimentation – Maisons de naissance (6)	Publiée en 2014	Fiche mémo	<p>Encadrement de l'expérimentation de maisons de naissance en respectant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant, pour la période d'expérimentation comprise entre 2015 et 2021.</p> <p>Définition des modalités d'organisation, de fonctionnement, de prise en charge et d'évaluation de l'expérimentation.</p> <p>Dans l'Annexe 3, sont repris les types de suivi recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (1).</p>
RBP – Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés (7)	Publiée en 2004 et actualisée en 2014	Recommandations pour la pratique clinique	<p>La recommandation a été élargie et rendue plus précise. Elle était uniquement centrée sur la sortie précoce. La version actualisée traite de toutes les sorties dans un contexte de bas risque médical, psychique et social (sortie après séjour standard et sortie précoce). L'actualisation porte sur les modalités de prise en charge existantes (intégration et clarification du rôle de l'HAD⁸ dans le post-partum et extension du PRADO⁹) et la surveillance médicale</p>

⁵ [Haute Autorité de santé – Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées](#)

⁶ [CAHIER CHARGES MAISONS NAISSANCE 240914](#)

⁷ [Haute Autorité de santé – Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés](#)

⁸ HAD : hospitalisation à domicile

⁹ PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile

			<p>renforcée à mettre en place concernant entre autres l'ictère et le dépistage néonatal.</p> <p>Définition des conditions et des modalités de l'accompagnement des mères et de leurs nouveau-nés sortis de maternité dans un contexte maternel et pédiatrique de bas risque.</p> <p>Prévention de l'apparition de complications néonatales et maternelles du post-partum et diminution du risque de situations évitables graves.</p> <p>Définition des conditions et organisation d'un retour à domicile précoce, inférieur à 72 h post-partum (cf. <i>infra</i> paragraphe 5.5) (9).</p>
<p>RBP – Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales</p>	<p>Publiée en 2017</p>	<p>Recommandations pour la pratique clinique</p>	<p>RBP s'appliquant à tout service de maternité, aux unités physiologiques en établissement de santé et aux maisons de naissance en cours de l'expérimentation. Elle cible les femmes enceintes en bonne santé qui ont un bas risque obstétrical. Elle donne également la définition de l'accouchement normal et détaille les phases de travail. Elle précise le suivi requis dans le cas d'un accouchement normal ainsi que les modalités de prise en charge possibles lors d'un accouchement physiologique (interventions techniques et médicamenteuses limitées). Cette RBP aborde un élément essentiel concernant l'information des femmes enceintes et/ou du couple pour le choix des modalités de naissance (8). Elle précise les modalités de prise en charge de l'accouchement normal, chez les femmes présentant un risque obstétrical bas comme préconisé pour les maisons de naissance dans le cahier des charges (cf. <i>infra</i> paragraphe 5.4) (1).</p>

5. Évaluation du niveau de risque, détermination du type de suivi et de l'orientation des femmes enceintes

5.1. Situations à risque

Une liste indicative non exhaustive des situations à risque a été établie (**Annexe 1**). Elle comprend notamment :

- les facteurs de risque généraux, dont les antécédents familiaux, les facteurs sociaux et environnementaux ;
- les toxiques ;
- les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou non ;
- les antécédents personnels liés à une grossesse précédente ;
- les facteurs de risque médicaux ;
- les maladies infectieuses ;
- les facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (7).

Ces situations à risque ont été considérées indépendamment les unes des autres. En cas d'association de plusieurs situations à risque, le niveau de risque cumulé doit être envisagé au cas par cas [...] (7).

5.2. Évaluation du niveau de risque obstétrical avant grossesse

Il est recommandé que le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, autant que possible avant la grossesse dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation pré-conceptionnelle¹⁰) ou lors de la 1^{re} consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) [...]. Cette anticipation vise à recommander précocement des changements dans les comportements à risque, à prévenir certains risques, notamment infectieux, et éventuellement des troubles métaboliques au cours de la grossesse (7).

5.3. Évaluation du niveau de risque obstétrical pendant la grossesse

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive au fur et à mesure de la grossesse, et ce jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement (**Figure 1**) (7).

5.3.1. Type de suivi et procédure d'orientation des femmes enceintes

Deux types de suivi A et B et deux types de procédure d'orientation (demandes d'avis A1 et A2) ont été définis en fonction des professionnels de santé impliqués ou à solliciter (**Figure 1**).

- **Suivi A** : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que 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 (7).
- **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé (7).

¹⁰ Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. HAS. Septembre 2009. Ce travail est en cours d'actualisation : Santé préconceptionnelle. Note de cadrage. HAS. Juin 2025.

- **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire (7).
- **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 (7).

À la lumière de ces informations, il ressort que les femmes enceintes bénéficiant d'un suivi de grossesse de niveau B ne remplissent pas les critères d'éligibilité pour une prise en charge de l'accouchement en maison de naissance.

