



**HAL**  
open science

## Le remplissage du dossier obstétrical dans les maternités du réseau OMBREL

Claire Cimetiere

► **To cite this version:**

Claire Cimetiere. Le remplissage du dossier obstétrical dans les maternités du réseau OMBREL. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01382633

**HAL Id: dumas-01382633**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382633>**

Submitted on 21 Nov 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE LILLE 2  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHRU DE LILLE

# Le remplissage du dossier obstétrical dans les maternités du réseau OMBREL

Mémoire rédigé et soutenu par Claire CIMETIERE  
Sous la direction de Sophie CARPENTIER

Promotion 2016

## Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Sophie Carpentier, pour sa disponibilité, son écoute, ses précieux conseils et relectures, et Mme Dubos pour avoir assuré la guidance de ce mémoire.

Je voudrais également remercier les professionnels et cadres de service rencontrés lors de mon étude pour leur disponibilité et leur aide.

Pour terminer je remercie mes camarades de promotion, mes amis et ma famille pour leurs encouragements et leur soutien.

# Sommaire

INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE .....	2
Les réseaux de périnatalité .....	2
Création .....	2
Missions.....	3
Le réseau OMBREL .....	4
Le dossier obstétrical .....	5
Historique.....	5
Présentation et contenu .....	6
Le dossier actuel utilisé au sein du réseau OMBREL.....	7
Le suivi de la grossesse.....	9
Cadre législatif.....	9
Principes de surveillance de la grossesse.....	9
DEUXIEME PARTIE .....	15
Présentation de l'étude et de la méthodologie .....	15
Objectifs et hypothèse .....	15
Méthodologie.....	15
Présentation des résultats .....	17
Description de l'échantillon .....	17
Résultats de l'étude.....	21
TROISIEME PARTIE .....	28
Points forts, points faibles et limites.....	28
Points forts .....	28
Points faibles et limites .....	28
Analyse et discussion .....	29
Remplissage global.....	29
Influence sur le remplissage.....	32
CONCLUSION .....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39

## LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Age Gestationnel  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie  
BMI : Body Mass Index  
CCIM : Comité Consultatif d'Informatique Médicale  
CNGOF : Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français  
CPN : Consultations Prénatales  
DPP : Dossier Périnatal Partagé  
EPP : Entretien Prénatal Précoce  
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif  
FFRSP : Fédération Française des réseaux de Santé en Périnatalité  
FIR : Fond d'Intervention Régional  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCSP : Haut Comité de la Santé Publique  
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire  
HTA : Hypertension Artérielle  
IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
OMBREL : Organisation Maman Bébé de la REgion Lilloise  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité  
RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique  
RSP : Réseaux de Santé en Périnatalité  
RUM : Résumés d'Unité Médicale  
SA : Semaines d'Aménorrhées  
SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

Le dossier obstétrical est un outil indispensable au suivi de la grossesse. Il permet la transmission des informations entre professionnels et est un véritable élément de liaison entre les différents intervenants.

Une des missions des réseaux de santé en périnatalité est d'assurer le partage des informations entre les professionnels entre eux, et entre les patients et les professionnels, via le Dossier Périnatal Partagé. Dans la région un même dossier est utilisé par les professionnels des quatre réseaux de périnatalité depuis 2005 : le dossier obstétrical des réseaux de soins périnataux. Au sein du réseau OMBREL, différentes études ont été réalisées depuis sa mise en route pour évaluer l'utilisation du dossier obstétrical et son partage avec la patiente. Cependant son remplissage n'a pas encore été évalué. Dans notre pratique courante, nous remarquons que tous les dossiers ne sont pas complétés de la même manière. Cependant un dossier correctement tenu est indispensable pour une bonne prise en charge des patientes.

Dans notre première partie nous définirons les réseaux de santé en périnatalité et leurs missions, nous nous intéresserons également à l'historique et au contenu du dossier obstétrical et aux grands principes de surveillance de la grossesse, en particulier le recueil des informations nécessaires à la classification du niveau de risque de la grossesse selon les recommandations de la HAS. Nous développerons notre étude et ses principaux résultats dans une deuxième partie. Enfin nous analyserons le remplissage du dossier et tenterons de trouver des facteurs d'influence à ce remplissage dans une troisième partie.

# PREMIERE PARTIE



# PREMIERE PARTIE

## Les réseaux de périnatalité

### Création

La mise en place des réseaux de santé s'est faite progressivement depuis les années 1990.

L'idée d'un travail en réseau émerge dès 1994, dans un rapport sur la santé en France publié par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP). Les propositions d'objectifs en périnatalité sont de diminuer la mortalité, la proportion d'enfants de petits poids de naissance et la mortalité maternelle. Afin d'y parvenir des mesures essentielles doivent être mises en place, telles que l'amélioration de la qualité de la surveillance de la grossesse, « *en incitant au décloisonnement et au travail en réseaux de professionnels et de services médico-sociaux tels que la Protection Maternelle et Infantile (PMI).* » (1)

Les propositions d'organiser un travail en réseau et de classer les maternités selon leur niveau de soin pédiatrique sont retrouvées dans un autre écrit du HCSP servant de base à l'élaboration du plan périnatalité 1994-2000 (2) p. XVII.

En 1998, le décret n°98-900 (9 octobre 1998) organise la mise en place des Réseaux de Santé en Périnatalité (RSP) et permet la constitution d'un maillage sanitaire avec la complémentarité, le regroupement et l'orientation selon le niveau de risque obstétrical et néonatal et une « communauté périnatale étendue » ville/PMI/Hôpital (3)

C'est par la loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner que les réseaux de périnatalité sont légalement mis en place (Article 84 : « *Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur [...] la constitution d'un réseau de santé.* »

Ensuite, le plan périnatalité 2005-2007 prévoit le développement de ces réseaux de santé en périnatalité sur l'ensemble du territoire pour fin 2005, afin d'améliorer la proximité de la prise en charge. Ce plan précise que la prise en charge périnatale doit reposer sur des réseaux ville/hôpital qui permettent d'associer les professionnels de

santé de ville et des services de PMI, ainsi que les acteurs des champs médico-social et social aux établissements de santé. (4)

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009 introduit de nouvelles formes d'organisation et de coordination des réseaux de santé. Ils sont intégrés dans un dispositif d'organisation territoriale plus large permettant de répondre aux besoins en activités de santé publique, de soins, d'équipement des établissements.

Actuellement, la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) constituée en octobre 2007 regroupe 64 réseaux régionaux, départementaux ou locaux de la France entière. (5)

## Missions

D'après l'article L.6321-1 du Code de Santé Publique, les réseaux de santé ont pour mission de *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires.*

Le premier cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité, prévu par le plan périnatalité 2005-2007, est publié en mars 2006. Il précise les missions et objectifs de ces réseaux, qui sont diverses mais visent toutes à améliorer la qualité des prises en charge en favorisant l'accès du patient à un réseau de soins gradués de proximité.

On retrouve parmi ces missions :

- prise en charge globale
- continuité entre la ville et l'hôpital
- coordination des interventions de tous les acteurs pour assurer une bonne collaboration
- information et accompagnement des futurs parents
- formation des professionnels, de manière interdisciplinaire
- partage des informations entre professionnels, et entre professionnels et patients, par le Dossier Périnatal Partagé (DPP)
- évaluation de l'activité du réseau (pratiques, efficacité)
- rôle épidémiologique

Les réseaux interviennent pour toute grossesse, qu'elle soit physiologique ou pathologique, en amont et en aval de la prise en charge à la naissance et pour le suivi des nouveau-nés lors de la période périnatale et plus longtemps pour les nouveau-nés vulnérables. (6)

En juillet 2015 les missions des réseaux de santé en périnatalité sont réactualisées, *afin de conforter leur positionnement à un niveau régional et leur donner des priorités nationales d'action*. (7) En effet, l'évaluation de l'activité des réseaux montre que certaines missions ne sont pas investies de manière égale entre chaque réseau. Ainsi ce nouveau cahier des charges redéfinit la base des missions que les réseaux doivent tous remplir, autour de deux priorités:

- contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'Agence Régionale de Santé (ARS)
- *aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale, notamment en offrant un appui méthodologique aux acteurs locaux de la périnatalité en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge sur le territoire et en diffusant des informations ascendantes et descendantes.*

Le réseau apporte une aide méthodologique pour la mise en œuvre d'un dossier commun obstétrico-pédiatrique et notamment la mise en œuvre de dossiers communs informatisés.

Le réseau diffuse des informations descendantes à l'intention des professionnels et des structures pour promouvoir, faciliter et accompagner l'utilisation d'outils de coordination tels que les documents de suivi de la grossesse (carnet de santé maternité, dossier médical, etc.) ou de l'enfant (carnet de santé de l'enfant) (7)

## **Le réseau OMBREL**

Le réseau OMBREL (Organisation Maman Bébé de la REgion Lilloise) est le réseau de soins périnataux du bassin de vie Lille Métropole. Il a été créé en 2001 sous la forme d'une convention inter hospitalière, et a été ouvert vers la ville en 2004. Le réseau est devenu une association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 en 2005, sous son nom actuel: OMBREL.

