

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

-
Année 2004

N°47

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine générale

par

Carole DURAND-LEPOIVRE

Née le 4 janvier 1974 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2004

LE DOSSIER DE SUIVI DE GROSSESSE

au sein d'un réseau Ville - Hôpital

Président : Monsieur le Professeur BOOG

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur PHILIPPE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur BOOG

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.
Veuillez accepter l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur PHILIPPE

Pour sa disponibilité, l'attention qu'il m'a porté.
Merci de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Professeur ROZE

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury de cette thèse.
Veuillez accepter l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur LOMBRAIL

Que je remercie d'avoir accepter de juger mon travail.
Veuillez croire en l'expression de ma reconnaissance.

Merci au Docteur WINER

Qui m'a fait le plaisir d'accepter de juger ce travail.

Merci au Docteur BERTET

Pour avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

Je tiens également à remercier les personnes m'ayant accordé de leur temps

pour m'aider dans mes recherches.

Monsieur le Docteur BAULT, madame Sophie CRETINON, Madame le Docteur AYME, qui ont accepté de me donner des informations sur le fonctionnement des Communautés Périnatales.

Madame Brigitte BEKRI, travaillant au Conseil Général de Loire-Atlantique
Monsieur le Docteur BILLEAUD, coordinateur du site Réseau Périnat Aquitaine

Madame CAPGRAS- BABERON, Sage-femme coordinatrice du Réseau de Santé du Haut Nivernais

Madame Catherine CECCHI, directeur de la rédaction et de la publication
« Périnatalité en Languedoc- Roussillon »

Madame Evelyne DRECOURT, Sage-femme coordinatrice de la communauté périnatale de Dreux, Verneuil, Houdan.

Madame le Docteur EGO, responsable de l'évaluation des réseaux mère-enfant à l'Hôpital Jeanne de Flandre à Lille

Madame GOUYON, du Réseau périnatal de Bourgogne

Mademoiselle LEVÊQUE, concernant les réseaux Périnatalité de Haute Normandie

Madame OULES, à la direction de la coopération du CHRU de Tours

Madame le Docteur PATUREAU, à la Direction Générale de la Santé

Madame PRADINES –SORIANO, au centre de documentation de la CNAM

Monsieur le professeur RUDIGOZ, responsable médical du réseau Aurore et
Madame Corinne DUPONT, Sage-femme coordinatrice au sein de ce réseau qui m'ont donné les informations concernant le fonctionnement de ce réseau

Monsieur le Docteur SATRE pour les renseignements fournis sur le dossier de suivi de grossesse au sein du réseau Ville-Hôpital, Poitou-Charentes

Les Différentes personnes travaillant au centre de documentation des Agences Régionales de l'Hospitalisation (région Centre, Alsace, Ile de France...), et au centre de documentation de la Coordination Nationale des Réseaux

ABREVIATIONS :

Ag HBs : Antigène HBs

ANAES : Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence nationale pour le Développement et l'Evaluation Médicale

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HBV : Virus de l'hépatite B

HBC : Virus de l'Hépatite C

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

NFS : Numération de Formule Sanguine

ORS : Observatoire Régional de la santé

PMI : Protection Materno-Infantile

SA : Semaine d'Aménorrhée

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION

LE SUIVI DE GROSSESSE : CADRE GENERAL , L'EMERGENCE DES RESEAUX

<u>I- La périnatalité : état des lieux</u>	18
I-1 Indicateurs en périnatalité	18
I-1-1 Sur le plan national	18
I-1-2 La situation dans les Pays de Loire	19
I-1-2-1 Quelques chiffres	19
I-1-2-2 Structures d'accueil, maternités	20
I-2 La démographie des professionnels de la naissance	21
I-2-1 Les gynécologues obstétriciens	21
I-2-2 Les sages-femmes	21
I-2-3 Les médecins généralistes	22
I-3 Le suivi de grossesse	22
I-3-1 Rappel des compétences de la sage femme	22
I-3-2 La place du gynécologue obstétricien	22
I-3-3 La place du médecin généraliste	22
I-3-4 Qui suit les grossesses et comment	22
I-3-5 Conclusion	23
I-4 Synthèse	23
<u>II- L'émergence des réseaux</u>	25
II-1 Les réseaux de soins	25
II-1-1 Définitions	25
II-1-1-1 Définition d'un réseau de soins retenue lors de la première rencontre nationale des professionnels des réseaux Ville – Hôpital	25
II-1-1-2 Définition de M. Brémond lors du colloque du 22/06/98 sur les réseaux de soins en périnatalité	25
II-1-1-3 Définition de la commission nationale des réseaux	26
II-1-2 Le cadre législatif	26
II-1-3 Les enjeux des réseaux	26
II-1-4 Les difficultés	26
II-1-5 L'évaluation	27
II-2 Les réseaux de soins périnataux	27
II-2-1 Les réseaux inter établissements	27
II-2-2 Les réseaux Ville – Hôpital	28
II-3 Exemples de réseaux de suivi de grossesse	28
II-3-1 Réseau de Santé du Haut-Nivernais	28
II-3-2 La communauté Périnatale	29
II-4 Le projet dans les Pays de Loire	30

LE DOSSIER COMMUN DE SUIVI DE GROSSESSE

<u>I- Définitions</u>	32
<u>II- Objectifs</u>	33
II-1 Objectifs commun à tout dossier	33
II-2 Objectifs commun à tout dossier médical partagé	33
II-3 Objectifs du dossier de suivi de grossesse au sein d'un réseau Ville – Hôpital	33
<u>III- Les utilisateurs</u>	34
III-1 Les médecins généralistes	34
III-2 La sage-femme	34
III-3 Le gynécologue libéral	34
III-4 L'obstétricien	35
III-5 Le médecin du travail	35
<u>IV- Le dossier, un support pour l'information</u>	35
IV-1 Objectif	35
IV-2 Cadre législatif	36
IV-3 Caractéristiques	36
IV-4 Recommandations	37
<u>V- L'informatisation des données</u>	37
V-1 Le contexte général	37
V-2 Les avantages du dossier informatisé	37
V-2-1 Le cadre juridique	37
V-2-2 L'accès aux informations	37
V-2-3 Le recueil et le partage des donnée	38
V-2-4 Les aides, les alertes	38
V-2-5 Sa place dans la consultation	38

VI- Exemples de dossier commun 38

VI-1 Le guide de surveillance de la grossesse, le carnet de maternité 38

VI-1-1 Cadre législatif	38
VI-1-2 Description	39
VI-1-3 Son utilisation	39
VI-1-4 Conclusion	40

VI-2 Exemples de suivi de grossesse en fonctionnement au sein d'un réseau 40

VI-2-1 Le dossier de suivi commun du Réseau de Santé du Haut-Nivernais	40
VI-2-1-1 Description	40
VI-2-1-2 Utilisation	40
VI-2-2 Le dossier informatique : Les communautés périnatales	41

VII- Le contenu

VII-1 Recommandations 41

VII-1-1 Recommandations de l'ANAES pour le contenu du dossier médical en médecine libérale	42
VII-1-2 Recommandations pour le suivi clinique de la femme enceinte à bas risque	42
VII-1-2-1 Les consultations	42
VII-1-2-1-1 Leur nombre	42
VII-1-2-1-2 Leur spécificité	43
VII-1-2-1-3 Leur déroulement	43
VII-1-2-2 L'examen clinique	44
VII-1-3 Recommandations pour le suivi échographique d'une grossesse à bas risque	44
VII-1-3-1 L'échographie à 12 SA	44
VII-1-3-2 L'échographie à 22 SA	45
VII-1-2-3 L'échographie à 32 SA	45
VII-1-4 Recommandations pour le suivi biologique de la femme enceinte	45
VII-1-4-1 Les bilans obligatoires	45
VII-1-4-1-1 Bilan initial	45
VII-1-4-1-2 Au sixième mois	46
VII-1-4-2 Les bilans recommandés	46

VII-2- Description analytique 47

VII-2-1 La fiche administrative	48
VII-2-2 Les renseignements généraux	48
VII-2-2-1 Contexte socio-familial	48
VII-2-2-2 Le risque professionnel	48
VII-2-3 Les antécédents	48

VII-2-4 La fiche de synthèse	49
VII-2-5 Le calendrier de grossesse	49
VII-2-5-1 Raisons administratives	49
VII-2-5-2 Raisons médicales	49
VII-2-6 Les fiches de consultation	50
VII-2-7 Les intervenants	50
<u>VIII- Proposition de dossier commun</u>	50
<u>CONCLUSION</u>	68
<u>ANNEXES</u>	70
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	100

INTRODUCTION

Au vu des résultats nationaux en matière de périnatalité et dans l'objectif de les améliorer, différentes politiques ont été adoptées. La prise en charge des mères

et des nouveau-nés a été réorganisée, notamment après la publication des décrets d'octobre 1998. Ces décrets ont, entre autre, mis l'accent sur la nécessité d'orienter les femmes enceintes vers un centre de soins adapté à leur niveau de risque et différentes catégories de maternités ont ainsi été définies en fonction de leur équipement et de la capacité d'accueil des grossesses à risque. Des réseaux inter-établissements se sont ainsi développés que ce soit au niveau départemental ou au niveau régional. Ils sont basés sur la coordination de plusieurs établissements de différents niveaux et ce dans l'objectif, initialement, de favoriser les transferts prénatals.

Mais, parallèlement au progrès quant à la prise en charge des mères et des nouveau-nés pour optimiser la sécurité de la naissance, l'accent doit être mis sur l'amélioration de la qualité de la surveillance de la grossesse.

En effet, il a été montré que le mauvais suivi des grossesses était un facteur de risque de morbidité néonatale [1]. L'évaluation du risque de chaque grossesse doit être faite au plus tôt afin de permettre une prise en charge adaptée au niveau de ce risque.

La surveillance de la grossesse peut être faite par les gynécologues, les médecins généralistes en ce qui concerne les grossesses à bas risque, et les sages-femmes [2]. C'est dans le souci d'optimiser la qualité de ce suivi en dépistant les facteurs de risque des grossesses, en orientant au mieux et au plus tôt les grossesses à risque et en médicalisant moins les grossesses à bas risque, que l'on voit se créer des réseaux de suivi de grossesse où les praticiens de ville travaillent conjointement avec ceux des maternités.

Afin de satisfaire cette pratique coopérative, un outil de communication essentiel est le dossier commun de la patiente. Il s'agit d'un dossier répondant aux critères d'utilisation de tout dossier médical, respectant le même cadre législatif. Il est particulier en ce sens qu'il s'agit d'un dossier partagé et qu'il est centré sur le suivi de grossesse.

Mon travail a donc consisté à présenter un modèle de dossier utilisable par les différents intervenants au sein d'un réseau Ville-Hôpital de suivi de grossesse. Il a été inspiré de modèles de dossier partagé existant déjà, que ce soit au niveau national par le carnet de santé Maternité ou au sein de réseaux en fonction (le Réseau de Santé du Haut-Nivernais ou la Communauté Périnatale du canton de Val-de-Mauldre).

A terme, il est envisagé qu'il soit sur support informatique pour plus de facilité d'utilisation et de communication.

La première partie de cette thèse traite du contexte général de l'émergence des réseaux en matière de périnatalité. Les différents types de réseaux y seront décrits et illustrés par des exemples.

La deuxième partie concerne le dossier de suivi de grossesse proprement dit, son contenu et sa forme. L'accent est mis essentiellement sur l'intérêt d'un partage de l'information optimal, avec l'utilisation d'un même langage, pour un suivi répondant aux critères discutés et acceptés par tous les praticiens sous la forme d'un protocole de suivi de grossesse (établi à partir des recommandations pour le suivi des grossesses à bas risque).

Pour finir, un modèle de dossier de suivi de grossesse est proposé. Il comporte plusieurs fiches regroupant les renseignements nécessaires au suivi de la grossesse à bas risque au sein d'un réseau Ville- Hôpital.

LE SUIVI DE GROSSESSE : CADRE GENERAL, L'EMERGENCE DES RESEAUX

I – LA PERINATALITE : ETAT DES LIEUX

I-1 Indicateurs en périnatalité

I-1-1 Sur le plan national

Les données suivantes sont issues des données diffusées par l'INSEE [3].

En 2003, le **nombre de naissances** reste stable à un niveau élevé avec 792600 naissances en France métropolitaine ou dans les DOM

Le taux de natalité est de 12.9 pour 1000

Le taux de mortalité infantile (nombre d'enfants décédés à moins d'un an pour 1000 nés vivants) est de 4.2 pour 1000, ce qui place la France dans une position moyenne en Europe.

Le taux de mortalité périnatale (nombre d'enfants décédés à moins de 7 jours ou mort-nés pour 1000 nés vivants ou mort-nés) en France métropolitaine a quasiment diminué de moitié au cours des vingt dernières années passant de 12.3 à 6.8 pour 1000 entre 1980-82 et 1997-99.

Les causes de mortalité périnatale sont dans 96% des cas d'origine fœtale ou néonatale associée dans 49% des cas à une cause obstétricale ou maternelle [4].

Le taux de mortalité maternelle (rapport de décès maternels observés durant une année au nombre de naissances vivantes durant cette même année) est en France de 10 pour 100000 selon le comité d'experts sur la mortalité maternelle (rapport 2001 comité d'experts) et reste stable depuis une dizaine d'années. La majeure partie des décès est liée à des hémorragies maternelles (notamment hémorragie de la délivrance et du post-partum immédiat), la deuxième cause étant les maladies hypertensives. Trente pour cent de ces décès seraient évitables, notamment ceux liés aux hémorragies [4] [5].

Par ailleurs, le risque de décès maternel est très corrélé à l'âge, il est en effet trois fois plus élevé entre 35-39 ans qu'entre 20-24 ans [5].

L'âge moyen à la maternité, resté stable depuis quelques années, a de nouveau tendance à progresser. Il est de 29.5 ans en 2003 [3].

Les tendances actuelles, au vu de l'enquête périnatale de 1998 et des dernières données périnatales obtenues par recueil du réseau sentinelle de l'AUDIPOG sont :

- **Un meilleur suivi de grossesse** d'après l'enquête périnatale de 1998 [6]. La majorité des femmes enceintes bénéficient des sept examens prénatals obligatoires. Le nombre moyen de consultations prénatals est de 8.7. En revanche, 1% des femmes ont bénéficié de moins de quatre consultations et 6.5% n'ont pas consulté l'équipe responsable de l'accouchement même si on observe une augmentation du nombre de femmes ayant consulté l'équipe responsable de l'accouchement.

- **L'augmentation de la prématurité** (naissance avant 37 semaines d'aménorrhée) et l'augmentation de la proportion d'enfants de faible poids de naissance (<2500g), due essentiellement à une augmentation de la proportion de grossesses multiples.

Avec 7.1% des naissances [7], on ne note pas d'inflexion du taux de prématurité

depuis 1999.

- **La progression de la grande prématurité** (naissance avant 33 semaines d'aménorrhée) dont encore 10% naissent en maternités de niveau I [7] en 2003.

- Le nombre de grossesses consécutives à un **traitement de l'infertilité** est en augmentation et on considère que 6% des femmes ont un ou des enfants après avoir bénéficié d'un traitement de la stérilité (le plus souvent traitement inducteur de l'ovulation) [6].

- **L'augmentation du taux de césariennes** depuis plusieurs années, de 16% en 1999, il est passé à 18.7% en 2003[7].

- On note un **déport des accouchements vers les maternités de niveaux II et III**. En 2000, 52.3% des accouchements ont lieu dans les 257 maternités de niveaux II et III alors qu'en 1996, 43.5% d'entre eux avaient lieu dans les 250 maternités de ce type [8].

Près de la moitié des femmes dont la grossesse est à priori à faible risque accouchent dans des maternités de niveau II et III avec 53.5% des femmes ne présentant aucun facteur de risque accouchant dans des maternités de niveau I, 33.5 % dans des maternités de niveau II et 13% dans des maternités de niveau III [8].

Ces données sont confirmées dans le rapport sur la santé périnatale en 2002-2003 de l'AUDIPOG [7] puisqu'il y est reporté que, en 2003, près de la moitié des primipares et 70% des multipares considérées à bas risque en fin de grossesse, accouchent en niveaux II et III.

I-1-2 La situation dans les Pays de Loire

I-1-2-1 Quelques chiffres

- la mortalité périnatale est inférieure à la moyenne nationale avec un taux de 6 pour 1000 en 1997-1999.

Composante de la mortalité infantile en Pays de Loire et France métropolitaine (moyenne 1997/1999)

	Pays de Loire	France métrop.
--	---------------	----------------

	Nbre*		Taux
	Taux		
Morti-natalité	163	4.0	4.8
Mortalité périnatale	241	6.0	6.8
Mortalité néonatale précoce	78	1.9	2.0
Mortalité néonatale	115	2.9	2.9
Mortalité post-néonatale	67	1.7	1.6
Mortalité infantile	182	4.5	4.5

Source : INSEE

*nombre annuel moyen de décès sur la période 1997/1999

- Sur 44000 naissances, 178 concernent des femmes de moins de 18 ans soit deux fois moins qu'en 1982 et près de 2000 naissances concernent des femmes de plus de 38 ans soit trois fois plus qu'en 1982. Ces chiffres sont inférieurs aux moyennes connues en France métropolitaine [3].
- 7% des femmes en pays de Loire ont eu pendant leur grossesse moins de 7 consultations prénatales contre 10% en France [4].
- 16.5% ont été hospitalisées au cours de leur grossesse contre 21.5% en France [4].
- **La mortalité maternelle** dans les pays de Loire était de 9.3 pour 100000 naissances vivantes en 1995/1997.
- **Le taux de césariennes** est, avec 15.1%, inférieur au taux de césariennes national ; Cet écart s'accroît depuis 1998[4].
- Le rapport d'activité des maternités des Pays de Loire pour l'année 2001 met en évidence **un report des accouchements** vers les maternités de niveaux II et III parallèle à celui observé sur le plan national [8].

I-1-2-2 Structures d'accueil, maternités

Un total de 28 maternités a été recensé en 2001 [9]. Il existe 3 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal dont un dans chacun des deux CHU existant (Nantes et Angers) et un au centre hospitalier du Mans.

I-2 La démographie des professionnels de la naissance

I-2-1 Les gynécologues obstétriciens

En France, en 2002, on dénombrait 1836 gynécologues médicaux et 5182 gynécologues obstétricaux correspondant respectivement à une densité de 7 et 21 (nombre de médecins pour 100000 femmes de plus de 15 ans) [10].

Le Haut Conseil de la population et de la famille a rendu en juillet 1997 un avis sur les conditions de la naissance. Dans ce rapport, il faisait remarquer le manque de personnel et alertait quant à l'avenir des effectifs à venir.

Ainsi, il signalait que l'on disposait en France de 62 gynécologues obstétriciens pour 10000 naissances contre 148 en Allemagne.

