



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Dossier obstétrical régional  
des réseaux de santé en périnatalité**

**6<sup>e</sup> actualisation**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2017 à 16h00  
au Pôle Formation

**Par Yasmine Meziani**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur TRUFFERT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur GARABEDIAN**

**Monsieur le Docteur THERBY**

**Monsieur le Docteur BAILLEUX**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur SUBTIL**

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs acteurs.



## **GLOSSAIRE**

*ANAES* : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

*AUDIPOG* : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

*OMS* : Organisation Mondiale de la Santé

*CCIM* : Comité Consultatif pour l'Informatique Médicale

*PMSI* : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

*CNGOF* : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

*HAS* : Haute Autorité de santé

*IHAB* : Initiative Hôpital Ami des Bébé

*ARS* : Agence Régionale de la Santé

*DHOS* : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

*CNIL* : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

*FCV* : Frottis Cervico Vaginal

*CO* : Oxyde de Carbone

*BMI* : Body Masse Index

*IMC* : Indice de Masse Corporelle

*CPN* : Consultations prénatales

*EN* : Echelle Numérique

*SA* : Semaine d'Aménorrhée

*VIH* : Virus de l'Immunodéficience Humaine

*VS Peep* : Ventilation Spontanée Positive End Expiratory Pressure

*FiO2* : Fraction Inspirée d'Oxygène

*EPDS* : Edinburgh Postnatal Depression Scale

*UI* : Unité Internationale

# Table des matières

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>I. QU'EST-CE QUI RÉGIT LE DOSSIER OBSTÉTRICAL AUJOURD'HUI ?</b> .....	<b>5</b>
1. STRUCTURE DU DOSSIER MEDICAL .....	6
A) UN DOSSIER ADMINISTRATIF : .....	6
B) UN DOSSIER DES PROFESSIONNELS DE SANTE. ....	7
2. SECRET PROFESSIONNEL .....	12
3. ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL .....	14
4. CONSERVATION DU DOSSIER MÉDICAL.....	16
5. LE PARTOGRAMME.....	17
A) PRESENTATION DU PARTOGRAMME .....	19
B) SURVEILLANCE FŒTALE .....	20
C) ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA MERE .....	21
D) LE TRAITEMENT .....	21
E) LES ACTES ET MARQUEURS D'ÉVÉNEMENTS .....	21
F) LA NAISSANCE ET LA SURVEILLANCE IMMEDIATE .....	22
<b>II. HISTOIRE DU DOSSIER MÉDICAL OBSTÉTRICAL</b> .....	<b>23</b>
1. AU NIVEAU NATIONAL (15).....	23
2. AU NIVEAU RÉGIONAL.....	25
<b>III. AMÉLIORATIONS APPORTÉES PAR LA VERSION 6 DU DOSSIER OBSTETRICAL :</b> .....	<b>28</b>
1. BUT DU TRAVAIL : .....	28
2. MÉTHODES .....	28
3. MODIFICATIONS.....	29
A) DOSSIER CENTRAL AMOVIBLE .....	29
B) POCLETTE BLEUE.....	38
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>40</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>41</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>43</b>

# RÉSUMÉ

## **Contexte**

Le dossier obstétrical est un outil indispensable au suivi des femmes enceintes. L'évolution des savoirs, des pratiques et du contexte juridique imposent de le réviser régulièrement.

## **Objectif**

Actualiser le dossier obstétrical des réseaux de santé en périnatalité utilisé depuis 1996 dans la région Nord Pas de Calais (devenue région Hauts-de-France), dont la dernière révision date de 2012.

## **Matériel et Méthodes**

Les professionnels des réseaux concernés ont été invités à 6 réunions successives, destinées à connaître leurs nouveaux besoins. Les nouveautés médicales et administratives ont été prises en compte.

## **Résultat**

La version n°6 proposée dans ce travail aboutit à un dossier de 26 pages dont l'architecture a été peu modifiée – en dehors de l'ajout d'un rabat permettant aux principaux événements de la grossesse d'être visible quelle que soit la page en cours, en même temps que la conduite à tenir à l'accouchement. Toutes les pages ont pratiquement fait l'objet de modifications. Les principaux changements concernent l'arrivée d'une information IHAB (Initiative Hôpitaux Amis des Bébés), la

reconnaissance des antécédents d'incontinence, la prise en compte des nouveautés concernant le dépistage de la trisomie 21, la prévention grippale et de la coqueluche, la possibilité d'utiliser un score de Bishop simplifié pour le déclenchement, une check-list d'informations à vérifier/donner en cas de césarienne programmée, la caractérisation des anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant l'accouchement, une meilleure description de la prise en charge néonatale immédiate et le clampage retardé du cordon. Une charte d'utilisation du dossier a été proposée en 4ème de couverture.

### **Conclusion**

Le travail « en réseau » des professionnels de périnatalité permet d'obtenir une amélioration constante des outils de la prise en charge, dont le dossier obstétrical périnatal est l'un des éléments clefs.

## INTRODUCTION

Un dossier médical doit être constitué pour chaque patient consultant dans un établissement de santé public ou privé. (1) D'après la Haute Autorité de Santé, il s'agit d'un outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale, en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique. (2) Il a un rôle de mémoire du patient et des professionnels, de communication et de coordination des soins. Dans le domaine de l'obstétrique, le dossier médical est le dossier obstétrical. Il est créé à l'occasion de chaque grossesse et s'associe à un partogramme. Il s'agit d'un élément essentiel de la surveillance et de la continuité des soins tout au long de la grossesse.

Dans la région Nord-Pas de Calais récemment agrandie à la région Hauts de France, les professionnels de la périnatalité -rassemblés en réseaux de santé en périnatalité- ont créé il y a 20 ans avec le Cercle des Gynécologues Obstétriciens des Hôpitaux Généraux du Nord-Pas de Calais-Picardie un dossier obstétrical commun à tous les acteurs de soins de la grossesse (médecins traitants, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et tout autre spécialiste sollicité durant la grossesse). Il s'agit d'un outil précieux - possédé par la patiente elle-même – utilisable tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement, moment après lequel le dossier est classé puis archivé dans la maternité. Il permet d'assurer une prise en charge globale, continue et harmonisée quel que soit le niveau des maternités. (3)

La structure du dossier et son utilisation doivent être régulièrement revues pour améliorer la prise en charge de la patiente. (2) Dans ce travail, après avoir exposé

les principales recommandations qui régissent le dossier obstétrical, nous avons rappelé l'historique du dossier obstétrical en France et plus particulièrement dans le Nord-Pas-de-Calais, dont il a existé 5 versions successives depuis sa création du dossier obstétrical que nous présentons. Après avoir participé à un travail régional d'amélioration du dossier, nous avons proposé des modifications de ce dossier, en vue d'une sixième version.

## **I. QU'EST-CE QUI RÉGIT LE DOSSIER OBSTÉTRICAL AUJOURD'HUI ?**

Il n'existe pas de textes ou de recommandations spécifiques au dossier obstétrical. L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) a publié des recommandations concernant la tenue et la gestion du dossier médical et du partogramme. (2,4)

Nous pouvons définir le dossier obstétrical comme un dossier médical associé à un partogramme. Il est un élément essentiel de la continuité et la coordination des soins permettant un suivi rigoureux tout au long de la grossesse. Il reflète également la qualité et la pertinence de la pratique professionnelle, des soins et de la prise en charge de la patiente. La responsabilité de tout professionnel de santé est de veiller à la qualité de cet outil.

Il est fortement recommandé d'utiliser un dossier périnatal structuré et partagé entre les professionnels de santé et la patiente pour le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période périnatale. (5)

D'après l'ANAES (2) le dossier médical est un outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale, en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique. Ses fonctions sont multiples :

- Mise à disposition d'informations nécessaires et utiles à la prise en charge et au suivi ;
- Traçabilité des soins et des actions entreprises vis-à-vis du patient ;
- Continuité des soins ;
- Aide à la décision thérapeutique par son contenu ;

- Lieu de recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices- risques et de la traçabilité de la décision ;
- Évaluation de la qualité des soins et de la tenue du dossier ;
- Enseignement et recherche ;
- Extraction des informations nécessaires à l'analyse médico-économique de l'activité, notamment à la médicalisation du système d'information (PMSI) et à ses contrôles de qualité ;
- Rôle juridique important dans le cas d'une recherche de responsabilité.

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est obligatoire (loi du 17 juillet 1978) pour toutes informations enregistrées sur support informatisé concernant les patients dès lors qu'ils sont identifiés ou identifiables sous peine de sanction. (6)

## **1. STRUCTURE DU DOSSIER MEDICAL**

Un dossier médical doit être constitué pour chaque patient consultant dans un établissement de santé public ou privé. (1)

Ce dossier comprend (2) :

### **a) Un dossier administratif :**

Il regroupe l'identité du patient et les données sociodémographiques qui vont enrichir le dossier du patient. L'authenticité de ces informations administratives doit pouvoir être garantie (par exemple en présentant une pièce justificative d'identité). Elles doivent être constamment tenues à jour.

Ce dossier administratif peut contenir également les différentes autorisations requises par la réglementation, notamment :

- Les autorisations d'opérer un patient mineur (arrêté interministériel du 11 mars 1968 et décret du 14 janvier 1974)
- Le refus d'autoriser une autopsie ou un prélèvement d'organes sur une personne décédée (article R. 671-7-6 du Code de la santé publique)
- Les décharges pour sortie contre avis médical ;
- Les constats de fugue.

L'article R. 1112-3 du Code de la santé publique (7) spécifie qu'en plus de l'identification du patient, sauf en cas d'admission anonyme, le dossier doit comporter si nécessaire, l'identité de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir.

#### **b) Un dossier des professionnels de santé.**

La constitution, la tenue et le contenu du dossier sont réglementés par les articles R.1112-2 et R.1112-3 du code de la santé publique. (1, 7)

#### **Article R. 1112-2 du Code de la santé publique :**

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

**1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service**

***des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :***

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- Les motifs d'hospitalisation ;
- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie ;
- Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- Le dossier d'anesthésie ;
- Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;

- Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

**2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :**

- Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- La fiche de liaison infirmière ;

**3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.**

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°. »

L'ANAES précise que cette liste n'est pas exhaustive et que le dossier peut contenir d'autres éléments :

- Les copies de certificats médicaux ;
- Les procès-verbaux d'autopsie (arrêté interministériel du 11 mars 1968) ;
- Les documents permettant la traçabilité des actions et de l'information du patient concernant de nombreuses vigilances :

- Hémovigilance
- Biovigilance
- Nosocomiovigilance
- Pharmacovigilance

Aux termes de l'article R. 1112-3 du Code de la santé publique, chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

L'ANAES recommande que les observations médicales d'entrée soient structurées et de préférence préimprimées afin de retrouver les informations suivantes (2) :

- La date et l'heure d'admission dans l'établissement
- Le mode d'entrée et le motif d'hospitalisation du patient
- Le nom de l'observateur, sa fonction, sa signature
- La date et l'heure de l'observation
- Les antécédents du patient et la thérapeutique en cours
- L'anamnèse
- Le compte rendu de l'examen des différents organes
- La conclusion posant le problème médical, les hypothèses diagnostiques et thérapeutiques soulevées, la stratégie de prise en charge et les examens complémentaires envisagés.

Elle précise que l'observation médicale d'entrée prise par un étudiant doit être validée par un senior, après avoir été corrigée si nécessaire.

Elle souligne également que les comptes rendus d'examens d'imagerie médicale doivent être horodatés pour permettre de retrouver la chronologie des soins. Le rythme des prescriptions médicamenteuses doit être quotidien ou selon une durée précisée. Pour les prescriptions médicamenteuses au long cours, hors stupéfiants, le rythme doit être défini et ne doit pas excéder 8 jours en court séjour.

L'ANAES énumère les recommandations du Conseil de l'Ordre des Médecins, issus de ses bulletins d'avril 1991 et de novembre 1992, concernant les informations que tout compte rendu opératoire doit contenir (2) :

- Données administratives :
  - Identification du patient
  - Date de l'acte
  - Nom de l'opérateur
  - Nom de l'anesthésiste.
  