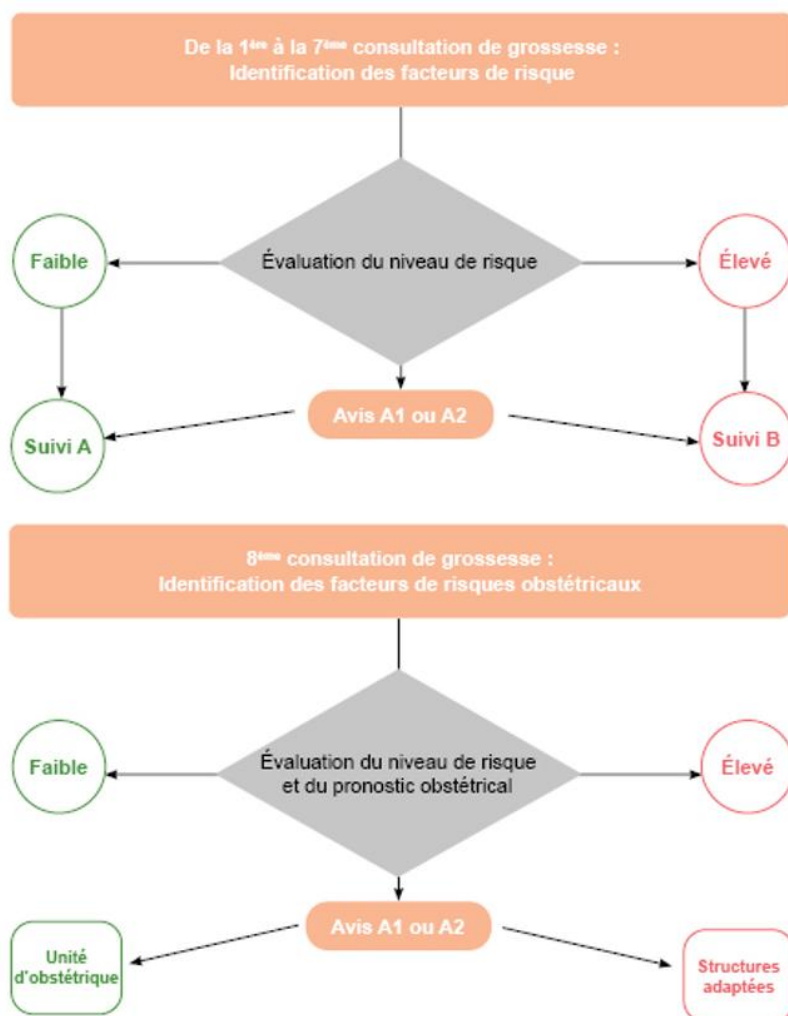


Figure 1. Arbre décisionnel : orientation des grossesses en termes de suivi et de structure (7)

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme, un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

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 et l'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique.

Structures adaptées : au risque de la mère et de l'enfant à naître.

L'article R. 6323-27 du Code de la santé (créé par le décret n° 2021-1526 en date du 26 novembre 2021) précise que : « Peuvent être suivies en maison de naissance et y accoucher les femmes enceintes présentant une grossesse à faible risque de complication, selon les critères définis par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de santé établies en application de l'article L. 6323-4-4. Les femmes présentant une grossesse multiple ou un utérus cicatriciel ne peuvent pas être prises en charge en maison de naissance. »

Il en ressort de ces informations que les femmes enceintes ayant un utérus cicatriciel ou une grossesse multiple sont exclues de la prise en charge en maison de naissance.

5.3.2. Lieu de naissance requis en fonction du type de suivi et des procédures d'orientation de la femme enceinte au cours de son suivi de grossesse

Dans la RBP initialement publiée par la HAS en 2007 (6), il est recommandé que le choix du lieu de naissance soit adapté en fonction des risques maternels et fœtaux prévisibles pour les femmes relevant d'un suivi B ou ayant recours à une demande d'avis A1 ou A2 au cours de leur suivi. [...]

Les femmes relevant d'un suivi de type A ou présentant certaines situations à risque relevant d'une demande d'avis A1 ou A2 [...] peuvent accoucher dans tout établissement autorisé qui comporte une unité d'obstétrique. [Pour ces femmes,] d'autres lieux d'accouchement peuvent être [...] choisis [...] [en cas de présentation] d'un faible niveau de risque, notamment les espaces dits « physiologiques » (internes à une maternité) ou le domicile. Ces lieux de prise en charge physiologique n'ont pas été traités dans cette RBP (7).

Il en ressort de ces informations que les femmes enceintes ayant un suivi de type A ou ayant eu recours à un avis A1 et/ou A2 pourraient potentiellement être éligibles à une prise en charge en maison de naissance.

En cas d'association de plusieurs situations à risque (avis A1 et/ou A2), le niveau de risque cumulé doit être réévalué, au cas par cas, par les professionnels de santé.

D'après ce même travail, il est nécessaire de prévoir le lieu de naissance au cours du suivi de la grossesse, afin d'assurer la continuité des soins. La femme ou le couple intègre ainsi le choix du lieu d'accouchement dans le projet de naissance [...]. Mais certaines situations à risque peuvent amener à le réviser. Le choix du lieu de naissance est fonction essentiellement :

- des préférences de la femme ou du couple ;
- du lieu d'habitation et des structures en place ;
- du niveau de risque (risque maternel et risque fœtal).

Selon l'article D. 6124-35 du Code de la santé publique [créé par le décret n° 2021-1526 en date du 26 novembre 2021], toutes les maternités doivent pouvoir assurer la prise en charge (en termes de consultation à partir du 7^e mois, d'examen d'échographie et de préparation à la naissance) des femmes résidant à leur proximité, y compris les femmes ayant un faible niveau de risque (7).

5.3.3. Information de la femme enceinte

Il est recommandé d'informer la femme enceinte des étapes de l'accouchement, des pratiques mises en œuvre en salle de naissance au sein de tout service de maternité et des modalités de prise en charge au sein d'une maison de naissance ou d'une unité physiologique afin de l'aider à faire des choix éclairés (8).

Les informations portent sur :

- l'organisation de la maternité (notamment pendant le service de garde) et les limites que l'organisation impose quant au libre choix d'un praticien ou à la disponibilité de certains moyens et techniques ;
- toute intervention médicale pouvant être proposée et réalisée au cours du travail et de l'accouchement. Toute intervention ou pratique de soins non urgente doit faire l'objet d'un consentement oral libre et éclairé ;
- les indications, les possibilités, les limites, les risques éventuels et les contre-indications des différentes interventions non médicamenteuses (acupuncture, immersion, etc.), médicamenteuses (anesthésie locorégionale, administration d'ocytocine, etc.) et techniques (auscultation intermittente, amniotomie, épisiotomie, etc.) utilisables au cours du travail et de l'accouchement, et notamment pour diminuer la douleur. Elles seront clairement exposées et discutées, afin d'aider les femmes à faire un choix éclairé (8).