Le réseau OMBREL regroupe plus de 1500 professionnels de ville et hospitaliers travaillant avec les usagers dans différentes structures:

- 6 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)
- 20 CMP (Centre Médico-Psychologique)
- Le CPDPN (Centre pluridisciplinaire de diagnostic Prénatal) de Lille
- Le SAMU et le SMUR pédiatrique de Lille
- 23 Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) de PMI

10 maternités appartiennent au Réseau OMBREL, soit 6 maternités publiques (Jeanne de Flandre (Lille), Roubaix, Tourcoing, Armentières, Hazebrouck, Seclin), 1 maternité privée à but non lucratif (Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille), et 3 cliniques privées (Polyclinique du Bois (Lille), Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq et Clinique du Val de Lys (Tourcoing))

Le réseau OMBREL forme avec les réseaux Pauline (Réseau Périnatal de l'Audomarois et du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant), BNA (Bien Naître en Artois) et RPH (Réseau Périnatalité Hainaut) les 4 réseaux de périnatalité du Nord-Pas-de-Calais.

## **Le dossier obstétrical**

### **Historique**

L'élaboration du dossier périnatal informatisé a eu lieu simultanément au développement de l'informatisation des maternités : création du Comité Consultatif d'Informatique Médicale (CCIM) en 1976, amenant à la création du nouveau dossier périnatal en 1979. Ce dossier contenait un dossier périnatal en 3 volets, soit le « dossier commun » (obstétrical, accouchement, nouveau-né) et un dossier simplifié, appelé « dossier minimum ». (8)

L'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG), créé en 1982 par Claude Sureau à la demande du Ministère de la Santé, crée le premier dossier AUDIPOG, qui a permis d'alléger le dossier CCIM initial.

En 1993 le Réseau Sentinelle AUDIPOG est constitué. Il a pour mission la surveillance des indicateurs de santé périnatale et l'évaluation des pratiques au sein des maternités participant au réseau. À cet effet le dossier minimum est retenu comme tronc commun minimal, et une fiche obstétricale est créée pour les maternités non informatisées souhaitant participer au réseau sentinelle, contenant 70 items. (9)

Une refonte complète du dossier est effectuée en 1997, pour répondre aux besoins du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), qui sont de produire des Résumés d'Unités Médicales (RUM). Il en résulte 3 dossiers papiers compatibles : le dossier commun, le dossier standard et le dossier minimal.

L'organisation des maternités en réseau en 1998 amène la nécessité d'évaluer les pratiques au sein des réseaux et implique la mise en place d'un système d'information commun aux établissements participants à un même réseau, pour faciliter la circulation des informations d'un établissement à l'autre.

En 2003, l'association AUDIPOG propose aux réseaux une version personnalisée du dossier périnatal informatisé pour mieux répondre aux attentes et besoins des utilisateurs.

Mais d'après les professionnels de la naissance et des PMI, ce carnet est peu utilisé car il est redondant avec les autres dossiers médicaux ou certificats qu'ils doivent remplir. Ainsi le Plan de Périnatalité 2005-2007 prévoit plus d'humanité dans la prise en charge périnatale des femmes grâce à un carnet de santé de la maternité actualisé intégré au dossier médical personnel. Le carnet utilisé jusqu'alors sera refondu, après une enquête d'évaluation pour mettre à jour les orientations nécessaires pour ce nouveau carnet, l'élaboration du contenu par un groupe de travail multi-institutionnel et la réalisation de la maquette du nouveau carnet. (4)

## **Présentation et contenu**

Un carnet de grossesse est donné gratuitement à chaque femme enceinte lors du 1er examen prénatal, où sont mentionnés les résultats des examens obligatoires prescrits pendant la grossesse, ainsi que les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse (Article L. 2122-2 du Code de la Santé Publique). Son achat, sa diffusion et

sa délivrance en début de grossesse sont sous la responsabilité du Président du Conseil général. (4)

La transmission de l'information au sein de chaque réseau passe par le DPP. Chaque réseau doit fonctionner avec un dossier partagé par l'ensemble des membres du réseau. Le support (papier ou informatisé), le nombre d'items et le contenu type sont définis de manière consensuelle pour construire le dossier périnatal qui convient le mieux à chaque réseau. Il est fixé un contenu minimum pour tous les dossiers : données habituelles du suivi clinique, biologique et échographique de la grossesse et indicateurs permettant de construire les indicateurs Péristat (indicateurs nationaux en santé périnatale) (6)

## **Le dossier actuel utilisé au sein du réseau OMBREL**

### Historique

Initialement, le Cercle des Gynécologues Obstétriciens des Hôpitaux généraux du Nord-Pas-de-Calais et le CHRU de Lille créent 3 dossiers différents (bleu, jaune, vert) en vue d'une informatisation des données (contenant une base d'items informatisables communs surlignés en jaune). Ces dossiers conçus dans les années 90 étaient utilisés dans certaines maternités de la région. Ils étaient construits selon le même schéma :

- partie administrative : renseignements père et mère
- atcd familiaux et perso de la patiente
- examens complémentaires
- Consultations PréNatales (CPN)
- Partogramme
- fiche de liaison obstétrico-pédiatrique
- partie réservée aux suites de couche.

Trois dossiers ont été créés afin d'être le mieux adaptés à la structure les utilisant. Ces dossiers allaient du plus « basique » contenant le moins d'items au plus complet (utilisé par Jeanne de Flandre).

En aout 2004 un groupe de travail régional s'est constitué afin de réfléchir à un projet de refonte d'un dossier obstétrical commun à la région, à l'initiative des 4 réseaux périnataux du Nord-Pas-de-Calais, et du Cercle des Gynécologues Obstétriciens des Hôpitaux généraux du Nord-Pas-de-Calais. Le premier développement du dossier périnatal de réseau a eu lieu fin 2005, à partir du dossier bleu, qui était le plus utilisé. Il contenait un dossier principal appelé « cahier central » et permettait l'ajout de feuilles supplémentaires si besoin (hospitalisation pendant la grossesse, consultations prénatales supplémentaires, suites de couches pathologiques, ...)

Ce dossier a d'abord été diffusé dans les maternités utilisant l'ancien dossier du Cercle, puis à toutes les maternités, et aux professionnels de ville. Le but (novateur) était l'ouverture du dossier par le premier professionnel rencontrant la patiente au début de sa grossesse ; professionnel libéral, praticien au sein d'un établissement de soins public ou privé, ou professionnel de PMI), puis le partage devait être assuré par la patiente elle-même.

Sa diffusion s'est faite progressivement. Dans un premier temps, les professionnels de villes le souhaitant, recevaient gratuitement des exemplaires du dossier, afin de les inciter à participer au suivi conjoint. Le financement de ces dossiers était assuré par le réseau OMBREL sur son financement FIR (Fond d'Intervention Régional). Chaque maternité utilisatrice achetait le nombre de dossiers voulu auprès de l'imprimeur retenu.

En juillet 2007 le nouveau carnet de santé maternité national est distribué. Une révision du dossier périnatal régional a lieu simultanément (les groupes de travail se sont réunis dès septembre 2006 après un an d'utilisation du dossier périnatal du réseau. Étaient conviés tous les professionnels du réseau utilisant le dossier : sages-femmes, médecins traitants, gynécologues obstétriciens, biologistes...). Dans la région, afin de ne pas casser la dynamique du dossier partagé, les conseils généraux ont accepté de financer le dossier obstétrical et de l'insérer dans le nouveau carnet de santé maternité pour en assurer la diffusion aussi bien à la ville qu'aux établissements. Les maternités ne faisant plus imprimer que la pochette cartonnée bleue, et les intercalaires supplémentaires.  
(8,10,11)

# Le suivi de la grossesse

## Cadre législatif

D'après la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique, toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte en particulier des examens prénatals et postnatals obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. Le suivi de la grossesse prévoit sept consultations prénatales et huit séances de préparations à la naissance (article L. 2122-1 et article R. 534-2 du Code de la Sécurité Sociale). La première consultation médicale doit avoir lieu durant les 3 premiers mois de la grossesse (soit avant 16 Semaines d'Aménorrhée (SA)), afin de réaliser la déclaration de grossesse. Puis les consultations suivantes sont réparties sur la suite de la grossesse, à raison d'une consultation par mois. Le suivi de la grossesse est clôturé par un examen postnatal dans les huit semaines suivant l'accouchement. (12)

L'article L. 2122-2 du Code de la Santé Publique stipule que chaque femme enceinte reçoit lors de son premier examen prénatal un carnet de grossesse, où sont mentionnés les résultats des examens obligatoires prescrits pendant la grossesse, ainsi que les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse.