- Données médicales :
  - Descriptif de l'état pathologique et des lésions rencontrées
  - Choix thérapeutique
  - Mode d'anesthésie
  - Exécutions et techniques réalisées
  - Complications ou difficultés opératoires ou périopératoires
  - Matériel prothétique utilisé avec ses caractéristiques précises
  - Drainage
  - Type de fermeture et nature des ligatures

- Prélèvements anatomo-pathologiques ou bactériologiques
  - Plâtre ou contention particulière
  - Heures de mise en place et de levée du garrot
  - Transfusions effectuées (nombre de flacons, numéro du lot, etc.).
- Données complémentaires :
- Diagnostic préopératoire
  - K (acte) opératoire et anesthésique
  - Heures de début et de fin d'intervention ou durée de l'intervention
  - Nom de l'aide opératoire et/ou de l'instrumentiste.

## **2. SECRET PROFESSIONNEL**

Le code de déontologie médicale souligne que le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin et couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. (8)

La Haute Autorité de Santé rappelle les règles de respect du secret professionnel du dossier et des informations médicales qui y sont contenues concernant le patient. Ces règles sont précisées dans l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. (9)

"Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès."

### **3. ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL**

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précise que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, .... Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication. Elle permet par ailleurs à certaines personnes autres que le patient lui-même d'accéder aux informations concernant la santé de ce patient. (10)

Les détenteurs du droit d'accès au dossier médical sont :

- Le patient
- Les titulaires de l'autorité parentale
- Le tuteur
- Les ayants droits
- Le médecin intermédiaire éventuellement désigné
- Le mandataire

Le code de la santé publique apporte des précisions concernant la communication des informations contenues dans le dossier médical. (11) Celles-ci sont transmises au choix de la personne concernée, soit :

- Par consultation sur place, celle-ci étant alors gratuite.
- Par l'envoi par l'établissement de copies des documents visés, quel qu'en soit le support, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Dans le cas d'une demande de consultation sur place dans un établissement de santé, le demandeur est informé du dispositif d'accompagnement médical organisé par l'établissement.

Quand la personne n'exprime pas de choix entre les différentes modalités de communication du dossier, il est recommandé qu'une consultation sur place avec accueil personnalisé dans le cadre d'un entretien médical soit proposée par défaut.

(12)

Les contraintes de délais imposées pour les réponses aux demandes d'accès aux informations sont rappelées : la personne peut accéder aux informations au plus tard dans les 8 jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé. Ce délai de communication est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans à compter de la date à laquelle l'information médicale a été constituée ; ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques a été saisie. (10)

Il est recommandé de faire apparaître clairement dans le dossier une mention concernant les choix de la personne pour l'accès aux informations de santé et leur transmission, mention qui doit être impérativement actualisée et vérifiée de manière régulière : la personne peut à tout moment revenir sur son choix. Il s'agit :

- Du refus de la personne d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé (médecin traitant par exemple) ;
- Du refus éventuel que des proches soient informés ;
- Du refus de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès ;

- Du refus de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale. (12)

#### **4. CONSERVATION DU DOSSIER MÉDICAL**

L'archivage du dossier du patient permet : (2)

- La traçabilité des actes médicaux et des soins prescrits afin de garantir la continuité et l'efficacité des soins et optimiser la communication entre les différents professionnels de la santé.
- Depuis la loi du 4 mars 2002, la réponse à une demande de communication du dossier médical.
- Un intérêt médico-légal. Le dossier médical constituera une preuve professionnelle pertinente en cas d'introduction d'une action de justice.
- Un intérêt médico-économique, le dossier archivé permet des recherches et des études à partir de cas définis préalablement ou non. Celles-ci ne sont possibles que si l'accessibilité aux documents archivés est assurée.

Les modalités et les délais de conservation du dossier médical sont réglementés par le code de déontologie médicale : Les informations concernant la santé des patients sont soit conservées au sein des établissements de santé qui les ont constituées, soit déposées par ces établissements auprès d'un hébergeur agréé. Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations ainsi conservées ou hébergées.

Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière

consultation externe en son sein. Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.

Dans tous les cas, si le patient décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement. (13)

Le dossier doit impérativement être conservé pendant le délai minimum obligatoire imposé par les textes. Cette durée peut être allongée par l'établissement ou le groupe hospitalier dans le cadre de son activité s'il le juge opportun. (14)

## **5. LE PARTOGRAMME**

Le partogramme est défini par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme un « enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus ».

Le partogramme représente un document médico-légal. En effet, l'obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal, et le partogramme est la pièce maitresse d'expertise du dossier obstétrical en cas d'engagement de la responsabilité médicale. Bien tenu, les informations qu'il fournit facilitent la compréhension des faits par les experts juridiques.

Il n'existe pas de texte réglementaire déterminant avec certitude les informations obligatoires qui devraient figurer sur ce document.

Devant ce manque, l'ANAES a promu en janvier 2000 un guide concernant l'« Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme ». (4) Trente-six critères ont été définis et validés par des experts du milieu obstétrical, et répartis par items. (Annexe 1)

Le partogramme est un outil de conduite du travail, qui améliore la qualité de la prise en charge maternelle et fœtale. Il aide à la communication et à la décision. De nombreux professionnels interviennent en salle de naissance (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, infirmières, étudiants). Le partogramme, témoin fidèle et objectif de l'évolution du travail, est le support de transmission entre ces différents professionnels.

La présentation visuelle des informations cliniques facilite l'analyse de la progression du travail, à tout moment et par tous les membres de l'équipe.

Le partogramme permet de vérifier la normalité du travail et de dépister de façon précoce toute anomalie.

Plusieurs études ont démontré que les décisions prises par l'équipe médicale sont influencées de façon sensible selon les conventions graphiques choisies pour construire le partogramme. L'ANAES recommande alors que les intervalles de graduation de l'axe des abscisses (les heures) soient égaux à ceux de l'axe des ordonnées (les centimètres). Autrement dit, le rapport entre les deux doit être de 1 cm par heure.

Le partogramme sur support papier est le plus employé, mais l'utilisation de l'informatique est possible.

L'OMS, ainsi que les membres du groupe de travail de l'ANAES sur le partogramme, recommandent de commencer le partogramme :

- à partir de 3 centimètres (phase active du travail) ;
- ou au début du déclenchement artificiel du travail (rupture artificielle de la poche des eaux, ocytociques) ;
- ou au début de l'analgésie péridurale.

Le graphique du partogramme se termine à la dilatation cervicale complète. Néanmoins, il est important que la phase d'expulsion et de la délivrance figure aussi sur ce partogramme, ainsi que les complications majeures de l'accouchement. Celles-ci surviennent, dans la plupart des cas, dans les deux heures suivant la naissance. Il semble donc important que le partogramme (avec la surveillance de l'accouchée et les actes réalisés) ne se termine qu'à l'issue de cette période et comporte des observations concernant la naissance.

Afin d'améliorer les pratiques, l'ANAES a établi un listing d'éléments majeurs nécessaires dans un partogramme : (4)

**a) Présentation du partogramme**

- Il est recommandé que le support papier soit en bon état ;
- Les écrits doivent être lisibles, effectués à l'encre indélébile et sans trace de camouflage ;
- Il doit faire partie du dossier ou y être solidement accroché ;
- Il doit comporter l'identité de la mère avec son nom de jeune fille, son nom marital, son prénom et sa date de naissance. Une étiquette administrative d'identité peut être utilisée ;

- Toutes les identités des intervenants qui se sont succédés doivent être mentionnées (sages-femmes, gynécologue-obstétricien, anesthésiste, pédiatre, stagiaire(s)) pour faciliter une éventuelle recherche de responsabilité ;
- Il doit y figurer les modalités de déclenchement (spontané ou artificiel) ;
- La date de début du travail figure aussi ;
- L'horaire de chaque examen doit être noté précisément. Il doit correspondre au report sur les courbes afin d'éviter les erreurs d'interprétation ;
- L'axe horizontal doit comporter douze graduations minimum ;
- L'ensemble de la surveillance doit pouvoir figurer sur le partogramme.

#### **b) Surveillance fœtale**

- La progression de la présentation doit être visualisée sur le graphe ;
- La variété de la présentation (possible sous forme de schéma), son degré de flexion et d'asynclitisme. Elle doit être notée dès la rupture de la poche des eaux ainsi qu'à chaque examen après rupture ;
- La vitalité fœtale doit être objectivée par l'analyse du rythme cardiaque fœtal, ainsi que par les caractéristiques du liquide amniotique (son abondance, sa couleur et éventuellement son odeur).

Ces éléments doivent être mentionnés sur le partogramme à chaque examen.

D'autres paramètres de surveillance peuvent aussi être mentionnés dans les actes réalisés pendant le travail tels que les pH in utero et l'oxymétrie de pouls fœtal.

### **c) Evaluation de l'état de la mère**

Les données cliniques comprennent l'état physique et psychologique de la mère :

- Les constantes : la température, la fréquence cardiaque, et la pression artérielle ;
- L'existence de métrorragies (couleur et volume) ;
- L'analyse des contractions utérines : fréquence, intensité, durée, relâchement utérin ;
- Appréciation du col : dilatation, position, degré d'effacement et consistance ;
- La tolérance maternelle à la douleur ;
- Le comportement de la mère (son anxiété et son inconfort) doit être noté au moins une fois ;
- Le mode de préparation à la naissance, ainsi que le type d'analgésie proposée sont des éléments intéressants qui peuvent être notés.

### **d) Le traitement**

- L'heure de pose de la voie veineuse ;
- Le nom, la posologie, la durée et la voie d'administration des thérapeutiques prescrits doivent être notés en clair ;
- Signature authentifiable de toutes les prescriptions.

### **e) Les actes et marqueurs d'évènements**

- Le sondage urinaire ;
- La rupture de la poche des eaux (spontanée ou artificielle) ;
- Les modalités de l'analgésie ;
- L'amnio-infusion ;

- La pose d'une électrode de scalp ;
- La pose d'une tocographie interne ;
- Le pH in utero ;
- L'oxymétrie de pouls fœtal ;
- Les heures d'appel et d'arrivée des médecins ;
- Les heures de décision de césarienne et son indication ainsi que le transfert au bloc opératoire.

La liste n'est pas limitative et peut être complétée en fonction de protocoles locaux.

#### **f) La naissance et la surveillance immédiate**

Les données principales permettant de retracer le déroulement précis de l'accouchement doivent être enregistrées sur le partogramme :

- L'heure de début des efforts expulsifs ;
- La date, l'heure et le mode d'accouchement (expulsion spontanée, extraction instrumentale, césarienne, manœuvres) ;
- Les indications des interventions et des manœuvres ;
- L'heure et le mode de délivrance avec indication si délivrance artificielle ou révision utérine ;
- L'état du périnée ;
- Le pH au cordon (selon le protocole de service) ;
- La date et heure de naissance ;
- Le sexe, le poids et le score d'APGAR du nouveau-né à une et cinq minutes ;
- La surveillance de l'accouchée (globe utérin, volume des pertes, fréquence cardiaque, pression artérielle et température).

## II. HISTOIRE DU DOSSIER MÉDICAL OBSTÉTRICAL

### 1. AU NIVEAU NATIONAL (15)

En 1976, le CCIM (Comité Consultatif pour l'Informatique Médicale) a été fondé à la demande du ministère de la Santé dans le but de promouvoir l'utilisation d'un dossier périnatal commun informatisé et l'informatisation des maternités.

Le groupe de travail du CCIM était composé de gynécologues-obstétriciens, de sages-femmes, de néonatalogues et d'épidémiologistes.

Le comité a permis l'élaboration en 1979 de deux versions du dossier périnatal, l'une complète dite dossier commun, et l'autre plus réduite dite dossier minimum.

**Le dossier commun** était composé de 3 volets : un dossier obstétrical, un dossier accouchement et un dossier nouveau-né, complétés par des fiches « grossesses multiples » et « enfant transféré ». Il comportait 52 pages avec 350 items.

**Le dossier simplifié** dit dossier minimum était composé d'un seul cahier de 27 pages.

Ces dossiers CCIM n'ont pas eu l'audience souhaitée, en raison d'une surcharge de travail engendrée par le nombre excessif d'items et la redondance des données entre les volets.

En 1982, l'association AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) a été créée par le professeur Claude Sureau à la demande du ministère de la Santé. Elle a été conçue pour donner suite au groupe de travail institué par le CCIM.

Le dossier CCIM a alors été révisé, et le premier dossier périnatal commun AUDIPOG, a vu le jour en 1982. Elaboré par un groupe de travail pluri professionnels

nationaux (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres néonatalogues et épidémiologistes), il a été conçu comme un "dossier de service" et contenait les variables qu'ils estimaient devoir trouver dans tout dossier périnatal.