Il est recommandé que les professionnels de santé, qui délivrent les informations, s'assurent de leur compréhension par la femme ou le couple (8).

5.4. Évaluation du niveau de risque obstétrical avant le début et pendant l'accouchement

Le niveau de risque obstétrical est à réévaluer avant le début de l'accouchement. Chez une femme enceinte en bonne santé, le déroulement de l'accouchement peut être considéré comme normal aussi longtemps qu'il n'y a pas de complication. Dès qu'une complication survient, il convient d'appliquer les recommandations spécifiques de la HAS (8).

5.4.1. Définition de l'accouchement normal

Un accouchement normal est un accouchement débutant de façon spontanée et ne s'accompagnant que de faibles risques identifiés au début du travail (8). Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 SA. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant (8).

5.4.2. Prise en charge de l'accouchement normal

Selon la RBP publiée en 2017 par la HAS, sont concernées les femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance. Sont exclus notamment les accouchements prématurés ; les femmes présentant un utérus cicatriciel, une grossesse gémellaire, un diabète gestationnel, ou dont l'enfant à naître présenterait une suspicion de retard de croissance, un petit poids selon l'âge gestationnel ou une position céphalique défléchie et par le siège (8).

Il en ressort, sur la base des informations présentées ci-dessus, que la présentation d'un utérus cicatriciel, une grossesse multiple, une suspicion de retard de croissance ou un petit poids selon l'âge gestationnel, un diabète gestationnel, une présentation céphalique défléchie et par le siège sont des critères d'exclusion concernant les femmes enceintes des maisons de naissance.

Selon le même travail (8), les modalités de prise en charge de l'accouchement normal respectent le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. L'accouchement normal exclut donc le déclenchement et se caractérise par un déroulement spontané qui peut s'accompagner, selon les préférences des femmes et en fonction de l'évolution de la situation clinique de la mère et de l'enfant, de l'une ou l'autre (voire successivement) des modalités suivantes.

- **[Soit en cas d'] un accompagnement de la physiologie de l'accouchement** : sont exclues les analgésies médicamenteuses telles que l'analgésie locorégionale (ALR) par exemple, et l'administration d'ocytocine pour accélérer le travail ; d'autres interventions sont cependant possibles.
- **[Soit en cas d'] un accompagnement de l'accouchement [normal] comprenant des interventions techniques et médicamenteuses minimales** (Erreur ! Source du renvoi introuvable.) réduites aux données de la science qui, lorsqu'elles sont nécessaires, sont destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant. Elles peuvent comprendre, par exemple, l'administration d'ocytocine pour accélérer le travail et l'ALR [analgésie locorégionale] (8).

La femme peut passer successivement d'un accompagnement de la physiologie de l'accouchement à un accompagnement comprenant des interventions médicales, soit par choix soit par nécessité (8).

La RBP publiée par la HAS en 2017 préconise qu'une convention soit établie entre chaque maison de naissance [...] et son établissement de santé partenaire, précisant notamment les critères de sortie de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement [**Tableau 2**] et les modalités de transfert (8) (cf. *infra* paragraphe 7.2).

Tableau 2. Interventions incluses ou non dans un accompagnement de la physiologie de l'accouchement (8)

Interventions incluses	Interventions non incluses
<ul style="list-style-type: none">- Amniotomie- Antibiotrophylaxie- Administration préventive d'ocytocine au 3^e stade du travail- Pose par voie veineuse	<ul style="list-style-type: none">- Analgésie locorégionale- Administration d'ocytocine pour accélération du travail

Il ressort des éléments présentés ci-avant que les femmes enceintes en bonne santé, ayant un bas risque obstétrical et éligibles à une prise en charge en maison de naissance, bénéficient d'un accompagnement physiologique de l'accouchement avec un recours possible aux interventions incluses dans cette prise en charge.

En cas de souhait ou de nécessité des interventions non incluses, un transfert de ces femmes à l'établissement de santé contigu est requis.

5.5. Évaluation du niveau de risque après l'accouchement pour un retour dit « très précoce » à domicile

La RBP intitulée Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, actualisée par la HAS en mars 2014, définit le bas risque maternel et pédiatrique pour un retour précoce à domicile de la mère et l'enfant (9). Cette RBP traite du retour précoce à domicile considéré dans ce cas, au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, en unité d'obstétrique. Dans les maisons de naissance, les retours à domicile sont très précoces car ils ont lieu moins de 24 heures après la naissance. Ces recommandations peuvent encadrer au minimum les retours très précoces dans le cas d'une prise en charge par les maisons de naissance.

5.5.1. Définition du bas risque maternel et pédiatrique après l'accouchement pour un retour précoce à domicile pour la mère et l'enfant

Deux listes de critères doivent être validées pour la mère et l'enfant pour prétendre à un retour précoce à domicile (9). Par ailleurs, les professionnels de santé doivent s'assurer d'un accompagnement adéquat à la sortie de la maternité.

Il ressort de ces informations que le cadre des prérequis (défini dans les paragraphes *infra* 5.5.1.1 et 0) pour les retours à domicile dits « très précoces » (car inférieurs à 24 h après la naissance) après une prise en charge physiologique de l'accouchement en maison de naissance de la mère et du nouveau-né est au minimum le même que pour les retours à domicile précoces après un séjour en maternité (inférieurs à 72 h après la naissance).