## Principes de surveillance de la grossesse

*La surveillance de la grossesse vise, tout au long de son déroulement, à évaluer le risque maternel et fœtal afin de prévenir, dépister, diagnostiquer et prendre en charge au mieux les situations pathologiques. (13)*

### *Une surveillance adaptée au niveau de risque de la grossesse*

L'approche classique française de la surveillance de la grossesse a longtemps été de considérer que le suivi adapté aux grossesses à haut risque pouvait s'appliquer aux grossesses à bas risque et même représenter un modèle de surveillance de ces grossesses. Hors, dès 1998, une revue de la littérature axée sur l'organisation de la surveillance prénatale pour les grossesses à bas ou haut risque conclue qu'une différenciation de ces niveaux de risque dans la prise en charge était bénéfique, car elle



entraînait moins d'utilisation des services de santé (moins d'hospitalisations, d'échographies et de consultations prénatales). (14) Cette notion est également reprise dans l'introduction du rapport Bréart et al. de 2003 : « *Si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque... Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins (et mieux) dans les situations à faible risque* » (15)

En ce sens, en 2007 la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations sur l'adaptation du suivi des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque obstétrical. L'évaluation du niveau de risque doit se faire idéalement avant la grossesse, dans le cadre du suivi gynécologique régulier, ou par défaut dès la première consultation, afin de proposer à chaque femme un suivi de grossesse adapté, et doit être réévalué tout au long de la grossesse, pour dépister les facteurs de risques apparaissant en cours de grossesse et orienter la femme enceinte vers le type de suivi adapté à ses pathologies. (13) (16)

Ainsi le premier examen prénatal joue un rôle déterminant pour la suite du suivi. Il permet notamment d'évaluer les facteurs de risque et d'établir un plan de surveillance adapté au contexte.(12) Le professionnel qui réalise ce premier examen (médecin généraliste ou spécialiste, sage-femme) doit donc recueillir les antécédents personnels et familiaux de la patiente afin de mettre en évidence d'éventuels facteurs de risque et d'orienter au mieux les patientes. (13)

Afin de répondre à ces recommandations, une consultation d'orientation a été mise en place dans plusieurs maternités. Cette consultation réalisée dans l'établissement d'accouchement permet l'ouverture du dossier obstétrical et l'adaptation du suivi de la grossesse en fonction des antécédents et pathologies détectés. Ainsi à l'Hôpital Jeanne de Flandre de Lille par exemple, la consultation d'orientation est insaturée depuis novembre 2013 (17). Elle repose sur 3 priorités : adapter le parcours de soins à la situation de chaque patiente, accroître la collaboration avec les professionnels de santé de la ville et réintroduire la consultation du post-partum pour les patientes qui le nécessitent. Cette consultation permet l'inscription de la femme enceinte à la maternité. Si elle entre dans

le suivi à bas risque, la patiente reçoit une liste des professionnels libéraux parmi lesquels elle pourra faire son choix pour le suivi de sa grossesse, et ses rendez-vous des 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois à l'hôpital Jeanne de Flandre. (d'après le site internet de la communauté périnatale de l'hôpital Jeanne de Flandre) (18)

### *Les principaux risques de la grossesse*

La HAS a défini les principaux risques liés à la grossesse ou à l'accouchement pour la mère et l'enfant. (13). Parmi les risques maternels, la mortalité est associée à des causes obstétricales directes, telles que l'hémorragie, l'hypertension artérielle (HTA) (comprenant l'éclampsie, la pré-éclampsie et l'HTA préexistante), l'embolie amniotique, les événements thromboemboliques et les infections. La morbidité maternelle est associée à l'HTA et aux hémorragies.

La HAS a également réalisé une analyse de la littérature sur les facteurs de risques et pathologies principales de la grossesse.

### Hypertension artérielle

On distingue 3 situations différentes : l'HTA chronique préexistante, l'HTA gravidique, et la pré-éclampsie/éclampsie.

- L'HTA chronique préexistante : elle est associée à d'autres facteurs de risque, tels que l'âge (augmentation de la prévalence de la maladie avec l'augmentation de l'âge), et favorise l'apparition d'une pré-éclampsie en fin de grossesse et la survenue d'un hématome rétro-placentaire (HRP).
- L'HTA gravidique : il s'agit d'une HTA découverte dès la deuxième partie de la grossesse, sans protéinurie. Elle entraîne une augmentation du risque de pré-éclampsie.
- La pré-éclampsie est définie par l'apparition d'une HTA et d'une protéinurie après 20 SA. De nombreux facteurs de risques favorisent l'apparition d'une pré-éclampsie : la pathologie hypertensive (antécédents familiaux de pré-éclampsie, antécédent personnel de pré-éclampsie, HTA préexistante), d'autres facteurs de risque maternels, tels que l'âge maternel avancé, l'obésité, l'existence d'un diabète préexistant et la présence d'anticorps antiphospholipides, et les

caractéristiques de la grossesse actuelle (première grossesse et grossesses multiples) (13)

### Évènement thromboembolique

La grossesse présentant elle-même un facteur de risque d'accident thromboembolique veineux, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a publié en 2004 des recommandations pour la pratique clinique concernant la prévention de la maladie thromboembolique périopératoire et obstétricale, toujours d'actualité. On y retrouve les facteurs de risque d'évènement thromboembolique, parmi lesquels les antécédents thromboemboliques représentent un risque majeur, et d'autres facteurs de risque faibles, comme l'âge, l'obésité, la présence de varices, l'HTA, et des facteurs obstétricaux (multiparité supérieure à 4, pré-éclampsie, allongement prolongé, hémorragie du post-partum, césarienne). Une classification par niveaux de risque (majeur, élevé, modéré et faible) a été réalisée, permettant l'adaptation du traitement préventif. En cas de risque élevé et majeur, un traitement préventif doit être mis en place pendant la grossesse. (19) Ainsi il est primordial d'évaluer le niveau de risque thromboembolique dès le début de la grossesse, par l'interrogatoire des antécédents personnels et familiaux, mais également par l'examen clinique des membres inférieurs. (12)

### Diabète

On distingue plusieurs formes de diabète : le diabète antérieur à la grossesse, de type I (diabète insulino-dépendant) ou de type de II (diabète insulino-résistant) et le diabète gestationnel, découvert pendant la grossesse, qui peut correspondre à une anomalie de la tolérance glucidique apparue en cours de grossesse ou à un diabète patent préexistant à la grossesse et découvert seulement à l'occasion de celle-ci.

La grossesse aggrave les complications du diabète préexistant, notamment en cas de rétinopathie et de néphropathie. Un diabète déséquilibré en période pré-conceptionnelle est associé à un sur-risque de malformations fœtales, notamment les malformations du système nerveux et cardiaques. Il convient donc de planifier toute grossesse afin de diminuer ces risques et de limiter l'aggravation des complications, la prise en charge préconceptionnelle du diabète diminuant le risque de malformations congénitales. (13)

En 2010, le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) édite des recommandations pour la pratique clinique (RPC) concernant le diabète gestationnel. Il est recommandé de réaliser un dépistage ciblé et non plus systématique du diabète gestationnel, en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque parmi :

- Age maternel supérieur à 35 ans
- Indice de masse corporelle (BMI) supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>
- Antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome (plus de 4 kg)
- Antécédent familial de diabète de type II (chez les parents)

Rappelons que le diabète gestationnel est associé à un plus grand risque de macrosomie et de traumatismes obstétricaux. (12)

### Les consommations

Le tabac est le principal facteur de risque modifiable de morbidité et mortalité associé à la grossesse. Ainsi les professionnels de santé doivent proposer une aide à l'arrêt du tabac dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse. (13)

L'exposition prénatale à l'alcool constitue l'une des premières causes de malformations congénitales évitables et de retard du développement chez les enfants. En effet l'alcool est tératogène et fœtotoxique, et perturbe le développement cérébral. L'impact est visible sur le plan physique, cognitif et comportemental et les conséquences sont regroupées en Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) et Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (TCAF). (20) Même si l'idéal est de cesser toute consommation d'alcool avant la grossesse ou le plus tôt possible, les bénéfices existent quelque soit le terme de la grossesse.

### Le dépistage de facteurs de risque sociaux et la prévention globale : EPP et PNP

Mesure phare du plan périnatalité de 2004, l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) est proposé à toutes les femmes enceintes/couples. Il a pour but de dépister d'éventuelles situations précaires et difficultés sociales rencontrées par les couples.

La Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) est proposée à chaque femme enceinte, 8 séances sont remboursées par la sécurité sociale. Lors de ces séances divers

thèmes sont abordés, tels que les modifications de la grossesse, les modalités de consultation aux urgences, les efforts de poussée, la péridurale, l'accouchement, le retour à la maison. La première séance est l'EPP.

Le dossier obstétrical régional est construit de telle manière que l'ensemble de ses critères (facteurs de risque) peuvent être retrouvés en le parcourant.

Dans notre étude nous allons tenter de savoir si ces items sont réellement remplis.

# DEUXIEME PARTIE

## **DEUXIEME PARTIE**

### **Présentation de l'étude et de la méthodologie**

#### **Objectifs et hypothèse**

Le but de cette enquête est de déterminer si le dossier obstétrical est rempli conformément aux recommandations de la HAS pour la prévention et le dépistage des facteurs de risques spécifiques. Quatre axes de prévention sont étudiés : le risque thromboembolique, le diabète, les consommations et les informations données aux patientes, par le biais de la préparation à la naissance et à la parentalité et de l'entretien prénatal précoce.

L'hypothèse de recherche émise est que ces informations nécessaires au bon suivi et à l'orientation des femmes enceintes sont présentes.

Nous chercherons également à mettre en évidence, s'ils existent, des facteurs influençant le remplissage du dossier. Nous avons sélectionné les facteurs suivants : la notion de grossesse pathologique, l'existence d'une consultation d'orientation, le type de suivi (maternité seul ou mixte ville-hôpital), le nombre de professionnels rencontrés pendant les consultations prénatales, le nombre de consultations pendant la grossesse, la structure d'accouchement (privé/public) et le terme de la première consultation, correspondant à l'ouverture du dossier.

#### **Méthodologie**

##### ***Population et échantillonnage***

La population cible est l'ensemble des femmes accouchant dans les maternités du réseau OMBREL. Pour réaliser l'échantillonnage nous avons sélectionné les femmes ayant accouché entre le dimanche 15 novembre et le jeudi 19 novembre 2015 inclus. Cette période de 5 jours a été définie en s'appuyant sur le nombre de naissances survenues en 2014 dans l'ensemble des maternités du réseau. Grâce à un calcul nous avons pu estimer le nombre d'accouchements sur cette période à 300.

### *Méthode de recueil*

Les données ont été recueillies par analyse des dossiers des accouchements survenus lors de la période choisie, avec masque de saisie (logiciel Epidata version 3.1). Le recueil a été réalisé dans chaque maternité entre le 21 novembre 2015 et le 15 janvier 2016.