Deux dossiers, compatibles sur le plan médical et informatisables, ont été proposés :

- **Le dossier commun** (*en 3 cahiers*),
- **Le dossier minimum** (*en 1 cahier - 24 pages*)

En 1994, le Réseau Sentinelle AUDIPOG a été constitué, ses objectifs étaient de mettre en place un système de veille sanitaire en surveillant les indicateurs de santé périnatale ainsi que de promouvoir une auto-évaluation des pratiques médicales et des réseaux de santé.

C'est alors le contenu du "dossier minimal" qui fut retenu comme "tronc commun minimal" à transmettre au réseau. Pour les maternités non informatisées, une fiche minimale contenant 70 items variables a été proposée (4 pages).

En 1997, avec la mise en place du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), les professionnels ont souhaité disposer d'un dossier informatisé de service permettant de recueillir d'abord les données nécessaires à leur activité de soins et de surveillance des patientes, tout en automatisant celles demandées par les tutelles.

Une refonte complète du dossier a été organisée en partenariat avec le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français), sous trois dossiers compatibles :

- **Le dossier commun** (*en 3 cahiers*),

- **Le dossier standard** (en 1 cahier- 40 pages),
- **Le dossier minimal** (16 pages).

En 1998, est apparue l'organisation en réseau de santé en périnatalité et la nécessité d'évaluation des réseaux et des pratiques au sein des réseaux. De nouveaux groupes de travail se sont constitués au sein de l'AUDIPOG pour élaborer :

- La fiche de transfert maternel,
- La fiche de transfert néonatal

En 2002, les dossiers AUDIPOG ont fait peau neuve en passant à une version quadri-couleur plus attrayante.

Depuis 2003, AUDIPOG propose des versions personnalisées aux réseaux périnataux, le principe étant de conserver "le tronc commun d'informations" tout en apportant une forme personnalisée et des informations spécifiques correspondant aux centres d'intérêts particuliers à chaque réseau.

## **2. AU NIVEAU RÉGIONAL**

Le dossier CCIM a été testé dans différentes maternités de la région à partir de 1979. Cette expérience fut un échec. Seule la maternité universitaire Salengro l'a adopté, avec toutefois quelques remaniements.

La conception du dossier CCIM au niveau national a stimulé l'élaboration d'un dossier informatisable à la maternité de Roubaix : « le dossier jaune ». Ce dossier incluait 24 pages avec environ 250 items informatisables : une version plus structurée et communicative que le dossier CCIM.

Ces qualités ont favorisé son expansion dans neuf maternités de la région (Armentières, Boulognes sur mer, Dunkerque, Lens, Lomme, Marcq en Baroeul, Montreuil sur mer, Roubaix et Wattrelos).

En 1996, le cercle des Gynécologues Obstétriciens des Hôpitaux Généraux du Nord-Pas-de-Calais et la maternité Jeanne de Flandre ont collaboré à la mise en place de trois dossiers différents mais compatibles avec une base commune d'items en vue d'une informatisation. (16)

Trois dossiers de complexité croissante ont été élaborés afin d'être adaptés aux besoins et à la pratique des différentes maternités :

- « Un dossier bleu » incluant 80 items et 24 pages
- « Un dossier jaune » allégé avec 120 items et 32 pages
- « Un dossier vert » comprenant un dossier obstétrical avec 180 items et 26 pages ainsi qu'un dossier pédiatrique de 6 pages.

La base commune d'items informatisables était surlignée en jaune, désignant les questions à réponse obligatoire.

Seule la maternité Jeanne de Flandre avait opté pour le dossier vert. Le dossier bleu a été largement diffusé par 14 maternités régionales. Il a évolué pour la première fois en 2000(deuxième version).

L'organisation des maternités en réseaux a nécessité l'utilisation d'un seul dossier commun afin d'optimiser le partage de l'information. (3)

Grâce à l'investissement du Docteur BIAUSQUE (Centre Hospitalier de Seclin), plusieurs versions successives du dossier étaient élaborées.

En 2005, une troisième version du dossier bleu a vu le jour après réflexion collégiale régionale entre les quatre réseaux de périnatalité du Nord-Pas-de-Calais représentés par celui de l'Artois (Bien Naitre en Artois), du Hainaut (Réseau Périnatalité Hainaut), du Littoral (Réseau Pauline), de la Métropole lilloise- Flandre intérieure (Réseau Ombrel) et le Cercle des Gynécologues Obstétriciens des Hôpitaux Généraux. Il avait vocation à devenir le dossier des réseaux.

Cette nouvelle version comportait 20 pages, elle a été conçue afin de s'adapter aux nouvelles recommandations et au fonctionnement en réseaux.

Toutes les maternités des quatre réseaux de santé en périnatalité dont la maternité de Jeanne de Flandre l'avaient adopté.

La même année 2005, le Cercle des Gynécologues Obstétriciens des Hôpitaux Généraux du Nord-Pas-de-Calais devient propriétaire du dossier et attribue les droits d'impression (Copyright France n°9G35156), afin que la forme et la structure du dossier soient respectées.

Il a été conçu à partir d'un logiciel de graphisme industriel (Quark Xpress®) qui simplifie des éventuelles améliorations.

En 2008, le dossier obstétrical a été amélioré avec une quatrième version, en apportant une meilleure organisation du dossier. Le dossier devient modulable avec un cahier central détachable à 20 pages accompagné d'une pochette bleue porte document.

Dans sa dernière et cinquième version, le cahier central détachable comporte 26 pages, avec une date de mise en circulation en 2012.

### **III. AMÉLIORATIONS APPORTÉES PAR LA VERSION 6 DU DOSSIER OBSTETRICAL :**

#### **1. BUT DU TRAVAIL :**

Le dossier est un élément dynamique, qui nécessite des mises à jour régulières en fonction de l'évolution de l'organisation des soins et des pratiques.

Afin de tenir compte des remarques des professionnels de santé et des nouvelles recommandations, le dossier obstétrical des réseaux de santé en périnatalité est révisé tous les trois à quatre ans.

La dernière révision du dossier obstétrical régional ayant été réalisée en 2012, nous nous sommes donné pour objectif de réaliser la sixième version du « dossier bleu ».

#### **2. MÉTHODES**

Plusieurs réunions ont eu lieu depuis juin 2016 au Centre Hospitalier de Seclin.

Un courrier électronique a été adressé aux membres des quatre réseaux de santé en périnatalité du Nord Pas-de-Calais : gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins traitants et pédiatres.

Le but était d'améliorer la précédente version créée en 2012 en fonction des conseils des différents utilisateurs et des nouvelles recommandations.

Les propositions et les décisions ont été adoptées après discussions collégiales lors des différentes réunions qui étaient organisées tous les trois mois.

Le dossier a été rénové grâce au logiciel In Design® et à l'étroite collaboration avec l'imprimerie HECHTER, le Docteur THERBY et le Professeur SUBTIL.

Nous avons effectué les modifications successives item par item avec l'imprimerie.

Après chaque rencontre avec l'imprimeur, une maquette a été présentée aux différents professionnels du réseau, permettant les modifications successives des maquettes en fonction de l'avis des utilisateurs.

### **3. MODIFICATIONS**

#### **a) DOSSIER CENTRAL AMOVIBLE**

##### PAGE 1 : Page de couverture

Le titre « DOSSIER OBSTÉTRICAL DES RÉSEAUX DE SOINS PÉRINATALS » a été modifié pour « DOSSIER OBSTÉTRICAL DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ » plus approprié.

Simplification des informations aux patientes (réduction de texte). Arrivée du nouveau logo de l'ARS (Hauts-de-France). Arrivée de 3 cadres destinés à identifier le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des professionnels de santé qui suivent la patiente. Arrivée du réseau « Périnatalité en Picardie » dans le texte.

##### PAGE 2 :

Mise en place d'une fiche d'informations et recommandations, issue du programme IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé).

Cette fiche, sous forme de questionnaire permet d'apporter des réponses concernant la santé de la future mère et de son bébé, notamment sur l'allaitement.

PAGE 3 :

Afin d'avoir des informations administratives complètes et de respecter les textes réglementaires, les données suivantes ont été intégrées :

- Coordonnées de la personne de confiance et la personne à prévenir
- Autorisation d'opérer
- Reconnaissance anticipée
- Lieu prévu d'accouchement
- Nom du médecin traitant ainsi que les professionnels qui suivent la grossesse
- Numéro de téléphone du père.

L'item « Terme » a été remplacé par « Age gestationnel » plus approprié.

PAGE 4 :

Pour plus de précision, ont été associés les antécédents héréditaires et familiaux de la fratrie ainsi que les antécédents personnels concernant les troubles de la continence urinaire et anale.

Il a été décidé de spécifier la date du dernier frottis cervico-vaginal (FCV).

L'encadré pour CO (oxyde de carbone) expiré chez les patientes tabagiques a été supprimé car il n'est plus utilisé.

PAGE 5 :

La place disponible pour noter les antécédents obstétricaux a été augmentée en supprimant une ligne.

La nouvelle disposition du cadre « Nouveau-né Allaitement » permet de noter plus aisément le prénom et le poids du nouveau-né, ainsi que le type d'allaitement et les difficultés rencontrées.

PAGE 6 :

Nous avons remplacé la donnée anglophone BMI (Body Masse Index) par IMC (Indice de Masse Corporelle).

L'item « Diagnostic anténatal » a été remplacé par « Dépistage anténatal ».

Pour une meilleure compréhension, des précisions concernant le dépistage anténatal ont été rajoutées :

- Proposé
- Fait
- Non souhaité

Un espace a été libéré pour un tableau comprenant les marqueurs sériques et le risque de dépistage de la trisomie 21.

L'item « test ADN libre circulant » dans le sang maternel a été intégré afin de respecter les nouvelles recommandations éditées par la HAS (Haute Autorité de santé) concernant le dépistage prénatal de trisomie 21. (17)

En effet, la HAS préconise qu'un test ADNict21 soit proposé à toutes les femmes enceintes dont le niveau de risque de trisomie 21 fœtale estimé est compris entre 1/1000 et 1/51 après un dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre (ou à défaut un dépistage par les marqueurs sériques seuls du 2<sup>e</sup> trimestre).

Elle recommande aussi qu'un caryotype fœtal soit proposé d'emblée à toutes les femmes enceintes dont le niveau de risque de trisomie 21 fœtale estimé est  $\geq 1/50$ .

Le test ADNlcT21 restant possible avant cet éventuel caryotype foetal si la femme enceinte le souhaite. (17)

PAGE 6, 8, 10 et 12 :

Pour plus de clarté, les consultations prénatales (CPN) ont été distinguées des consultations effectuées aux urgences (URG). Ceci permet de ne pas omettre qu'une patiente a consulté en urgence entre deux consultations prénatales.

En complément de la date, l'heure de chaque consultation est à préciser.

Il a été décidé de préciser l'évaluation de l'intensité de la douleur à l'aide de l'Echelle Numérique (EN).

PAGE 11 :

Afin d'optimiser la prise en charge et le suivi de la patiente, il a été précisé :

- Si l'information concernant l'entretien prénatal précoce a été donnée ou si ce dernier a été réalisé
- Si l'information concernant la préparation à la naissance a été transmise ou si la préparation a été faite
- Mode d'alimentation envisagé
- Information sur la sortie précoce de la maternité
- Information sur la vaccination contre la coqueluche
- Date de la vaccination antigrippale
- Date de la supplémentation en vitamine D
- Information sur la sérologie VIH

- Date de la consultation d'anesthésie

La donnée « radiopelvimétrie » a été remplacée par « pelviscanner »

Une ligne supplémentaire a été insérée dans le tableau de résultats biologiques concernant le suivi de l'hémoglobine.

#### PAGE 14 :

Le score de KREBS-FISHER a été supprimé et remplacé par le score BISHOP simplifié plus utilisé depuis quelques années. En effet, le score BISHOP simplifié permet d'améliorer la performance du score en prenant en compte la parité, et en supprimant la position et la consistance du col. Ainsi modifié, BISHOP permet de prédire le succès de l'accouchement déclenché par amniotomie-ocytocine dans plus de 95 %, avec pour seuil de déclenchement  $\geq 4$ . (18)

La place consacrée à l'entretien du quatrième mois a été augmentée.