5.5.1.1. Définition du bas risque maternel pour une sortie précoce

La RBP actualisée en mars 2014 par la HAS définit le bas risque maternel à l'aide de dix critères en lien avec les dimensions médicales, psychiques et sociales :

- absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addiction et de dépendances sévères ;
- soutien familial et/ou social adéquat ;
- absence de pathologie chronique mal équilibrée ;
- absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu ;
- absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ;
- absence d'infection évolutive ou de signes d'infection ;
- absence de signes thromboemboliques ;
- douleur contrôlée ;
- interactions mère-enfant satisfaisantes ;
- accord de la mère et/ou du couple (9).

Il ressort des critères de bas risque maternel définis dans le cas d'une sortie précoce après un séjour en maternité inférieur de 72 h après la naissance (9) qu'ils pourraient s'appliquer au minimum dans le cas d'une sortie très précoce 24 h après une naissance en maison de naissance.

Si les conditions ne sont pas remplies, la mère et son nouveau-né sont transférés dans l'établissement de santé contigu, conformément à la convention qui lie les deux structures (cf. *infra* paragraphe 7.2).

5.5.1.2. Définition du bas risque pédiatrique pour une sortie précoce

Il est recommandé que tout nouveau-né doit bénéficier après la naissance d'un premier examen réalisé par la sage-femme ayant pour but la vérification de sa bonne adaptation, le dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques, etc.) avec une traçabilité écrite avant de quitter la salle de naissance ou la maison de naissance. Les mesures et soins de routine ne seront réalisés qu'à la fin des deux heures de peau à peau, avant de transférer la mère et l'enfant en suites de naissance. Ce premier examen global du nouveau-né se fait sur un plan dur, et dans de bonnes conditions thermiques et d'éclairage, devant la mère si possible ou en présence de l'accompagnant. Les observations et les mesures sont notées sur les feuilles de surveillance pour nouveau-né. Les éléments non mis en évidence à la naissance seront recherchés ultérieurement (8).

Pour les sorties à domicile précoces (au cours des 72 h après la naissance), 11 critères pédiatriques permettent d'envisager les sorties précoces dans des conditions optimales :

1. Nouveau-né né à terme \geq 38 semaines d'aménorrhée (SA), singleton et eutrophe ;
2. Apgar \geq 7 à 5 minutes ;
3. Examen clinique normal le jour de sortie ;
4. Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C ;
5. Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi ;
6. Perte de poids $<$ 8 % par rapport au poids de naissance ;
7. Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère) ;
8. Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs ;
9. Vitamine K1 donnée ;
10. Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée ;
11. Suivi organisé du post-partum après la sortie : 1^{re} visite prévue dans les 24 h après la sortie (9).

Pour les sorties à domicile très précoces après un accouchement en maison de naissance, le critère 6 ne pourrait pas être vérifiable puisque la sortie a lieu moins de 24 h après la naissance. Sur les 11 critères, 10 pourraient être applicables en cas de sortie très précoce après une prise en charge en maison de naissance.

Des 11 critères de bas risque pédiatrique définis dans le cas d'une sortie précoce après un séjour en maternité inférieur de 72 h après la naissance (9), il en ressort que les critères 1 à 5 et 7 à 11

pourraient s'appliquer au minimum aussi dans le cas d'une sortie très précoce 24 h après la naissance en maison de naissance.

Si les conditions ne sont pas remplies, le nouveau-né est transféré dans l'établissement de santé contigu, conformément à la convention qui lie les deux structures (cf. *infra* paragraphe 7.2).

5.5.2. Conditions organisationnelles obligatoires pour la sortie précoce/très précoce

La RBP actualisée par la HAS en mars 2014 (9) précise qu'en cas de sortie précoce, la visite, à domicile, dans les 24 à 48 heures, par la sage-femme, est indispensable pour valider la sécurité de la sortie. L'objectif de la surveillance de la mère et de l'enfant vise à dépister et prévenir, d'une part, les complications post-partum et, d'autre part, les pathologies néonatales. Elle a également pour objectif de s'assurer de la mise en place d'une alimentation efficace, de la réalisation des dépistages réglementaires et de l'instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité.

Deux listes de paramètres de surveillance pour la mère et le nouveau-né ont été définies dans cette RBP (9). Ces listes sont présentées dans les paragraphes suivants.

5.5.2.1. Paramètres de surveillance pour la mère en post-partum

- Risque hémorragique
- Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite, veinite
- Surveillance des signes fonctionnels d'HTA/pré-éclampsie
- Risque thromboembolique
- Troubles urinaires/digestifs
- Cicatrisation (périnée [...])
- Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc.
- Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
- Douleur
- Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole...) et injections immunoglobulines
- Accompagnement de l'allaitement maternel
- Accompagnement et informations sur la contraception
- Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant
- Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.)

5.5.2.2. Paramètres de surveillance pour l'enfant

- Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de BTC ou BS (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)
- Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux
- Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)

- Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
- Comportement : tonus, éveil, contact
- Supplémentation en vitamine D et en cas d'allaitement maternel en vitamine K
- Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité (9)

6. Modalités de suivi et soins apportés aux femmes enceintes et aux nouveau-nés en maison de naissance

6.1. Offre de soins et d'accompagnement des maisons de naissance en France

Dans le Cahier des charges de l'expérimentation – Maisons de naissance, publié par la HAS en 2014, l'objectif des maisons de naissance est de proposer aux femmes enceintes une prise en charge globale de leur grossesse (suivi, accouchement, suite de couches) dans le respect de la physiologie et repose sur le principe « une femme | une sage-femme ». Cette démarche s'effectue dans le respect des droits des patients. Les maisons de naissance ne sont pas assimilées à des établissements de santé et n'offrent pas de capacité de séjour : le retour à la maison après l'accouchement est anticipé et organisé afin de favoriser l'accompagnement en post-partum dans le cadre d'une sortie très précoce (inférieure à 24 h après la naissance) et d'un suivi à domicile (1).