La notion de grossesse pathologique a été définie grâce aux recommandations de la HAS « Type de suivi et structure recommandées pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse ». La grossesse est classée pathologique lorsque un ou plusieurs facteurs de risque entraînant un suivi de type B (suivi régulier assuré par un gynécologue-obstétricien) est présent. (cf. Annexe I).

### *Contexte*

L'étude a été réalisée dans 9 des 10 maternités du réseau OMBREL ayant préalablement donné leur accord, soit :

- 6 maternités publiques (Jeanne de Flandre (Lille), Roubaix, Tourcoing, Armentières, Hazebrouck, Seclin),
- 1 Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) (Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille)
- 2 cliniques privées (Polyclinique du Bois (Lille) et Clinique du Val de Lys (Tourcoing)).

### *Tests statistiques utilisés*

Les statistiques sont réalisées avec le logiciel Epidata Analysis V2.2.2.182. Les tests statistiques utilisés sont celui du Khi-2 pour les variables qualitatives d'effectif supérieur à 5, le test exact de Fisher pour les variables qualitatives dont un effectif est inférieur à 5, et le test d'Anova pour comparer une variable quantitative avec une variable qualitative.



# Présentation des résultats

## Description de l'échantillon

245 accouchements ont eu lieu pendant notre période d'étude parmi lesquels 16 dossiers n'ont pas pu être retrouvés (7%)

Tableau 1 : Répartition des dossiers par maternités : n=229

Niveau	Maternités	nombre de dossiers (%)
III	Jeanne de Flandre	61 (26.6%)
II B	Paul Gellé Roubaix	41 (17.9%)
II B	Saint Vincent de Paul	24 (10.5%)
II A	Dron Tourcoing	22 (9.6%)
II A	Pavillon du Bois	21 (9.2%)
II A	Seclin	21 (9.2%)
II A	Armentières	17 (7.4%)
I	Hazebrouck	16 (7.0%)
I	Val de Lys	6 (2.6%)

Tableau 2 : Autres caractéristiques de l'échantillon:

	N	%
<b>Niveaux de soins n=229</b>		
Niveau I	22	9.6%
Niveau II A	81	35.4%
Niveau II B	65	28.4%
Niveau III	61	26.6%
<b>Age Gestationnel (AG) d'ouverture du dossier n=229</b>		
T1 (<16 SA)	107	46.7%
T2 (>15 et <29 SA)	101	44.1%
T3 (>28 SA)	21	9.2%
<b>Grossesse pathologique n=229</b>		
Oui	39	17%
Non	190	83%
<b>Consultation d'orientation n=229</b>		
Oui	79	34.5%
Non	150	65.5%
<b>Type de suivi * n=203</b>		
Maternité	102	50.2%
Mixte ville-hôpital	101	49.8%

---

**Ouverture du dossier n=229**

Indéterminé	13	5.7%
Maternité	132	57.6%
PMI	8	3.5%
Libéral	76	33.2%
Dont : Généraliste	11	14.5%
Sage-femme	17	22.4%
Gynécologue	39	51.3%
Indéterminé	9	11.8%

**Suivi du début de grossesse (<23SA) n=229**

Maternité	89	38.9%
PMI	6	2.6%
Liberal	96	41.9%
Mixte	16	7%
Pas de suivi ou inconnu	22	9.6%
Dont : pas de suivi	17	77.3% (7.4%)
Inconnu	5	22.7% (2.2%)

**Nombre de CPN tracées \*\* n=229**

0	5	2.2%
1 – 4	48	21%
5 – 7	152	66.4%
8 – 10	24	10.5%

**Nombre de professionnels \*\* n=229**

0	5	2.2%
1-2	137	59.8%
3 et +	87	38%

---

**\*Type de suivi :**

Le suivi à la maternité est déterminé lorsque l'ouverture du dossier et le suivi du début de grossesse ont été réalisés à la maternité. Le suivi conjoint ville-hôpital est déterminé lorsque l'ouverture du dossier s'est faite en ville ou dans un service de PMI, ou que le dossier a été ouvert à la maternité mais le suivi du début de grossesse a été réalisé en ville ou en service de PMI. Le type de suivi n'a pas pu être défini pour 26 dossiers qui ne seront pas analysés (identité inconnue du professionnel ayant ouvert le dossier ou dossier ouvert après 23SA). Les dossiers des maternités privées pour lesquels un seul professionnel a été rencontré sont considérés comme suivis en maternité. Les dossiers pour lesquels plusieurs professionnels ont été rencontrés sont considérés comme suivi mixte.

\*\* Nombre de CPN et nombre de professionnels rencontrés pour les CPN :

Cinq dossiers ne contenaient aucune trace de CPN, parmi lesquels, 1 concernait un accouchement à Jeanne de Flandre et 4 à la polyclinique du Bois. Ces 5 dossiers ont été ouverts entre 38 et 40 SA, lors d'une consultation aux urgences. Afin de faciliter l'analyse et l'interprétation des résultats nous les avons exclus de l'étude du nombre de CPN et de professionnels rencontrés en CPN car le remplissage des informations que nous évaluons se fait lors du suivi de grossesse. Sans ces 5 dossiers, le nombre moyen de CPN est de 5.66 (minimum 1 (pour 4 dossiers), maximum 10 (pour 3 dossiers), médiane 6), et le nombre moyen de professionnels rencontrés lors des CPN est de 2.28 (minimum 1 pour 61 dossiers) maximum 6 pour 1 dossier), médiane à 2. Nous avons formé 2 catégories pour le nombre de professionnels différents rencontrés en CPN : 1 et 2, et plus de 3. Nous avons comparé les moyennes du nombre de CPN pour les dossiers remplis et non remplis, par le test d'Anova.

Nombre de consultations d'orientation :

79 suivis de grossesse ont bénéficié d'une consultation d'orientation. En observant plus en détail la répartition de ces consultations nous remarquons que la réalisation d'une consultation d'orientation est très établissement dépendant.

Tableau 3 : nombre de consultation d'orientation par maternité

<b>Consultation d'orientation</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Maternité n=229</b>		
Jeanne de Flandre n=61	15	24.6%
Paul Gelée Roubaix n=41	32	78%
Saint Vincent n=24	1	4.2%
CH Dron n=22	4	18.2%
Seclin n=21	18	85.7%
Polyclinique du bois n=21	1	4.8%
Armentières n=17	8	47.1%
CH Hazebrouck n=16	0	0%
Val de Lys n=6	0	0%

Caractéristiques des dossiers en fonction du type d'établissement :

Les maternités du secteur privé ayant un mode de fonctionnement particulier, nous avons étudié les caractéristiques des dossiers en fonction du type d'établissement.

Tableau 4 : caractéristiques des dossiers en fonction du type d'établissement

	Privé	%	Public/ESPIC	%	Total
<b>Total n=229</b>	27	11.8%	202	88.2%	229
<b>AG d'ouverture du dossier</b>					
T1 (<16 SA)	8	29.6%	99	49%	107
T2 (>15 et <29 SA)	14	51.9%	87	43.1%	101
T3 (>28 SA)	5	18.5%	16	7.9%	21
<b>Grossesse pathologique</b>					
Oui	1	3.7%	38	18.8%	39
Non	26	96.3%	164	81.2%	190
<b>Consultation d'orientation</b>					
Oui	1	3.7%	78	38.6%	79
Non	26	96.3%	124	61.4%	150
<b>Ouverture du dossier</b>					
Indéterminé	2	7.4%	11	5.4%	5
Maternité	0	0%	129	63.9%	129
PMI	0	0%	8	4%	8
Libéral	25	92.6%	54	26.7%	79
<b>Nombre de CPN tracées</b>					
0	4	14.8%	1	0.5%	5
1 – 4	5	18.5%	43	21.3%	48
5 – 7	16	59.3%	136	67.3%	152
8 – 10	2	7.4%	22	10.9%	24
<b>Nombre de professionnels</b>					
0	4	14.8%	1	0.5%	5
1-2	19	70.4%	118	58.4%	137
3 et +	4	14.8%	83	41.1%	87

NB : les pourcentages se lisent en colonne.

Les dossiers des maternités privées semblent être ouverts plus tardivement que les dossiers des maternités du secteur public et ESPIC.

Nous retrouvons moins de consultations d'orientation et de grossesse pathologique en maternité privée.

Il ne semble pas y avoir de différence dans le nombre de CPN tracées entre les dossiers de maternités privées et ceux du secteur public et ESPIC.

Les grossesses en maternités privées sont suivies par moins de professionnels différents, et sont majoritairement ouverts par un professionnel libéral (gynécologue-obstétricien du secteur privé).

## Résultats de l'étude

Afin de faciliter la lecture et l'analyse des résultats nous avons regroupés les items en 4 grandes catégories : risque thromboembolique, diabète, consommations et informations.

\* Le risque thromboembolique comprend les items suivants : consommations de tabac pendant la grossesse, antécédents familiaux d'événements thromboemboliques, antécédent personnel de phlébite, âge, BMI (Body Mass Index) ou taille et poids.

\* Le facteur diabète comprend l'âge, le BMI ou la taille et le poids, les antécédents familiaux de diabète, les antécédents personnels de diabète gestationnel et le poids de naissance des enfants précédents.

\* Le facteur consommations regroupe les consommations de tabac avant et pendant la grossesse, d'alcool avant et pendant la grossesse et la notion de toxicomanie avant et pendant la grossesse.

\* Le facteur informations comprend les cases PNP et EPP de la 2<sup>ème</sup> page du dossier (tableau informations données à la patiente) (cf. annexe 2).

Le dossier est considéré comme complet lorsque le remplissage de ces 4 catégories est correct.