La CREM (Commission de réforme des études médicales) tirait la sonnette d'alarme quant à l'évolution de la démographie des gynécologues obstétriciens en 1999 [35] en évoquant la diminution de moitié de la population de ces spécialistes en quinze ans.

202 gynécologues obstétriciens en Pays de Loire ont été recensés [10]. Les Pays de Loire se situent en dernière position des régions françaises en terme de densité de gynécologue obstétriciens (5.9 pour 100000 habitants contre 8.6 en France) [11].

Répartition suivant les départements :

Loire-Atlantique
Maine et Loire
Mayenne
Sarthe
Vendée
*PDL**
France métrop.

Gynécologie
médicale
Effectifs
densité
38
6.4
19
5
3
2.1
5
1.8
6
2.2
71
4.2
1841
6.1

Gynécologie obstétrique
Effectifs
densité
78
13.1
40
10.5
14
9.6
35
12.8
28
10.1
195
11.7
5093
16.8

Sources ADELI et INSEE
*Pays de la Loire

I-2-2 Les sages femmes

Elles sont recensées à 16134 en 2003 dont 80% sont salariées (9). Dans les Pays de Loire, elles sont au nombre de 768 dont 160 exerçant en libéral, 571 sont salariées en milieu hospitalier [12].

I-2-3 Les médecins généralistes

Ils ont été recensés à 81307 en France en 2002 et à 4728 en Pays de Loire dont 3410 exercent en cabinets[10]. Leur densité est inégalement répartie avec une désertification dans certains départements comme la Mayenne.

I-3 Le suivi de grossesse

I-3-1 Rappel des compétences de la sage-femme d'après le conseil national de l'ordre des sages-femmes

La sage-femme est habilitée à assurer le suivi médical de la grossesse normale (examen clinique, échographie, surveillance du fœtus, dépistage des facteurs de risque et des pathologies) ainsi que l'accompagnement psychologique de la future mère et les séances de préparation à l'accouchement.

Elle a la compétence de réaliser un accouchement dans la mesure où il est eutocique depuis le diagnostic de début de travail jusqu'à la délivrance.

Elle peut également assurer le suivi du post-partum (conseil sur la contraception, rééducation périnéale...).

Sur prescription médicale, elle peut assurer le suivi de grossesses pathologiques au cabinet ou au domicile de la patiente.

I-3-2 La place du gynécologue obstétricien

Certains pensent que le suivi des grossesses à bas risque par les gynécologues obstétriciens doit être maintenu et que son rôle est justifié au sein d'une équipe comprenant l'obstétricien, le médecin généraliste et la sage-femme.

I-3-3 La place du médecin généraliste

De par sa formation, le médecin généraliste est habilité à suivre les grossesses à bas risque. Il réalise plus de la moitié des consultations de femmes enceintes [2]. Sa proximité géographique ainsi que son accessibilité car, en règle générale, bien connu de ses patientes facilite également le contact.

Sa fonction de médecin de famille lui donne accès à des informations concernant la patiente et sa famille qu'il peut juger importantes à prendre en compte pour l'évaluation du risque de la grossesse.

I-3-4 Qui suit les grossesses et comment

Une enquête, concernant les pratiques des médecins généralistes en Loire-Atlantique et en Vendée [13] en 1996 révèle que :

Les médecins interrogés voyaient alors 3.3 grossesses par semaine et par

médecin.

La moitié des grossesses est suivie en collaboration avec le gynécologue obstétricien.

57 % des médecins généralistes de l'échantillon adressaient leur patiente présentant une grossesse à bas risque au gynécologue obstétricien pour un suivi conjoint au huitième mois de la grossesse.

Les grossesses à risque étaient suivies dans deux tiers des cas par le médecin généraliste conjointement avec le spécialiste, dans 15% des cas par le médecin généraliste seul et dans 17%, la patiente était adressée au spécialiste sans désir de prise en charge commune.

S'il semble que l'attitude de ces médecins ne soit pas homogène quant à la prise en charge des grossesses à bas risque pour le suivi conjoint (près de 40% adressent très tôt ces grossesses au spécialiste), les grossesses à risque sont, elles, en grande partie adressées au gynécologue obstétricien.

On peut donc constater que les médecins généralistes dans la majeure partie des cas, sont partie prenante dans le suivi de grossesse. Néanmoins, La moitié seulement s'estime bien formée au suivi de grossesse [2].

Par ailleurs, au vu des résultats d'un bilan de la littérature [14], il semble que la prise en charge des grossesses à bas risque par le médecin généraliste ou la sage-femme entraîne une moins grande utilisation de services médicaux (nombre de consultations moindre, moins d'avis spécialisés demandés...); Ce suivi semble répondre aux attentes des femmes qui souhaitent être mieux considérées et informées pendant leur grossesse.

I-3-5 Conclusion

Pour conclure, le suivi de grossesse à bas risque par le médecin généraliste peut être favorable en ce sens qu'il répond à une certaine attente des patientes. Ces praticiens vont être amenés à suivre plus de grossesse en raison du manque à venir de spécialistes. Néanmoins, le suivi de grossesse n'est qu'une part infime de leur activité et, un besoin de formation continue est ressentie.

I-4 Synthèse

Des politiques successives, au vu des différentes données ont été mises en place afin d'améliorer les différents indicateurs et la prise en charge des patientes et des nouveau-nés. Chacune avait des priorités suivant le résultat des enquêtes périnatales nationales.

Ainsi, le plan périnatalité de 1994 consécutif au rapport établi par le Haut Comité de Santé Publique avait pour objectifs :

- de diminuer la mortalité maternelle de 30%
- d'abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20%
- de réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%
- de réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse

Des efforts et des résultats en ont été obtenus. Ont été mis en place, par

exemple, le Comité d'experts sur la mortalité maternelle et le certificat de décès propre à la période néonatale.

Les décrets périnatalité de 1998 (annexes 1 et 2), toujours dans un souci d'améliorer la santé périnatale avaient pour principal objectif l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de l'enfant favorisant ainsi les transferts in utero. Trois niveaux d'accueil soumis à autorisation ont donc été définis pour atteindre cet objectif (annexe 3).

Actuellement, on note, d'une part que la prématurité ne diminue pas et d'autre part que la grande prématurité a tendance à augmenter. La plupart de ces naissances ayant lieu dans les maternités de niveaux II et III, on peut penser observer une surcharge des maternités [7] [15]. Ce d'autant plus que trop de femmes enceintes considérées à bas risque accouchent encore dans des maternités de niveaux II et III. Ce phénomène peut être expliqué par le fait que ces maternités sont considérées comme garantes d'une meilleure sécurité. Il a pourtant été démontré que la surmédicalisation de la grossesse à bas risque et de l'accouchement, au sens où la prise en charge a lieu dans une maternité de grande taille (réalisant plus de 2000 accouchements), pouvait être iatrogène [15].

Les états généraux de la naissance rapportent la volonté des patientes d'accoucher naturellement ; la demande d'accompagnement personnalisé et adapté au déroulement normal de la grossesse et de l'accouchement semble exister.

Par ailleurs, on remarque que même si le suivi de grossesse est en amélioration quant au nombre de consultations réalisées, le nombre de spécialistes prenant en charge les grossesses est amené à diminuer. Le suivi de grossesse, notamment celles à bas risque, par les médecins généralistes et les sages-femmes est donc à privilégier.

Savoir dépister les risques éventuels ou réels de la grossesse semble être le point de départ essentiel pour une prise en charge adaptée de la femme enceinte. Afin de garantir une qualité de suivi, une des propositions faite est d'organiser un travail en réseau garantissant un contact entre les spécialistes et les généralistes ou sages-femmes, ainsi que d'assurer une formation continue aux médecins généralistes pour qui, pour la plupart, le suivi de grossesse ne représente qu'une faible partie de leur activité.

Les médecins généralistes affirment leur volonté de participer à ce travail d'équipe au sein de réseau. Les sages-femmes, quant à elles, sont tout à fait partantes pour assurer leur travail de suivi et de prise en charge de la patiente à bas risque [15].

Le rapport sur la périnatalité remis au Ministère de la Santé en août 2003 pose la problématique et fait état de vingt propositions ; Ainsi, les objectifs à atteindre sont, entre autres :

- l'amélioration de certains indicateurs de périnatalité (mortalité maternelle, prématurité)
- optimiser la prise en charge des patientes en amont de la naissance (mise en place des réseaux, prise en charge psychologique...)

- réévaluer les conditions d'exercice des professionnels de santé

C'est donc dans ce contexte, que s'impose la volonté de la mise en place et de l'organisation d'un travail en équipe pour la surveillance de la grossesse et la prise en charge de la femme enceinte ; Les réseaux sont une question de santé publique d'actualité et un élément de réponse aux problèmes de périnatalité posés.

II- L'EMERGENCE DES RESEAUX

Ainsi, au vu des données précédemment citées, on se rend compte que l'accent est mis sur l'importance de trouver des nouvelles solutions pour améliorer la prise en charge des patientes et des nouveaux-nés.

Pour N. MAMELLE, dans le rapport de l'AUDIPOG remis au ministère de la santé « Les réseaux périnataux doivent être des Réseaux Ville-Hôpital s'ils veulent concourir à une amélioration de la santé périnatale par la diffusion de recommandations adaptées, par un repérage précoce des risques et par une orientation pertinentes des femmes enceintes vers des lieux de naissance conformes à leur situation tout en assurant la continuité des soins. » [15].

De même, le renforcement du travail en réseau est une des vingt propositions pour une politique périnatale [16].

Il semble donc évident que la réorganisation de la prise en charge de la femme enceinte s'impose dans un contexte où se développent le travail en réseaux.

II-1 Les réseaux de soins

II-1-1 Définitions

II-1-1-1 Définition d'un réseau de soins retenue lors de la première rencontre nationale des professionnels des réseaux Ville – Hôpital en septembre 1999 :

Un réseau de soins est un ensemble organisé de plusieurs personnes physiques ou morales, dispersées dans une zone territoriale donnée, de compétences différentes et complémentaires, agissant pour un objectif commun selon des normes et des valeurs partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades. Les réseaux de soins périnataux existent en France mais sont le plus souvent informels.

II-1-1-2 Définition de M. Brémond (colloque du 22 juin 1998 sur les réseaux de soins en périnatalité)

Organisation au sein de laquelle des professionnels issus de disciplines et de structures différentes, après avoir défini en commun un certain nombre d'objectifs, ont construit par la négociation des règles de pratiques et d'ajustement mutuels dont l'observance leur paraît être la meilleure garantie à priori des résultats attendus de la prise en charge d'une population donnée sur un territoire donné [17].

II-1-1-3 Définition de la coordination nationale des réseaux :

Le réseau constitue à un moment donné sur un terrain donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte des individus et les possibilités de la communauté.

II-1-2 Le cadre législatif

Les ordonnances du 24 avril 1996 instaurent un cadre légal aux réseaux ville-hôpital, leurs objectifs étant d'assurer la continuité et la coordination des soins, de favoriser l'orientation adéquate des patients et d'apporter des réponses graduées aux besoins de santé en optimisant l'offre de soins. Ces ordonnances ont inscrit le concept de réseau de santé dans le code de la sécurité sociale et dans celui de la santé publique.

Selon l'**article L6121-5 du code de la santé publique** : « Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. »

La circulaire n°99-648 du 25/11/99 du ministère de l'emploi et de la solidarité donne pour mission aux réseaux de « mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autre, sur un territoire donné aux besoins des personnes », de « favoriser la coordination et la continuité des soins qui sont dispensés » et de « promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité »

II-1-3 Les enjeux des réseaux

Le but est l'amélioration de la prise en charge des patients par la mise en place de pratiques coopératives où les rapports entre les différents intervenants n'ont plus lieu d'être hiérarchiques. Décloisonner les pratiques médicales est un des objectifs.

Il existe des points communs au développement de tout réseau : la diversité des acteurs, la définition d'objectifs communs à partir d'un état des lieux initial, l'évaluation, la dynamique, et l'évolutivité de la structure réseau....

Mais le développement des pratiques de coopération, la communication et la confiance en sont les éléments essentiels.

Les réseaux sont également un moyen de recentrer le patient au sein de sa prise en charge en adaptant les soins aux besoins et attentes de celui-ci.

Enfin, ils peuvent permettre un échange de savoirs entre les différents intervenants, participant ainsi à leur formation et donc à une certaine forme de revalorisation de leurs statuts en améliorant ainsi leurs compétences.

II-1-4 Les difficultés

Outre des difficultés financières souvent citées comme un obstacle au développement des réseaux, il a été noté des difficultés matérielles mais une enquête portant sur les réseaux périnataux de pédiatrie [18] révèle qu'il existe également des difficultés d'ordre individuel. Le travail en équipe n'est pas évident et il peut exister des problèmes relationnels entre les acteurs du réseau. Il y est stipulé

qu'il est parfois difficile de faire travailler ensemble les médecins, les directeurs d'établissement et les tutelles.

II-1-5 L'évaluation

Les réseaux de soins ne peuvent se justifier qu'au prix de l'évaluation [19]. L'évaluation d'un réseau de soins peut-être de type sociologique, épidémiologique ou endoformative (évaluation interne du réseau par ses acteurs) qui a pour but de vérifier l'adéquation entre le fonctionnement du réseau et les règles préalablement établies [19].

II-2- les réseaux de soins périnataux

Depuis les décrets de 1998, le fonctionnement en réseaux s'est développé entre les différents établissements afin d'améliorer la prise en charge des patientes et des nouveaux-nés en assurant leur orientation vers les lieux de naissance adaptés au niveau de risque qu'ils présentaient. Ces décrets ont ainsi prévu que soit mis en place, dans chaque région, un réseau de périnatalogie (annexe 2).

Il existe deux principaux types d'organisation des réseaux de soins périnataux.

II-2-1 Les réseaux inter établissements

Il faut en effet faire la distinction entre les réseaux inter établissements et les réseaux de type Ville-Hôpital (ou de proximité), les premiers ayant comme objectif initial le développement du transfert antenatal. Ils sont basés sur la coordination d'établissements de différents niveaux, et sont généralement développés autour ou à partir d'un centre de niveau III. Les différents établissements de santé publics et privés, et plus précisément les unités d'obstétrique et de néonatalogie se mettent d'accord sur certains points (critères de transfert, modalités de transport, élaboration de protocoles communs pour les soins infirmiers et médicaux...).

Certains réseaux utilisent un dossier commun sur support papier pour le partage des informations comme le Réseau périnatal de Bourgogne ou le Réseau de Périnatalité de la région Centre où il est utilisé pour les transferts de nouveau-nés et es transferts in utero.

Afin de favoriser la communication, l'outil informatique est de plus en plus utilisé. Ainsi la visio-conférence et la télé expertise semblent se développer et se mettre en place progressivement.

Des staffs inter maternités sont désormais possibles par cet intermédiaire.

Mais en consultant les données de l'observatoire des réseaux de télésanté (<http://www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr>), on note l'effort pour l'utilisation de l'informatique pour l'échange de données du patient. Il semble que dans le domaine de la périnatalité, beaucoup de réseaux projettent l'utilisation d'un dossier informatisé (exemple du Réseau de Santé périnatale d'Auvergne, Réseau Périnatalité de Haute- Normandie).

Ainsi, pour exemple, le réseau Maternité en Yvelines s'est créé avec pour objectifs de *mettre en place une politique périnatale dans l'Ouest de L'île de France pour le suivi des femmes enceintes et la prise en charge de la naissance en accord avec les deux principes recommandés par le Haut Conseil de Santé Publique* (prise en charge des grossesses et des accouchements en fonction des risques décelés et

préserver le lien mère-enfant [20].

II-2-2 Les réseaux Ville-Hôpital

Ils ont pour objectif la prise en charge en amont de la naissance c'est-à-dire la surveillance de la grossesse. Les partenaires travaillant au sein de ce type de réseau sont de différents horizons [6].

Il serait plus juste de les nommer réseaux Ville-Etablissement, sachant que l'hôpital n'est pas le seul partenaire, les maternités privées y participent également.

Il existe quelques réseaux Ville-Hôpital de suivi de grossesse. Il est difficile de les dénombrer mais quelques exemples ont été retrouvés : le réseau de Santé du Haut – Nivernais, le Réseau de Surveillance Périnatale de l'Autunois-Morvan, le Réseau Ville-Hôpital de Pontivy, les communautés périnatales).

Ils font intervenir des médecins libéraux, que ce soit des gynécologues ou des généralistes et des praticiens exerçant au sein de maternités.

Ces réseaux sont mis en place afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire de la femme enceinte avec :

- un suivi médical, la plupart du temps assuré par les médecins généralistes,
- l'intervention parfois d'une sage-femme pour un entretien au quatrième mois de grossesse,
la mise en place de soutien psychologique si nécessaire,
- la possibilité, à tout moment, d'avoir un avis spécialisé pour orienter la patiente vers une prise en charge adaptée à son risque.

La communication entre les différents acteurs, tout comme la coopération, y sont privilégiées.

II-3 Exemples de réseaux de suivi de grossesse

Je tiens à remercier les personnes contactées qui ont accepté de m'accorder de leur temps afin de me présenter leur réseau. Je remercie donc Madame CAPGRAS, coordinatrice du Réseau de Santé du Haut-Nivernais, Monsieur le Docteur BAULT et Madame CRETINON, pour les Communautés Périnatales.

II-3-1 Réseau de santé du Haut-Nivernais [21] [22]:

Les réseaux de suivi de grossesse ont donc vu le jour, la plupart du temps dans différents contextes et pour répondre à différents objectifs. Le réseau de santé du Haut- Nivernais est né en 1995 dans un contexte politique menaçant de fermeture la maternité de Clamecy, dans le département de la Nièvre, en Bourgogne. Il s'est créé devant le constat que la communication des informations concernant les femmes enceintes par les médecins suivant les grossesses à l'équipe responsable de l'accouchement n'était pas de bonne qualité, tout comme la prise en charge globale de ces patientes (suivi échographique, biologique...). C'est donc ainsi, en vue de démontrer que par l'organisation des soins et la coopération entre

professionnels pour le suivi de grossesse, on peut atteindre un niveau de sécurité acceptable même dans une maternité de petite activité.

L'objectif du réseau est de permettre, grâce à un suivi centré sur le dépistage des risques, de minimiser la probabilité d'apparition des pathologies, de degré plus ou moins sévère, auxquelles les porteurs de ces risques sont plus particulièrement exposés et/ou d'en minimiser les conséquences.

Ainsi au terme de réflexions et de réunions, vont être initialement élaborés un protocole de suivi entre les médecins généralistes et l'hôpital de Clamecy, et un carnet de suivi de grossesse. Un poste de « sage-femme réseau » financé par le conseil général sera créé puis, dans un second temps, d'autres partenaires tels le CHU de Dijon pour la maternité de niveau III et le centre hospitalier de Nevers (maternité de niveau II) prendront en charge les patientes les plus à risque.