Il a été ajouté la notion de projet de naissance dans l'espace dédié à cet entretien.

#### PAGE 15 :

Le cadre « transfert in utéro » et le paragraphe « difficultés de transfert » ont été transférés sur la pochette bleue.

Ainsi un espace plus important a été libéré pour les comptes rendus opératoires.

#### PAGE 16-17 : Le partogramme

Afin de respecter les recommandations de l'ANAES, les items suivants ont été intégrés :

- ✓ Indication et méthode(s) de déclenchement du travail
- ✓ Type et durée des postures maternelles
- ✓ Volume du liquide amniotique
- ✓ Précision concernant le rythme cardiaque fœtal : Rythme de base, Accélération, Variabilité ainsi que les Ralentissements
- ✓ Type, voie d'abord ainsi que la posologie des traitements administrés
- ✓ Création d'une ligne spécifique afin de noter l'identité de l'examineur à chaque examen.
- ✓ Le cadre présent en haut de page 17 utilisé ultérieurement pour noter des remarques particulières sera utilisé pour mettre une étiquette administrative d'identité de la patiente.

PAGE 18 :

Il a été jugé important de surveiller la reprise mictionnelle lors de l'examen de sortie de la salle de naissance.

PAGE 20 :

Concernant la délivrance dirigée, il a été jugé important de préciser la posologie en UI (Unité internationale) du Syntocinon ainsi que l'heure de son administration au dégagement des épaules.

L'item « hémorragie de la délivrance ou per-opératoire » a été modifié pour « pertes sanguines ».

Les seuils des pertes sanguines ont été modifiés par :

- ≤ 500 ml
- 501 à 1000 ml
- >1000 ml.

PAGE 21 :

Les propositions souhaitées par les pédiatres concernant la fiche de liaison néonatale ont permis les modifications suivantes :

- Dans le paragraphe « surveillance de la grossesse », il a été décidé de définir les pathologies et les traitements de la grossesse.
- Dans le paragraphe « accouchement », la donnée « difficulté des épaules » a été corrigée par « dystocie des épaules ».

Nous avons inséré l'item « type » afin de préciser l'anomalie du rythme cardiaque fœtal.

- Un espace plus grand a été créé concernant le nouveau-né en salle de naissance. Dans lequel nous avons :
  - Distingué le pH artériel et veineux
  - Supprimé les items « sonde nasale » et « sonde œsophagienne »
  - Supprimé les données concernant les prélèvements infectieux « liquide gastrique » et « placenta » et nous les avons remplacés par un item « type ».
  - La durée de la ventilation mécanique sera à préciser.
  - Le titre « remarques et consignes » a été modifié pour « évolution en salle de naissance »

Nous avons par ailleurs introduit les items suivants :

- VS Peep (Positive End Expiratory Pressure) et FiO2 (Fraction inspirée d'Oxygène) concernant les gestes techniques.
- Clampage retardé du cordon
- Mode d'alimentation envisagé (allaitement maternel ou alimentation artificielle), en précisant s'il avait eu des difficultés préalables à l'allaitement maternel.

PAGE 22 :

La partie concernant les observations d'anesthésie et de réanimation a été supprimée laissant un espace dédié aux suites de naissance.

Il a été décidé d'introduire l'item « vaccin anti coqueluche » ainsi que sa date de réalisation.

Nous avons détaillé des éléments concernant la sortie de la maternité :

- Le jour et l'heure de la sortie
- La personne qui accompagne la patiente à la sortie
- Transmission du courrier de sortie à la patiente
- Mode de transfert envisagé
- Suivi immédiat à domicile et l'identité du professionnel qui l'effectue
- Consultation post natale ainsi que l'identité du praticien qui la réalisera

PAGE 23-24 :

Deux pages d'annotation des observations concernant les suites de couche et la période post natale ont été créés.

Un rabat a été élaboré afin d'avoir une continuité avec le partogramme. Le but est d'accéder à des informations importantes concernant la grossesse en salle de naissance tout en gardant le partogramme ouvert.

Ce rabat contient les informations suivantes :

- Les principaux événements de la grossesse
- Conduite à tenir pour l'accouchement et le post partum
- Désir d'une péridurale
- Consentement pour la réalisation d'une stérilisation tubaire ainsi que la date du recueil de ce dernier.
- Recommandation HAS concernant la césarienne programmée avec :
  - Indication et discussion de la césarienne avec la patiente
  - Information sur les bénéfices et risques de la césarienne :
    - Complications possibles
    - Risques pour une grossesse ultérieure
    - Bénéfices néonatales pour un terme à partir de 39 SA
    - Changement possible du mode d'accouchement en fonction des critères cliniques
  - Information sur les conditions de réalisation
  - Date de la césarienne
  - Age gestationnel prévu lors de la césarienne
  - Identité de l'opérateur
  - Identité et signature du professionnel de santé recueillant ces informations ainsi que la date de la consultation.

PAGE 25 :

Afin d'optimiser la consultation post-natale nous avons introduit les items suivant :

- Sexualité
- Incident et complication survenus dans la période post natale
- Indication d'une rééducation périnéale
- Nous avons noté à titre indicatif un outil de dépistage de la dépression post-partum : le questionnaire EPDS (EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE) (Annexe 2). Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 10 items côtés de 0 à 3 par ordre croissant ou décroissant selon les questions, pour un score final sur 30. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11. (19)

PAGE 26 :

Une charte d'utilisation du dossier de santé du patient a été créée pour perfectionner la structuration et la tenue du dossier.

**b) POCLETTE BLEUE**

Il est important d'avoir des renseignements exhaustifs au niveau de cette pochette afin d'optimiser la continuité de la prise en charge de la patiente. Ces éléments indispensables prennent toute leur signification lorsque la patiente consulte sans son dossier périnatal.

PAGE 2 :

Nous avons inséré les items poids, taille, IMC. En effet, certaines recommandations prennent en compte l'IMC.

Il a été jugé important d'ajouter le type de placentation dans les grossesses multiples, d'autant plus qu'on assiste à une augmentation des grossesses gémellaires dans la population.

L'espace « pathologie de la grossesse » a été augmenté.

PAGE 3 :

Nous avons raccourci l'espace « conduite à tenir pour l'accouchement » et introduit les paragraphes « transfert in utero » et « difficultés de transfert » initialement présents sur la page 15 du dossier central amovible.

Un cadre a été ajouté sur le rabat de droite afin de noter les rendez-vous des prochaines consultations prénatales, d'anesthésie et d'échographie.

## CONCLUSION

La révision du dossier obstétrical apparaît très utile, même si aucune mesure objective n'a été réalisée pour le prouver.

Celle qui est présentée ici est le fruit d'un travail collaboratif des membres des réseaux de périnatalité de notre région depuis 1996. Le temps et les efforts réalisés en 2016/2017 pour prendre en compte les différents avis et les différentes pratiques amènent à envisager son utilisation dès 2018, avec une utilisation qui devrait continuer à concerner une naissance sur 10 en France.

En 1998, la création – par décret – des réseaux de périnatalité visait à améliorer la qualité des soins périnataux. Ce travail est une preuve de plus de leur utilité. Au moment même où l'informatisation du dossier est réclamée par tous et où l'argent manque, ils se positionnent comme un acteur majeur dans leur domaine.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Code de la santé Publique. Article R1112-2 modifié par Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016-art. 2 relatif au dossier médical.
- (2) ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandation, juin 2003.
- (3) Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Union nationale des caisses d'assurance maladie.  
Circulaire n°DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.
- (4) ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Paris ; 2000.
- (5) HAS. Recommandations pour les professionnels de santé : Comment mieux informer les femmes enceintes. Avril 2005.
- (6) Article 22 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- (7) Code de la santé Publique. Article R1112-3. Décret du 27 mai 2003.
- (8) Code de la santé Publique. Article R.4127-4. Décret du 8 aout 2004.
- (9) Code de la santé publique. Article L.1110-4 issu de loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- (10) Code de la santé publique. Article L1111-7 créé par Loi n°2002-303 du 4 mas 2002-art.11JORF 5 mars 2002.
- (11) Code de la santé publique. Article R1111-2 modifié par Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006-art.1 JORF 5 janvier 2006.
- (12) HAS. Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement. Décembre 2005. (Version modifiée des recommandations de l'ANAES de février 2004).
- (13) Code de la santé publique. Article R1112-7 modifié par Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 - art. 3.
- (14) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Dossiers médicaux : conservation-archivage. Mai 2009.
- (15) Évolution des dossiers AUDIPOG, « Les dossiers AUDIPOG et leur évolution. » [www.audipog.net](http://www.audipog.net)

- (16) C. HERBECQ, J.P. LUCOT, « 3 Dossiers obstétricaux compatibles entre eux en vue d'une informatisation en maternité », 1996, thèse de doctorat.
- (17) HAS. Place des tests ADN libre circulant dans le sang maternel dans le dépistage de la trisomie 21 fœtal. Avril 2017.
- (18) Ivars J., Garabedian C., Devos P., Therby D., Carlier S., Deruelle P., Subtil D.: Simplified Bishop score including parity predicts successful induction of labor. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2016
- (19) Questionnaire EPDS. [http://www.medical78.com/nat\\_fmc\\_epds.pdf](http://www.medical78.com/nat_fmc_epds.pdf)
- (20) Actualités Jurisanté. L'information juridique au service des professionnels de santé. N°69. Mars-Avril 2010.

# **ANNEXES**

## ANNEXE 1

# GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA TENUE DU PARTOGRAMME

# GRILLE D'ÉVALUATION

N° de la grille

Date de l'évaluation : ... ..
Service : ... ..
Nom de l'évaluateur : ... ..
Nom de la patiente : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> les 3 premières lettres

**Critère d'inclusion** : toutes les patientes accouchées dans le service.

**Critère d'exclusion** : césariennes programmées, accouchement à domicile.

**En cas de mort in utero, ne pas tenir compte des critères 12, 33 et l'Apgar à la naissance**

<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b> * Renvoi au guide de l'évaluation	OUI	NON	NA
<b>I- PRÉSENTATION DU PARTOGRAMME</b>			
1. Le support papier est en bon état *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Les écrits sont tous lisibles *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Les écrits sont tous indélébiles *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Le partogramme est fixé dans le dossier *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 bis. L'identité civile de la mère est notée (date de naissance, nom marital, nom de jeune fille, prénom) ou une étiquette administrative d'identité est collée *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Le partogramme permet de retrouver : * - le nom des sages-femmes  <i>et selon le cas :</i> - le nom du médecin obstétricien - le nom de l'anesthésiste - le nom du médecin pédiatre - le nom du (ou des) stagiaire (s)	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Le partogramme comprend : - la date, l'heure - la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. L'horaire de chaque examen est noté précisément sur le partogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>II- LE FŒTUS</b>			
9. La présentation du fœtus est notée *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. La variété de présentation est notée ou commentée : * - à la rupture de la poche des eaux - à chaque examen après la rupture	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11. Le niveau de la présentation est noté à chaque examen *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	OUI	NON	NA
* Renvoi au guide de l'évaluation			
12. Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III- LA MÈRE</b>			
13. Le comportement de la mère est noté au moins une fois*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : *			
- position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- longueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- consistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. L'aspect du liquide amniotique est noté à l'entrée ou à la rupture*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. L'analyse des contractions utérines est effectuée à chaque examen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Sont notés :			
- la pression artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- la température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- le pouls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>IV- LE TRAITEMENT</b>			
21. L'heure de la pose de la voie d'abord veineuse est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Le nom du prescripteur est noté pour chaque prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Le nom des médicaments est noté en clair *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. La voie d'administration des médicaments est notée en clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. La posologie est notée en clair *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>V- LES ACTES ET MARQUEURS D'ÉVÉNEMENTS</b>			
26. Les actes sont notés en clair : *			
- le sondage urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la rupture des membranes (artificielle ou spontanée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>et selon le contexte ou protocole de service :</i>			
- la pose d'une tocographie interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la pose d'une électrode de scalp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le pH in utero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'oxymétrie de pouls fœtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les actes sont notés en clair (suite)			
- l'amnio-infusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la péridurale et les réinjections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'anesthésie générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autres analgésies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>CRITÈRES D'ÉVALUATION</b>	OUI	NON	NA
* Renvoi au guide de l'évaluation			
27. Les marqueurs d'événements sont notés en clair sur le partogramme (selon le contexte) : *			
- l'heure d'appel et d'arrivée des médecins :			
. l'obstétricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. l'anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. le pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'heure de la décision de césarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'heure de transfert au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VI- LA NAISSANCE ET LA SURVEILLANCE IMMÉDIATE</b>			
28 Le début des efforts expulsifs est noté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29 Le mode d'accouchement est noté: *			
- expulsion spontanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- extraction instrumentale et son indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- césarienne et son indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- manœuvres			
30. L'état du périnée est noté *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. La date et l'heure de naissance sont notées (cochez « non » si un des éléments manque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Le sexe, le poids, l'Apgar et le prénom du nouveau-né sont notés* (cochez « non » si un des éléments manque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Le pH au cordon est noté (selon protocole du service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. L'heure et le mode de délivrance sont notés*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34 bis. Si délivrance artificielle-révision utérine, l'indication est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. La révision utérine isolée est notée (selon contexte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 bis. Si révision utérine, l'indication est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. La surveillance de l'accouchée est notée et comprend les éléments suivants : *			
- globe « de sécurité »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- pouls, pression artérielle et température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- volume des pertes sanguines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

« NA : Non Adapté »

Au cours de l'évaluation a posteriori, l'analyse du dossier doit permettre d'établir avec certitude la réalité d'absence du critère.