Nous avons créé une catégorie « renseignements médicaux » comprenant le risque thromboembolique, le diabète et les consommations.

### *Etude du remplissage général*

Pour chaque dossier nous avons calculé le taux d'identification du professionnel réalisant les consultations prénatales, consultations aux urgences et visites à domicile. En moyenne ce taux est de 92,4% la médiane est à 100%. Les taux les plus faibles sont de 0%, pour 1 dossier et 25% pour 1 autre dossier. 163 dossiers (71.2%) ont un taux de remplissage égal à 1, donc pour 28,8% des dossiers, au moins un professionnel ayant rencontré la patiente n'était pas identifiable.

L'observation du taux de remplissage de chaque item met en évidence un remplissage moins important des items PNP et EPP de la deuxième page du dossier obstétrical (respectivement 61.2% et 31.1%, pour n=196) ainsi que de la notion de

toxicomanie pendant la grossesse (66.4% n=229). Les autres items sont relativement bien remplis, avec des proportions de remplissage allant de 76.9% à 97.4% (cf. annexe 3)

**Tableau 5 : Etude du remplissage des renseignements médicaux**

	<b>Dossiers remplis</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Total n=229</b>	<b>114</b>	<b>49.8%</b>	
<b>Suivi privé / public</b>			
Public n=202	109	54%	p=0.0005
Privé n=27	5	18.5%	
<b>AG d'ouverture du dossier</b>			
T1 & T2 (<29SA) n=208	105	50.5%	p=0.50
T3 (>28 SA) n=21	9	42.9%	
<b>Grossesse pathologique</b>			
Oui n=39	17	43.6%	p=0.31
Non n=190	97	51.1%	
<b>Consultation d'orientation</b>			
Oui n=79	54	68.4%	p < 10 <sup>-5</sup>
Non n=150	60	40%	
<b>Type de suivi n=203</b>			
Maternité n=102	56	54.9%	p=0.18
Mixte ville-hôpital n=101	46	45.5%	
<b>Ouverture du dossier n=216</b>			
Maternité n=132	78	59.1%	p=0.0008
PMI & Libéral n=84	30	35.7%	
<b>Nombre de professionnels n=224</b>			
1-2 n=137	72	52.6%	p=0.53
3 et + n=87	42	48.3%	

Nombre de CPN n=224

<b>Renseignements médicaux</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Oui n=114	5.55	6	5.43 – 6.10	p=0.36
Non n=110	5.76	6	5.23 – 5.87	

Nous retrouvons une différence significative du remplissage des dossiers sur le plan des risques médicaux en fonction du statut de la maternité, de l'existence d'une consultation d'orientation et du lieu d'ouverture du dossier.

Nous allons observer les influences de ces facteurs sur les dossiers des maternités publiques ou ESPIC.

Tableau 6 : Remplissage des renseignements médicaux pour les maternités publiques et ESPIC

	Dossiers remplis	%	p
<b>Total n=202</b>	<b>109</b>	54%	
<b>AG d'ouverture du dossier</b>			
T1 & T2 (<29SA) n=186	100	53.8%	p=0.84
T3 (>28 SA) n=16	9	56.3%	
<b>Grossesse pathologique</b>			
Oui n=38	17	44.7%	p=0.20
Non n=164	92	56.1%	
<b>Consultation d'orientation</b>			
Oui n=78	54	69.2%	p=0.0006
Non n=124	55	44.4%	
<b>Type de suivi n=176</b>			
Maternité n=89	54	60.7%	p=0.13
Mixte ville-hôpital n=87	43	49.4%	
<b>Ouverture du dossier n=191</b>			
Maternité n=129	78	60.5%	p=0.01
PMI & Libéral n=62	26	41.9%	
<b>Nombre de professionnels n=201</b>			
1-2 n=118	68	57.6%	p=0.24
3 et + n=83	41	49.4%	

Nombre de CPN n=201

Renseignements médicaux	Moyenne	Médiane	IC 95%	p
Oui n=109	5.58	6	5.44 – 6.17	p=0.36
Non n=92	5.80	6	5.25 – 5.91	

Nous retrouvons une différence significative du remplissage des dossiers des maternités publiques et ESPIC sur le plan des risques médicaux en fonction de l'existence d'une consultation d'orientation et du lieu d'ouverture du dossier.

Pour chaque type de risque médical, nous allons regarder les facteurs qui influencent significativement le remplissage du dossier.

*Tableau 7 : Etude du remplissage de la catégorie « risque thromboembolique »*

	Dossiers remplis	%	P
<b>Total n=229</b>	<b>154</b>	67.2%	
<b>AG d'ouverture du dossier</b>			
T1 & T2 (<29SA) n=208	144	69.2%	p=0.04
T3 (>28 SA) n=21	10	47.6%	
<b>Consultation d'orientation</b>			
Oui n=79	65	82.3%	p=0.0004
Non n=150	89	59.3%	
<b>Nombre de professionnels n=224</b>			
1-2 n=137	87	63.5%	p=0.03
3 et + n=87	67	77%	

*Tableau 8 : Etude du remplissage de la catégorie « diabète »*

	N	%	P
<b>Total n=229</b>	<b>181</b>	79%	
<b>AG d'ouverture du dossier</b>			
T1 & T2 (<29SA) n=208	169	81.3%	p=0.01
T3 (>28 SA) n=21	12	57.1%	
<b>Consultation d'orientation</b>			
Oui n=79	72	91.1%	p=0.001
Non n=150	109	72.7%	
<b>Ouverture du dossier n=216</b>			
Maternité n=132	114	86.4%	p=0.001
PMI & Libéral n=84	57	67.9%	

*Tableau 9 : Etude du remplissage des consommations*

	N	%	P
<b>Total n=229</b>	<b>129</b>	56.3%	
<b>Consultation d'orientation</b>			
Oui n=79	55	69.6%	p=0.003
Non n=150	74	49.3%	
<b>Ouverture du dossier n=216</b>			
Maternité n=132	85	64.4%	p=0.005
PMI & Libéral n=84	38	45.2%	

Nous allons maintenant regarder les influences possibles du remplissage des dossiers pour la traçabilité des informations données à la patiente.



**Tableau 10 : Etude du remplissage des informations**

	N	%	p
<b>Total n=196</b>	<b>56</b>	<b>28.6%</b>	
<b>AG d'ouverture du dossier n=196</b>			
T1 & T2 (<29SA) n=183	55	30.1%	p=0.11 (Fisher)
T3 (>28 SA) n=13	1	7.7%	
<b>Grossesse pathologique n=196</b>			
Oui n=26	7	26.9%	p=0.84
Non n=170	49	28.8%	
<b>Consultation d'orientation n=196</b>			
Oui n=74	36	48.6%	p<10 <sup>-5</sup>
Non n=122	20	16.4%	
<b>Type de suivi n=185</b>			
Maternité n=78	28	35.9%	p=0.06
Mixte ville-hôpital n=107	25	23.4%	
<b>Ouverture du dossier n=185</b>			
Maternité n=110	36	32.7%	p=0.13
PMI & Libéral n=75	17	22.7%	
<b>Nombre de professionnels n=196</b>			
1-2 n=111	32	28.8%	p=0.90
3 et + n=81	24	29.6%	

Nombre de CPN n=194

Informations	Moyenne	Médiane	IC 95%	p
Oui n=56	6.07	6	5.67 – 6.47	p=0.12
Non n=136	5.67	6	5.38 – 5.96	

Seule l'existence d'une consultation d'orientation entraîne une différence significative dans le remplissage des items concernant la traçabilité des informations données à la patiente

**Tableau 11 : Etude dossiers complets**

	N	%	P
<b>Total n=216</b>	<b>41</b>	<b>19%</b>	
<b>Suivi privé / public n=216</b>			
Public n=189	41	21.7%	p=0.003 (Fisher)
Privé n=27	0	0%	
<b>AG d'ouverture du dossier n=216</b>			
T1 & T2 (<29SA) n=199	40	20.1%	p=0.20 (Fisher)
T3 (>28 SA) n=17	1	5.9%	
<b>Grossesse pathologique n=216</b>			
Oui n=37	5	13.5%	p=0.35
Non n=179	36	20.1%	

---

**Consultation d'orientation n=216**

Oui n=76	28	36.8%	p<10 <sup>-5</sup>
Non n=140	13	9.3%	

**Type de suivi n=193**

Maternité n=99	22	22.2%	p=0.36
Mixte ville-hôpital n=94	16	17%	

**Ouverture du dossier n=203**

Maternité n=123	29	23.6%	p=0.05
PMI & Libéral n=80	10	12.5%	

**Nombre de professionnels n=211**

1-2 n=126	26	20.6%	p=0.59
3 et + n=85	15	17.6%	

---

Nombre de CPN n=211

---

<b>Dossiers complets</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Oui n=41	5.95	6	5.52 – 6.39	p=0.322
Non n=170	5.66	6	5.39 – 5.92	

---

Tableau 12 : Etude du remplissage global des dossiers des maternités du secteur public ou ESPIC

---

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Total n=189</b>	<b>41</b>	<b>21.7%</b>	
<b>AG d'ouverture du dossier</b>			
T1 & T2 (<29SA) n=177	40	22.6%	p=0.46 (Fisher)
T3 (>28 SA) n=12	1	8.3%	
<b>Grossesse pathologique</b>			
Oui n=36	5	13.9%	p=0.26
Non n=153	36	23.5%	
<b>Consultation d'orientation</b>			
Oui n=75	28	37.3%	p<10 <sup>-5</sup>
Non n=114	13	11.4%	
<b>Type de suivi n=166</b>			
Maternité n=86	22	25.6%	p=0.39
Mixte ville-hôpital n=80	16	20%	
<b>Ouverture du dossier n=178</b>			
Maternité n=120	29	24.2%	p=0.29
PMI & Libéral n=58	10	17.2%	
<b>Nombre de professionnels n=188</b>			
1-2 n=107	26	24.3%	p=0.34
3 et + n=81	15	18.5%	

---

Finalement en prenant en compte le remplissage complet du dossier (renseignements pour identifier les risques médicaux et information tracée) nous retrouvons des différences significatives en fonction du statut de la maternité et de

l'existence d'une consultation d'orientation. Le lieu d'ouverture du dossier est à la limite de la significativité.