25 des 27 médecins généralistes installés à proximité de Clamecy ont adhéré au réseau, avec cela dit, une implication variable dans le suivi de grossesse.

Le rôle de dépistage socio-psychologique par la sage-femme de réseau est primordial. Il se fait par une visite au domicile de la patiente gratuite. Il s'agit d'un entretien, plus que d'une consultation. Une orientation vers le centre médico-psychologique pour un suivi personnalisé ainsi que des visites au domicile par le service de PMI peuvent être mises en place.

Une deuxième évaluation est venue compléter la première en 1998 et a révélé que les objectifs semblaient être atteints (suivi de grossesse de qualité, transferts in utero...) [21].

II-3-2 La communauté périnatale [23] :

La Communauté Périnatale de suivi de grossesse est née de la volonté d'obtenir une bonne coordination entre les professionnels de la périnatalité en vue d'améliorer le suivi de grossesse. L'importance du dépistage du risque de la grossesse est mis en avant pour assurer à celles-ci une bonne prise en charge.

La Communauté Périnatale regroupe des médecins généralistes, des médecins spécialistes (gynécologues, obstétriciens, échographistes...), des sages-femmes, des travailleurs sociaux...

Chacun s'engage à se conformer à une charte préalablement établie en vue d'une bonne coordination de leur travail.

La Communauté est développée sur un secteur géographique. Il s'agit d'un réseau de proximité, travaillant au plus près des patientes concernées. Ainsi, pour exemple, la communauté du Val-de-Mauldre regroupe les praticiens des cantons de Meulan-les Mureaux et d'Aubergenville. Quinze médecins généralistes y participent ainsi que cinq maternités (Poissy, niveau III, Meulan, niveau I, Mantes, niveau IIb, ainsi que deux maternités privées, celles de Saint Germain et de Paris II).

Il est prévu dans le cadre du suivi des patientes, un entretien d'une heure environ avec une sage-femme (libérale) ou un obstétricien en fin du premier trimestre de la grossesse. Cette consultation vise à établir une orientation de la patiente en fonction du risque médical, obstétrique, ou psychosocial qu'elle présente,

à établir un projet de naissance avec elle.
La consultation obstétricale a lieu vers la 33^{ème} semaine d'aménorrhée.

Le partage de l'information s'articule autour du dossier médical de suivi informatisé.

II-4 Le projet dans les Pays de Loire

Rappel sur le Réseau Sécurité Naissance :

Formalisé en 1997, quelques mois avant la parution des décrets périnatalité de 1998, Le Réseau Sécurité Naissance est une association loi 1901 reconnue par l'ARH. Il s'est constitué dans le prolongement d'un réseau de professionnels des maternités de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée qui existait déjà depuis plusieurs années.

Il a pour objectifs de prendre en charge toutes les étapes de la périnatalité, ce qui inclut la grossesse, le suivi de tous les nouveau-nés à risque et le handicap néonatal.

Les disponibilités des lits en maternité de niveau III pour les cinq départements de la région sont mises à jour chaque matin et consultables sur le site internet du réseau.

Par le biais de staffs inter-maternités, les dossiers les plus délicats sont discutés.

Les activités du réseau sont évaluées grâce aux données du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ;
Quatre autres commissions travaillent à l'efficacité du réseau en traitant respectivement de la régulation, des protocoles, de la formation continue, et des aspects administratifs et économiques.

D'après le rapport d'activité des maternités des Pays de Loire, année 2001, vingt-huit maternités participaient alors à ce réseau.

Un projet de coopération avec les médecins libéraux représentés par l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de Loire est en cours.

L'objectif de ce projet est de décloisonner les pratiques concernant le suivi de grossesse permettant aux médecins de ville de travailler conjointement avec les spécialistes pour optimiser la prise en charge de la femme enceinte.

Un référentiel intitulé « Recommandations pour le suivi de la grossesse à bas risque » a été élaboré.

Un autre outil essentiel à mettre en place est le dossier informatique partagé.

LE DOSSIER COMMUN DE SUIVI DE GROSSESSE

I- DEFINITION

La définition du mot *dossier* du dictionnaire Larousse est la suivante :

- Ensemble de documents se rapportant au même sujet, à la même affaire.
- Chemise de carton léger dans laquelle des documents se rapportant au même sujet sont groupés.

le désignant ainsi comme un contenu et un contenant.

Le contenu du **dossier médical** est essentiellement représenté par un recueil d'informations concernant le patient, fait par un professionnel de santé. Ces données peuvent être de natures différentes et complémentaires :

- administratives
- informatives quant à l'état de santé du patient et son mode de vie (antécédents, observation, examen clinique, examens complémentaires)
- informatives quant à la prise en charge du patient : synthèse avec réflexion sur la décision thérapeutique, la conduite à tenir, les correspondances...

Ces informations pourront être partagées entre les professionnels de santé et avec le patient.

Quant au contenant, outre la chemise de carton pré-citée, il est maintenant plus d'actualité d'envisager le traitement informatique de ces données. Je reviendrai ultérieurement sur les avantages de l'informatisation du dossier médical.

La terminologie de dossier du patient est plus volontiers acceptée dans les différentes publications; elle lève l'ambiguïté de l'appartenance du dossier au seul milieu médical et permet de considérer le patient comme élément central de sa prise en charge.

Le dossier de suivi de grossesse est particulier en ce sens qu'il concerne une patiente à un moment donné de sa vie, au moment d'une grossesse, état à priori physiologique.

Néanmoins, il ne faudra pas négliger qu'il concerne une patiente avec tout ce que cela implique, c'est à dire la prise en compte de son environnement familial, de son statut social, de son passé médical, chirurgical, obstétrical et de son état de santé global au moment de sa grossesse.

Son contenu, outre ce qui vient d'être cité, doit faire apparaître les différents examens cliniques de la surveillance de la grossesse, les examens complémentaires obligatoires et recommandés...

Il demeure un dossier médical et est ainsi régi par les mêmes règles pour sa tenue, sa communication.

Au sein d'un réseau de santé, cet outil qu'est le dossier médical prend toute son importance car c'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de la prise en charge et avec le ou la patient(e). Il aide à la continuité des soins.

II- OBJECTIFS

II-1 Objectifs communs à tout dossier

Il s'agit de recueillir des données utiles à la prise en charge du patient : son identification, ses antécédents, des renseignements sur son mode de vie... d'assurer un suivi optimal en minimisant par exemple le risque iatrogène par la connaissance des antécédents, des éventuelles allergies....

Le dossier est la mémoire du patient et du professionnel.

II-2 Objectifs communs à tout dossier médical partagé

Il permet la mise en commun de différentes données du patient assurant ainsi et la coordination des différents acteurs de la prise en charge et la continuité des soins. On peut ainsi penser améliorer la qualité de prise en charge du patient.

Dans le domaine de la périnatalité, l'AUDIPOG rappelle lors du séminaire du 06/05/2004 que le dossier commun, au sein d'un réseau, est né de « de la volonté commune de mettre en place un système d'information commun et donc d'avoir des objectifs communs. »

Ainsi, au sein d'un réseau, il est utile dans le partage de l'information ainsi accessible à chaque intervenant, dans le cadre d'un suivi conjoint. Il vise à adopter un langage commun, à rechercher les mêmes données pour suivre les mêmes protocoles de suivi et de prise en charge, avoir une conduite dirigée et uniforme et ce, dans l'intérêt du patient, c'est à dire avoir une réponse adaptée à une certaine situation avec une prise en charge codifiée au mieux.

II-3 Objectifs du dossier de suivi de grossesse au sein d'un réseau Ville-Hôpital

C'est un outil primordial de communication entre les intervenants participant au réseau en vue d'effectuer un meilleur suivi pour la patiente. Il a en effet pour objectif, au sein d'un réseau de suivi de grossesse, de renseigner les différents acteurs de la prise en charge de la grossesse dont les rôles et missions seront rappelés plus tard.

Les données recueillies le sont dans le but de déterminer le niveau de risque de la grossesse dès le début de la prise en charge, de respecter les règles de suivi pré-établies et validées par chaque acteur du réseau, de pouvoir évaluer à tout moment un facteur de risque et de décider ainsi la nécessité d'un avis spécialisé ou d'une hospitalisation.

Ces données permettront donc de différencier une grossesse à haut risque d'une grossesse à bas risque. Rappelons la définition donnée dans la conférence de consensus sur la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés dans les grossesses à haut risque [24] : « une grossesse est à haut risque si l'environnement maternel ou les antécédents obstétricaux présentent un risque significatif pour l'état de santé de la mère ou du fœtus. A l'opposé, peut être considérée comme à bas risque toute grossesse qui n'est pas à haut risque. »

La qualité de tenue du dossier de suivi de grossesse sera le témoin de l'organisation du réseau. Le dossier doit être le témoin de chaque intervention, comme pour tout dossier médical, les observations, les stratégies de prise en charge y sont consignées. Le dossier au sein d'un réseau, est un outil utile à l'évaluation des pratiques de ce réseau en témoignant de la démarche de coopération des différents intervenants, démarche collective et coordonnée.

Rappelons que l'évaluation d'un réseau justifie sa raison d'être.

Il doit, de plus, à mon sens, être le témoin de l'information donnée à la patiente.

III- LES UTILISATEURS

III-1 Le médecin généraliste

De par sa formation, le médecin généraliste est habilité à suivre les grossesses à bas risque.

Sa fonction de médecin de famille lui donne accès à des informations concernant la patiente et sa famille qu'il peut juger importantes à prendre en compte pour l'évaluation du risque de la grossesse. Ces informations devront donc être reportées dans le dossier de suivi et ainsi communiquées aux autres acteurs de la prise en charge tout comme le compte-rendu de ses consultations.

III-2 La sage-femme

Comme nous l'avons vu précédemment, la sage-femme est habilitée à suivre les grossesses qu'elles soient à bas risque ou pathologiques (et dans ce cas, sur prescription médicale). Elle peut également avoir un rôle dans la prise en charge psychologique de la grossesse en réalisant un accompagnement lors du suivi de grossesse ou de la préparation à l'accouchement.

Dans certains réseaux de suivi, elle réalise l'entretien du quatrième mois, moment primordial pour le dépistage de facteurs de risque psycho-sociaux. Elle est alors qualifiée de « Sage-Femme Réseau ».

A ce titre, l'accès au dossier lui est tout à fait permis, voire obligatoire pour y retranscrire ses comptes-rendus.

III-3 Le gynécologue libéral

Le suivi des grossesses à bas risque lui revient lorsqu'il est dans la continuité du suivi d'une patiente. Rappelons également que le libre choix du praticien par la patiente est tout à fait applicable au fonctionnement en réseau.

III-4 L'obstétricien

Il doit obligatoirement réaliser les consultations des huitième et neuvième mois de la grossesse. Le dossier médical préalablement rempli est le témoin de l'état de santé de la patiente et de ce qui a été réalisé en terme de suivi. Il est un outil indispensable, réalisant une synthèse des actes faits, des événements survenus au cours de la grossesse. Le spécialiste peut ainsi décider, en connaissance de cause,

de la conduite à tenir.

Par ailleurs, l'accès au dossier doit lui être possible à partir du moment où un avis spécialisé ou une consultation en urgence lui sont demandés.

III-5 Le médecin du travail

Une mention particulière est à apporter concernant le service de médecine du travail car le médecin du travail ne dispose d'aucune prérogative légale d'accès au dossier d'un agent de l'entreprise, en l'occurrence de la patiente. Il peut donc être conseillé à la patiente de consulter son médecin du travail pour différentes raisons, que ce soit pour un aménagement de poste ou pour un arrêt de travail, mais, toute liaison entre le médecin traitant et le médecin du travail doit se faire avec l'intervention et la participation de la salariée elle-même[25].

IV- LE DOSSIER : UN SUPPORT POUR L'INFORMATION

IV-1 Objectif

Dans un contexte où l'on se questionne en vue de l'amélioration de la prise en charge de la femme enceinte, il apparaît que l'une des solutions peut être de placer la patiente au centre de son suivi. Les informations, qu'elles relèvent de ses droits, de sa santé et de celle de son bébé à naître sont essentielles pour un meilleur vécu de la grossesse, pour une meilleure prévention des risques. La patiente est actrice de sa prise en charge ; on pourra même l'inciter à établir un vrai projet de naissance, par exemple.

Dans tous les cas, nous insisterons sur le fait que l'information donnée au patient s'intègre dans un contexte d'échanges entre le professionnel de santé et le patient. Ainsi, la plupart du temps, elle se fera oralement, en réponse aux questions que se pose le patient, par exemple.

Néanmoins, les exemples de dossiers consultés (support papier) étaient tous deux des supports écrits de l'information (concernant les différentes structures d'accueil, par exemple). Nous considérerons que l'information écrite vient en complément de l'orale.

IV-2 Cadre législatif

L'information a maintenant un cadre légal (loi n°2002-303 du 04 mars 2002 et décret n°2002-637 du 29 avril 2002 (annexe 4).

Le médecin a pour obligation d'informer le patient et il doit, de plus, pouvoir donner la preuve qu'il s'est bien acquitté de cette obligation.

IV-3 Caractéristiques

L'ANAES a fait six propositions de recommandations afin d'apporter une information pertinente et de qualité au patient [32] :

- déterminer le contenu de l'information à donner au patient
 - faire en sorte que les informations données soient objectives et validées
 - réfléchir à la manière de présenter les risques et leur prise en charge
 - veiller à ce que l'information donnée soit comprise
 - faire en sorte que les documents donnés aient une fonction strictement informative
 - veiller à ce que l'information soit envisagée comme élément du système de soins

Quant au suivi de grossesse, l'information porte sur :

- Le déroulement de la grossesse et la réalisation des différents examens complémentaires (échographies, bilans sanguins...); Une mention particulière est à apporter quant à l'évaluation du risque de trisomie 21 par le dosage des marqueurs sériques maternels. L'information a été rendue obligatoire par le décret N°95-959 du 06/05/95 (article R 162-16-7). Libre à la patiente de faire réaliser ce dépistage une fois l'information donnée; La signature d'un consentement écrit est donc requise (décret n°97-579 du 28/05/97) pour la réalisation de ce test appelé « triple test ».
- Les conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de maladies telles toxoplasmose, listéria, CMV, le sevrage de toute dépendance (tabac, alcool notamment).
- Les motifs de consultations nécessaires (si contractions, fièvre, douleurs urinaires...)
- Le droit de la patiente (congé maternité, couverture sociale, prestations familiales...)
- La préparation à l'accouchement
- Les différentes maternités et les services qu'elles proposent
- Allaitement
- Les possibilités de sorties précoces (suivant la patiente)

Des supports en forme de fiches peuvent être proposés (annexe 5).

IV-4 recommandations

Il est recommandé de noter dans le dossier médical la nature et la date de délivrance de ces informations en précisant si elles ont été données de façon orale

ou écrite.

V- L'INFORMATISATION DES DONNEES

V-1 Le contexte général

L'outil informatique prend de plus en plus de place de par les services qu'il rend, ne serait-ce que pour communiquer. Actuellement, il semble que 85% des praticiens, généralistes ou spécialistes, soient informatisés et 40% à 60% d'entre eux, selon les sources, utilisent un dossier informatisé.

Au sein des réseaux de soins périnataux, on note la volonté de faire un véritable effort en ce sens et d'exploiter les avantages que présente l'outil informatique dans la communication des informations entre les professionnels de la naissance. Des systèmes de visio-conférence ont été mis en place afin de réaliser des staffs inter-maternités.

V-2 Les avantages du dossier informatique

V-2-1 Le cadre juridique

Le dossier informatique est maintenant reconnu sur le plan juridique :
Article 1316-3 du code civil inséré par la loi 2000-230 du 13 mars 2000 :

« L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier. »

Par ailleurs, il existe maintenant un cadre juridique quant à l'échange de données par l'informatique. La loi du 04 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité de système de santé rappelle que la conservation sur support informatique et la transmission par voie électronique entre professionnels des informations médicales personnelles doivent respecter des règles qui seront définies par décret.

V-2-2 L'accès aux informations

Dans son rapport sur le dossier partagé [33], le Professeur Fieschi insiste sur la dimension pratique de l'utilisation du dossier patient électronique qui permet de « s'affranchir de la forme du contenant et du mode de rangement ». La personne le consultant accède aux données comme elle le désire, selon l'axe qu'elle veut : chronologique, anamnèse, historique de la biologie, des examens complémentaires,...

V-2-3 Le recueil et le partage des données

On peut penser que l'informatisation du dossier médical permet un recueil plus exhaustif, plus rapide des données médicales, favorisant ainsi le temps imparti à l'écoute de la patiente [34]. La communication entre les professionnels de santé (duplication, correspondances...) peut être facilitée.

V-2-4 Les aides, les alertes

Dans l'état des lieux sur le dossier médical en médecine générale fait par l'ANAES [27], il est rapporté que : « Des études méthodologiquement solides

portant sur les rappels automatiques et les aides à la planification des soins ont bien montré la capacité de ces dispositifs à améliorer les performances du médecin ».

Le médecin généraliste place dans les priorités du contenu du dossier les fonctions d'alertes et de rappels [27].

Par ailleurs, l'utilisation de l'outil informatique permet l'accès rapide à une banque de données validées et actualisées (aides à la décision immédiate), ordonnances préétablies.

V-2-5 Sa place dans la consultation

Fait important, il ne semble pas que l'informatisation du dossier gêne le patient ; l'enquête FORMELL 2000 rapporte que, d'après les médecins interrogés, la relation avec le patient était favorisée dans 90% des cas.

Il peut même s'agir d'un gain de temps profitant au patient.

VI- EXEMPLES DE DOSSIER COMMUN

VI-1 Le guide de surveillance de la grossesse

Il est également dénommé carnet de santé maternité. Il est délivré à toute femme enceinte après que la déclaration de grossesse ait été faite et ce, par le Conseil Général de chaque département (arrêté du 16 novembre 1992). Il est la propriété de la patiente qui le garde en sa possession et l'apporte à chaque consultation. Ce document réalise ainsi un carnet de liaison entre les différents acteurs de la prise en charge de la patiente. Il comporte également des informations destinées à la patiente portant sur le déroulement de la grossesse, sur les droits, les aides possibles, les organismes responsables.

VI-1-1 Cadre législatif

Article L2122-2 du code de la santé publique :

« Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors de son premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse. Un arrêté interministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens prescrits en application de l'article L2122-1 et où sont également notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la future mère.

Le carnet appartient à la future mère. Celle-ci doit être informée que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

A la demande du père putatif, le médecin peut rendre compte à celui-ci de l'état de santé de la future mère, dans le respect des règles de la déontologie médicale. »

VI-1-2 Description

Il se présente sous la forme d'un carnet d'un format de 145*210mm.