Exemple : le nom de l'anesthésiste est absent, or la mère a bénéficié d'une péridurale (cochez « non » au critère correspondant).

**1. Le support papier est en bon état.**

Cet item signifie : pas déchiré, pas taché.

**2. Les écrits sont tous lisibles.**

Cochez « non » si l'évaluateur ne peut pas les lire.

**3. Les écrits sont tous indélébiles.**

Si les écrits présentent des traces de gommage ou de camouflage (du type « blanc- typex »), cochez « non ». Le crayon papier ne doit pas être utilisé.

**4. Le partogramme est fixé dans le dossier.**

Si le partogramme ne fait pas partie intégrante du dossier, il doit être fixé dans le dossier et non pas être une feuille « volante ».

**4 bis. L'identité civile de la mère est notée.**

Le nom marital, le nom de jeune fille, le prénom et la date de naissance doivent être présents si le partogramme ne fait pas partie intégrante du dossier; cochez « non » à ce critère s'il manque un élément. Une étiquette imprimée d'identité peut être acceptée, si elle comporte ces 4 éléments.

**5. Le partogramme permet de retrouver les noms de tous les intervenants.**

(obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, internes, étudiants... ). Ils peuvent être écrits dans un cartouche sur le partogramme. Les initiales de chaque intervenant doivent figurer lors de tout acte ou décision.

**8. L'allure du graphe pouvant intervenir dans la prise de décision, l'échelle de temps est importante.**

**9. La présentation du fœtus est notée.**

Cet item comprend les différentes présentations : sommet, face, bregma, front, siège complet, siège décompleté.

**10. La variété de la présentation est notée ou commentée à chaque examen.**

Cet item décrit la présentation en fonction du fléchissement et de l'asynclitisme en phase active du travail et de l'apparition éventuelle d'une bosse sérosanguine.

Un schéma représentant la variété de présentation est accepté.

**11. Le niveau de la présentation est noté à chaque examen.**

Niveau ou hauteur de la présentation (mobile, appliquée, fixée, engagée, partie haute, moyenne ou basse).

**12. Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen, sauf en cas de mort in utero.**

- normal ;
- anomalies notées en clair : bradycardie, tachycardie, amplitude des oscillations, ralentissements précoces, tardifs ou variables.

**13. Le comportement de la mère est noté au moins une fois.**

Exemple : calme, agitée, coopérante...

**14. Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen.**

Éventuellement, à partir d'utilisation d'échelle analogique visuelle.

**15. La surveillance du col utérin est notée.**

Cochez « oui » si tous les éléments suivants figurent au moins au premier examen : position, longueur, consistance et dilatation. Lors des examens suivants, il est toléré que ne figurent que la dilatation et la consistance du col. Si l'accouchement est imminent à l'admission, cocher « NA ».

**16. L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture.**

La poche des eaux doit être décrite : intacte, rompue, fissurée. Un schéma est accepté selon les habitudes du service.

**18. L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée lors de la rupture des membranes.**

Exemple : abondant, peu abondant.

**19. L'analyse des contractions utérines est notée à chaque examen.**

Cochez « oui » si vous retrouvez : la fréquence, l'intensité, les anomalies s'il y en a.

**20. Au début du partogramme, on doit retrouver la pression artérielle, le pouls et la température.**

En cas de péridurale, ces 3 mesures sont notées à chaque examen. Sinon, tenir compte du contexte clinique (rupture de la poche des eaux, hyperthermie, hyper ou hypotension artérielle...) et des habitudes de service. Cochez « non » si ce n'est pas le cas.

**23. Le nom des médicaments est noté en clair.**

L'abréviation « synto » pour le Syntocinon® est acceptée. Attention aux abréviations personnelles incompréhensibles par tous.

**24/25. La posologie est notée en clair.**

La posologie du médicament doit être explicitée sous la forme suivante : unité, dilution et débit.

Exemple : 5 unités de Syntocinon dans 500 cc de G5 % - Unité internationale/kg/min ou ml/h (si table de conversion disponible dans le service). La dilution peut être indiquée au début, puis seul le débit est noté.

**26/27. Les actes et les marqueurs d'événements sont notés en clair.**

Les abréviations admises localement sont acceptées. Exemple : anesthésie générale = AG.

Ce critère comprend un certain nombre d'informations ou d'actes qu'il faut noter clairement sur le partogramme.

L'appel aux médecins : obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, autres, doit apparaître en clair.

**29. Le mode d'accouchement est noté.**

Cet item doit préciser :

- expulsion spontanée ;
- extraction instrumentale (spatule, forceps, ventouse), et son indication ;
- césarienne (et son indication, sauf si le compte rendu opératoire existe dans le dossier) ;
- manœuvres (s'il y en a eu).

**30. L'état du périnée est noté.**

Cet item doit préciser :

- intact ;
- le type de déchirure ;
- épisiotomie ;
- les modalités de la réfection.

**32. L'Apgar à 1 et 5 minutes est mentionné.**

**34. L'heure et le mode de délivrance sont notés.**

Cochez « oui » si l'heure et les modalités de délivrance (dirigée, naturelle, complète, incomplète, artificielle ou manuelle) sont notées.

**36. La surveillance de l'accouchée est notée.**

Cochez « non » si un des éléments manque.

Le mode d'alimentation du nouveau-né est mentionné sur son dossier et non sur le partogramme.

## ANNEXE 2

# DÉLAIS DE CONSERVATION DES PRINCIPALES ARCHIVES HOSPITALIÈRES (20)

Types d'archives	Délais de conservation	Textes de référence	Absence de délai de conservation : délai préconisé
<b>Registre d'entrée et de sortie des malades</b>	Indéfiniment	Arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières : série R	
<b>Dossier de contentieux</b>	Entre 5 et 30 ans selon les pièces du dossier 10 ans pour les contentieux administratifs	Circulaire AD 94-11 du 20 octobre 1994	
<b>Dossier de réclamation</b>			10 ans (délai de prescription juridique maximum en matière de responsabilité médicale et pénale)
<b>Registre de suivi des corps décédés ou enfants sans vie</b>	50 ans	Arrêté du 5 janvier 2007	

## Les archives à caractère social

Types d'archives	Délais de conservation	Textes de référence	Absence de délai de conservation
<b>Dossier service social</b> (dossier social tenu par l'assistant du service social)	70 ans. Cependant, une réflexion est en cours afin de mettre en cohérence ce délai avec les exigences des nouveaux dispositifs d'accompagnement social Actuellement le délai retenu est de 10 ans Par ailleurs le dossier social de l'agent public a lui-même un délai de 10 ans.	Arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières : série R  Circulaire 94-6 du 18 juillet 1994	
<b>Enquêtes sociales</b>	Indéfiniment La même réflexion se pose pour ce document que pour le dossier social	L'arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières : série R	

## Les archives pharmaceutiques

Types d'archives	Délais de conservation	Textes de référence	Absence de délai de conservation
<b>États des préparations pharmaceutiques</b>	20 ans	Arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières : série R	
<b>Bons de médicaments, produits chimiques et toxiques</b>	10 ans	Arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières : série R	
<b>Dossier pharmaceutique</b>	10 ans	Article L. 1111-18 du CSP	

## Les archives à caractère médical

Types de documents	Délais de conservation	Textes de référence	Absence de délai de conservation propositions (en référence aux délais de prescription des actes médicaux)
<b>Dossier médical du patient hospitalisé</b> (en établissement et à domicile (1) si le service dépend d'un établissement)	20 ans à dater du dernier passage du patient (mouvement médical)	Article R. 1112-2 du Code de la santé publique	
<b>Dossier médical du patient décédé</b>	10 ans si le patient est décédé moins de 10 ans après sa sortie. 20 ans à dater de la sortie du patient si celui-ci est décédé plus de 10 ans après sa sortie	Article R. 1112-2 du Code de la santé publique	

<b>Dossier médical du patient hospitalisé mineur</b>	Jusqu'aux 28 ans de l'enfant si celui-ci est sorti de l'établissement avant l'âge de 8 ans 20 ans à dater de sa sortie s'il est sorti après l'âge de 8 ans	Article R. 1112-2 du Code de la santé publique	
<b>Dossiers des transfusions sanguines</b>	30 ans	Directive européenne 2005/61/CE du 30 septembre 2005	
<b>Dossier médical du patient externe (2) (dossier de consultation)</b>	20 ans	Article R. 1112-2 du Code de la santé publique Instruction ministérielle DHOS/DAF du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical)	
<b>Procès-verbaux d'autopsie</b>	20 ans	Arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières : série R	
<b>Dossier médical personnel (DMP)</b>	10 ans	Article L. 1111-18 du CSP	
<b>Assistance Médicale à la Procréation (AMP) Dossier médical de la patiente</b>	30 ans	Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation	
<b>AMP Dossier de donneur : don de gamètes, ovocyte, sperme</b>	40 ans	R. 1244-5 du CSP	
<b>AMP Registres d'enregistrement des dons</b>	30 ans après utilisation clinique, mais le texte conseille aussi de conserver indéfiniment !	Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation	
<b>AMP Conservation des registres relatifs aux gamètes, aux tissus germinaux et aux embryons</b>	40 ans <i>après l'insémination des gamètes, la greffe des tissus germinaux ou le transfert d'embryons</i>	R. 2142-21-2 du CSP	
<b>AMP Informations relatives au couple à l'origine de la conception des embryons et informations permettant de faire le lien entre le couple et les enfants nés ou à naître</b>	40 ans	R. 2141-8 du CSP	
<b>AMP Données liées à l'examen des caractéristiques génétiques : consentement écrit et les doubles de la prescription de l'examen des caractéristiques génétiques et des comptes-rendus d'analyses de biologie médicale + Les comptes rendus d'analyses de biologie médicale et leur commentaire explicatif</b>	30 ans dans le dossier médical du patient	R. 1131-20 du CSP	
<b>Livre registre d'ordonnances</b>	10 ans	R. 5125-45 du CSP	
<b>Registres relatifs aux médicaments dérivés du sang</b>	40 ans	R. 5121-195 du CSP	
<b>Registre comportant les informations sur l'entrée et la sortie des stupéfiants</b>	10 ans à compter de la date de la dernière mention.	R. 5132-10 du csp	
<b>Les clichés radiographiques effectués en service de consultation externe sur des malades ambulatoires</b>	Doivent être remis soit au malade, soit au médecin traitant, lorsque le malade en a formulé la demande	Circulaire du 2 août 1960 relative à la délivrance des clichés radiographiques aux malades des hôpitaux et hospices publics	
<b>Les clichés radiographiques effectués en service de consultation externe</b>	5 ans si pas de remise au patient	Circulaire du 2 août 1960 relative à la délivrance des clichés radiographiques aux malades des hôpitaux et hospices publics	