En excluant les dossiers des maternités privées en raison de leur fonctionnement particulier, la seule différence sur le remplissage complet du dossier est la réalisation d'une consultation d'orientation.

# TROISIEME PARTIE

## **TROISIEME PARTIE**

Il s'agit d'une étude transversale multicentrique rétrospective. Rappelons que cette étude porte sur le remplissage du dossier obstétrical, et non sur la qualité du suivi des grossesses.

### **Points forts, points faibles et limites**

#### **Points forts**

Malgré un nombre de dossiers étudiés plus faible qu'estimé (moins d'accouchements en 2015 qu'en 2014), l'étude porte sur 229 dossiers, ce qui est suffisant pour être représentatif (loi des grands nombres).

Il n'y a pas de biais de sélection car tous les dossiers de la période d'étude sont inclus.

Aller en maternité étudier le dossier rapidement après l'accouchement des patientes a permis de n'obtenir que peu de dossiers non retrouvés (7%)

Concernant la période d'étude, il aurait été intéressant de recueillir les dossiers pendant une semaine complète pour éviter d'éventuels biais dus aux jours d'accouchement (pas de déclenchements de grossesses trop à risque le week-end, ni de césarienne programmée), or l'étude a été réalisée sur 5 jours. Cependant en choisissant de commencer l'étude un dimanche nous limitons ce biais. De plus, la mise en route du travail et donc la date d'accouchement étant le plus souvent spontanée, l'influence du jour d'accouchement sur le remplissage du dossier est faible. Ainsi la période d'étude choisie permet d'obtenir un échantillon représentatif des accouchements dans le réseau.

#### **Points faibles et limites**

Des difficultés ont été rencontrées pour recueillir certaines informations (écritures peu lisibles, notamment pour l'identification du professionnel). Ainsi parmi les 22 dossiers étiquetés sans suivi de début de grossesse (<23SA), 15 dossiers (77.3%) concernent réellement une grossesse non suivie avant 23 SA et 5 dossiers (22.7%) concernent une

grossesse suivie mais une identification impossible du professionnel ayant ouvert le dossier obstétrical. Cependant ces 5 dossiers ne représentent que 2.2% de l'effectif total, on peut donc imaginer qu'ils ne constituent pas un biais trop important dans le sens où ils ne feraient pas varier les effectifs de dossiers remplis de façon significative.

La définition des grossesses pathologiques peut contenir des erreurs d'interprétation dans l'attribution du qualificatif « pathologique » du fait de l'étude rétrospective.

Recueillir les informations contenues dans les dossiers après l'accouchement ne permet pas de déterminer quel professionnel a renseigné les informations, ni si le dossier a été rempli entièrement à l'ouverture du dossier ou complété au fur et à mesure des consultations prénatales par les différents professionnels. Ce pourrait être l'objet d'un futur mémoire.

N'ayant pas obtenu l'accord d'une maternité, cette étude n'est pas complètement représentative de l'ensemble des dossiers du réseau OMBREL.

## **Analyse et discussion**

### **Remplissage global**

Notre étude retrouve un taux de remplissage global des dossiers (toutes catégories) relativement faible (19%). Les renseignements médicaux, comprenant la prévention du risque thromboembolique, du diabète et les consommations de la femme enceinte sont mieux remplis (49.8%). Il est difficile de comparer nos résultats à d'autres chiffres, car peu d'études sur le remplissage des dossiers ont été réalisées.

Nous retrouvons parmi les « Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins » (IPAQSS), édités par la HAS, un indicateur « Tenue du Dossier Patient » s'appliquant aux établissements de santé de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (TDP MCO). Le recueil de ces indicateurs est obligatoire et permet de suivre leur évolution dans le temps et de créer pour chaque établissement de santé des tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Cinq campagnes de recueil ont eu lieu entre 2008 et 2010, et une sixième campagne est en cours (recueil du 1<sup>er</sup> mars au 15 juin

2016) (21–23). Les résultats de 2010 montrent un score de qualité pour la tenue du dossier patient de 72 sur 100, en amélioration depuis 2008. (24) Mais ce score ne peut être comparé aux résultats de notre étude, car les composants de cet indicateur sont différents des critères de remplissage que nous avons défini.

Par ailleurs, un mémoire de sage-femme écrit en 2012 à Tours évaluait la tenue du dossier patient au sein du Centre Hospitalier, en s'appuyant sur les recommandations de la HAS et le Code de Santé Publique pour l'évaluation de la tenue du dossier patient et du partogramme. Cette étude retrouvait un taux de remplissage des antécédents médicaux à 89%, familiaux à 87% et obstétricaux à 88%. Même s'ils semblent supérieurs aux taux de remplissage retrouvés dans notre étude (49,8% pour les renseignements médicaux, comprenant des antécédents familiaux, médicaux et obstétricaux), nous ne pouvons pas conclure que les dossiers étudiés au sein du réseau OMBREL sont moins bien remplis que ceux du CHRU de Tours, car la méthode d'analyse et les critères étudiés ne sont pas les mêmes.(25)

Nous avons analysé le remplissage par items pour tenter de trouver une explication à la différence de remplissage entre dossier global et renseignements médicaux : y a-t-il un ou plusieurs items très peu souvent complété(s) qui ferai(n)t chuter le taux de remplissage?

On observe que les items PNP et EPP correspondants aux informations données à la patiente situés dans le tableau de la deuxième page du dossier sont remplis dans peu de dossiers (31.1% pour l'EPP et 61.1% pour la PNP). Nous analyserons ces résultats lors de l'étude par catégorie, car ces deux données constituent l'axe des informations fournies à la patiente.

La notion de toxicomanie pendant la grossesse est peu souvent renseignée. Il ne semble pas s'agir d'une réticence à poser la question de la part des professionnels, puisque le remplissage de la consommation de drogues avant la grossesse est similaire à celui de la consommation d'alcool (86% et 84.7%). Une autre explication peut être avancée. Il semble logique qu'une femme enceinte qui ne consomme pas de drogues avant la grossesse ne va pas commencer pendant la grossesse. Ainsi lorsque la réponse est négative pour les toxiques avant la grossesse certains professionnels peuvent ne pas remplir la case « pendant », en sous-entendant que la réponse sera négative aussi.

Le reste des items est globalement bien rempli, les taux de remplissage allant de 76.9% pour le BMI à 97.4% pour le poids de naissance des enfants précédents. Nous notons que même si la proportion de dossiers ayant un BMI complété est de 76.9%, la proportion des dossiers pour lesquels la taille et le poids sont inscrits, soit les dossiers pour lesquels le BMI peut être facilement calculé, est de 95.6%.

En analysant le remplissage de chaque catégorie, nous notons que les axes thromboembolique et diabète ont un remplissage relativement correct (67.2% et 79%). Cependant les catégories consommations et informations sont moins souvent complétées, nous allons détailler ces résultats.

La catégorie consommations regroupe 6 items : la consommation d'alcool, de drogues et le tabagisme avant et pendant la grossesse. Lors du recueil de données, trois appréciations étaient possibles pour le remplissage des consommations : non rempli, lorsqu'aucun des 6 items n'était complété, complet lorsque les 6 items étaient remplis et incomplet lorsqu'il manquait au moins une information. La proportion de dossiers complets est de 56.3.% mais peu de dossiers sont non remplis (3.9%).

Comme nous l'avons vu précédemment, la catégorie des informations est peu remplie. Plusieurs explications sont possibles pour justifier ce faible taux de remplissage. Tout d'abord le fait que ce tableau soit situé au verso de la page de couverture ne favorise pas son remplissage. En effet cette page étant souvent rabattue à la fin du dossier, elle est peu visible. Ensuite il a été ajouté récemment au dossier obstétrical régional (lors de la révision du dossier obstétrical des réseaux de soins périnataux en 2012) ainsi certains professionnels peuvent ne pas avoir pris l'habitude de le remplir. En ville nous pouvons retrouver des professionnels qui utilisent encore une ancienne version du dossier obstétrical ne contenant pas ce tableau car ils en ont encore en stock. Ils sont donc plus susceptibles de ne pas le remplir lorsqu'ils ont en main un dossier le contenant. Enfin il ne s'agit pas d'éléments du suivi médical de la grossesse, mais plutôt d'informations sur l'accompagnement global de la femme enceinte et du couple. Peut être certains professionnels de santé ne voient ils pas d'intérêt à le compléter ? Pourtant ce tableau, dont le but est de résumer les informations reçues par la patiente lors du suivi de grossesse, présente plusieurs intérêts. Il permet, lorsque le suivi de grossesse est assuré par plusieurs personnes, d'assurer la continuité des informations. Ainsi un



professionnel poursuivant le suivi de la grossesse pourra repérer quelles informations ont déjà été données et lesquelles ont été oubliées. Ce tableau peut aussi servir de « pense-bête » pour les professionnels, en rappelant les principales informations à délivrer au cours de la grossesse.