Les femmes suivies en maison de naissance sont des femmes à bas risque pour la grossesse et l'accouchement qui souhaitent accoucher dans ce type de structure (8). Comme indiqué dans le cahier des charges (2014) (1), une grossesse à bas risque est une grossesse qui ne présente pas de situations à risques *a priori* telles que définies dans la recommandation de bonne pratique de la HAS [septembre 2016 (7)] [...].

6.2. Modalité de suivi en pré-partum

Selon le Cahier des charges de l'expérimentation – Maisons de naissance (1), le suivi global de la femme en pré-partum est assuré par les sages-femmes de la maison de naissance.

Le niveau de risque de la grossesse doit être évalué à chaque consultation afin de vérifier qu'il reste bas. En cas d'apparition de facteurs de risque, la sage-femme devra orienter la femme enceinte vers un gynécologue-obstétricien pour avis [A1 ou A2] sur la poursuite ou non de la prise en charge de la grossesse en maison de naissance.

Le suivi personnalisé des grossesses est assuré par les sages-femmes et s'effectue dans le cadre réglementaire de la surveillance des grossesses (articles R. 2122-1 à R. 2122-3 du Code de la santé publique) et suivant la recommandation de la HAS [actualisée en 2016 (7)] sur le suivi des femmes enceintes.

Les sages-femmes de la maison de naissance organisent avec l'établissement de santé partenaire une rencontre des femmes qu'elles suivent si elles le jugent nécessaire (1).

6.3. Modalité de suivi en per-partum

Selon le cahier des charges publié en 2014, le suivi du travail et de l'accouchement est assuré par la sage-femme qui est présente pendant tout le déroulement de l'accouchement. En cas de survenue de complications, la sage-femme de la maison de naissance organise le transfert de la parturiente vers le plateau technique de l'établissement de santé partenaire selon un protocole défini dans la convention avec celui-ci (1).

6.4. Modalité de suivi en post-partum

D'après le cahier des charges (1), les sages-femmes de la maison de naissance effectuent les soins post-nataux habituels.

La durée de surveillance de la mère et de l'enfant en maison de naissance après l'accouchement est fonction de critères médicaux établis par la sage-femme qui a pratiqué l'accouchement. Elle ne peut être inférieure à deux heures après la délivrance (1).

La sortie de la maison de naissance se fait dans le délai maximal après la naissance indiqué dans le règlement intérieur après que la sage-femme ayant pratiqué l'accouchement a vérifié l'absence de suites de couches pathologiques (1).

La prise en charge de la femme en post-partum est organisée par les sages-femmes de la maison de naissance avant la sortie. Un contact quotidien par une sage-femme est nécessaire avec au moins trois visites dans la première semaine après l'accouchement. Une information est donnée sur la possibilité d'intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile. La première visite par une sage-femme est organisée dans les 24 heures suivant la sortie de la maison de naissance. Le suivi est personnalisé en fonction du besoin de la mère et de l'enfant (1).

Un des critères indispensables à l'éligibilité de la femme pour accoucher en maison de naissance rapporté dans le cahier des charges publié en 2014 concerne le suivi post-partum de la mère. En effet, compte tenu du retour à domicile précoce, la patiente doit obligatoirement bénéficier d'un environnement permettant un accompagnement et un soutien (1).

7. Modalités de fonctionnement des maisons de naissance

Le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance, publié en 2014 par la HAS, a défini les modalités de fonctionnement, d'organisation et de prise en charge (1).

7.1. Fonctionnement et règlement intérieur des maisons de naissance

Le fonctionnement de la maison de naissance est assuré par des sages-femmes qui y interviennent. Une maison de naissance ne peut fonctionner sans un nombre minimal de deux sages-femmes. Les sages-femmes doivent justifier d'une expérience minimale suffisante d'accouchement durant les deux dernières années précédant leur intégration à la maison de naissance (1).

La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes et des nouveau-nés en cas de complications.

Le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance indique que ces structures doivent disposer :

- d'un règlement intérieur précisant, entre autres, l'organisation des activités, les modalités d'ouverture et de disponibilité, les modalités de suivi et d'accouchement, etc. (cf. paragraphe 3.1 intitulé Règlement intérieur dans le cahier des charges (1)) ;
- d'une convention avec l'établissement partenaire (1) (cf. *infra* paragraphe 7.2).

7.2. Convention avec l'établissement de santé partenaire

Le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance précise que l'établissement partenaire est l'établissement de santé avec lequel la maison de naissance est contiguë. La convention qui lie l'établissement de santé et la maison de naissance a pour objectif d'organiser et de formaliser les relations avec l'équipe de gynécologie-obstétrique de cet établissement ainsi que les équipes d'anesthésie réanimation et de pédiatrie de l'établissement de santé (1).