<p><b>Les clichés radiographiques effectués en service d'hospitalisation font partie intégrante du dossier médical du patient</b></p> <p><i>L'hôpital doit conserver les dossiers des malades hospitalisés et, notamment, les clichés radiographiques originaux</i></p>	20 ans	<p>Circulaire du 2 août 1960 relative à la délivrance des clichés radiographiques aux malades des hôpitaux et hospices publics</p> <p>R. 1111-7 du CSP et R. 1112-2 du CSP</p>	
<b>Don d'organes</b>	30 ans	Circulaire 94-11 du 20 octobre 1994	
<b>Dossiers de consultation au centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG)</b>			Conservation des dossiers des patients pendant 10 ans à compter de la date de réalisation du dépistage.
<p><b>Dossier de recherche biomédicale</b></p> <p>Les dossiers, rapports, délibérations et avis sont conservés par le comité de protection des personnes, dans des conditions assurant leur confidentialité</p> <p>Les documents et données relatives à la recherche sont conservés par le promoteur et l'investigateur</p> <p>Les documents relatifs aux recherches biomédicales portant sur un médicament dérivé du sang sont conservés par le promoteur et l'investigateur</p>	<p>10 ans après la fin de la recherche ou son interruption anticipée</p> <p>15 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires en vigueur</p> <p>Ces documents peuvent toutefois être conservés pendant une période plus longue si cela est prévu dans le cadre d'un accord entre le promoteur et l'investigateur</p> <p>40 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé, sans préjudice d'autres dispositions législatives ou réglementaires en vigueur</p>	<p>Article R. 1123-16- du CSP</p> <p>Article R. 1123-61 du CSP</p> <p>Arrêté du 8 novembre 2006 fixant la durée de conservation par le promoteur et l'investigateur des documents et données relatifs à une recherche biomédicale portant sur un médicament à usage humain</p>	
<p>Les documents portant sur des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i>,</p> <p>Les documents portant sur des dispositifs médicaux incorporant une substance qui, si elle est utilisée séparément, est susceptible d'être considérée comme un médicament dérivé du sang</p> <p>Les documents portant sur des produits cosmétiques, pendant au moins</p> <p>Les documents portant sur des produits sanguins labiles, des organes, des tissus d'origine humaine ou animale, ou des préparations de thérapie cellulaire,</p> <p>Les documents ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L. 5311-1 du Code de la santé publique</p>	<p>15 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé</p> <p>40 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé</p> <p>10 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé</p> <p>30 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé</p> <p>15 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé</p>	<p>Arrêté du 11 août 2008 fixant la durée de conservation par le promoteur et l'investigateur des documents et données relatifs à une recherche biomédicale autre que celle portant sur des médicaments à usage humain</p>	
<p><b>Matéiovigilance</b></p> <p>Traçabilité des données relatives aux dispositifs médicaux</p> <p>Pour les dispositifs médicaux incorporant une substance, qui est susceptible d'être considérée comme un médicament dérivé du sang, si elle est utilisée séparément</p>	<p>10 ans</p> <p>40 ans</p>	Article R. 5212-37 du CSP	
<b>Protocole de fécondation <i>in vitro</i></b>	30 ans		30 ans préconisés

<b>SAMU</b> Bandes d'enregistrement des appels			Entre 3 mois et 1 an (en référence aux centres anti-poison qui ont le même mode de fonctionnement)
<b>Centre anti-poison</b> Bandes d'enregistrement des appels	3 mois	Article D. 6141-46 du CSP	

## Les archives de laboratoires

Types d'archives	Délais de conservation	Textes de référence	Absence de délai de conservation propositions (en référence aux délais de prescription des actes médicaux)
<b>Dossiers et livres de laboratoire</b>	20 ans	Arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières : série R	
<b>Relevés chronologiques des analyses de biologie</b>	10 ans	Article R. 6211-23 du CSP L'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale modifié par l'arrêté du 26 avril 2002 (GBEA)	
<b>Résultats nominatifs des analyses de biologie conservés au laboratoire</b>	5 ans	Article R. 6211-24 du CSP (GBEA)	
<b>Dossiers et livres de registre</b>	20 ans	GBEA	
<b>Résultats des analyses exécutées pour les besoins de contrôle qualité</b>	5 ans	GBEA	
<b>Comptes rendus des mesures prises pour corriger les anomalies observées suite au contrôle qualité</b>	5 ans	GBEA	
<b>Résultats des contrôles qualité internes</b>	3 ans	GBEA	
<b>Exemplaire des procédures et modes opératoires et de leurs contrats et documents relatifs à l'enlèvement des déchets</b>	3 ans	GBEA	
<b>Documents relatifs aux instruments et à leur maintenance</b>	3 ans à l'expiration de la durée d'utilisation.	GBEA	
<b>Documents relatifs aux réactifs et au matériel consommable</b>	Pendant la durée d'utilisation	GBEA	
Analyses d'anatomie et de cytologie pathologie	10 ans	Article R. 6211-44 du CSP	
Actes d'anatomie et de cytologie pathologie réalisés en dehors des laboratoires : blocs d'inclusion et documents microscopiques histopathologiques et documents microscopiques cytopathologiques ayant permis d'établir un diagnostic, que celui-ci ait fait ou non apparaître une pathologie	10 ans	Article R. 6211-44 du CSP	
Comptes rendus histo-cytopathologiques signés et datés	30 ans		
<b>Matériel de pailasse</b> Les feuilles de pailasse	10 ans à compter de la date de réalisation des analyses		5 ans à compter de la date de réalisation des analyses délai conseillé par un document élaboré par les archivistes de l'EFS

## Les archives des services (documents de service)

Types d'archives	Délais de conservation	Textes de référence	Absence de délai de conservation : propositions
<b>Les registres de blocs opératoires</b> - Registre de maintenance des matériels et dispositifs médicaux : procédure de maintenance - Registre de maintenance des matériels et dispositifs médicaux : opérations de maintenance - Registre de passage au bloc opératoire - Registre des opérations de maintenance  - Autres documents produits par l'activité du bloc opératoire (notamment check-list sécurité du patient...)	Indéfiniment	Arrêté du 11 mars 1968 (série J)	10 ans à compter du dernier événement mentionné sur le registre  10 ans à compter du dernier événement mentionné sur le registre 10 ans à compter de la date du dernier événement mentionné sur le registre 10 ans à compter de la date du dernier événement mentionné sur le registre

## Les archives de la pharmacie

Types d'archives	Délais de conservation	Textes de référence	Absence de délai de conservation : propositions
<b>Registre ou enregistrement informatique de substances et de médicaments stupéfiants</b>	10 ans à compter de leur dernière mention	Article R. 5132-36 du CSP	

## Les archives de la médecine du travail

Types d'archives	Délais de conservation	Textes de référence	Absence de délai de conservation : propositions
<b>Dossier des agents publics</b>	Au minimum durant toute la carrière professionnelle de l'agent		10 ans (sauf dispositions contraires) à dater de la date de départ définitive du salarié
<b>Dossier des salariés d'établissements privés participant au service public hospitalier</b>			10 ans conseillés

## ANNEXE 3

# QUESTIONNAIRE EPDS (EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE) D'ÉVALUATION D'UN ÉTAT DÉPRESSIF

**NOM :**  
**PRENOM :**  
**DATE :**

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :  
Je me suis sentie heureuse :

- oui tout le temps
- oui la plupart du temps
- non pas très souvent
- non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

**PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER**

**1-J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté**

- Aussi souvent que d'habitude \_\_\_\_\_(0)
- Pas tout à fait autant \_\_\_\_\_(1)
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci \_\_\_\_\_(2)
- Absolument pas \_\_\_\_\_(3)

**2-Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir**

- Autant que d'habitude \_\_\_\_\_(0)
- Plutôt moins que d'habitude \_\_\_\_\_(1)
- Vraiment moins que d'habitude \_\_\_\_\_(2)
- Pratiquement pas \_\_\_\_\_(3)

**3-Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal**

- Non, pas du tout \_\_\_\_\_(3)
- Presque jamais \_\_\_\_\_(2)
- Oui, parfois \_\_\_\_\_(1)
- Oui, très souvent \_\_\_\_\_(0)

**4-Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs**

- Non, pas du tout \_\_\_\_\_(3)
- Presque jamais \_\_\_\_\_(2)
- Oui, parfois \_\_\_\_\_(1)
- Oui, très souvent \_\_\_\_\_(0)

**5-Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons**

- Oui, vraiment souvent \_\_\_\_\_(3)
- Oui, parfois \_\_\_\_\_(2)
- Non, pas très souvent \_\_\_\_\_(1)
- Non, pas du tout \_\_\_\_\_(0)

**6-J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements**

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations \_\_\_\_\_(3)
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude \_\_\_\_\_(2)
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations \_\_\_\_\_(1)
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude \_\_\_\_\_(0)

**7-Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil**

- Oui, la plupart du temps \_\_\_\_\_(3)
- Oui, parfois \_\_\_\_\_(2)
- Pas très souvent \_\_\_\_\_(1)
- Non, pas du tout \_\_\_\_\_(0)

**8-Je me suis sentie triste ou peu heureuse**

- Oui, la plupart du temps \_\_\_\_\_(3)
- Oui, très souvent \_\_\_\_\_(2)
- Pas très souvent \_\_\_\_\_(1)
- Non, pas du tout \_\_\_\_\_(0)

**9-Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré**

- Oui, la plupart du temps \_\_\_\_\_(3)
- Oui, très souvent \_\_\_\_\_(2)
- Seulement de temps en temps \_\_\_\_\_(1)
- Non, jamais \_\_\_\_\_(0)

**10-Il m'est arrivé de penser à me faire mal**

- Oui, très souvent \_\_\_\_\_(3)
- Parfois \_\_\_\_\_(2)
- Presque jamais \_\_\_\_\_(1)
- Jamais \_\_\_\_\_(0)

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.

Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3.

On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

## ANNEXE 4

# DOSSIER OBSTÉTRICAL DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

6<sup>ÈME</sup> VERSION 2017

## DOSSIER OBSTÉTRICAL DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

Professionnel (Nom, adresse, tél)	Professionnel (Nom, adresse, tél)	Professionnel (Nom, adresse, tél)
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Madame,

Vous êtes enceinte et votre médecin ou sage-femme, vous a remis votre dossier médical.

Ce dossier médical est **personnel** et contient des informations précieuses pour **garantir la qualité du suivi de votre grossesse et de la naissance de votre enfant**.

**Prenez-en soin** et emmenez-le avec vous à **chaque fois que vous consultez un professionnel de la naissance ou tout autre professionnel de la santé**, et surtout lorsque vous viendrez **accoucher à la maternité**.

Il permet en effet aux professionnels de prendre facilement connaissance de toutes les informations médicales qui vous concernent. Pour vous, c'est le moyen de lire à tout moment les observations de votre dossier médical, et de mieux comprendre le déroulement de votre grossesse. Sachez également qu'après l'accouchement, ou en cas d'hospitalisation durant la grossesse, la maternité conservera ce dossier.

Ce dossier vous est offert par le **Conseil Général de votre département**.

Il a été élaboré grâce à la **collaboration des réseaux de santé en périnatalité qui prennent soin de vous** ; il existe **cinq réseaux de santé en périnatalité dans la région Hauts de France** : quatre dans le Nord-Pas de Calais, représentés par celui de l'Artois (Bien Naître en Artois), du Hainaut (Réseau Périnatalité Hainaut), du Littoral (Réseau Pauline), de la Métropole Lilloise-Flandre Intérieure (réseau Ombrel), et un en Picardie (Réseau périnatal de Picardie).

## Parents, futurs parents,

Vous trouverez ci-dessous des informations et recommandations pour votre santé et celle de votre bébé.

Vous pouvez en discuter avec les différents professionnels de santé que vous rencontrerez lors du suivi de votre grossesse (sage-femme, médecin traitant, obstétricien, anesthésiste, pédiatre, puéricultrice) et leur poser toutes vos questions.