Il se décompose en deux parties :

- Des pages fixes qui sont des pages comportant essentiellement des informations destinées à la patiente : évolution et déroulement de la grossesse, conseils sur le mode de vie à privilégier, les droits et les aides possibles, l'accouchement et la période post-natale.
- De trois feuillets détachables et autocopiants (un exemplaire destiné à la patiente et un autre au médecin suivant la grossesse) constituant le dossier médical.

Le premier feuillet est intitulé « dossier médical » et comporte les informations administratives et générales de la patiente, ses antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux. La présentation est synthétique et les renseignements obtenus sont peu précis mais l'avantage est d'essayer de cerner la patiente au mieux.

Le deuxième feuillet concerne la grossesse actuelle et les consultations prénatales ; il a l'avantage d'une présentation pratique sous forme de tableau avec donc une « bonne vue d'ensemble ». Il manque en revanche certaines données comme le dépistage du risque de trisomie 21 et de fermeture du tube neural, le dépistage du diabète gestationnel. Une actualisation des examens doit être faite.

Le troisième feuillet concerne l'accouchement et le post-partum immédiat. Des données sur la santé de l'enfant peuvent également être reportées.

- Par ailleurs, une fiche de liaison avec le médecin du travail est disponible.

VI-1-3 Son utilisation

On ne sait, à ce jour, comment et par qui ce carnet est utilisé. Il semble ne l'être que très peu. Une étude sur les pratiques de suivi de grossesse [34] en Normandie a permis de conclure qu'il était rempli dans 51 % des suivis et que les femmes médecins l'utilisaient plus que leurs confrères, avec toutefois un taux de 58% (contre 44%) qui peut paraître insuffisant. Les différentes raisons invoquées recueillies de façon informelle, sont les suivantes : la date d'envoi par les caisses est trop tardive, la patiente ne l'amène pas aux consultations, double-emploi par rapport au dossier propre du médecin.

VI-1-4 Conclusion

Le reproche pouvant lui être fait est, tout du moins, la qualité des informations qu'il diffuse, l'avantage étant qu'il s'agit toujours d'un support ouvrant à discussion avec son médecin traitant et qu'il s'agit d'un moyen de communication actuellement en place entre les intervenants du suivi de grossesse.

Une mise à jour pourrait s'avérer nécessaire, de même qu'une évaluation.

Il reste néanmoins le seul sur le plan national. Son emploi demeure toutefois recommandé et doit être favorisé [16] et ce, toujours dans un souci de coordination des soins et d'amélioration de la prise en charge de la grossesse.

VI-2 Exemple de dossier de suivi de grossesse en fonctionnement au sein d'un réseau

VI-2-1 Le dossier de suivi commun du réseau de santé du Haut-Nivernais

VI-2-1-1 Description

Il a été élaboré par les différents acteurs du réseau dès 1995. Ce dossier de suivi se présente sous la forme d'un carnet du même format que le carnet de santé maternité, délivré à la femme par le médecin lors de la première consultation.. Ils sont ensuite remplis par les médecins et sages-femmes à chaque intervention. Chaque décision y est notifiée. La sage-femme réseau y note l'ensemble des informations recueillies lors de la visite au domicile de la patiente ainsi que la décision d'une prise en charge particulière avec un suivi particulier.

Il comprend en outre :

- Une fiche de synthèse, récapitulant le calendrier de la grossesse, les examens à réaliser en fonction du terme ainsi que la conduite à tenir en fonction des résultats.
- Une feuille concernant la grossesse actuelle et situant sa prise en charge ;
Un récapitulatif des antécédents familiaux, paternels, maternels (chirurgicaux, médicaux, gynécologiques, obstétricaux) ;
- Plusieurs fiches de consultation, toutes sur le même modèle.

Par ailleurs, en premières pages, la patiente a accès à plusieurs informations portant respectivement sur le réseau avec une présentation de ses acteurs (les médecins généralistes, le gynécologue obstétricien, la sage-femme réseau, la puéricultrice, le centre médico-psychologique). Les médecins et le personnel y sont nommés. Les différentes consultations et les ateliers proposés par la maternité de Clamecy sont énumérés.

VI-2-1-2 Utilisation

84% des femmes qui ont accouché à Clamecy l'ont apporté au moment de l'accouchement. Dans les 16% restants, soit le carnet avait été oublié au domicile, soit il n'avait jamais été distribué.

Cependant, au premier semestre 1997, le taux de distribution a presque atteint les 100% [21].

Il est financé par l'URCAM et l'ARH dans le cadre de la dotation régionale pour le développement des réseaux.

VI-2-2 Le dossier informatique : les Communautés Périnatales

Le dossier de suivi de grossesse est informatisé. Il utilise un logiciel sécurisé et partagé. Ce logiciel fait appel à un référentiel connu de tous les participants et conforme aux bonnes pratiques de la communauté scientifique et validée par le réseau. Un système de liens et d'alertes a été mis en place, évitant le moindre oubli dans le suivi.

L'accès au dossier se fait par la saisie d'un identifiant et d'un mot de passe. Et

ainsi, chaque établissement du réseau peut accéder au dossier en temps réel.

VII- LE CONTENU

Son contenu tient compte des recommandations de l'ANAES pour la tenue du dossier médical [26] [27], d'un référentiel validé [28], et des exemples existant (carnet de santé Maternité, carnet de suivi du réseau du Haut- Nivernais).

Il est évident que sont ici exposés les éléments devant figurer dans le dossier de suivi de grossesse quelqu'en soit sa forme, qu'il soit sur support papier ou informatisé (procédure de soin précise). Les données devant apparaître sont les mêmes, seule la forme varie.

Après un rappel des recommandations pour le suivi de la grossesse à bas risque, j'établirai le descriptif analytique du contenu u dossier proposé ensuite.

VII-1 Recommandations

VII-1-1 Recommandations_de l'ANAES [27] concernant le contenu du dossier médical en médecine générale

Les informations à recueillir sont présentées dans le tableau suivant, selon leur nature et leur caractère indispensable ou non :

Identification	
Nom complet actualisé	Indispensable
Sexe	Indispensable
Date de naissance	Indispensable
Numéro de dossier	Souhaitable
Symbole pour signaler les homonymes	Souhaitable

Informations administratives	
Adresse	Indispensable
Téléphone	Indispensable
Profession	Indispensable
Numéro de sécurité sociale	Souhaitable
Affection de longue durée	Souhaitable
Tuteur, curateur, tiers-payeur mutuelle	Souhaitable
Données d'alerte	Indispensable
Rencontre	
Nom du médecin	Indispensable
Date de la rencontre	Indispensable
Type de contact	Souhaitable
Données significatives de la rencontre	Souhaitable
Conclusion/synthèse de la rencontre	Indispensable
décisions	Indispensable
Histoire médicale actualisée et Facteurs de santé	
Antécédents personnels	Indispensable
Antécédents familiaux	Indispensable
Allergies et intolérances médicamenteuses	Indispensable
Facteurs de risque	Indispensable
Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage	Indispensable
événements biographiques significatifs	Souhaitable

VII-1-2 Recommandations pour le suivi clinique de la femme enceinte à bas risque

VII-1-2-1 Les consultations

VII-2-1-1-1 Leur nombre :

Une consultation mensuelle avec un examen clinique mensuel est un acte essentiel de la surveillance de la grossesse [28].

Les résultats des études publiées concernant le nombre optimal de consultations prénatales ne permettent pas d'en préciser le nombre idéal [29].

Rappelons que les consultations prénatales obligatoires et remboursées à 100% sont au nombre de sept. Les consultations obligatoires ne le sont réellement que pour assurer à la patiente des droits aux prestations familiales ; le premier examen a lieu dans le premier trimestre de grossesse et donne lieu à la déclaration de grossesse. Il est suivi d'une consultation mensuelle les six mois restant. Une consultation post-natale dans les huit semaines suivant l'accouchement est également prévue.

La mise en place d'une consultation au quatrième mois, entretien avec une sage femme est d'actualité et est effective dans certains fonctionnements comme les réseaux Ville-Hôpital qui sont cités dans cette thèse. Il semble que ce soit un moment privilégiée entre la patiente et la sage-femme. Il s'agit en fait d'un entretien

plus que d'une consultation. C'est un temps d'écoute nécessaire à la sage-femme pour établir une évaluation du risque de la grossesse en cours, mais aussi utile à la patiente dans le sens où elle pourra avoir réponse à ses éventuelles interrogations.

VII-1-2-1-2 Leur spécificité

- La première consultation après confirmation de la grossesse est importante. C'est une consultation qui devra prendre un certain temps dans la mesure où elle va permettre de commencer à compléter le dossier de suivi de grossesse qui suivra la patiente lors de toutes les consultations.

Elle peut sembler fastidieuse mais il est important qu'elle soit correctement faite. Parallèlement, c'est aussi un des premiers contacts avec le corps médical pour la femme enceinte. Il est donc aussi important de trouver du temps pour l'information concernant le déroulement de la grossesse, décrire le calendrier avec les différentes formalités administratives, les différentes échéances pour la réalisation des examens nécessaires, un temps pour l'examen et l'écoute de la patiente.

L'interrogatoire se terminera donc par le déroulement de la grossesse actuelle, avec plusieurs items concernant l'état général de la patiente, son état psychologique et son état physique.

- D'après le décret de périnatalité de 1998, la consultation spécialisée doit avoir lieu au début du troisième trimestre en l'absence de facteur de risque quelconque.

Les consultations des huitième et neuvième mois sont donc effectuées dans la maternité où l'accouchement est prévu, par le spécialiste pressenti.

Elles ont comme finalités d'établir un pronostic obstétrical de l'accouchement en fonction du mode de présentation, du volume fœtal, de l'évaluation du bassin et de prévoir les modalités d'accouchement (spontané ou provoqué, voie basse ou césarienne).

Il faut également prévoir une consultation d'anesthésie au huitième mois (décret n°94-1050 du 05/12/94).

VII-1-2-1-3 Leur déroulement

Il sera décrit dans le détail ultérieurement.

- L'interrogatoire porte sur l'état physique, psychologique de la patiente, la survenue d'événements entre chaque consultation, qu'ils soient en rapport avec la grossesse ou non.

- L'examen clinique

Une partie est réservée à l'examen clinique qui doit être systématique et uniforme suivant les médecins. Il doit être général et obstétrical

- La synthèse avec la conduite à tenir, la demande d'un avis spécialisé ou d'un examen complémentaire et les prescriptions si nécessaire.

VII-1-2-2 L'examen clinique

Il comporte :

- La mesure de la pression artérielle : des chiffres supérieurs à 140 mm Hg/90 mm Hg sont pathologiques (mesure à deux reprises chez une patiente allongée ou demi assise).

- La mesure de poids : prise mensuelle de 1 kg puis 2 kg les deux derniers mois.

- La surveillance de l'état veineux à la recherche de signe d'insuffisance veineuse voire même de phlébite.
- L'existence ou non d'oedèmes.
- Un examen gynécologique et obstétrical :
 - La mesure de la hauteur utérine doit être pratiquée à chaque consultation à partir de la seizième semaine d'aménorrhée. Elle ne peut être interprétée que si le début de grossesse est correctement daté. Une règle simple est appliquée : entre 4 et 7 mois, on multiplie par 4 le nombre de mois (Voaker, 1983). Cette règle demeure valable jusqu'à terme si l'on retranche 2 cm les deux derniers mois (Lansac, 1990).
 - Examen de la vulve et du vagin, à la recherche de lésions herpétiques ou autre...
 - Examen du col : position, longueur, fermé ou non, déhiscent...
 - Examen des seins à la recherche de malformations pouvant être à l'origine de difficultés pour l'allaitement...

VII-1-3 Recommandations pour le suivi échographique d'une grossesse à bas risque

Aucune échographie n'est obligatoire.

Les échographies recommandées sont au nombre de trois, toutes trois sont morphologiques. Il est important de connaître la date de réalisation de chacune et de savoir ce que l'on recherche à chaque examen et savoir pourquoi on le fait.

VII-1-3-1 L'échographie à 12 SA

Ses objectifs sont :

- d'établir la datation, de déterminer ainsi à trois jours près le début de grossesse par différentes mesures (sac gestationnel, longueur cranio-caudale, diamètre bipariétal de l'embryon)
- de mesurer la clarté nucale (normale inférieure à 3 mm), élément décisionnel dans le dépistage du risque d'anomalie chromosomique.
- de confirmer l'évolutivité d'une grossesse intra-utérine unique ou multiple ;

VII-1-3-2 L'échographie à 22 SA

Il s'agit d'une échographie permettant de diagnostiquer un trouble de croissance du fœtus et de faire le point sur la morphologie des différents organes. De même, le liquide amniotique sera quantifié.

VII-1-3-3 L'échographie à 32 SA

Elle permet de donner les derniers éléments à prendre en compte pour l'accouchement comme la présentation, l'insertion placentaire, et les dernières données biométriques qui seront à confronter à l'examen clinique du bassin. Elle permet également le dépistage des malformations à expression tardive.

VII-1-4 Recommandations pour le suivi biologique de la femme enceinte

Il faut tout d'abord savoir que lors de la grossesse, plusieurs paramètres et résultats biologiques sont modifiés. Il ne faut donc, sauf cas majeur, pas demander de bilan de dépistage sans rapport avec la grossesse. Pour exemple, le bilan lipidique peut être alarmant au moment de la grossesse et de l'allaitement et en l'absence de connaissance de cause, entraîner un régime absolument inapproprié à ce moment-là.

VII-1-4-1 Les bilans obligatoires

En revanche, certains bilans sont obligatoires et leur prescription est dictée par le code de la santé publique.

VII-1-4-1-1 Bilan initial :

Ainsi, en l'absence de résultats antérieurs documentés ou d'absence d'immunité, il est obligatoire de prescrire en bilan initial (décret n°92-143 du 14/02/1992 relatif aux examens prénuptial, pré et post-natals) :

- une sérologie rubéole

La date et le titrage des anticorps doivent être mentionnés. En cas de négativité, un contrôle mensuel doit être demandé jusqu'à 20 SA et une vaccination en post-partum est impérative.

A noter qu'en cas de résultat antérieur à 24 mois, il est préférable de redemander un contrôle. On observe effectivement des négativations [30].

- une sérologie toxoplasmose

En cas de positivité, il est important de noter le titrage des anticorps. Une sérologie mensuelle est à demander jusqu'à la fin de la grossesse en cas de négativité

- une sérologie syphilis (TPHA, VDRL)

Elle demeure obligatoire.

- un groupe sanguin ABO phénotypes Rh et Kell

Une carte de groupe sanguin doit comporter deux déterminations, phénotypées, l'adresse de la patiente et être faite dans le même laboratoire. (arrêté ministériel du 26/04/02)

- la recherche des agglutinines irrégulières

Elle est obligatoire à la déclaration de grossesse. En cas de rhésus négatif ou d'antécédent transfusionnel, elle demeure obligatoire aux sixième, huitième et neuvième mois de grossesse.

En cas de positivité, il faut demander le titrage et l'identification des anticorps.

- albuminurie et glycosurie

C'est un dépistage facile grâce aux bandelettes urinaires. Il doit être réalisé tous les mois. Le résultat est pathologique au-delà de deux croix à la bandelette urinaire. Un ECBU s'impose alors ainsi que la recherche d'une protéinurie des 24h et la patiente est orientée pour un avis obstétrical.

VII-1-4-1-2 Au sixième mois de grossesse

- numération de formule sanguine à la recherche d'une anémie gravidique. Celle-ci se définit par un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl aux premier et troisième trimestre et à 10.5 g/dl au deuxième trimestre.

- Antigène HBs

VII-1-4-2 Les bilans recommandés :

Suivant le contexte et les antécédents, la prescription d'une sérologie de l'hépatite B avant le sixième mois pourra être demandée, tout comme la sérologie de l'hépatite C.

La sérologie VIH doit être obligatoirement proposée en début de grossesse depuis une loi de 1993 [31] mais non imposée et doit être faite avec l'accord de la patiente.

Il est également recommandé de dépister (afin de les traiter) toute bactériurie asymptomatique, tout comme de faire pratiquer un ECBU mensuel en cas d'antécédent d'infection urinaire (avant ou au cours de la grossesse, d'uropathie, de diabète ou en cas de bandelette urinaire positive [28].

Il est recommandé de pratiquer un dépistage systématique du diabète gestationnel entre 24 et 28 SA par la prescription d'un test de O'Sullivan.

Le dosage des marqueurs sériques maternels pour l'évaluation du risque de trisomie 21 doit être obligatoirement proposé. L'information sur sa réalisation et sur ses limites doit obligatoirement être donnée (décret n°95-559 du 06/05/95).

Si la patiente accepte le prélèvement, elle doit signer un consentement éclairé (décret 97-579 du 28/05/97).

La recherche du portage du streptocoque B est recommandée entre 34 et 38 SA (30).

Le dosage de l'uricémie peut être recommandé chez les femmes présentant une HTA gravidique (facteur prédictif de complications). Ou en début de grossesse comme élément de comparaison ultérieure, chez les femmes à risque vasculaire (antécédent d'hypertension gravidique personnel et/ou familial[28].

Nous n'aborderons pas plus les recommandations des examens à réaliser en fonction du risque ; Chaque cas sera particulier et à traiter en fonction de la situation clinique et biologique.

VII-2 Description analytique

Un principe de base pour compléter ce dossier est d'écrire ce qu'on fait et de faire ce que l'on écrit. C'est pourquoi il comprendra une énumération d'items qui pourra sembler fastidieuse à lire et remplir mais la réponse binaire par l'affirmative ou non permettra de savoir si la question a été posée et ainsi l'information recherchée.

Un questionnaire standardisé permet de recueillir près de 100% des informations alors qu'un interrogatoire sans support en recueille au mieux 66% [26].

Chaque question doit avoir sa raison d'être, que ce soit pour évaluer un facteur de risque, pour savoir s'il faut demander un bilan ou s'enquérir d'un avis spécialisé.

La présentation est faite de sorte que la saisie des données ne se fasse qu'une seule fois. Néanmoins, on peut envisager, qu'avec l'outil informatique, on puisse avoir recours d'emblée à une seule saisie, les données pouvant automatiquement reportées dans une rubrique donnée à partir du moment où il y a eu saisie.

Je vais donc reprendre les différentes fiches, les unes après les autres :

VII-2-1 La fiche administrative

Elle doit être obligatoire en raison de son importance pour l'identification de la patiente, ainsi que pour pouvoir la contacter en cas de nécessité. Pour cette raison, Les coordonnées de la patientes doivent être à disposition des différents intervenants. Elles doivent être tenues à jour et chaque changement doit être signalé.

Parallèlement, un numéro de dossier pourra être attribué et clairement noté afin de pouvoir envisager un éventuel archivage dans un deuxième temps ou bien utiliser les données du dossier à des fins d'études statistiques et d'évaluation du fonctionnement du réseau.