Cette convention doit comporter au moins les éléments suivants :

- les modalités d'information réciproques entre la maison de naissance et le service de gynécologie-obstétrique et les supports de cette information ;
- l'objet et les modalités d'organisation des réunions périodiques entre l'équipe de la maison de naissance et celle de l'établissement de santé partenaire (les situations particulières pourront ainsi être présentées en amont de la naissance) ;
- les modalités d'accès des femmes à la consultation obligatoire pré-anesthésique ;
- les modalités de transfert de la femme en pré, per et post-partum ;
- les modalités de transfert du nouveau-né ;
- le contenu du chariot permettant de délivrer des soins d'urgence à la femme et au nouveau-né ;
- les modalités de recueil de l'activité de la maison de naissance et de transmission de ces données à l'établissement partenaire ;

- les procédures en matière d'hygiène et d'élimination des déchets d'activités de soins doivent être conformes aux dispositions réglementaires applicables aux établissements de santé (articles R. 1335-1 et suivants du Code de la santé publique) ;
- les modalités de prise en charge, conformes au protocole de l'établissement de santé partenaire, des professionnels de santé de la maison de naissance en cas d'exposition au sang et liquides biologiques ;
- les modalités de participation de la maison de naissance et de l'établissement de santé partenaire à l'évaluation de l'expérimentation des maisons de naissance (pour les détails, cf. paragraphe 3.2 intitulé Convention avec l'établissement partenaire dans le cahier des charges (1)).

De plus, la convention prévoit qu'à l'arrivée à la maternité partenaire, la responsabilité de la prise en charge de la femme et du nouveau-né incombe à l'établissement de santé partenaire pour les actes réalisés à partir de ce transfert (1).

La notion du travail d'équipe que forment le personnel de la maison de naissance et celui de l'établissement de santé partenaire a été traitée dans la RBP publiée par la HAS, en 2017, portant sur l'accouchement normal, son accompagnement physiologique et les interventions médicales (8). Dans ce travail, les recommandations ont été tirées du guide méthodologique Qualité et sécurité des soins dans le secteur naissance¹¹ et préconisent [...] des temps d'échanges réguliers au sein de l'équipe comme :

- les staffs quotidiens (au mieux) ou hebdomadaires (au moins), pour l'analyse des accouchements des 24 dernières heures et des dossiers complexes de femmes enceintes en vue de définir la stratégie de prise en charge ;
- les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour analyser notamment des événements indésirables associés aux soins, les causes de transfert, selon une périodicité définie de façon concertée. Les outils et les exercices de communication et d'amélioration du travail en équipe sont promus (8).

7.3. Gestion des événements indésirables graves associés aux soins

Deux sur 328 événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) sont survenus dans des maisons de naissance d'après le rapport Analyse des déclarations des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus chez les nouveau-nés, publié en avril 2025 (10). Ce rapport précise que les EIGS survenus en maison de naissance et au domicile de la patiente sont notamment liés à des retards de prise en charge et à des défauts de formation (10).

Dans cette analyse, des préconisations pour améliorer la sécurité des soins des nouveau-nés ont été formulées. Ceci est, entre autres, pour renforcer la sécurité des accouchements accompagnés à domicile et des accouchements en maison de naissance.

De plus, le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance précise que, lors de la survenue d'événements indésirables associés aux soins, une analyse des causes par une méthode reconnues (e.g. les revues de mortalité et de la morbidité) doit être effectuée avec les acteurs concernés avec l'élaboration d'un plan d'action (1).

¹¹ Haute Autorité de santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

8. Critères d'évaluation des maisons de naissance

Dans le cahier des charges (1), il est précisé que « la maison de naissance réalise un suivi de son activité et effectue un rapport annuel qui est transmis à l'agence régionale de santé (ARS) et à la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) ».

Les critères d'évaluation à recueillir étaient communs à l'ensemble des maisons de naissance et concernaient les aspects suivants :

- l'activité et la prise en charge en maison de naissance avec des données d'ordre médical ;
- l'organisation en maison de naissance ;
- la qualité et la sécurité des soins prodigués en maison de naissance ;
- la satisfaction des usagers.

Le cahier des charges avait précisé que pour chaque maison de naissance, après deux ans de fonctionnement et à l'échéance de l'autorisation, une évaluation de l'expérimentation [devait être réalisée] par l'ARS compétente. Cette évaluation [devait intégrer] la collaboration avec l'établissement de santé partenaire (en particulier les équipes de gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation) (1).

L'objectif principal de l'évaluation des maisons de naissance est de vérifier que ces structures et leur offre de soins sont sûres, de qualité et pertinentes pour les femmes enceintes à faible risque obstétrical. Les données collectées conformément à l'arrêté du 9 décembre 2016 puis compilées et analysées permettront :

1. de s'assurer que les femmes et les nouveau-nés bénéficient d'une prise en charge sûre avec un suivi des événements indésirables et des transferts ;
2. d'évaluer si l'organisation et les pratiques respectent les recommandations professionnelles et favorisent en effet une approche physiologique de l'accouchement ;
3. de vérifier que le modèle est viable économiquement et logistiquement ;
4. d'établir que les pratiques en maison de naissance satisfont les usagers.

Il importe de souligner la nécessité de considérer l'évaluation de la satisfaction des femmes enceintes et en post-partum dans les retours attendus. Celle-ci constitue un indicateur majeur de la qualité de la prise en charge en maison de naissance. Les données recueillies doivent en effet permettre d'apprécier de manière précise et argumentée le ressenti des femmes quant à leur accompagnement (suivi pré-conceptionnel et de la grossesse, accouchement et soins post-nataux), élément essentiel pour juger de la pertinence du modèle et de sa capacité à répondre aux attentes des usagères.

Selon le cahier des charges établi en 2014 (1), ces éléments étaient déjà essentiels pour permettre à la HAS d'émettre une RBP qui, d'une part, respecte une méthodologie standard, scientifique, rigoureuse et systématique et qui, d'autre part, définit une liste de critères d'éligibilité des femmes enceintes pour un accouchement en maison de naissance ainsi qu'une liste de critères de transfert pré, per et post-partum vers une unité d'obstétrique en s'appuyant sur des données probantes.