Le saviez-vous ?	Oui /Non	Cocher ici lorsque l'information a été abordée avec un professionnel
Les <b>séances de préparation</b> et d'informations pendant la grossesse permettent un meilleur vécu de la grossesse, de l'accouchement.		
L'Organisation Mondiale de la Santé recommande <b>l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois</b> , et sa poursuite avec la diversification alimentaire jusque deux ans.		
<b>L'allaitement maternel</b> améliore la santé des mères et des enfants, c'est le lait le plus adapté, y compris pour les enfants prématurés.		
Des moyens existent <b>pour aider le travail et l'accouchement</b> : déambulation, postures, hydratation et prise en charge de la douleur non médicamenteuse et médicamenteuse (antalgiques, péridurale). Le soutien du conjoint ou d'un proche est conseillé.		
Le <b>peau à peau</b> à la naissance, pendant au moins 1 heure, favorise la rencontre et l'adaptation du nouveau-né qu'il naisse par voie basse ou par césarienne.		
Une première <b>tétée dès que le bébé montre qu'il est prêt</b> , puis des <b>tétées fréquentes</b> facilitent la mise en route de la lactation.		
Le <b>lait des premières tétées</b> assure les besoins nutritionnels du nouveau-né les premiers jours de vie et apporte de grandes quantités de protéines et d'anticorps contre les infections.		
<b>L'alimentation dès l'éveil</b> facilite l'installation du bébé qui reste calme pendant ses repas. Le respect du rythme du bébé améliore sa croissance et son développement.		
Laisser la mère et le bébé <b>ensemble 24h/24</b> est rassurant pour le bébé et sa mère, et facilite la compréhension des rythmes et des besoins de l'enfant. Le <b>peau à peau</b> et le portage apportent également beaucoup de bien être.		
La <b>bonne position du bébé au sein</b> augmente l'efficacité de l'allaitement et permet des tétées indolores.		
La composition et la quantité de lait maternel s'adapte aux besoins nutritionnels du bébé, <b>aucune autre boisson ou aliment</b> n'est nécessaire les 6 premiers mois.		
<b>Eviter l'introduction de lait artificiel chez un bébé allaité</b> , en l'absence d'indication médicale.		
<b>Eviter l'utilisation de biberon chez un bébé allaité</b> , lui permet d'être plus efficace au sein.		
Il est préférable d' <b>éviter l'utilisation des tétines</b> tant pour les bébés allaités que pour ceux nourris au biberon, pendant les premières semaines.		
Vous pouvez vous rapprocher de <b>groupes de soutien</b> de mères à mères et/ ou demander une <b>consultation d'allaitement</b> si vous le souhaitez		

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MÈRE

Nom de naissance :  Prénom :  Nom marital :

Date de naissance :  Age :  Origine Géographique :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Tél. Domicile :  Tél. Portable :  Tél. Prof. :

En Activité  Profession :  Chômage  Sans Profession

## STATUT MARITAL

Mariée  Vit Maritalement  Célibataire  Autre

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PÈRE

Tél. Portable :

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Taille :  Origine Géographique :

Profession :  Groupe Sanguin :

Antécédents particuliers :

Allergie :  Notion de Consanguinité  oui  non

Personne de confiance

Personne à prévenir

Tél. :

Tél. :

## ACCOUCHEMENT

Date :

Voie :  Age gest :  SA

## NOUVEAU-NÉ

Prénom :

Sexe :

Poids :

Pathologie :

Allaitement :  oui  non

Autorisation d'opérer

Reconnaissance anticipée

Lieu prévu d'accouchement

Médecin traitant :

Grossesse suivie par :

# ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET FAMILIAUX DE LA PATIENTE

	MÈRE	PÈRE	FRATRIE
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD Thrombo-Emboliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies Héréditaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANTÉCÉDENTS NON OBSTETRIKAUX

Non  Oui

### • Médicaux

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HTA \_\_\_\_\_ Diabète \_\_\_\_\_

Infections Urinaires Récidivantes \_\_\_\_\_ Phlébite \_\_\_\_\_

Epilepsie \_\_\_\_\_ Asthme \_\_\_\_\_

### Traitement médical au long cours (Compatibilité avec allaitement)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### • Chirurgicaux

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• ATCD trouble de la continence : Urinaire  Anale

• Transfusion : Non  Oui  Préciser : \_\_\_\_\_

### • Allergies

• Tabac : Avant Grossesse : Nb  Pendant Grossesse : Nb

• Alcool : Avant : 0  occasionnellement  quotidiennement  Nb de verres/jour

Pendant : 0  occasionnellement  quotidiennement  Nb de verres/jour

• Toxicomanie : Avant : Non  Oui  Pendant : Non  Oui

Type de Produit : \_\_\_\_\_ Substitution \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mutilation sexuelle : Non  Oui

Chirurgie mammaire : Non  Oui

Contraception, aide à la procréation... :

Désir de Grossesse > 1 an Non  Oui

Frottis cervico-vaginal < 3 ans Non  Oui  Date : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Date Lieu	Age gest	Grossesse	Issue Accouchement, avortement... Suites de naissances	Nouveau-né Allaitement
				A.M.   Durée Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A.A.
				A.M.   Durée Difficultés Non <input type="checkbox"/> si Oui <input type="checkbox"/> A.A.
				A.M.   Durée Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A.A.
				A.M.   Durée Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A.A.
				A.M.   Durée Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A.A.
				A.M.   Durée Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A.A.
				A.M.   Durée Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A.A.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre d'accouchements ≥ 22 semaines d'aménorrhée</b> <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Voies basses <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/> Césariennes <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Accouchements prématurés (≤ 36 SA + 6 j) <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Morts périnatales, IMG exceptées (22 SA à 7 jours de vie) <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/></li> <li>• <b>Nombre de grossesses interrompues ≤ 22 semaines d'aménorrhée</b> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Avortements spontanés <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> Nombre de GEU <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> Nombre d'IVG <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/></li> <li>• <b>Nombre d'interruptions médicales de grossesse</b> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/></li> </ul>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; margin: 0;">Nombre de grossesses antérieures</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/> </div>
--	--

# CONSULTATIONS PRÉNATALES (PROGRAMMÉES OU EN URGENCE)

D.D.R. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

D.D.G. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Terme Prévu** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_  
 Poids \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_  
 Nbre de fœtus : \_\_\_\_\_ Gestité : \_\_\_\_\_  
 Type : \_\_\_\_\_ Parité : \_\_\_\_\_  
 (si grossesse multiple)

## DÉPISTAGE ANTÉNATAL

Proposé       Fait       Non souhaité

PAPP-A : _____	FRT21
HCG : _____	1 /
α Foeto protéine : _____	

**DPNI (ADNIc T21) :** \_\_\_\_\_

**Prélèvements Anténataux :**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ÉCHOGRAPHIE

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_

Date/Heure Consultant	Age gest	Signes Fonctionnels/EN*	MA	B d C	HU	Examen Clinique
CPN      URG						Ex Seins : Auscultation cardiaque :
CPN      URG						
CPN      URG						
CPN      URG						

Présentation	Poids	TA	Urines		Ex. complémentaires, Consignes, Traitement
	avant <input type="text"/>		Alb Sucre	Leuco Nitrites	

Date/Heure Consultant	Age gest	Signes Fonctionnels/EN	MA	B d C	HU	Examen Clinique
CPN      URG						
CPN      URG						
CPN      URG						
CPN      URG						

Présentation	Poids	TA	Urines		Ex. complémentaires, Consignes, Traitement
	avant <input type="text"/>		Alb Sucre	Leuco Nitrites	

Date/Heure Consultant	Age gest	Signes Fonctionnels/EN	MA	B d C	HU	Examen Clinique
CPN      URG						
CPN      URG						
CPN      URG						
CPN      URG						

Date	Grossesse(s) antérieure(s)										
Agglu.											
Rubéole											
Toxo											
Hb											

- Entretien prénat précoce info   
fait
- Prépa naissance info   
fait
- Mode d'alimentation envisagé \_\_\_\_\_
- Info sortie précoce
- Info coqueluche

V.I.H. \_\_\_\_\_ Info  Glycémie 1<sup>er</sup> T. \_\_\_\_\_  
 Ag HBs \_\_\_\_\_ H.P.O. 75 g \_\_\_\_\_  
 Hépatite C \_\_\_\_\_ Coagulation T3 \_\_\_\_\_  
 Syphilis \_\_\_\_\_ Streptocoque B \_\_\_\_\_

**VACCINATION ANTIGRIPPALE**

Date \_\_\_\_\_

**VITAMINE D**

Date \_\_\_\_\_

**SÉRUM ANTI-D**

Date \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

**CORTICOTHÉRAPIE**

1<sup>ère</sup> cure \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> cure \_\_\_\_\_

**GROUPE** [ ] 1<sup>ère</sup> dét. \_\_\_\_\_  
**Rh.** [ ] 2<sup>ème</sup> dét. \_\_\_\_\_  
 Phénotype 1  2

**CONSULTATION ANESTHÉSIE**

le : \_\_\_\_\_

**PELVISCANNER**

PRP \_\_\_\_\_ TU \_\_\_\_\_

Magnin \_\_\_\_\_ BE \_\_\_\_\_

Présentation	Poids avant [ ]	TA	Urines			Ex. complémentaires, Consignes, Traitement
			Alb	Sucre	Leuco Nitrites	

Date/Heure Consultant	Age gest	Signes Fonctionnels/EN	MA	B d C	HU	Examen Clinique	Prése
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							



### SCORE DE BISHOP

	0	1	2	3
Position du col	Postérieur	Médian	Antérieur	
Effacement	< 30 %	40 - 50 %	60 - 70 %	> 80 %
Consistance	ferme	moyenne	souple	
Dilatation	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Engagement	-3 mobile	-2 amorcée	- 1 0 fixée	+1 engagée

### SCORE DE BISHOP SIMPLIFIÉ

	0	+ 1	+ 2	+ 3
Dilatation	0 cm	1 - 2 cm	3 - 4 cm	≥ 5 cm
Effacement du col	0-30 %	40-50 %	60-70 %	≥ 80 %
Hauteur de la tête	Mobile	Appliquée	Fixée	Engagée
Parité	Nullipare		Multipare	

#### Si Score ≥ 4, direction du travail en salle par amniotomie-ocytocine

Est considérée comme multipare, toute patiente ayant déjà accouché par voie basse à un terme ≥ 24 SA

### SCORE DE HUGHEY MODIFIÉ

	0	1	2	4	8	16
Position du col	fermée			1 - 2 cm	3 - 4 cm	> 4 cm
Effacement	0 - 30 %		40 - 50 %	40 - 70 %	> 70 %	
Consistance	ferme		moyenne	molle		
Position	postérieure	centrale	antérieure			
Présentation	mobile		appliquée	fixée	engagée	

Primipare : - 2

Chaque grossesse antérieure : + 2 (max. 6).

**Déclenchement si > 12** (réussite dans plus de 95 % des cas)

## ENTRETIEN DU 4<sup>ème</sup> MOIS

Non  Oui

Le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_

Préciser la notion de problèmes sociaux, familiaux, psychologiques, conditions de logement... (sous réserve de l'accord de la patiente)

Orientations proposées :

Projet de naissance :  Oui  Non



# SURVEILLANCE DU TRAVAIL

spontané  déclenché

Indication : \_\_\_\_\_

Méthode(s) : \_\_\_\_\_

Admission au terme de : \_\_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_ + jours

Equipe de garde et stagiaire(s) : \_\_\_\_\_

Date    Heure  h

Heure		0	1	2	3	4	5	6	7
(respecter 1 case / heure)									
Examineur									
<b>TA / Pouls</b>									
<b>Température</b>									
<b>Poche des eaux</b> <small>Intacte (I) ; Rompue(R)</small>									
<b>Liquide amniotique</b> <small>Clair, Méconial/Volume</small>									
<b>Présentation /Variété de position</b> (dessin)									
<b>Etat du Col</b> <small>Position, longueur, consistance</small>									
Posture	Type								
	Durée								
<b>Niveau de Présentation</b>	-4 appliquée	10							
		9							
	-2 fixée	8							
		7							
	0 EPH	6							
		5							
	+2 EPM	4							
		3							
	+4 EPB	2							
		1							
<b>Contractions</b>									
RCF	Rythme Base	B :	B :	B :	B :	B :	B :	B :	B :
	Accélération	A :	A :	A :	A :	A :	A :	A :	A :
	Variabilité	V :	V :	V :	V :	V :	V :	V :	V :
	Ralentissements	R :	R :	R :	R :	R :	R :	R :	R :
<b>Comportement de la mère/ Evaluation de la douleur</b> <small>(EN : 0 à 10)</small>									
<b>Décisions thérapeutiques :</b> <small>utiliser page 18 si nécessaire</small>									
<b>- pH / Lactates</b>									
<b>- Traitement</b> Type / voie d'abord, dose									



## OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES PENDANT LE TRAVAIL / POST-PARTUM IMMÉDIAT

Heure  
Intervenants

**EXAMEN À LA SORTIE DE LA SALLE DE NAISSANCE** par : \_\_\_\_\_ heure : \_\_\_\_\_

TA : \_\_\_\_\_ Pouls : \_\_\_\_\_ T° : \_\_\_\_\_

Pertes sanguines :

Uterus (globe de sécurité) :

Urines :

**Consignes :**

**Veillez à rabattre cette page (18) sous la page 17 ou une page cartonnée, afin d'éviter toute transcription inopportune des pages pédiatriques (21 et 21 Bis).**

# COMPTE-RENDU D'INTERVENTION ET RÉANIMATION

Opérateur : ..... Aide : .....