VII-2-2 Des renseignements généraux

VII-2-2-1 Contexte socio-familial

Utiles à recueillir, les renseignements sur l'environnement familial et le contexte socio-économique dans lesquels la patiente évolue sont autant d'indicateurs pouvant donner un aperçu d'un éventuel risque social. Les informations utiles pour juger du contexte social, de la suffisance ou non des revenus sont la couverture sociale et la nature des revenus. On sait que parmi les raisons d'un

mauvais suivi de grossesse, les difficultés financières, et/ou familiales sont souvent évoquées [1].

Ces données seront recueillies par le médecin faisant la première consultation. Elles participeront à un pré-dépistage en quelque sorte, le risque social pouvant être réévalué et /ou confirmé par la visite à domicile d'une « sage femme réseau »(dans le cas où le poste existe au sein du réseau).

Par ailleurs, la patiente, s'il est jugé nécessaire, pourra d'emblée être orientée vers un travailleur social pour essayer de régler les soucis administratifs et matériels, les services de PMI pourront eux-aussi être contactés, et ce, dans un but de suivi optimum et de souci d'encadrement pouvant pallier les insuffisances familiales. Ainsi, certains réseaux font également appel au centre médico-psychologique.

VII-2-2-2 Le risque professionnel

Seront également précisées la situation professionnelle de la patiente et en cas d'activité professionnelle, la catégorie professionnelle à laquelle elle appartient afin d'évaluer les différents facteurs de risque que ce soit dans la pénibilité du travail effectué ou dans le maniement de substances toxiques (éthers de glycol). On pourra alors décider d'emblée d'orienter la patiente vers le service de médecine du travail de son entreprise pour qu'un aménagement de son poste soit envisagé ou qu'un arrêt de travail soit prescrit.

C'est aussi l'occasion d'informer la patiente sur le congé maternité (annexe 5).

VII-2-3 Les antécédents

Il est nécessaire de notifier tout antécédent important, c'est à dire ayant une incidence sur le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement, ou sur l'état de santé de l'enfant à naître, qu'il soit médical, gynécologique, obstétrical, ou chirurgical.

Il est important de savoir pourquoi on les recherche et quelle conduite à tenir en découlera : orientation vers un avis spécialisé, prescription de bilans complémentaires qu'ils soient biologiques ou morphologiques. Au contraire, l'absence d'antécédent particulier permet de penser qu'il s'agit d'une grossesse à priori à bas risque. On s'assure ainsi que la question a été posée par une réponse binaire (positive ou négative). On a le mérite d'être le plus exhaustif possible.

Seront ainsi systématiquement recherchés :

- Les antécédents du père de l'enfant à naître
- Les antécédents de la mère (conduites addictives éventuelles, antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux)

VII-2-4 La fiche de synthèse

Elle donne suite à la recherche des antécédents et pourra commencer à être complétée dès la première consultation en ce qui concerne le statut sérologique et le groupe sanguin, Rhésus de la patiente. Puis le complément de cette fiche se fera au fil du déroulement de la grossesse par l'inscription des différents résultats des examens complémentaires prescrits.

Elle a le mérite de faire apparaître sur un même document les résultats essentiels utiles pour faire le point rapidement sur le suivi et le déroulement de la grossesse. Cela peut être utile en cas de consultation inopinée ou en salle

d'accouchement par exemple.

Une étude a permis de montrer que le médecin était plus apte à prédire un résultat de laboratoire ou l'évolution d'un symptôme lorsqu'il disposait d'une fiche de synthèse ce qui permettait aux médecins de prendre de meilleures décisions [26].

VII-2-5 Le calendrier de grossesse

Il doit figurer clairement dans le dossier. En effet, et pour des raisons administratives, et pour des raisons médicales, certaines dates sont essentielles.

VII-2-5-1 Raisons administratives

Ainsi la déclaration de grossesse doit se faire avant la quinzième semaine d'aménorrhée. Elle peut néanmoins avoir lieu à n'importe quel terme de la grossesse et ce, lorsque la femme consulte pour la première fois. Elle donne lieu à l'ouverture de droits avec des pénalités en fonction du retard. Dès lors, un calendrier de suivi de grossesse comportant les dates de « consultations obligatoires » est envoyé par la caisse d'assurance maladie à la patiente.

VII-2-5-2 Raisons médicales

Tout d'abord, déterminer précisément le début de grossesse permet de donner une date présumée d'accouchement (neuf mois après le début de grossesse ou 41 SA) et ainsi définir le terme à chaque consultation, important pour diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré ou encore un éventuel retard de croissance intra utérin. Par ailleurs, les dates des échographies sont également à noter. Elles doivent avoir lieu à 12, 22 et 32 SA. Elles sont toutes morphologiques et le terme auquel elles sont réalisées est important pour différents dépistages (exemple de la clarté nucale qui peut disparaître après 13 SA).

Pour des raisons organisationnelles, il est préférable de prendre les rendez-vous au plus tôt.

De même, le dosage des marqueurs sériques maternels en vue de l'évaluation du risque de trisomie 21 doit être réalisé entre 14 et 17+6 SA pour être fiable.

L'amniocentèse précoce, si indiquée, est à prévoir dès 16 SA.

Le dépistage de diabète gestationnel qui doit avoir lieu entre 24 et 28 SA.

VII-2-6 Les fiches de consultation

Chaque consultation obstétricale suit le même schéma. Elle comprend une première partie avec l'interrogatoire, la deuxième étape est celle de l'examen clinique et la dernière est celle de la synthèse pour établir la conduite à tenir (nécessité d'une prescription de bilans complémentaires ou médicamenteuse, demande d'avis spécialisé ou indication d'une surveillance accrue ou d'une hospitalisation...).

Le rappel des prescriptions obligatoires ou recommandées est important à faire à chaque consultation dans la mesure où le bilan à demander est différent selon le terme et les résultats antérieurs. Il peut paraître un peu fastidieux de devoir tout saisir, notamment au niveau des prescriptions qui sont rappelées à chaque consultation.

Néanmoins, l'outil informatique, dans ce cas, facilitera la saisie en raison de fonctions telles que les fonctions d'alerte ou l'existence de liens.

Des fiches standard de consultations peuvent très bien être utilisées si une consultation avait lieu en urgence. On peut imaginer qu'elle comporte l'interrogatoire avec le motif de consultation, l'examen clinique et la synthèse de l'observation.

Toute prise médicamenteuse et toute intervention d'un professionnel de santé doivent être reportées.

VII- 2-7 Les intervenants

Les coordonnées des différents acteurs de la prise en charge de la patiente apparaissent clairement dans un tableau et sont notées une fois pour toutes par l'intervenant lui-même lors de sa première consultation. Elles sont ainsi accessibles aussi bien pour la patiente que pour chaque soignant favorisant ainsi les différentes correspondances ou communications.

VIII- PROPOSITION DE DOSSIER DE SUIVI DE GROSSESSE

Le dossier ici présenté n'est qu'un exemple. Il transcrit sur papier les données qui, à terme, devront apparaître dans le cadre d'une procédure de soin informatisée de suivi de grossesse. Il n'a pas fait l'objet d'une validation des professionnels de la naissance pouvant l'utiliser. Néanmoins, il peut tout à fait être un point de départ utile au groupe de travail désigné pour l'élaboration d'un tel dossier dans le cadre du projet du réseau Ville-Maternité de suivi de grossesse.

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / / 19

Age :

Nationalité :

Adresse : n° , rue

Immeuble :

Code postal :

Ville :

	OUI	NON
Malformation		
Maladie génétique		
Maladie chromosomique		
Autre		
Téléphone : fixe	Portable	

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Situation familiale :

- Vivant en couple, Non mariée
 Vivant seule Séparée Veuve

Situation sociale :

- Sans profession Activité indépendante
 Activité salariée AME
 Chômage CMU

Risques professionnels : Non Oui

Si oui, le ou lesquels :

- Utilisation de toxiques professionnels(solvants, éthers de glycol)
 Contacts avec des enfants
 Transports
 Autres

LES ANTECEDENTS PATERNELS

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

Origine géographique :

Groupe sanguin : **Rhésus :**

Antécédents familiaux ou maladie héréditaire :

Oui

Non

Si oui, le ou laquelle :

LES ANTECEDENTS MATERNELS

Taille :

Poids habituel :

BMI :

Origine géographique :

Antécédents familiaux ou maladie héréditaire :

Oui Non

Si oui, le ou laquelle :

	mère	père
Malformation		
Maladie génétique		

Maladie chromosomique		
diabète		
Hypertension ou HTA gravidique		
Phlébite, Embolie pulmonaire		
Trouble de la coagulation		
Autre		

Conduites addictives :

Tabac Non
 Oui et Nombre de cigarettes/jour :

Alcool Non
 Oui et Quantité en verres/jour :
Type d'alcool :

Toxicomanie Non Oui IV Autres

Antécédents médicaux :

Asthme Oui Non
Epilepsie Oui Non
Diabète Oui Non
HTA Oui Non
Trouble de la coagulation Oui Non
Maladie thromboembolique Oui Non
Cardiopathie Oui Non
Infection urinaire : basse / haute Oui Non
Maladie auto-immune Oui Non
Autre Oui Non

Allergie :

Antécédent de transfusion :

Antécédents chirurgicaux : Oui Non

Appendicectomie Oui Non
Chirurgie pelvienne Oui Non

Chirurgie du périnée
Autre

Oui Non
 Oui Non

Antécédents gynécologiques :

FCV fait le :

résultat :

Herpès génital
Salpingite
Antécédent distilbène
Malformation génitale
Fibrome
Traitement de l'infertilité
Autre

Oui Non
 Oui Non
 Oui Non
 Oui Non
 Oui Non
 Oui Non
 Oui Non

Antécédents obstétricaux :

Date	Lieu	Grossesse (antécédent de pathologie ou N)	Term e	Accouchement (césarienne, instrumentation, voie basse)	Enfant (poids, malformation...)	Allaitement, Post-partum

Immunothérapie anti- D

Oui Non

Traitement(s) habituel(s) :

CALENDRIER DE LA GROSSESSE

Date des dernières règles :

Date de début de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Déclaration de grossesse avant 14 SA :

Faite le :

par :

Echographies

11/13 SA :

21/23 SA :

31/34 SA :

Dosage des marqueurs sériques maternels pour l'évaluation du risque de Trisomie 21 :

Si accepté, à faire entre 14 et 17.6 SA :

Amniocentèse :

A partir de la 16^{ème} SA (pour les femmes à risque) :

Dépistage de diabète gestationnel :

Entre 24 et 28SA :

FICHE DE SYNTHÈSE

Age :

Gestité :

Parité:

Poids avant la grossesse :

poids à terme :

Groupe sanguin :

Rhésus :

Carte de groupe avec 2 déterminations Oui Non

RAI (date) : Négatives Positives

Si positives, Ac :

Statut sérologique :

Immunisation toxoplasmose : Non
Oui (titrage et date)

Immunisation rubéole : Non
Oui (titrage et date)

Sérologie Syphilis : Positive
Négative

Sérologies HIV1 et 2 : Positive

Négative

Sérologie Hépatite B : Positive
 Négative

Sérologie Hépatite C : Positive
 Négative

Amniocentèse :

Dosage des marqueurs sériques (triple test), évaluation du risque :

Clarté nucale à 12 SA :

Insertion placentaire :

Présentation :

Portage streptocoque :

FICHE DE SYNTHÈSE(suite)

Événement pendant la grossesse :

Médical :

Chirurgical :

Obstétrical :

Modalités d'accouchement prévues :

Anesthésie prévue :

Thérapeutique médicamenteuse :

Traitement habituel :

Antibiothérapie, antalgiques, corticoïdes... (préciser la date, le type, la posologie et la durée) :

Résultats biologiques durant la grossesse :

terme										
tox										
rubéole										
RAI										
protéinurie										
glycosurie										
ECBU										
Hb										
Pq										
Ab HBs										
O'Sullivan										

Bilans à prévoir après l'accouchement :

Vaccinations contre la rubéole :

Immunothérapie anti-D :

LES INTERVENANTS

	Nom	Adresse	Tel.	Fax	Mail
<u>Médecin traitant</u>					
<u>Gynécologue</u>					
<u>Sage-femme</u>					

Obstétricien

Echographiste

Psychologue

Travailleur social

Autre (médecin du
travail...)

PREMIERE CONSULTATION (0/15 SA)

Date :

Consultant :

Terme :

Interrogatoire :

Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du sommeil, anxiété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles urinaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Leucorrhées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métrorragies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Examen Clinique : Poids :

PA :

Palpation abdominale :

Palpation des seins:

Examen du vagin :

col :

Frottis cervico-vaginal fait : Oui Non

Etat veineux :

Observation(s) :

Prescription(s) :

Sérologies : Toxoplasmose: Oui Non, Rubéole : Oui Non
Syphilis : Oui Non, HIV : Oui Non,
RAI : Oui Non, Groupage : Oui Non
Protéinurie, glycosurie : Oui Non, ECBU : Oui Non
Triple test : Oui Non
Echographie : Oui Non
Amniocentèse si > 38 ans : Oui Non

Thérapeutique : Oui Non
Si oui, laquelle (spécialité, posologie, durée) :

Autre :

Avis spécialisé demandé : Oui Non
Patiente adressée à :

Accompagnement psychologique : Oui Non
Aide sociale : Oui Non

INFORMATIONS DONNÉES :

Triple test orale écrite

Conseils hygiénodietétiques orale écrite

Allaitement : Oui Non

Sortie précoce : Oui Non

CONSULTATION DU QUATRIEME MOIS (16/20 SA)

Date :

Consultant :

Terme :

Interrogatoire :

Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles du sommeil, anxiété	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles urinaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Leucorrhées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Métrorragies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Contractions	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mouvements actifs du bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Prises médicamenteuses depuis la dernière consultation : Non Oui, laquelle :

Examen clinique :

Poids :

PA :

Examen des seins :

Palpation abdominale :

HU :

Périnée :

Col :

Vagin :

Etat veineux :

Oedèmes :

Doppler foetal :

Observation(s) :

Prescriptions :

Sérologie Toxoplasmose : Oui Non, Sérologie Rubéole : Oui Non
NFS : Oui Non
Protéinurie, glycosurie : Oui Non, ECBU : Oui Non
Echographie de 22 SA : Oui Non

Thérapeutique : Oui Non
Si oui, laquelle (spécialité, posologie, durée) :

Autre :

Consultation spécialisée demandée : Oui Non
Patiente adressée à :

Accompagnement psychologique : Oui Non

Aide sociale : Oui Non

Lieu d'accouchement prévu :

CONSULTATION DU CINQUIEME MOIS (20/24 SA)

Date :
Consultant :
Terme :

Interrogatoire :

Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du sommeil, anxiété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles urinaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Leucorrhées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métrorragies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contractions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mouvements actifs du bébé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Prises médicamenteuses depuis la dernière consultation : Non Oui, laquelle :
Préparation à l'accouchement prévue : Oui Non

Examen clinique : Poids :

PA :

Palpation des seins :
Palpation abdominale :
HU :
Périnée :
Col :
Vagin :
Etat veineux :
Oedèmes :

Doppler fœtal :

Observation(s) :

Prescriptions :

Sérologie Toxoplasmose : Oui Non

NFS : Oui Non, RAI : Oui Non

O'Sullivan : Oui Non AgHbs : Oui Non

Protéinurie, glycosurie : Oui Non ECBU : Oui Non

Thérapeutique : Oui Non

Si oui, laquelle (spécialité, posologie, durée) :

Autre :

Consultation spécialisée demandée : Oui Non

Patiente adressée à :

Accompagnement psychologique : Oui Non

Aide sociale : Oui Non

CONSULTATION DU SIXIEME MOIS (24/28 SA)

Date :

Consultant :

Terme :

Interrogatoire :

Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du sommeil, anxiété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles urinaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Leucorrhées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métrorragies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contractions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mouvements actifs du bébé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Prises médicamenteuses depuis la dernière consultation : Non Oui, laquelle :

Préparation à l'accouchement débutée : Oui Non

Examen clinique : Poids :

PA :

Examen des seins :

Palpation abdominale :

HU :

Périnée :

Col :

Vagin :

Etat veineux :

Oedèmes :

Doppler foetal :

Observation(s) :

Prescriptions :

Sérologie Toxoplasmose : Oui Non

Protéinurie, glycosurie : Oui Non, ECBU : Oui Non

RAI : Oui Non

Echographie 32 SA : Oui Non

Thérapeutique : Oui Non

Si oui, laquelle (spécialité, posologie, durée) :

Autre :

Consultation spécialisée demandée : Oui Non

Patiente adressée à :

Accompagnement psychologique : Oui Non

Aide sociale : Oui Non

CONSULTATION DU SEPTIEME MOIS (29/32 SA)

Date :

Consultant :

Terme :

Interrogatoire :

Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du sommeil, anxiété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles urinaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Leucorrhées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métrorragies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contractions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mouvements actifs du bébé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Prises médicamenteuses depuis la dernière consultation : Non Oui, laquelle :

Examen clinique : Poids :

PA :

Palpation des seins :

Palpation abdominale :

HU :

Périnée :

Col :

Vagin :

Etat veineux :

Oedèmes :

Doppler foetal :

Observation(s) :

Prescriptions :

Sérologie Toxoplasmose : Oui Non

Protéinurie, glycosurie : Oui Non, ECBU : Oui Non

RAI : Oui Non

Thérapeutique : Oui Non

Si oui, laquelle (spécialité, posologie, durée) :

Autre :

Consultation spécialisée demandée : Oui Non

Patiente adressée à :

Accompagnement psychologique : Oui Non

Aide sociale : Oui Non

Préparation à l'accouchement débutée : Oui No

CONSULTATION DU HUITIEME MOIS (32/36 SA)

Date :

Consultant :

Terme :

Interrogatoire :

Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du sommeil, anxiété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles urinaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Leucorrhées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métrorragies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contractions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mouvements actifs du bébé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Prises médicamenteuses depuis la dernière consultation: Non Oui, laquelle :

Examen clinique : Poids :

PA :

Palpation des seins :

HU :

Périnée :

Col :

Vagin :

Prélèvement streptocoque :

Etat veineux :

Oedèmes :

Doppler foetal :

Observation(s) :

Prescriptions :

Sérologie Toxoplasmose : Oui Non

Protéinurie, glycosurie : Oui Non, ECBU : Oui Non

RAI : Oui Non

Thérapeutique : Oui Non

Si oui, laquelle (spécialité, posologie, durée) :

Prescription du congé maternité Oui Non

Autre :

Mode d'accouchement prévu :

Consultation anesthésie prévue le :

Avis spécialisé autre :

Accompagnement psychologique : Oui Non

Aide sociale : Oui Non

CONSULTATION DU NEUVIEME MOIS (37/39 SA)

Date :

Consultant :

Terme :

Interrogatoire :

Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du sommeil, anxiété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles urinaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Leucorrhées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métrorragies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contractions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mouvements actifs du bébé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Prises médicamenteuses depuis la dernière consultation : Non Oui, laquelle :

Examen clinique : Poids :

PA :

Examen des seins

HU :

Périnée :

Col :

Vagin :

Prélèvement streptocoque :

Etat veineux :

Oedèmes :

Doppler foetal :

Observation(s) :

Prescriptions :

Sérologie Toxoplasmose : Oui Non

Protéinurie, glycosurie : Oui Non, ECBU : Oui Non

RAI : Oui Non

Thérapeutique : Oui Non

Si oui, laquelle (spécialité, posologie, durée) :

Autre :

Mode d'accouchement prévu :

Allaitement envisagé Oui Non

Accompagnement psychologique : Oui Non

Aide sociale : Oui Non

CONCLUSION

On assiste aujourd'hui à une mobilisation des praticiens pour l'amélioration de la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né avec la mise en place de réseaux de soins périnataux.