9. Méthode d'élaboration de ce document

Ce document a été élaboré sur la base des RBP et autres travaux de la HAS déjà publiés traitant des champs suivants :

- l'évaluation des situations à risque obstétrical avant et pendant la grossesse et avant, pendant et après un accouchement normal ;
- la prise en charge des femmes enceintes ayant un risque obstétrical bas ;
- la prise en charge des femmes ayant un accompagnement de la physiologie de l'accouchement et/ou comprenant des interventions techniques et médicamenteuses minimales ;
- la modalité de suivi et des soins apportés aux femmes enceintes et parturientes et aux nés en maison de naissance ;
- les modalités de fonctionnement des maisons de naissance.

Il reprend exclusivement les recommandations relatives à ces thématiques, mentionnées ci-avant. Son objectif est d'éclairer sur le positionnement de la HAS en se basant sur des recommandations élaborées dans un contexte proche (en maternité : avec bas risque obstétrical, accouchement normal physiologique et/ou peu médicalisé et sortie précoce) de celui des maisons de naissance.

Ce document n'est pas une recommandation, il n'a pas été élaboré selon la méthodologie de recommandations de bonne pratique de la HAS et aucun groupe de travail et de lecture n'a été sollicité pour son élaboration.

Le document a été présenté et validé par les différentes instances de la HAS en date du 24 février 2026 (CRPPI) et du 1^{er} avril 2026 (COI).

Table des annexes

Annexe 1. Types de suivi pour la prise en charge de la femme enceinte en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse, extrait du Cahier des charges de l'expérimentation – Maisons de naissance (1)	29
---	----

Table des figures

Figure 1. Arbre décisionnel : orientation des grossesses en termes de suivi et de structure (7).....	14
--	----

Table des tableaux

Tableau 1. RBP et autres travaux de la HAS sources de ce document.....	11
Tableau 2. Interventions incluses ou non dans un accompagnement de la physiologie de l'accouchement (8)	17

Annexe 1. Types de suivi pour la prise en charge de la femme enceinte en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse, extrait du Cahier des charges de l'expérimentation – Maisons de naissance (1)

Ce tableau a été élaboré sur la base de la RBP initialement publiée par la HAS en 2007 (6) et repris dans le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance (1). Il a été mis à jour au regard de l'article R. 6323-27 du Code de la santé (créé par le décret n° 2021-1526 en date du 26 novembre 2021) et des travaux de la HAS sur les critères d'exclusion d'un accouchement normal publiés dans la RBP de 2017 (8). Son objectif est d'apporter des éléments de réponse pour l'orientation et le suivi des femmes enceintes en fonction des situations obstétricales à risque. Ce tableau n'a pas de valeur de RBP portant sur le suivi et la prise en charge des femmes enceintes dans les maisons de naissance.

Différents types de suivi et avis sont proposés en fonction des situations à risque.

Suivi A : le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

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 : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

D'après les informations apportées dans l'argumentaire, il en ressort que les femmes enceintes ayant besoin d'un suivi B durant leur grossesse ne sont pas éligibles à accoucher en maison de naissance.

Il en ressort que les femmes ayant un suivi A et/ou avis A1 et A2 peuvent potentiellement être prises en charge en maison de naissance avec une évaluation continue avant et au cours de leur grossesse et leur accouchement, au cas par cas, par les professionnels de santé.

Cependant, ces situations à risque ont été considérées indépendamment les unes des autres. En cas d'association de plusieurs situations à risque, le niveau de risque cumulé doit être envisagé au cas par cas [...] (7).

Période pré-conceptionnelle ou 1^{re} consultation de grossesse

Colonne ajoutée dans le cadre de ce document

	Situations à risque	Suivi	Professionnel de santé faisant le suivi de la grossesse
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX	Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
	Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
	Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
	Risque professionnel (exposition avérée à des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Antécédents familiaux – Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) – Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
TOXIQUES	Sevrage alcoolique	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
	Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en pré-conceptionnel (exposition avérée)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES	Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
	Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
Hypertension artérielle	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Diabètes	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
– Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow – Maladie de Basedow	A1 B	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé. Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 pré-coce	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
– Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire) – Asthme modéré, ancien, contrôlé	B A	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien. Le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 pré-coce	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Drépanocytose et autres hémoglobinopathies : – mère homozygote – mère hétérozygote	B A2	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien

		L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.	
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.	
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.	
– Néphropathie – Uropathie	B A2	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.	
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 pré-cocoe	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.	
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.	
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 pré-cocoe	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.	
Maladies infectieuses			
Séropositivité VIH	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.	
Portage antigène HBs	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.	
Hépatite C ou B active	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.	
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES	Pathologies utéro-vaginales		
	Malformation utéro-vaginale	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Mutilations sexuelles	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Chirurgie cervico-utérine			
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.	
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.	
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire. <i>D'après l'article R. 6323-27 du Code de la santé (créé par le décret n° 2021-1526 en date du 26 novembre 2021) et la RBP de 2017 (8), les femmes ayant un utérus cicatriciel sont exclues d'une prise en charge par la maison de naissance.</i>	
Distilbène syndrome	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.	
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE	Antécédents médicaux		
	Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
	Diabète gestationnel	A	Le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien). <i>Il est à noter que les femmes ayant un diabète gestationnel en cours de grossesse sont exclues d'une prise en charge par la maison de naissance d'après la RBP de 2017 (8).</i>
	Antécédents obstétricaux		
	Césarienne	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire. <i>D'après l'article R. 6323-27 du Code de la santé (créé par le décret n° 2021-1526 en date du 26 novembre 2021) et la RBP de 2017 (8), les femmes ayant un utérus cicatriciel sont exclues d'une prise en charge par la maison de naissance.</i>

Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Hypertension gravidique	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Fausses couches répétées au cours du 1^{er} trimestre : – sans étiologie – avec étiologie SAPL	A2 B	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire. Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Fausses couches tardives au cours du 2^e trimestre	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Accouchement prématuré	A2 pré-coce B	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire. Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Hématome rétroplacentaire	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
– Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3^e percentile) – Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien. Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		