Anesthésiste : .....

## PRISE POIDS TOTALE

## DÉLIVRANCE

Heure :

### Type

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> naturelle               | <input type="checkbox"/> anat. path. placentaire |
| <input type="checkbox"/> révision utérine isolée | <input type="checkbox"/> placenta cature         |
| <input type="checkbox"/> artificielle            |  |
| <input type="checkbox"/> dirigée                 |  |

Syntocinon ..... UI, IVL,  
au dégageement des épaules  
à ..... h ..... min

### Pertes Sanguines

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ≤ 500 ml       | <input type="checkbox"/> > 1 000 ml |
| <input type="checkbox"/> 501 à 1 000 ml |                                     |

Volume :

### Administration dérivés sanguins

### Remarques :

## ANALGÉSIE-ANESTHÉSIE

(quel que soit le moment)

- |                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non        | <input type="checkbox"/> rachia   |
| <input type="checkbox"/> locale     | <input type="checkbox"/> P.C.A.   |
| <input type="checkbox"/> péridurale | <input type="checkbox"/> générale |
| <input type="checkbox"/> P.C.E.A.   | <input type="checkbox"/> autre    |

### Remarques (complications...) :

## PÉRINÉE

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> intact (ou éraillure)         |
| <input type="checkbox"/> épisiotomie                   |
| <input type="checkbox"/> déchirure stade 1             |
| <input type="checkbox"/> déchirure stade 2             |
| <input type="checkbox"/> déchirure stade 3 a           |
| <input type="checkbox"/> déchirure stade 3 b           |
| <input type="checkbox"/> déchirure stade 3 c           |
| <input type="checkbox"/> déchirure stade 4             |
| <input type="checkbox"/> hématome pelvigénital         |
| <input type="checkbox"/> déchirure cervicale           |
| <input type="checkbox"/> autre (déchirure vaginale...) |

### Suture :

## ISSUE DE LA GROSSESSE INTERVENTION AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

### INDICATIONS DE CÉSARIENNE (plusieurs possibles)

- Pathologie fœtale (RCIU, malformations...)
- Hydramnios, oligoamnios
- Souffrance fœtale (ARCF, LA méconial...)
- Pathologie maternelle (HTA, diabète, infection...)
- Utérus cicatriciel, rupture utérine
- Anomalie du bassin (rétréci, chirurgical...)
- Anomalie des parties molles (atrésie...)
- Suspicion de disproportion foeto-pelvienne
- Grossesse multiple
- Placenta ou tumeur praevia
- Siège
- Présentation dystocique
- Dystocie cervicale
- Echec de déclenchement
- Défaut d'engagement
- Echec d'extraction instrumentale
- Procidence du cordon
- H.R.P. ou hémorragie
- Terme dépassé
- Contexte particulier (infécondité, primipare, agée...)
- Autres : .....

### ISSUE DE GROSSESSE

- Accouchement > 22 SA (ou > 500g)
- Avortement spontané < 22 SA (ou < 500 g)
- Interruption médicale (quelque soit le terme)
- Accouchement à domicile
- Accouchement dans un autre centre
- Perdue de vue

### ETAT DE L'ENFANT

- Né vivant
- Né vivant décédé au bloc
- Mort in utero
- Mort per partum

### DU 2<sup>ème</sup> JUMENT

- Né vivant
- Né vivant décédé au bloc
- Mort in utero
- Mort per partum

### INDICATIONS D'EXTRACTION INSTRUMENTALE

- Souffrance fœtale (ARCF, LA méconial...)
- Efforts expulsifs inefficaces
- Contre-indications aux efforts expulsifs
- Autres : .....

### DIFFICULTÉS AUX ÉPAULES

- Mac Roberts
- Autres : .....

## FICHE DE LIAISON NÉO-NATALE

NOM ENFANT : .....

PRÉNOM : .....

Date : ..... Heure : .....<sup>h</sup>Sexe :  M  F Age gestationnel : ..... SA +  j

Poids : ..... g

Taille : ..... cm PC : ..... cm

Ordre si grossesse multiple : 

## ACCOUCHEMENT

 Spontané  Césarienne avant travail  
 Déclenchement  Césarienne pendant travail

Analgésie : .....

Présentation :  Sommet  Siège Autres : .....Expulsion :  Spontanée Ex instrumentale : Forceps, spatule Ventouse Extraction siège  Dystocie des épaulesAnomalie RCF :  non  oui Type : .....

Liquide Amniotique :

 Clair  Méconial  Méco second.

Durée rupture / expulsion : ..... heures

Pathologie de l'accouchement :

 Hyperthermie maternelle Autres Signes infectieuxAntibiothérapie per partum :  non  oui

Type : ..... Nombre d'injections : .....

NOM NAISSANCE MÈRE : .....

PRÉNOMS : .....

Tél. : .....

Age : ..... Parité : .....

NOM du PÈRE : .....

Tél. : .....

## ANTÉCÉDENTS PARTICULIERS

## SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

Groupe : ..... Rhésus : ..... RAI : .....

Sérologies :

Rubéole : ..... Toxoplasmose : .....

HIV : ..... Syphilis : .....

Hépatite C : ..... Hépatite B : .....

Streptocoque B :  Positif  Négatif  Non fait

Pathologie/Traitement de la grossesse : .....

Diagnostic anténatal et consignes

## NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE

Apgar : 1 min ..... 5 min ..... 10 min .....

pH art : ..... /veineux ..... Lactates : .....

Température rectale : ..... °C

Gestes techniques  oui  nonBroncho-aspiration  Ventilation  Durée .....Intubation VS Peep  FiO2 

Prélèvements infectieux : Motif(s) : .....

 Type .....Clampage retardé du cordon  oui  non

Peau à Peau | délai : naissance / début PP : ..... mn

durée : ..... mn

Le nouveau-né a-t-il tété :  oui  nonMode d'alimentation envisagé :  AM  AAATCD de difficultés à l'allaitement maternel  oui non

Enfant pris en charge par : .....

Appel pédiatre :  oui  non

heure d'appel : ..... d'arrivée : .....

## EVOLUTION EN SALLE DE NAISSANCE

Transfert néonatal :  oui  non

Destination / motif : .....

## SUITES DE NAISSANCE

### ALLAITEMENT

maternel  exclusif  alimentation artificielle  
 partiel

Difficultés : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TRAITEMENTS PENDANT LE SÉJOUR EN SUITES DE NAISSANCE

antibiotiques  autre \_\_\_\_\_  
 anticoagulants préventifs

### PRÉVENTION

À faire :  gamma anti D  fait le \_\_\_\_\_  
 vaccin anti rubéolique  fait le \_\_\_\_\_  
 vaccin anti coqueluche  fait le \_\_\_\_\_

### TRAITEMENTS DE SORTIE

TYPE D'ALLAITEMENT À LA SORTIE :  maternel  exclusif  alimentation artificielle  
 partiel

### CONTRACEPTION

Prescrite : \_\_\_\_\_ A revoir : \_\_\_\_\_  
Autres : \_\_\_\_\_

### COMPLICATIONS

Complications périnéales (abcès, hématome...)  Non  Oui Type : \_\_\_\_\_  
Hémorragie de suites de couches  Non  Oui  
Complication thrombo-emboliques  Non  Oui  
Complications vasculaires (preE, hellp...)  Non  Oui  
Transfert de la patiente (complications)  Non  Oui Destination : \_\_\_\_\_  
Décès maternel  Non  Oui Date : \_\_\_\_\_

SORTIE LE  à \_\_\_\_\_ (heure) Courrier de sortie donné  Oui  
 Non

DURÉE DE SÉJOUR (jours, heures acc. inclus)  \_\_\_\_\_

ACCOMPAGNÉE DE : \_\_\_\_\_

MODE DE TRANSPORT ENVISAGÉ : \_\_\_\_\_

Suivi immédiat à domicile : Oui  Non

par : \_\_\_\_\_

Consultation post natale envisagée : Oui  Non

Nom du praticien : \_\_\_\_\_





# CONSULTATION POST-NATALE

(contrôles, examens paracliniques, contraception)

Date  Consultant : ..... **ALLAITEMENT EN COURS** : oui  non

Durée d'allaitement : .....

Retour de couches : ..... **Etat général** : .....

Troubles urinaires et anaux : .....

Sexualité : .....

Poids : ..... **TA** ..... **Pouls** : .....

Abdomen (cicatrice...) : .....

**Examen gynécologique :**

- périnée (cicatrice) ..... Testing .....
- col ..... Frottis cervicaux .....
- utérus ..... seins .....

.....  
.....  
.....

**Difficultés psychologiques depuis l'accouchement (cf EPDS)**

.....  
.....  
.....  
.....

**Incident - Complication période post-natale** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Traitement** .....

.....

**Indication de la rééducation** .....

.....

**Contraception** .....

.....

o O o

**Devenir de l'enfant :** .....

.....

**Commentaires :** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **CHARTRE D'UTILISATION DU DOSSIER OBSTÉTRICAL**

Le dossier obstétrical doit être :

- constitué lors de la première consultation
- rempli de manière lisible, compréhensible, à l'encre indélébile
- détenu par la patiente et présenté aux professionnels jusqu'à l'accouchement.

L'identification des professionnels de santé doit pouvoir se faire sans difficulté.

Attention :

- l'identité doit être correctement orthographiée, et les renseignements administratifs exhaustifs (adresse, téléphone, médecins correspondants)
- chaque observation clinique doit être datée et signée.

Les courriers, comptes-rendus d'examens complémentaires, résultats d'analyses seront classés et rangés dans des pochettes prévues à cet effet.

**AUTEUR : Nom : MEZIANI**

**Prénom : Yasmine**

**Date de Soutenance : Vendredi 13 octobre 2017**

**Titre de la Thèse : Dossier obstétrical régional des réseaux de santé en périnatalité  
6<sup>e</sup> actualisation**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : DES de médecine générale**

**Mots-clés : Dossier médical, dossier obstétrical, grossesse, réseau de santé**

**Résumé :**

**Contexte :** Le dossier obstétrical est un outil indispensable au suivi des femmes enceintes. L'évolution des savoirs, des pratiques et du contexte juridique imposent de le réviser régulièrement.

**Objectif :** Actualiser le dossier obstétrical des réseaux de santé en périnatalité utilisé depuis 1996 dans la région Nord Pas de Calais (devenue région Hauts-de-France), dont la dernière version date de 2012.

**Matériel et Méthodes :** Les professionnels des réseaux concernés ont été invités à 6 réunions successives, destinées à connaître leurs nouveaux besoins. Les nouveautés médicales et administratives ont été prises en compte.

**Résultat :** La version n°6 proposée dans ce travail aboutit à un dossier de 26 pages dont l'architecture a été peu modifiée – en dehors de l'ajout d'un rabat permettant aux principaux événements de la grossesse d'être visibles quelle que soit la page en cours, en même temps que la conduite à tenir à l'accouchement. Toutes les pages ont pratiquement fait l'objet de modifications. Les principaux changements concernent : l'arrivée d'une information IHAB (Initiative Hôpitaux Amis des Bébé), la reconnaissance des antécédents d'incontinence, la prise en compte des nouveautés concernant le dépistage de la trisomie 21, la prévention grippale et de la coqueluche, la possibilité d'utiliser un score de Bishop simplifié pour le déclenchement, une check-list d'informations à vérifier/donner en cas de césarienne programmée, la caractérisation des anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant l'accouchement, une meilleure description de la prise en charge néonatale immédiate et le clampage retardé du cordon. Une charte d'utilisation du dossier a été proposée en 4<sup>ème</sup> de couverture.

**Conclusion :** Le travail « en réseau » des professionnels de périnatalité permet d'obtenir une amélioration constante des outils de la prise en charge, dont le dossier obstétrical périnatal est l'un des éléments clefs.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le professeur TRUFFERT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur GARABEDIAN**

**Monsieur le Docteur THERBY**

**Monsieur le Docteur BAILLEUX**

**Directeur de Thèse : Monsieur le professeur SUBTIL**