En plus de ces raisons, la différence de remplissage entre les cases EPP et PNP (alors qu'elles sont situées sur le même tableau) peut s'expliquer par les différences de pratiques entre l'EPP et la PNP, la PNP étant plus répandue que l'EPP. En effet d'après les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010, 73.2% des primipares et 28.4% des multipares ont suivi une préparation à la naissance, alors que seul 21.4% des femmes déclarent avoir eu un EPP (26). Une étude réalisée en 2012 auprès de 26 RSP de métropole décrit une proportion déclarée d'EPP de 40.3%. Pour 2/3 des femmes n'ayant pas réalisé d'EPP il ne leur a pas été proposé (27). Nous notons également que la page sur laquelle se situe le tableau est absente dans 33 dossiers, soit parce qu'il s'agit d'une ancienne version du dossier, soit parce qu'elle a été arrachée d'un dossier récent.

Après avoir observé le remplissage du dossier, nous allons maintenant analyser les facteurs influençant ce remplissage.

## **Influence sur le remplissage**

### *Par catégorie*

Nous commençons par étudier les influences pour chaque catégorie :

#### **Risque thromboembolique :**

Le remplissage des facteurs de risque thromboembolique est meilleur lorsque le dossier est ouvert au premier ou deuxième trimestre, par rapport à une ouverture au troisième trimestre. Comme pour les renseignements médicaux, la réalisation d'une consultation d'orientation influence positivement le remplissage des facteurs de risque thromboembolique. Le troisième facteur influençant le remplissage des dossiers est le nombre de professionnel. Pour cette catégorie, les dossiers pour lesquels trois professionnels de santé différents ou plus ont été consultés sont mieux remplis. Cependant ce facteur d'influence ne se retrouve pas pour les autres catégories.

### Diabète :

Comme pour le remplissage des facteurs de risque thromboembolique, les dossiers ouverts au premier et deuxième trimestre sont mieux remplis que ceux ouverts au troisième trimestre. Les deux autres facteurs influençant positivement le remplissage de la catégorie diabète sont la réalisation d'une consultation d'orientation et l'ouverture du dossier par la maternité.

### Consommations :

La réalisation d'une consultation d'orientation et l'ouverture du dossier en maternité sont les seuls facteurs qui favorisent le bon remplissage des consommations.

### Renseignements médicaux :

Les caractéristiques qui semblent influencer le remplissage des dossiers sur le plan des risques médicaux sont le statut de la maternité, avec un meilleur remplissage dans les maternités publiques et ESPIC, l'existence d'une consultation d'orientation, le remplissage est meilleur lorsqu'une consultation d'orientation a été réalisée, et le lieu d'ouverture du dossier, avec un meilleur remplissage lorsque le dossier est ouvert en maternité par rapport à une ouverture en ville.

Les caractéristiques qui semblent influencer le remplissage des dossiers des maternités publiques et ESPIC sur le plan des risques médicaux sont les mêmes que celles influençant le remplissage des dossiers de l'ensemble des maternités, soit l'existence d'une consultation d'orientation et le lieu d'ouverture du dossier.

### Informations :

Pour ce qui concerne la traçabilité des informations données à la patiente, seule l'existence d'une consultation d'orientation a une influence significative.

### Remplissage global :

Finalement en prenant en compte le remplissage complet du dossier soit les renseignements pour identifier les risques médicaux et les informations tracées, les facteurs influençant le bon remplissage sont le statut de la maternité et l'existence d'une consultation d'orientation. Le lieu d'ouverture du dossier est à la limite de la significativité.

En excluant les dossiers des maternités privées en raison de leur fonctionnement particulier, le seul facteur influençant le remplissage des dossiers est la réalisation d'une consultation d'orientation.

### *Par facteur d'influence*

Nous allons maintenant étudier chaque facteur d'influence individuellement.

#### Secteur privé et secteur public ou ESPIC :

Nous allons nous intéresser aux dossiers des maternités privées. Ils sont moins bien remplis que les dossiers des maternités publiques et ESPIC, que ce soit pour les renseignements médicaux ou pour le remplissage global des dossiers. Mais rappelons que cette étude évalue le remplissage du dossier, en aucun cas cela ne signifie que les grossesses sont moins bien suivies dans le secteur privé. Le problème est surtout dans l'utilisation du dossier en lui-même. En effet certains gynécologues des maternités privées ont encore leur propre dossier médical qu'ils utilisent pour le suivi de leurs patientes (28), ainsi lorsqu'ils ouvrent le dossier obstétrical régional, plus tardivement qu'en secteur public (tableau 4), ils connaissent déjà les antécédents et facteurs de risque de leur patiente et ne font pas forcément de double saisie sur ce dossier. De plus, lors d'un suivi de grossesse en secteur privé la femme enceinte rencontre moins de professionnels différents. Le professionnel de santé qui suit sa patiente peut ne pas voir d'intérêt à retranscrire des informations qu'il connaît déjà dans un dossier qu'il n'utilise pas ou peu. Néanmoins la femme enceinte n'est pas à l'abri de devoir consulter un autre professionnel, notamment dans le cadre d'une consultation aux urgences ou dans une autre région en cas de déplacement. Il est alors primordial que son dossier soit complet afin de permettre au professionnel la rencontrant occasionnellement d'avoir en main tous les renseignements nécessaires à sa prise en charge.

#### Consultation d'orientation :

Les dossiers de grossesse ayant eu une consultation d'orientation sont mieux remplis que ceux n'en ayant pas bénéficié, pour toutes les catégories étudiées. Cependant on remarque que les dossiers des maternités privées n'ont pas bénéficié de consultation d'orientation (1/27), et qu'ils sont significativement moins bien remplis (Fisher  $p=0.01$ ), donc cela pourrait expliquer le meilleur remplissage des dossiers ayant

une consultation d'orientation (résultats faussés). Afin de le vérifier nous avons étudié l'influence de la présence d'une consultation d'orientation sur le remplissage des dossiers des maternités publiques ou ESPIC, et nous avons également mis en évidence une différence significative dans le remplissage des dossiers ( $p=0.0001$ ). Ainsi la consultation d'orientation permet d'obtenir un meilleur remplissage des dossiers. Une explication peut être trouvée en prenant en compte l'objectif même de cette consultation, qui est de déterminer le suivi le plus adapté à chaque patiente. Pour ce faire les antécédents sont à prendre en compte et seront donc forcément interrogés. De plus il s'agit d'une consultation dédiée à l'ouverture du dossier, d'une durée souvent plus importante que les CPN classiques, ce qui favorise le bon remplissage du dossier.

#### Grossesse pathologique :

En cas de grossesse pathologique, le suivi de grossesse se fait de manière plus importante, et par un médecin. Nous pouvons imaginer que les dossiers de grossesses pathologiques sont donc mieux remplis, car s'agissant de grossesses plus à risque il est plus important de repérer des facteurs de risque pouvant se surajouter à la situation. Cependant notre étude ne met pas en évidence de différence dans le remplissage des dossiers obstétricaux de suivi de grossesse pathologique ou physiologique. Ainsi le fait que la grossesse soit pathologique ne semble pas influencer le remplissage du dossier obstétrical. L'étude réalisée à Tours en 2012 n'a pas non plus mis en évidence de différence significative entre la tenue d'un dossier de grossesse physiologique et celle d'un dossier de grossesse pathologique. (25)

#### Trimestre d'ouverture du dossier obstétrical :

Les dossiers ouverts au premier et deuxième trimestre sont mieux remplis pour les catégories facteur de risque thromboembolique et diabète que les dossiers ouverts au troisième trimestre. Deux situations peuvent se présenter lorsqu'un dossier obstétrical est ouvert tardivement. Soit la grossesse n'a pas été suivie avant, et le professionnel de santé commençant le suivi peut ne pas prendre le temps de reprendre avec la patiente tous ses antécédents, mais doit insister plus sur les éléments essentiels au suivi de la fin de la grossesse, soit les CPN précédentes ont été retranscrites sur un autre support, notamment en maternité privée. Cependant comme nous l'avons vu précédemment, l'ouverture du dossier se fait plus tardivement en maternité privée, et ils sont moins bien

remplis. Nous avons donc étudié le remplissage de ces catégories en excluant les dossiers des maternités privées, afin de vérifier si le trimestre d'ouverture apparaissait toujours comme un facteur d'influence. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans le remplissage des dossiers de maternités publiques et ESPIC pour ces deux catégories. Ainsi le trimestre d'ouverture du dossier obstétrical semble ne pas influencer le remplissage du dossier obstétrical, la différence initialement retrouvée pour le risque thromboembolique et le diabète étant vraisemblablement due à l'influence des dossiers des maternités privées.

#### Type de suivi :

Parmi notre échantillon, le nombre de dossiers correspondants à un suivi de grossesse en maternité seul est équivalent au nombre de dossiers de suivi conjoint ville-hôpital. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'enquête nationale périnatale de 2010, qui montrait un taux de femmes suivies exclusivement en maternité en baisse par rapport à l'enquête de 2003, avec 50 % des établissements proposant un suivi à toutes les femmes pendant toute la grossesse. (29) Cependant ce taux aurait pu être différent si le type de suivi avait été déterminé pour les 26 dossiers non pris en compte (soit 11.3% de l'effectif). Néanmoins les dossiers ne semblent pas mieux complétés si le suivi est fait uniquement en maternité, ou s'il est mixte entre la ville (libéral ou PMI) et l'hôpital, ce qui est rassurant si on considère que de plus en plus de suivi sont réalisés conjointement entre la ville et l'hôpital.