Asphyxie périnatale avec séquelles	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Mort périnatale inexplicquée	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Anomalie congénitale ou génétique	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies post-partum sévères	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
Déchirure du sphincter anal	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Dépression du post-partum, stress post-traumatique	A	Le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
Psychose puerpérale	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Dystocie des épaules	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation – du 4^e au 8^e mois)

Colonne ajoutée dans le cadre de ce document

	Situations à risque	Suivi	Professionnel de santé faisant le suivi de la grossesse
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX	Traumatisme abdominal	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Accouchement secret sous x	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
TOXIQUES	Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

	Cannabis	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
	Alcool	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire en-cainte.
	Tabac	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
	Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Intoxication au plomb	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Oxyde de carbone Irradiation	B A2	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX	Diabète gestationnel	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire. <i>D'après la RBP de 2017 (8), les femmes ayant un diabète gestationnel sont exclues d'une prise en charge par la maison de naissance.</i>
	HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Thrombose veineuse profonde	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Anémie gravidique	A	Le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
	Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

**MALADIES INFECTIEUSES
APPARUES/CONSTATÉES**

Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)		
– au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
– au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Cholestases gravidiques	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Toxoplasmose	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Rubéole	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Infection à cytomégalovirus	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Infection à parvovirus B19	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Varicelle/zona	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Hépatite B aiguë	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Hépatite virale A, C, D ou E	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Tuberculose	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Infection VIH	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Syphilis	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Grippe	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
Listériose	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Paludisme	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Chikungunya	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Maladie périodontale	A	Le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX	Laparotomie en cours de grossesse	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
FACTEURS DE RISQUE GYNÉCOLOGIQUES	Cancer du col	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Fibrome(s) utérin(s) (<i>prævia</i> et/ou volumineux, et/ou symptomatique(s), et/ou endocavitaire(s))	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Kyste ovarien	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Cancer du sein	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Infections vaginales Vaginoses bactériennes	A1 A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé. L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
FACTEURS DE RISQUE OBSTÉTRICAUX	Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
	Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Oligoamnios (< 37 SA)	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Hydramnios	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Amniocentèse/ponction des villosités chorionales	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Réduction embryonnaire	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Pertes de sang persistantes – avant 16 SA – après 16 SA	A2 A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire. L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Hémorragies fœto-maternelles	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Hématome rétroplacentaire	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Béance cervicale	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Menace d'accouchement prématuré	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Grossesse gémellaire		
– bichoriale	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
– monochoriale	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Grossesse triple	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien. <i>D'après la RBP de 2017 (8), les femmes ayant une grossesse gémellaire sont exclues d'une prise en charge en maison de naissance.</i>
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Retard de croissance fœtale	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien. <i>D'après la RBP de 2017 (8), les femmes dont l'enfant à naître présente une suspicion de retard de croissance ou un petit poids selon l'âge gestationnel sont exclues d'une prise en charge en maison de naissance.</i>
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Anomalies de localisation du placenta	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux <i>prævia</i> après 32 SA	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Consultation du 9^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)

Colonne ajoutée dans le cadre de ce document

	Situations à risque	Suivi	Professionnel de santé faisant le suivi de la grossesse
FACTEURS DE RISQUE OBSTÉTRICAUX	Grossesse non suivie	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Dépassement de terme	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Macrosomie	A2	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
	Présentation non céphalique à terme	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
	Suspicion de dystocie	B	Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Abréviations dans le tableau

IMC	Indice de masse corporelle
HTA	Hypertension artérielle
HBs	Anti-hépatite B
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IMG	Interruption médicale de grossesse
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
MFIU	Mort fœtale intra-utérine
HELLP	<i>Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet</i>
SA	Semaines d'aménorrhée
SAPL	Syndrome des anticorps antiphospholipides
LED	Lupus érythémateux disséminé
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
FIV	Fécondation <i>in vitro</i>
A (suivi A)	Lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que 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 (7)
A1 (avis A1)	L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé (7)
A2 (avis A2)	L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire (7)
B (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 (7)

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de santé. Maisons de naissance Cahier des charges de l'expérimentation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf
2. Chantry AA, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Venditelli F. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France. Paris: CNRS; 2019.
<https://uca.hal.science/hal-04423634/document>
3. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport au parlement relatif à l'expérimentation des maisons de naissance. Paris; 2020.
<https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2020/06/202006-Rapport-maisons-de-naissance.pdf>
4. Rollet C, Le Ray C, Venditelli F, Blondel B, Chantry AA. Severe adverse maternal and neonatal outcomes according to the planned birth setting being midwife-led birth centers or obstetric-led units. Acta Obstet Gynecol Scand 2024;103(12):2465-74.
<https://dx.doi.org/10.1111/aogs.14971>
5. Chantry AA, Guiguet-Auclair C, Rollet C, Pralus M, Dubel-Jam M, Roelens I, et al. Intrapartum and childbirth care and outcomes in midwife-led birth centres in France: A nationwide descriptive study with an analysis of maternal and neonatal transfers. Women and birth 2025;38(3):101908.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2025.101908>
6. Haute Autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/suivi_et_orientation_des_femmes_enceintes_en_fonction_des_situations_a_risque_identifiees_-_argumentaire.pdf
7. Haute Autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
8. Haute Autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. . Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/actualisation_rbp_accouchement_normal.pdf
9. Haute Autorité de santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux-nés Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
10. Haute Autorité de santé. Analyse des déclarations des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus chez les nouveau-nés. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/rapport_analyse_eigs_nouveau_nes_vd.pdf

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