Des moyens sont mis en œuvre au sein de ces réseaux pour favoriser la communication entre les professionnels de la naissance comme la visio-conférence ou le dossier périnatal partagé.

On voit en parallèle se créer différents réseaux de proximité pour le suivi de grossesse. Différents exemples ont été cités dont le réseau de santé du Haut-Nivernis et la communauté périnatale du Val-de-Mauldre.

Même s'ils ont vu le jour dans des contextes différents, ils ont un même but : coordonner la prise en charge de la femme enceinte en vue d'améliorer son suivi, répondre au mieux à ses besoins et adapter les moyens techniques et humains à son niveau de risque.

Afin de communiquer au mieux, l'outil essentiel est le dossier de suivi commun. Il permet la transmission optimale des informations entre les praticiens intervenant dans le suivi de la grossesse, assurant ainsi la continuité des soins.

Qu'il soit sur support papier ou informatique, il est élaboré la plupart du temps à partir de référentiels de bonnes pratiques reconnues par les praticiens amenés à l'utiliser.

Le dossier de suivi de grossesse présenté ici est un dossier utilisable au sein d'un réseau de proximité, qui à terme, devra être validé par les différents praticiens suivant les grossesses au sein de ce réseau. Il est inspiré de dossiers actuellement en fonction et respecte les recommandations pour la surveillance de la grossesse à bas risque édité par l'UPML des Pays de Loire. Il permet de savoir quels facteurs de risque rechercher et dicte les lignes de suivi de grossesse à bas risque. (Rappelons que la définition de la grossesse à bas risque se définit par l'absence de facteurs de risque).

Néanmoins, pour que ce dossier trouve sa place au sein d'un réseau de type

Ville-Hôpital, il faut savoir comment l'utiliser c'est à dire quelle conduite adopter en fonction des données qui y sont recueillies.

On ne pourra l'exploiter sans l'élaboration d'une grille de risque, qui reste à faire.

ANNEXES

ANNEXE 1

Décret n°98-899 du 9 octobre 1998

Relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (modifiant le titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique)

(deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR : MESH9822605D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 176, L. 711-2, L. 711-6, L. 712-2, L. 712-3-2, L. 712-8 à L. 712-16, L. 716-9 et R. 712-2 ;

Vu la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière, et notamment l'article 25 ;

Vu le décret n° 75-750 du 7 août 1975 pris pour l'application de l'article L. 176 du code de la santé publique ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. -

L'article R. 712-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- au 3 du I, le mot : " obstétrique " est remplacé par le terme : " gynécologieobstétrique " ;

- au 9 du III, les mots : " néonatalogie et réanimation néonatale " sont remplacés par les mots : " obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ".

Art. 2. -

Au livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), titre I^{er}, chapitre II, section IV, est insérée, après l'article R. 712-83, une sous-section II ainsi rédigée :

Sous-section II

Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

Art. R. 712-84. -

Les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site, soit une unité d'obstétrique, soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie, soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale.

Art. R. 712-85.

- I. - Afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique :

1. Participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;
2. Assurent l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdominopelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ;
3. Assurent le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.

II. - La néonatalogie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

III. - La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

Art. R. 712-86. -

Les unités citées à l'article R. 712-84 exercent les missions suivantes :

I. - L'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

II. - L'unité de néonatalogie assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au II de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatalogie. Si l'unité de néonatalogie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée du nouveau-né, elle organise son transfert vers une unité ou un établissement aptes à délivrer les soins appropriés.

III. - L'unité de réanimation néonatale assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au III de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement. Cette unité doit être associée à un secteur de soins intensifs de néonatalogie sur le même site.

Art. R. 712-87.

- Seuls les établissements de santé dispensant les soins mentionnés au a du 1 de l'article L. 711-2 peuvent être autorisés, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, à exercer les activités de soins relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.

I. - L'obstétrique s'exerce dans des installations autorisées en gynécologieobstétrique. Lorsqu'un établissement ayant une unité d'obstétrique ne dispose pas d'une unité de réanimation d'adultes, il passe une convention, soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, avec un établissement comportant une telle unité. Tout établissement de santé pratiquant l'obstétrique

et traitant des grossesses à hauts risques maternels identifiés dispose d'une unité de réanimation d'adultes permettant d'y accueillir la mère en cas d'urgence et d'une unité de réanimation néonatale.

II. - La néonatalogie s'exerce dans des installations autorisées en médecine. Toute unité de néonatalogie constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de pédiatrie.

III. - La réanimation néonatale s'exerce dans des installations autorisées en médecine. Elle ne peut être pratiquée que si l'établissement de santé comprend sur le même site une unité de néonatalogie autorisée dont une partie des installations est affectée aux soins intensifs de néonatalogie. Toute unité de réanimation néonatale constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de réanimation pédiatrique.

Art. R. 712-88. -

L'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population.

Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré et postnatales sous l'appellation de "centre périnatal de proximité", en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations pré et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Art. R. 712-89. -

I. - Le schéma régional d'organisation sanitaire fixe des objectifs en ce qui concerne la coopération entre les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale et l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte préalablement à son accouchement en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant et en matière de transfert des enfants entre les unités mentionnées à l'article R. 712-84.

II. - Lorsqu'un établissement ne disposant pas des trois unités mentionnées à l'article R. 712-84 n'adhère pas à un réseau de soins constitué en application de l'article L. 712-3-2, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation invite l'établissement à passer convention avec un ou plusieurs établissements de santé possédant les unités dont il ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements et de préciser les transmissions d'informations.

Ces conventions sont établies et signées par les représentants des établissements après avis des organes représentatifs mentionnés aux articles L. 714-16, L. 714-17, ou après avis de la commission médicale prévue à l'article L. 715-8 ou avis de la conférence médicale prévue à l'article L. 715-12. Elles sont soumises à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et n'entrent en vigueur qu'après cette approbation.

III. - Le dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation prévu à l'article R. 712-40 devra faire apparaître si l'établissement a adhéré à un réseau de soins ou a passé convention avec un ou plusieurs autres établissements dans les conditions mentionnées au II du présent article. "

Art. 3. -

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire en vigueur à la date de publication du présent décret devront, pour ce qui concerne l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale, être révisés dans un délai d'un an à compter de cette date, afin de tenir compte des dispositions des articles R. 712-84 à R. 712-89 du code de la santé publique.

Art. 4. -

Les établissements souhaitant exercer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale prévues au III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique devront, en application de l'article 25 de la loi du 31 juillet 1991 susvisée, demander l'autorisation prévue à l'article R. 712-87 du même code.

La première période pendant laquelle les établissements de santé devront déposer les demandes d'autorisations mentionnées à l'article R. 712-87 de ce code sera ouverte, par dérogation aux dispositions de l'article R. 712-39, par arrêté du ministre chargé de la santé au terme du délai prévu à l'article 3 ci-dessus pour la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette période sera de six mois. La date de clôture de cette période fait courir le délai de six mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 712-16.

Art. 5. -

Les autorisations prévues à l'article R. 712-87 du code de la santé publique pourront être accordées à un établissement de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale à la date d'ouverture de la période prévue au dernier alinéa de l'article 4 ci-dessus et ne satisfaisant pas encore aux conditions techniques de fonctionnement prévues par le décret pris pour l'application du 3° de l'article L. 712-9, à condition que cet établissement se mette en conformité avec lesdites conditions techniques dans un délai de trois ans courant à compter de la date de notification des autorisations. Ce délai peut être porté à cinq ans pour la mise aux normes des locaux, lorsque celle-ci nécessite un regroupement de sites.

Art. 6. -

Les articles 8 et 10 du décret du 7 août 1975 susvisés sont abrogés. Toutefois, les établissements de santé privés doivent satisfaire aux conditions prévues par ces articles jusqu'à ce qu'ils se soient mis en conformité selon les modalités fixées à l'article 5 ci-dessus avec les dispositions du décret pris pour l'application du 3° de l'article L. 712-9 du code de la santé publique.

Art. 7. -

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 9 octobre 1998.

Par le Premier ministre :

Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

Le secrétaire d'Etat à la santé,

Bernard Kouchner

ANNEXE 2

Décret n°98-900 du 9 octobre 1998

Relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

NOR : MESH9822606D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 712-9 ;

Vu le décret no 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret no 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux ;

Vu le décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ;

Vu le décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 19 mars 1998 ;

Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),

Décète :

Art. 1er. -

Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets), titre Ier, chapitre II, section III, est insérée après l'article D. 712-74 une sous-section IV ainsi rédigée :

Sous-section IV

Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale

Paragraphe 1

L'unité d'obstétrique

Art. D. 712-75. -

L'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant :

1° De fournir aux femmes enceintes des informations sur le déroulement de l'accouchement, ses suites et l'organisation des

soins ;

2° D'assurer une préparation à la naissance et d'effectuer des visites du secteur de naissance (ou bloc obstétrical) pour les patientes qui le souhaitent ;

3° D'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sagefemme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique prévue à l'article D.

712-41 par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement ;

4° De faire bénéficier les consultant, y compris en urgence, d'examen d'imagerie par ultrasons.

Art. D. 712-76. -

Outre les lits et places servant à la gynécologie, toute unité d'obstétrique nouvellement créée comprend un minimum de quinze lits. En cas de création, tout établissement spécialisé autonome d'obstétrique dispose au minimum de vingt-cinq lits d'obstétrique sur le même site.

Art. D. 712-77. -

Toute unité d'obstétrique comprend des locaux réservés, d'une part, à l'accueil des patientes tous les jours de l'année, 24 heures sur 24 et, d'autre part, aux consultations, un secteur de naissance, un secteur d'hospitalisation pour l'hébergement et les soins avant et après l'accouchement, ainsi qu'un secteur affecté à l'alimentation des nouveau-nés. Ce dernier secteur peut, lorsque l'établissement dispose également sur le même site d'une unité de néonatalogie ou d'une unité de réanimation néonatale, être commun à ces différentes unités.

Art. D. 712-78. -

Le secteur de naissance est composé notamment :

1° Des locaux de prétravail ;

2° Des locaux de travail ;

3° Des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés

;

4° D'au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale.

En cas de création d'un secteur de naissance, de reconstruction ou de réaménagement général d'un secteur existant, tous les locaux qui composent ce secteur, ainsi que la salle d'intervention et la salle de surveillance postinterventionnelle, doivent être implantés de manière contiguë et au même niveau afin de permettre la circulation rapide des patientes, des nouveau-nés, des personnels et des matériels nécessaires.

Art. D. 712-79. -

Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de prétravail dotée des moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail. La salle de prétravail dispose du même équipement qu'une chambre d'hospitalisation. La salle de prétravail peut, en cas de nécessité, servir de salle de travail si elle est équipée en conséquence.

Art. D. 712-80. -

Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de travail.

Tous les matériels et dispositifs sont immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail.

La salle de travail est aménagée de manière que la parturiente bénéficie d'une surveillance clinique et paraclinique du déroulement du travail, de la phase d'expulsion et de la délivrance. Cette surveillance se prolonge dans les deux

heures qui suivent la naissance. Le nouveau-né y reçoit les premiers soins. Les locaux sont équipés de tous les dispositifs médicaux nécessaires à la pratique de l'accouchement par voie basse, à l'anesthésie et à la réanimation de la mère. L'agencement de la salle tient compte de la présence éventuelle d'un accompagnant auprès de la parturiente lorsque cette présence est autorisée. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise le nombre de salles de prétravail et de travail exigées en fonction de l'activité.

Art. D. 712-81. -

Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle d'intervention de chirurgie obstétricale, qui permet, y compris en urgence, la réalisation de toute intervention chirurgicale abdomino-pelvienne liée à la grossesse ou à l'accouchement nécessitant une anesthésie générale ou loco-régionale. La surveillance postinterventionnelle de la parturiente s'effectue dans les conditions de surveillance continue mentionnées aux articles D. 712-45 et suivants, soit au sein d'une salle de surveillance postinterventionnelle située à proximité immédiate de la salle d'intervention, soit dans la salle de travail dans les conditions définies à l'article D. 712-46.

Les soins du nouveau-né sont organisés soit dans une salle spécialement prévue à cet effet et contiguë à la salle d'intervention, soit dans la salle d'intervention. Cette salle est dotée de dispositifs médicaux permettant la réanimation d'au moins deux enfants à la fois. La liste de ces dispositifs est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Lorsque l'activité de l'unité est inférieure à 1 200 accouchements par an, la salle d'intervention peut ne pas être située dans le secteur de naissance, sous réserve qu'elle soit incluse dans un bloc opératoire, dans le même bâtiment de l'établissement de santé, à proximité immédiate et d'accès rapide au secteur de naissance. Dans ce cas, une salle d'intervention doit être disponible afin de faire face aux cas d'urgence obstétricale.

Lorsque l'activité de l'unité est supérieure à 1 200 accouchements par an, la salle d'intervention et celle de surveillance postinterventionnelle sont soit situées au sein du secteur de naissance, soit sont contiguës à celui-ci. Dans ce dernier cas, une des salles de travail doit pouvoir, en cas de nécessité, servir de salle d'intervention. Elle est équipée en conséquence.

Art. D. 712-82. -

L'organisation et les moyens des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés permettent de prodiguer les premiers soins nécessaires à l'enfant et de faire face immédiatement aux détresses graves éventuelles du nouveau-né.

La préparation médicale au transport des enfants, dont l'état nécessite le transfert vers des unités spécialisées, internes ou externes à l'établissement de santé, est assurée dans ces locaux.

Art. D. 712-83. -

L'établissement assure la réalisation des examens de laboratoire et d'imagerie nécessaires pour la mère et pour le nouveau-né, y compris en urgence.

Les établissements ne disposant pas en propre de laboratoire passent avec un laboratoire une convention prévoyant la réalisation et la transmission des résultats à tout instant, dans des conditions et des délais garantissant la qualité de la prise en charge.

Art. D. 712-84. -

Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants :

1° En ce qui concerne les sages-femmes

Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance.

Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.

Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement.

Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour.

2° En ce qui concerne les médecins

Quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-ci doit organiser la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée :

- soit par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ;
- soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement.

A cet effet, pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.

Le gynécologue-obstétricien intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;

- un anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;
- un pédiatre présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité.

Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;
- un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2 000 naissances par an, l'anesthésiste-réanimateur est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;

- un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.

3° En ce qui concerne les autres catégories de personnel

Dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme.

Art. D. 712-85. -

Le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant permet d'assurer les soins précédant et suivant l'accouchement pour la mère ainsi que les soins aux nouveau-nés bien portants. Les chambres du secteur d'hospitalisation après l'accouchement comprennent au maximum 2 lits de mères avec les berceaux de leurs enfants. En cas de nécessité, chaque patiente doit pouvoir bénéficier d'une chambre individuelle.

En cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, celui-ci comprend au minimum 80 % de chambres individuelles, et la surface utile de chaque chambre, qui comporte un bloc sanitaire particulier, n'est jamais inférieure à 17 m² pour une chambre individuelle et à 23 m² pour une chambre à 2 lits.

En outre, il doit exister un local par étage où les enfants bien portants peuvent être regroupés. Ce local doit pouvoir recevoir au minimum la moitié des nouveau-nés présents, pendant la nuit, et doit être aménagé de manière à permettre leur surveillance. Les soins de puériculture sont réalisés soit dans un local commun, soit dans un espace spécialement aménagé de la chambre de la mère.

Art. D. 712-86. -

Lors de leur séjour en secteur d'hospitalisation, la mère et l'enfant bénéficient de la possibilité d'intervention tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, y compris en urgence, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur.

L'unité met en place une organisation lui permettant de s'assurer en tant que de besoin, selon le cas, du concours d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Le personnel intervenant dans le secteur d'hospitalisation est fonction de l'activité de l'unité d'obstétrique. Il ne peut être inférieur, quelle que soit l'activité du secteur, à une sage-femme, assistée d'une aide-soignante et d'une auxiliaire de puériculture le jour et à une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, assisté d'une auxiliaire de puériculture, la nuit. Sauf application des dispositions prévues à l'avant-dernier alinéa du 1° et au 3° de l'article D. 712-84 pour les unités d'obstétrique réalisant moins de 500 naissances par an, il doit s'agir de personnels affectés au secteur d'hospitalisation et ne pouvant avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité.

Art. D. 712-87. -

Le secteur spécifiquement affecté à la préparation des biberons est divisé s'il y a lieu en deux zones distinctes permettant, d'une part, la préparation des aliments des nouveau-nés, d'autre part, l'entretien des biberons.

Art. D. 712-88. -

Afin de privilégier la relation mère-enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité d'obstétrique et qui sont atteints d'affections sans

gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie peuvent être réalisés dans le secteur d'hospitalisation dès lors que les conditions définies au présent article sont remplies.

Ces nouveau-nés doivent, en tant que de besoin, pouvoir être isolés des nouveau-nés bien portants, traités et surveillés en permanence dans un local de regroupement ou, lorsqu'elle est individuelle et aménagée à cet effet, dans la chambre de leur mère.

De plus, le pédiatre est disponible sur appel, 24 heures sur 24, et assure une visite quotidienne. Au minimum, une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, auprès des enfants, quand des nouveau-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité.

Art. D. 712-89. -

Dans les établissements de santé privés, les contrats conclus en application de l'article 83 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale entre les établissements et les membres de l'équipe médicale comportent des dispositions organisant la continuité des soins médicaux en gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation et pédiatrie. "

Paragraphe 2

L'unité de néonatalogie

Art. D. 712-90. -

Lorsqu'elle n'est pas associée sur le même site à une unité de réanimation néonatale, l'unité de néonatalogie comporte au moins 6 lits. Pour pouvoir disposer en son sein de lits de soins intensifs, l'unité de néonatalogie comprend au moins 12 lits.

L'unité de néonatalogie est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que l'unité d'obstétrique.

En cas de création d'une nouvelle unité, de reconstruction ou de réaménagement d'une unité existante, les locaux qui composent l'unité de néonatalogie doivent être implantés dans le même bâtiment et être contigus avec le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique.