#### Lieux d'ouverture du dossier :

Les dossiers ouverts par la maternité sont mieux remplis que ceux ouverts en ville pour les renseignements médicaux, les consommations et les facteurs de risque de diabète. La différence de remplissage est à la limite de la significativité pour le dossier global. Cependant les dossiers de maternités privées étant majoritairement ouverts en ville, nous avons regardé l'influence de l'ouverture du dossier pour les maternités publiques et ESPIC, et nous ne retrouvons pas de différence significative pour le dossier global et les consommations. Ainsi l'ouverture du dossier en maternité semble être un facteur d'influence positif sur le remplissage des renseignements médicaux et des facteurs de risque de diabète.

### Nombre de CPN et nombre de professionnels :

Notre étude ne montre pas d'influence du nombre de CPN sur le remplissage des dossiers toutes catégories confondues. Ce résultat est concordant avec les données d'influence du trimestre d'ouverture du dossier. En effet un dossier ouvert plus tardivement aura moins de CPN tracées qu'un dossier ouvert plus tôt, et nous n'avons pas montré de différence dans le remplissage des dossiers en fonction de leur trimestre d'ouverture.

Nous pourrions penser que plus le nombre de professionnels vus pendant la grossesse augmente, plus les dossiers sont correctement remplis, car un professionnel rencontrant la patiente pour la première fois reprendra avec elle ses principaux antécédents et complètera le dossier si cela n'a pas été fait correctement. Cependant notre étude ne met en évidence une différence significative que pour le remplissage des facteurs de risque thromboembolique, qui est plus complet lorsque trois professionnels ou plus ont été rencontrés pendant la grossesse. Les suivis de grossesses en maternité privé étant réalisés par moins de professionnels, nous avons étudié le remplissage de cette catégorie en les excluant, et nous ne retrouvons pas de différence significative dans le remplissage. Ainsi le nombre de professionnels rencontrés pendant la grossesse n'a pas d'influence sur le remplissage du dossier obstétrical. De plus la multiplicité des intervenants n'est pas positive pour la qualité du suivi.

### Niveau de soin :

N'ayant mis en évidence aucune influence du niveau de la maternité où s'est passé l'accouchement sur le remplissage du dossier, il ne nous a pas semblé pertinent de détailler ce facteur.

**CONCLUSION**

## CONCLUSION

Notre étude retrouve un taux de remplissage globalement faible des dossiers obstétricaux des maternités du réseau OMBREL, avec des informations médicales manquantes pour la moitié des dossiers, et un remplissage global, comprenant les informations médicales et les informations données à la patiente, correct pour 1 dossier sur 5. Le facteur mis en évidence dans notre étude influençant positivement le remplissage du dossier obstétrical quel que soit la catégorie observée est la réalisation d'une consultation d'orientation. La structure de suivi impacte également le remplissage, avec des dossiers de maternités publiques et ESPIC mieux remplis que ceux des maternités privées. D'autre part le fait que la grossesse soit pathologique, le type de suivi (en maternité exclusivement ou partagé entre la ville et l'hôpital) et le nombre de CPN réalisées pendant la grossesse ne semblent pas influencer le remplissage des dossiers dans notre étude. Pour finir nous avons mis en évidence une influence modérée du lieu et du trimestre d'ouverture du dossier et du nombre de professionnels rencontrés pendant la grossesse.

Face à ce taux de remplissage nous pouvons nous interroger. Pourquoi le dossier obstétrical des réseaux de soins périnataux n'est il pas mieux rempli, alors qu'il est utilisé depuis une dizaine d'année maintenant ? Même si notre étude apporte une ébauche d'explication, le point de vue des professionnels de santé pourrait être recueilli dans un futur travail de recherche, afin d'observer l'évolution des pratiques depuis l'étude réalisée en 2009 sur l'état des lieux de la mise en place du dossier obstétrical au sein du réseau OMBREL. (28). La question de l'informatisation des dossiers pourrait également se poser.



# BIBLIOGRAPHIE

## BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Comité de la santé publique, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. La santé en France, Rapport général. 1994.
2. Haut comité de la santé publique, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: pour un nouveau plan périnatalité. Rennes: ENSP; 1994.
3. Didier PINQUIER pour le réseau AUDIPOG. Politique périnatale en France: 1998-2004, Impact des décrets en Périnatalité. 2008 décembre.
4. Plan périnatalité 2005-2007: Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité. 2004.
5. FFRSP. La FFRSP : Présentation [Internet]. 2014 [cité 22 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ffrsp.fr>
6. CIRCULAIRE N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.
7. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.
8. Géraldine Giraudet. Révision d'un dossier obstétrical en vue de son utilisation par les professionnels des réseaux de soins périnataux. Lille II; 2008.
9. B. Maria (CNGOF), N. Mamelle (AUDIPOG). LIVRE BLANC, FRANCE-PÉRINAT. Réseau national d'information sur la naissance, un projet réaliste pour le troisième millénaire. 1999.
10. Sophie CARPENTIER, sage-femme coordinatrice, réseau OMBREL. 2015.
11. Bernard Bailleux. LE DOSSIER OBSTETRICAL DES RSP Nord Pas-de-Calais. 2010 juin 3; FFRSP.
12. P.-F. Ceccaldi, C. Duvillier, O. Poujade, P. Chatel, E. Pernin, C. Davitian, et al. Surveillance de la grossesse normale. EMC Gynécologie Obstétrique. avril 2015;10(2).
13. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Argumentaire. 2007.
14. Blondel B. Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas ou haut risque. Bilan des études d'évaluation. XXVI Journées de la Société Française de Médecine Périnatale; 1999.
15. Bréart G., Puech F., Rozé JC. Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.
16. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Synthèse des Recommandations Professionnelles. Rev Sage-Femme. 2007;6(4):216-8.

17. DAUSSY A-S. Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandre [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Lille]: Lille II; 2014.
18. La consultation d'orientation [Internet]. Communauté périnatale de l'hôpital Jeanne de Flandre. [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: <http://perinatalite.chru-lille.fr>
19. Benhamou D, Mignon A, Aya G, Brichant J-F, Bonnin M, Chauleur C, et al. Maladie thromboembolique périopératoire et obstétricale. Pathologie gynécologique et obstétricale. Ann Fr Anesth Réanimation. août 2005;24(8):911-20.
20. Carmen KREFT-JAÏS. Prévention de l'alcool pendant la grossesse. Compte rendu de session. 8èmes Journées de la prévention, Paris; 2013.
21. HAS. Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 » Cahier des charges Secteur Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) [Internet]. 2015 [cité 7 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/>
22. Haute Autorité de Santé - IPAQSS 2016 - MCO : sixième campagne de recueil des indicateurs du dossier patient (DPA MCO) [Internet]. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
23. HAS. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins Tenue du dossier patient version 2 en MCO. [Internet]. 2016 [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/>
24. HAS. Indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en MCO, Campagne 2010. Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. [Internet]. HAS; 2011 Février [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
25. E. Buizard. Le dossier médical : à la recherche du maillon faible? Evaluation des pratiques professionnelles en obstétrique sur la tenue des dossiers au CHRU de Tours. [Tours]: Université François Rabelais, école régionale de Sages-Femmes; 2012.
26. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003. 2010;
27. Bernard Branger. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012.
28. Decroix A. Le Dossier Périnatal Partagé: état des lieux de sa mise en place au sein d'un réseau de périnatalité. École de sages-femmes de la Faculté Libre de Médecine de Lille; 2009.
29. Vilain A. Les maternités en 2010; premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Études Résultats. oct 2011;(N° 776):6.

TITRE :

## Le remplissage du dossier obstétrical dans les maternités du réseau OMBREL

---

RESUME :

Le dossier obstétrical des réseaux de soins périnataux est utilisé dans la région depuis une dizaine d'année. Si des études sur son partage avec la patiente et l'état des lieux de sa mise en place ont déjà été réalisées, aucune étude n'a évalué le remplissage de ce dossier au sein des maternités du réseau OMBREL. Dans ce mémoire nous avons étudié son remplissage au travers de quatre axes principaux : le risque thromboembolique, le diabète, les consommations et les informations données à la patiente au cours du suivi. Nous avons également voulu déterminer si des facteurs influencent le remplissage du dossier, parmi lesquels le type de suivi, la réalisation ou non d'une consultation d'orientation, la notion de grossesse pathologique ou encore le nombre de CPN réalisées au cours de la grossesse. 229 dossiers, correspondant aux naissances survenues pendant 5 jours dans 9 maternités du réseau ont été étudiés. Les résultats ont montré un taux de remplissage relativement faible, 1 dossier sur 5 était rempli correctement dans sa globalité, et 1 dossier sur 2 contenait des renseignements médicaux complets selon nos critères. Le facteur majeur d'influence retrouvé est la réalisation d'une consultation d'orientation. D'autres facteurs d'influence ont été mis en évidence à des degrés variables, tels que la structure de suivi ou le lieu d'ouverture du dossier.

The obstetrical file of perinatal care networks is used in the region for a decade. Studies of its sharing with the patient and the condition of its settlement had already been done. However, no studies still have evaluated the filling of these files in the OMBREL maternities. In this master's thesis we studied this filling through four main axis. We also wanted to determine if factors influenced the filling of the file. 229 records were studied, matching with the deliveries during a period of 5 days. The results showed a low filling rate, 1 file out of 5 was entirely filled, and 1 out of 2 contained complete medical informations according to our criteria. The major influencing factor found was the realization of an orientation consultation. Other influencing factors with different levels of importance had been identified, such as monitoring structure or the place of opening the file.

---

MOTS CLES : Dossier, obstétrique, Réseau, OMBREL, remplissage

---

Auteur : Claire CIMETIERE

---

Diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2016