Art. D. 712-91. -

La capacité minimale de 6 lits peut être exceptionnellement réduite à 4 dans le cas où l'unité de néonatalogie est géographiquement isolée, à plus d'une heure de trajet de l'unité de néonatalogie la plus proche et si les besoins de la population l'exigent, sous réserve que l'unité isolée remplisse l'ensemble des conditions prévues aux articles D. 712-90 à D. 712-97.

Art. D. 712-92. -

L'unité de néonatalogie comporte :

- 1° Une pièce permettant l'accueil des parents ;
- 2° Un secteur de surveillance et de soins des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ; ce secteur comprend en outre une zone de préparation médicale avant transfert ;
- 3° Un secteur spécialement affecté à l'alimentation des nouveau-nés ; ce secteur peut être commun à l'unité d'obstétrique et, éventuellement, à l'unité de réanimation néonatale.

Art. D. 712-93. -

Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les dispositifs médicaux dont est doté le secteur de surveillance et de soins ainsi que les examens pouvant être réalisés pour les nouveau-nés.

La zone de préparation médicale avant transfert permet, si l'état du nouveau-né l'exige, de le préparer pour un transport vers une unité spécialisée appropriée. Le matériel spécifique de cette zone comprend au moins un respirateur néonatal.

Art. D. 712-94. -

Afin d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant, les soins de néonatalogie et la surveillance des enfants qui ne nécessitent pas de soins intensifs ou de réanimation peuvent être effectués dans la chambre de leur mère, si les locaux et l'organisation de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie le permettent. Ces lits sont compris dans les lits autorisés de l'unité de néonatalogie.

Dans ce cas, la conception, la disposition et la surface des locaux, les matériels et les dispositifs médicaux sont adaptés à la dispensation sur place de soins de néonatalogie par un personnel expérimenté en néonatalogie.

Art. D. 712-95. -

Si l'unité de néonatalogie assure des soins intensifs de néonatalogie mentionnés au II de l'article R. 712-86, elle remplit les conditions supplémentaires suivantes :

1° Être située dans le même bâtiment, à proximité immédiate et d'accès rapide à l'unité d'obstétrique ;

2° Disposer des moyens nécessaires à la ventilation des premières heures et au transfert du nouveau-né vers une unité de réanimation néonatale en cas d'absence d'amélioration ou d'aggravation de l'état de l'enfant ;

3° Être dotée de dispositifs médicaux définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. D. 712-96. -

Dans toute unité de néonatalogie ne pratiquant pas les soins intensifs de néonatalogie, sont assurées :

1° La présence, le jour, sur le site d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;

2° La présence, la nuit, sur le site ou en astreinte opérationnelle d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie

3° La présence continue d'au moins un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour six nouveau-nés.

Dans toute unité de néonatalogie qui pratique les soins intensifs de néonatalogie, sont assurées :

1° La présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;

2° La présence continue d'un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, pour trois nouveau-nés.

Que l'unité de néonatalogie pratique ou non des soins intensifs, ces personnels paramédicaux sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité.

L'encadrement du personnel paramédical peut être commun à l'unité de néonatalogie et à l'unité de réanimation néonatale si ces unités sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre.

Un des pédiatres coordonne la prise en charge des nouveau-nés entre les unités d'obstétrique et de néonatalogie.

L'unité organise l'accueil, l'information et le soutien des parents, en cas de nécessité avec le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Art. D. 712-97. -

Sous réserve du respect des conditions de fonctionnement énoncées aux articles D. 712-90 à D. 712-96, des nouveau-nés relevant de soins de néonatalogie peuvent être hospitalisés dans des unités de pédiatrie de nouveau-nés et de nourrissons. Dans ce cas, les lits affectés à la néonatalogie constituent un secteur individualisé.

Ces unités doivent par ailleurs satisfaire aux dispositions des articles R. 712-86 et R. 712-87 et remplir les conditions prévues aux articles D. 712-90 à D. 712-97.

Le recueil des données d'activité par l'établissement de santé est effectué de façon distincte pour les nouveaux-nés, d'une part, et pour les nourrissons, d'autre part.

Paragraphe 3

L'unité de réanimation néonatale

Art. D. 712-98. -

Toute unité de réanimation néonatale comprend un minimum de 6 lits de réanimation. L'établissement de santé où elle est située doit comporter une unité d'au moins 9 lits de néonatalogie, dont au moins 3 lits affectés aux soins intensifs. L'unité de réanimation néonatale est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique. En cas de création d'une unité de réanimation néonatale, de reconstruction ou de réaménagement d'une unité existante, les locaux qui composent cette unité sont implantés dans le même bâtiment, à proximité immédiate du secteur de naissance de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie.

Art. D. 712-99. -

L'unité comprend :

- 1° Une pièce permettant l'accueil des parents ;
- 2° Un secteur de surveillance et de soins de réanimation des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ; ce secteur comprend en outre une zone de préparation médicale avant transfert ;
- 3° Un secteur destiné à l'alimentation des nouveau-nés, éventuellement commun aux unités d'obstétrique et de néonatalogie.

Art. D. 712-100. -

Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les dispositifs médicaux dont est doté le secteur de surveillance et de soins de réanimation.

Cet arrêté précise également les examens pouvant être réalisés, y compris en urgence, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, que ceux-ci le soient dans l'unité ou sur son site d'implantation.

Art. D. 712-101. -

Dans toute unité de réanimation néonatale, sont assurés :

- 1° La présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale ;
- 2° La présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures

sur 24, d'au moins un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour deux nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale et pour trois nouveau-nés hospitalisés en soins intensifs de néonatalogie ; ces personnels sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité ;

3° L'encadrement du personnel paramédical, éventuellement commun avec l'unité de néonatalogie lorsque celle-ci est située à proximité immédiate ;

4° La coordination médicale des activités de néonatalogie et de réanimation néonatale, dont la garde peut être commune lorsque les unités sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre et que le volume d'activité le permet ;

5° La possibilité de recourir à d'autres médecins spécialistes ainsi qu'à un kinésithérapeute.

Par ailleurs, l'unité organise l'accueil, l'information et le soutien des parents, en cas de nécessité avec le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Art. D. 712-102. -

Des nouveau-nés relevant de la réanimation néonatale peuvent être hospitalisés dans des unités indifférenciées de réanimation pédiatrique et néonatale, à condition que les lits de ces nouveau-nés constituent un secteur individualisé au sein de l'unité polyvalente. Ces unités doivent par ailleurs remplir les conditions prévues au code de la santé publique, notamment dans ses articles R. 712-86 et R. 712-87, dernier alinéa, ainsi que les autres conditions figurant aux articles D. 712-98 à D. 712-101 ci-dessus.

Le recueil des données d'activité par l'établissement de santé est effectué de façon distincte pour les nouveau-nés, d'une part, et pour les enfants plus âgés, d'autre part.

Paragraphe 4

Dispositions diverses

Art. D. 712-103. -

Les centres hospitaliers régionaux énumérés à l'article D. 711-6-1 disposent, regroupées sur le même site, d'au moins une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale. "

Art. 2. -

Les centres hospitaliers régionaux doivent réaliser le regroupement d'unités prévu à l'article D. 712-103 du code de la santé publique dans un délai de cinq ans à compter de la date de publication du présent décret.

Art. 3. -

Les annexes IX, X, XI et XII du décret du 9 mars 1956 susvisé et le décret no 72-162 du 21 février 1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement et son annexe sont abrogés.

Toutefois, les établissements de santé privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale doivent satisfaire aux conditions prévues par les décrets mentionnés à l'alinéa ci-dessus jusqu'à ce qu'ils se soient mis en conformité avec les dispositions du présent décret selon les modalités fixées par l'article 5 du décret du 9 octobre 1998 susvisé.

Art. 4. -

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 9 octobre 1998.
Par le Premier ministre :
Lionel Jospin
La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine Aubry
Le secrétaire d'Etat à la santé,
Bernard Kouchner

ANNEXE 3

Les différents niveaux de soins périnataux

Les niveaux de soins sont définis selon les soins offerts aux nouveau-nés. On distingue trois niveaux de soins :

Le niveau 1 caractérise les établissements qui ne disposent pas de structures reconnues de néonatalogie. Au niveau régional, le réseau a distingué les établissements 1B des établissements 1A par leur capacité à maintenir une perfusion d'un nouveau-né 24 h/24 et par la présence d'une infirmière à ce type de soins.

Le niveau 2 caractérise les établissements avec une structure de néonatalogie (lits de néonatalogie avec personnel paramédical spécifique). Au niveau national, on distingue le niveau 2A dit « néonatalogie » (soins de néonatalogie standards : nouveau-nés asymptomatiques, retards de croissance intra-utérins de plus de 1 750 grammes, prématurés de plus de 33 semaines) et 2B dit « soins continus » (prise en charge d'enfants symptomatiques : détresse respiratoire, alimentation parentérale, prématurés de plus de 30 semaines, ventilation assistée de quelques heures, (moins de 24 h), CPAP nasale de moins de 24 h).

Le niveau 3 caractérise les établissements ayant une réanimation néonatale et une réanimation adulte.

(Voir aussi la Circulaire du 8 juillet 1999 fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.)

ANNEXE 4

INFORMATION DU PATIENT DANS LA LOI DU 4 MARS 2002 ACCES AUX INFORMATIONS DE SANTE

18 août 2003

La loi du 4 Mars 2002 consacre dans le chapitre premier, sous le titre "Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté" le droit du patient à l'information et détaille les diverses situations dans lesquelles il s'exerce. C'est l'aboutissement d'une évolution confirmant une demande de plus en plus forte du corps social à plus d'autonomie et à une meilleure information.

Cette évolution avait été prise en compte par le code de déontologie de 1995 (article 35) et par la jurisprudence de la Cour de cassation ces dernières années. Plusieurs décisions posent en principe qu'hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations et des soins qu'il lui propose de

façon à y donner un consentement ou un refus éclairé.

Les articles du code de la santé publique, introduits par la loi du 4 mars 2002, sont fortement inspirés des règles déontologiques et de cette jurisprudence.

Le droit du patient à l'information s'exerce a priori à l'occasion des soins et postérieurement à l'acte médical ou au cours du traitement de la maladie, par l'accès aux informations établies et détenues par le professionnel ou l'établissement de santé.

Ces deux temps de l'information sont indissociables, la bonne qualité du premier facilitant l'exercice du deuxième.

I – INFORMATION A PRIORI

Le principe et les modalités sont posés à l'article L.1111-2 du code de la santé publique ; son importance justifie que, malgré sa longueur, il soit cité dans son entier :

"Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen."

Plusieurs points doivent être soulignés :

- l'information concerne aussi bien les actes de soins que de prévention ;
- Elle porte sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, ce qui paraît venir en atténuation de la jurisprudence de la Cour de cassation selon laquelle tous les risques même exceptionnels devaient être exposés ; toutefois un débat est ouvert sur ce point et il faudra attendre les prochaines décisions de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat pour savoir si cette lecture est ou non confirmée.
- l'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences (cf article 64 du code de déontologie médicale) et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables, c'est à dire en ce qui concerne les médecins dans le respect de l'article 35 du code de déontologie médicale ;
- Une personne peut, à sa demande, être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

II – INFORMATION A POSTERIORI : L'ACCES AUX INFORMATIONS PERSONNELLES DE SANTE

Le principe de cet accès et ses conditions sont fixés par l'article L.1111-7 du code de la santé publique et le décret n°2002.637 du 29 avril 2002 (JO du 30 avril 2002) pris pour son application:

"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à

l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaires au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est

porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.. »

III – DOMAINE D'APPLICATION DE LA LOI DU 4 MARS 2002

La loi du 4 mars 2002 concerne les informations détenues en médecine de soin, par les médecins de ville, hospitaliers ou salariés mais aussi celles recueillies en médecine de prévention (médecine du travail notamment) ou de contrôle.

L'article 14 de la loi du 4 mars 2002 a en effet modifié l'article 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et les libertés et l'article 6, II de la loi du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public.

Ainsi les informations enregistrées sur informatique comme celles recueillies et conservées dans le cadre d'un service relevant du droit public (médecine scolaire, PMI, expertise d'un médecin agréé ou dossier du comité médical départemental...) ou d'un organisme privé chargé d'une mission de service public (CPAM, Ordre des médecins...) sont devenues directement communicables à la personne intéressée. La demande doit être adressée à l'administration concernée qui la transmettra au médecin responsable afin qu'il y donne satisfaction.

La loi du 4 mars 2002 ne modifie pas les conditions de communication des expertises demandés par le juge civil, administratif et pénal qui restent régies par les dispositions du code de procédure applicable.

Les "expertises" amiables, en matière d'assurance notamment, sont soumises au droit commun de la communication directe.

Les recours en cas de refus de communication :

- CADA pour tous les dossiers établis dans le cadre public
- CNIL pour les dossiers informatisés
- référé civil pour les dossiers de médecine de ville
- intervention du conseil départemental de l'Ordre des médecins lorsque le médecin par méconnaissance des dispositions de la loi du 4 mars 2002 refuse indûment la communication des informations.

ANNEXE 5 Fiches pouvant servir de support à l'information de la patiente

La durée du repos maternité dépend de la situation familiale :

- nombre d'enfants nés antérieurement (enfants nés viables) de la femme enceinte,

- nombre d'enfants attendus par la femme enceinte,
- nombre d'enfants à la charge du ménage.

Article 25 - I à IV - de la loi n°94 - 629 du 25 juillet 1994 (applicable au 1er janvier 1995).

TYPES DE GROSSESSE		Période prénatale (en semaines)	Période postnatale (en semaines)	Durée totale du congé (en semaines)
Grossesse simple	L'assurée ou le ménage a moins de 2 enfants	6	10	16
	L'assurée ou le ménage assume déjà la charge d'au moins 2 enfants ou l'assurée a déjà mis au monde au moins 2 enfants nés viables	8 (1)	18	26
Grossesse gémellaire		12 (2)	22	34
Triples ou plus		24	22	46

(1) La période prénatale peut être augmentée de 2 semaines au maximum sans justification médicale, la période postnatale est alors réduite d'autant.

(2) La période prénatale peut être augmentée de 4 semaines au maximum sans justification médicale, la période postnatale est alors réduite d'autant.

En cas d'état pathologique lié à la grossesse, une période supplémentaire de repos de 2 semaines au maximum peut être attribuée sur prescription médicale.

En cas d'accouchement avant la date du congé maternité : cumul des congés prénatal (sans congé pathologie) et postnatal à partir de la date réelle de l'accouchement.

En cas d'accouchement post-terme : congé postnatal en totalité après la date réelle de l'accouchement.

INFORMATION PATIENTE - l'échographie au cours de la grossesse

1- L'ECHOGRAPHIE NE PERMET PAS DE DEPISTER TOUTES LES MALFORMATIONS.

Seulemen

Dans le cadre de la surveillance de la grossesse, votre médecin vous a proposé de passer une échographie que vous avez la liberté d'accepter ou de refuser.

L'échographie est une technique d'imagerie médicale qui permet l'exploration du corps humain grâce à des ultrasons. A ce jour, aucun effet néfaste n'a pu être attribué à l'utilisation de l'échographie en diagnostic médical.

Au cours de la grossesse, trois échographies sont proposées : respectez les dates conseillées par votre médecin ; habituellement 12 - 22 - 32 semaines d'aménorrhée (absence de règles). Bien entendu, certaines situations peuvent amener à pratiquer des examens plus souvent ou à des dates différentes.

L'échographie permet d'obtenir certaines informations indispensables à une bonne prise en charge de la grossesse : âge de la grossesse, nombre de fœtus, évolution de la croissance avec appréciation de la qualité des échanges entre la mère et le fœtus, en s'aidant du Doppler, et étude de la morphologie fœtale ; ceci pourra conduire à vous proposer des examens complémentaires.

Dans certaines situations, une échographie par voie endovaginale (pour cela une sonde munie d'une protection est introduite dans le vagin) peut être utilisée afin d'améliorer la visualisation de certaines parties du fœtus ou de ses annexes.

L'examen du fœtus nécessite de la part du médecin un maximum de concentration et de vigilance. Ne soyez pas surpris par son éventuel mutisme, il est plus à même de vous faire part de ses constatations lorsque son examen est fini. La présence de jeunes enfants ou d'adultes non concernés est susceptible de le perturber.

Il n'est pas réalisé d'enregistrement vidéo : le fœtus est un patient à part entière, pour l'examen duquel le médecin échographiste doit garder sa concentration et sa liberté d'examen.

Mais tout bilan échographique, même conduit avec compétence, comporte des limites :

- 2- suivant la position du fœtus ou la qualité de la peau (par exemple en cas d'obésité), les images obtenues sont difficiles à interpréter rendant l'examen beaucoup moins performant.

t 65% des malformations peuvent être dépistées aux cours des trois échographies.

Cela signifie qu'à l'issue de l'examen, le médecin ne peut pas dire que l'enfant est normal, il peut juste vous dire qu'il n'a pas vu d'anomalie.

La durée de l'examen est imprévisible : elle dépend des conditions locales et de la

complexité du bilan. Il vaut mieux prévoir d'y passer un long moment !

PS : pour l'examen de 22SA, nous vous demandons d'apporter la feuille du laboratoire concernant le dépistage sanguin de la Trisomie 21, si cette prise de sang a été faite.

INFORMATION PATIENTE - dépistage de la trisomie 21

Qu'est-ce que la trisomie 21 ?

La trisomie 21 est une des plus fréquente des anomalies congénitales. On l'appelle également le mongolisme, c'est une anomalie du chromosome 21.

Le risque de trisomie 21 est d'autant plus élevé que la future maman est plus âgée.

Comment peut-on diagnostiquer cette affection ?

Le diagnostic positif de la Trisomie 21 se fait par l'étude des chromosomes du fœtus, c'est le caryotype.

Cette recherche se fait sur les cellules fœtales présentes dans le liquide amniotique, que l'on prélève par amniocentèse. Le prélèvement du liquide qui entoure le fœtus se fait à l'aide d'une aiguille et sous contrôle échographique.

Le résultat de cet examen, le caryotype, permet de savoir avec certitude si l'enfant est trisomique ou non.

Pourquoi ne le propose-t-on pas à toutes les femmes enceintes ?

Parce que c'est un examen qui comporte des risques : 1 % de fausse couche. Il n'est donc pas légitime de pratiquer une amniocentèse à une femme dont le risque d'avoir un enfant trisomique est très faible.

A qui proposer cet examen ?

- Aux femmes d'au moins 38 ans le jour du prélèvement,
- Aux femmes ayant des antécédents particuliers (enfant déjà atteint ou présentant d'autres anomalies chromosomiques, ou dont la famille présente un problème génétique connu),
- Aux femmes dont l'échographie de 12 SA, a révélé une augmentation de l'épaisseur de la clarté nucale,
- Aux femmes qui présentent un risque supérieur à 1/250 à l'étude des marqueurs sériques.

Qu'est ce que le test des marqueurs sériques ?

C'est une simple prise de sang qui se fait entre 15 et 17 SA.

Cet examen est un double ou un triple test en fonction du nombre des éléments dosés dans le sang.

Il s'adresse à toutes les femmes ne présentant pas de risque particulier de trisomie 21. Il permet l'accès au caryotype, si le risque évalué est supérieur à 1/250.

Le résultat est obtenu en une dizaine de jours. Il est exprimé en pourcentage de risque de trisomie 21.

IL faut bien comprendre qu'il ne s'agit que d'une probabilité, et que, quel que soit le résultat du test, il ne permet pas d'écarter complètement la trisomie.

Un résultat « **Positif** » ne veut pas dire que l'enfant est trisomique, il signifie seulement que le risque est supérieur à 1/250. Et pour le savoir, vous pouvez demander une amniocentèse qui sera remboursée.

Un résultat « **Négatif** » ne veut pas dire que l'enfant n'est pas trisomique, mais que la probabilité qu'il le soit est très faible (inférieur à 1/250) ; cela ne justifie pas de prendre le risque d'une amniocentèse (1% de fausse couche). Mais si vous souhaitez la demander, son coût sera à votre charge.

Si après l'amniocentèse, le résultat du caryotype révèle un enfant trisomique, la maman a le

choix de poursuivre sa grossesse ou de l'interrompre, après en avoir fait la demande, par l'intermédiaire de son médecin, auprès du « centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal » de sa région.

Lors de la remise de l'ordonnance de prélèvement pour l'étude des marqueurs sériques, votre médecin vous demandera de signer un document attestant que vous avez bien compris l'enjeu et les risques de cet examen.

INFORMATION PATIENTE - Les conseils hygiéno-diététiques

Les besoins particuliers au cours de la grossesse

Le fer : Les besoins en fer augmentent au cours de la grossesse. On peut répondre à cette augmentation des besoins par une consommation d'abats (foie et rognons), de viande ou de poisson, de pain, de légumineuses, de légumes verts.

Comment peut-on diagnostiquer cette affection ?

Le diagnostic positif de la Trisomie 21 se fait par l'étude des chromosomes du fœtus, c'est le caryotype.

Cette recherche se fait sur les cellules fœtales présentes dans le liquide amniotique, que l'on prélève par amniocentèse. Le prélèvement du liquide qui entoure le fœtus se fait à l'aide d'une aiguille et sous contrôle échographique.

Le résultat de cet examen, le caryotype, permet de savoir avec certitude si l'enfant est trisomique ou non.

Pourquoi ne le propose-t-on pas à toutes les femmes enceintes ?

Parce que c'est un examen qui comporte des risques : 1 % de fausse couche. Il n'est donc pas légitime de pratiquer une amniocentèse à une femme dont le risque d'avoir un enfant trisomique est très faible.

A qui proposer cet examen ?

- Aux femmes d'au moins 38 ans le jour du prélèvement,
- Aux femmes ayant des antécédents particuliers (enfant déjà atteint ou présentant d'autres anomalies chromosomiques, ou dont la famille présente un problème génétique connu),
- Aux femmes dont l'échographie de 12 SA, a révélé une augmentation de l'épaisseur de la clarté nucale,
- Aux femmes qui présentent un risque supérieur à 1/250 à l'étude des marqueurs sériques.

Qu'est ce que le test des marqueurs sériques ?

C'est une simple prise de sang qui se fait entre 15 et 17 SA.

Cet examen est un double ou un triple test en fonction du nombre des éléments dosés dans le sang.

Il s'adresse à toutes les femmes ne présentant pas de risque particulier de trisomie 21. Il permet l'accès au caryotype, si le risque évalué est supérieur à 1/250.

Le résultat est obtenu en une dizaine de jours. Il est exprimé en pourcentage de risque de trisomie 21.

IL faut bien comprendre qu'il ne s'agit que d'une probabilité, et que, quel que soit le résultat du test, il ne permet pas d'écartier complètement la trisomie.

Un résultat « **Positif** » ne veut pas dire que l'enfant est trisomique, il signifie

seulement que le risque est supérieur à 1/250. Et pour le savoir, vous pouvez demander une amniocentèse qui sera remboursée.

Un résultat « **Négatif** » ne veut pas dire que l'enfant n'est pas trisomique, mais que la probabilité qu'il le soit est très faible (inférieur à 1/250); cela ne justifie pas de prendre le risque d'une amniocentèse (1% de fausse couche). Mais si vous souhaitez la demander, son coût sera à votre charge.

Si après l'amniocentèse, le résultat du caryotype révèle un enfant trisomique, la maman a le choix de poursuivre sa grossesse ou de l'interrompre, après en avoir fait la demande, par l'intermédiaire de son médecin, auprès du « centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal » de sa région.

Lors de la remise de l'ordonnance de prélèvement pour l'étude des marqueurs sériques, votre médecin vous demandera de signer un document attestant que vous avez bien compris l'enjeu et les risques de cet examen.

médicamenteuse peut être utile en cas de grossesse multiple, de grossesses rapprochées, de carence en fer ou d'anémie avant la grossesse, de grossesse chez l'adolescente, de régime végétarien. La vitamine C augmente l'absorption du fer et il est recommandé de consommer dans le même temps les aliments apportant du fer et de la vitamine C. Les légumes verts surgelés apportent la même quantité de vitamines que s'ils sont frais.

Le calcium : Les besoins augmentent de 50% au moins au cours de la grossesse (ils passent de 500 à 1000-1500 mg par jour). Une alimentation riche en calcium est conseillée (1 litre de lait/jour ou équivalent: 1 fois par repas: lait, yaourt ou fromages). Boire des eaux minérales riches en calcium (Contrexéville, Pavillon et source légère, Vittel, Hépar, à un moindre degré Vittel grande source et Badoit). Chez les femmes consommant peu de laitages, un apport de 1000mg/jour Ca est recommandé.

Le sel : Sauf problème pathologique, les apports en sel n'ont pas lieu d'être modifiés au cours d'une grossesse normale. Il vaut toujours mieux utiliser du sel iodé pour saler les aliments.

La vitamine D : Elle contribue au maintien du pool de calcium chez la mère et l'enfant. Une supplémentation médicamenteuse peut être nécessaire en cas de pigmentation cutanée, d'ensoleillement faible, de régime végétarien ou hypocalorique.

Les médicaments : Toute prise de médicament nécessite un avis médical.

L'alcool : il est toxique pour les cellules cérébrales et peut entraîner des anomalies neurologiques graves chez l'enfant. Actuellement on ne peut déterminer de seuil en dessous duquel la consommation d'alcool n'a pas de conséquence. Les premières anomalies sont visibles à partir de 2 verres d'alcool par jour mais une consommation occasionnelle d'alcool peut avoir lieu à un instant déterminant du développement d'un des organes du fœtus et avoir de graves répercussions. Mieux vaut donc éviter toute prise d'alcool pendant votre grossesse.

Le tabac : La toxicité est liée au monoxyde de carbone (CO) qui provoque une hypoxie permanente du fœtus à l'origine d'une augmentation du risque

*d'accouchements prématurés, de retard de croissance, de mort in-utéro et par la suite augmentation du risque de mort subite du nourrisson. **UN SEUL CONSEIL= PAS DE TABAC.** Une aide au sevrage est possible (les patch, gommes... à la nicotine peuvent être utilisés au cours de la grossesse). Parlez en à votre médecin.*

Quelques conseils particuliers

Nausées et vomissements : Fractionner les repas en petites collations prises toutes les 2 heures. Attention dans ce cas, à garder une alimentation variée, à ne pas augmenter la quantité de sucreries. **Faim exacerbée** : c'est un problème majeur de la grossesse. Si vous voyez que votre poids décolle de la courbe théorique, faites attention :

- buvez un grand verre d'eau immédiatement avant, et pendant le repas,
- buvez beaucoup entre les repas et chaque fois que la faim se fait sentir,
- consommez un maximum de légumes, frais ou en conserve (faible pouvoir calorique, volume élevé).

INFORMATION PATIENTE - supplémentation au cours de la grossesse

On dispose de données suffisantes pour recommander :

1/ Vitamine D : une dose unique de 80 000 à 100 000 UI de vitamine D au début du septième mois (ou 400 UI/jour pendant toute la grossesse),

2/ Acide folique (encore appelé vitamine B9 ou « folates ») :

- une alimentation riche en folates dans la période périconceptionnelle (légumes verts à feuilles, légumes secs, agrumes, foie, noix, amandes, châtaignes, melon...). Il existe une brochure d'information, intitulée « Bien se nourrir au féminin » disponible auprès du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) et de ses réseaux locaux CDES). Un communiqué du Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés du 31 août 2000 (29) préconise une supplémentation systématique d'acide folique, mais à une dose moindre de 0,4mg/jour. Aucune spécialité pharmaceutique permettant son utilisation prolongée et au cours de la grossesse n'existe à ce jour (il existe un complément alimentaire contenant uniquement de l'acide folique dosé à 0,2mg/comprimé : acide folique CDD).
- Pour les femmes à risque élevé (antécédents d'anomalie de fermeture du tube neural, traitement par certains médicaments antiépileptiques) une supplémentation en acide folique de 5 mg/jour dès qu'elle envisage une grossesse (une spécialité pharmaceutique est disponible). Pour être efficace cette prévention doit être entreprise 1 mois avant le début de grossesse et se poursuivre jusqu'à 2 mois de grossesse).

- En cas d'anémie par carence en folates, une supplémentation comportant 1 mg de folates par jour jusqu'à la correction de l'anémie.

On dispose de données suffisantes pour ne pas recommander de supplémentation systématique en :

- **protéines**
- **fer** : seulement en cas d'anémie (NFS en début de grossesse recommandée)
- **calcium**
- **fluor**
- **magnesium**
- **vitamine A**

Situations particulières

On dispose de données acceptables pour recommander :

- dans des situations à risque de carence en **iode** (régions traditionnelles françaises du goitre endémique et immigrés, surtout de la zone sub-saharienne - Mali), une supplémentation de 100 à 150 µg/jour d'iode ;
- un traitement d'environ 10 mg par jour per os de **vitamine K1** en cas d'utilisation de certains traitements anticonvulsivants et d'antituberculeux, au minimum dans les 15 jours précédant l'accouchement.

INFORMATION PATIENTE - prévention de la LISTERIOSE

1. éviter la consommation de lait cru (non pasteurisé) ou d'aliments au lait cru, les fromages à pâte molle ou persillé et les bleus,
2. cuire soigneusement les aliments d'origine animale (viandes, poissons : pas de saumon fumé par exemple),
3. éviter la consommation de produits de charcuterie cuite (pâté, rillettes, produits en gelée, jambon...) ; préférer les produits préemballés (ces produits devront être consommés rapidement après leur achat),
4. réchauffer soigneusement les plats cuisinés avant consommation,
5. laver les légumes crus et les herbes aromatiques,
6. se laver les mains après la manipulation d'aliments non cuits et avant chaque repas, nettoyer les ustensiles de cuisine ayant été au contact,
7. nettoyer fréquemment et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée votre réfrigérateur. Conserver séparément les viandes non cuites des autres

aliments prêts à consommer. Maintenir la chaîne du froid.

INFORMATION PATIENTE – Prévention de la toxoplasmose

L'analyse de votre sang a montré que vous n'êtes pas protégée contre la toxoplasmose. Il ne faut pas contracter cette infection pendant votre grossesse, ce qui serait dangereux pour l'enfant.

LE PARASITE PEUT SE TROUVER DANS LA VIANDE ET DANS LA TERRE SOUILLEE PAR LES EXCREMENTS DE CHAT.

POUR EVITER D'ETRE CONTAMINEE PAR LE TOXOPLASME, PRENEZ LES PRECAUTIONS SUIVANTES :

1. Lavez à grande eau tous les aliments souillés de terre, surtout s'ils doivent être consommés crus (salade verte, fraises, etc.)
2. Lavez-vous les mains après avoir manipulé de la terre, et avant chaque repas. Mettez des gants pour jardiner.
3. Ne mangez que de la viande très cuite. Ne pas manipuler la viande crue ou se laver les mains soigneusement après.
4. Se laver les mains avant tous les repas.
5. Evitez les contacts avec les chats (ils peuvent éliminer le germe dans leurs selles). Faites nettoyer tous les jours par une autre personne, le bac à litière avec de l'eau bouillante.

Une surveillance biologique (prise de sang) mensuelle est indispensable jusqu'à l'accouchement.

En cas de contamination, il existe une possibilité de traitement.

INFORMATION PATIENTE - prévention de l'infection à CYTOMEGALOVIRUS

L'infection à cytomégalovirus est une maladie qui passe souvent inaperçue, le plus souvent bénigne chez l'enfant. Elle peut être grave chez la femme enceinte par l'atteinte potentielle du fœtus. En l'absence de traitement efficace et de vaccination, des conseils de prévention ciblés sur les principaux facteurs de risque sont importants.

Ces conseils s'adressent aux femmes enceintes non immunisées et à leurs conjoints, en contact familial ou professionnel avec des enfants de moins de trois

ans, gardés en crèche ou bénéficiant de tout autre mode de garde collectif.

Il est recommandé :

- de ne pas sucer la cuillère ou la tétine et de ne pas finir le repas des enfants de moins de 3 ans,
- de ne pas partager les affaires de toilette,
- de limiter le contact buccal avec les larmes, la salive,
- de se laver les mains à l'eau et au savon après chaque change ou contact avec les urines (couches, pot, pyjama...).

INFORMATION PATIENTE – Allaitement maternel

Il est prouvé que l'allaitement exclusif pendant 6 mois protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales, des infections ORL et respiratoires. Il permet un développement optimal de votre bébé.

Voici quelques conseils pour vous permettre de le faire dans de bonnes conditions :

1/ Le corps du bébé doit faire face au corps de sa maman. Le bébé a du mal à téter tête tournée : l'axe du jet est alors mal positionné, la tétée est peu efficace, il y a risque de fausse route, et des crevasses peuvent se produire sur le mamelon car l'effort de succion n'est pas symétrique.

2/ Le visage de l'enfant doit faire face au sein, il doit avoir la bouche dans l'axe du téton (succion bien symétrique), le menton collé au sein.

3/ Une bonne position de votre enfant, et de vous-même, est une condition fondamentale de la réussite de l'allaitement. Chaque couple mère-enfant peut construire ses propres habitudes. La maman doit trouver une, ou des positions qui lui permettent de n'avoir pas mal au dos.

4/ La position de la bouche : la bouche de l'enfant doit s'ouvrir largement sur le mamelon et déborder l'aréole. La langue du bébé doit pouvoir sortir largement. Une zone de succion bien large assure l'efficacité de la tétée et est la meilleure prévention contre les douleurs et les lésions du mamelon.

5/ Ne cherchez pas, avec le doigt, à dégager le nez de votre bébé "pour qu'il puisse respirer". Les bébés savent trouver la bonne position pour téter et respirer en même temps. Par contre, en tirant sur le sein pour dégager le nez de l'enfant, vous risquez de blesser votre mamelon.

6/ Ne pas masquer l'odeur de l'aréole. L'odorat est pour lui une chose essentielle, et il repère l'odeur de l'aréole. Il est donc nuisible de chercher à trop laver ; les mamelons doivent simplement être rincés à l'eau claire après la tétée. Les désinfectants et autres laits de toilette parfumés sont inutiles.

7/ Eviter les biberons de complément. Le temps d'apprentissage de la tétée est très variable d'un bébé à l'autre : de quelques minutes à quelques jours. Laissez-lui le temps d'apprendre. S'il a très faim, proposez-lui le sein aussi souvent que

nécessaire. Cela aidera aussi à l'efficacité de votre montée laiteuse. Le biberon de complément pose problème : l'effort à faire pour téter une tétine de caoutchouc est beaucoup plus faible, et surtout la position de la bouche sur la tétine n'est pas du tout la même que sur le mamelon : l'enfant qui boit au biberon n'apprend donc pas à développer une tétée efficace sur le sein. **8/** Il n'y a pas de règle à respecter sur le nombre de tétées quotidiennes : certains bébés se suffisent de six tétées dès les premiers jours, d'autres en demanderont douze, voire plus. N'imposez pas de règle pré-établie, voyez cela avec le principal intéressé : votre bébé.

9/ Faut-il donner 1 sein ou les 2 seins à chaque tétée ? Seul un bébé correctement positionné au sein doit pouvoir décider en fonction de ses besoins. Il est important d'attendre que bébé s'arrête de téter lui même avant d'offrir l'autre sein.

10/ La durée de chaque tétée dépend du rythme de succion du bébé et du débit du lait. Elle est très variable et semble caractéristique de chaque couple mère-enfant.

11/ Pendant les 24 premières heures de la vie, bébé dort beaucoup et il est fréquent d'observer un faible nombre de tétées. La proximité de votre bébé est indispensable, l'allaitement est à la demande, sans restriction 24 heures sur 24. Pour beaucoup d'enfants, la répartition des tétées entre le jour et la nuit est la seule façon d'obtenir une ration suffisante sur 24 heures. Par ailleurs si le lait n'est pas évacué au fur et à mesure de sa sécrétion il y a risque d'engorgement et de baisse de la production.

12/ L'insuffisance de sécrétion lactée est très rare et découle souvent d'une conduite inappropriée de l'allaitement. L'insuffisance d'apport n'est ni la principale, ni la seule cause d'agitation et de pleurs de bébé. Il faut savoir que la croissance des bébés allaités est différente de celle des bébés nourris au substitut de lait.

13/ Le tabac est dangereux pour votre bébé. Si vous ne pouvez pas vous abstenir, sachez que l'allaitement maternel est quand même le meilleur choix pour votre bébé. Ne fumez pas en présence de bébé, attendez 2 heures après avoir fumé pour donner la tétée. Sachez que vous pouvez utiliser des substituts nicotiques pour vous aider.

Une consommation modérée d'alcool n'est pas contre-indiquée ; bien sûr, donner la tétée avant d'en consommer.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BLONDEL M., MARSHALL B .
Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse
Résultats d'une étude dans vingt départements
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1996, 25, 729-736
- [2] CHAMBONNET, LE MAUFF, GIRAUD J.-R.,
Qui doit suivre la grossesse ?
Le maître d'œuvre doit-il être le médecin généraliste ?
Le maître d'œuvre doit-il être le gynécologue obstétricien ?
- [3] DESESQUELLES A., RICHET-MASTAIN L.,
Bilan démographique 2003 : stabilité des naissances, augmentation des décès
Enquêtes et études démographiques, INSEE
INSEE Première n°948, Février 2004
- [4] La santé observée dans les Pays de Loire
Tableau d bord régional sur la santé
ORS des Pays de Loire, édition 2003-2004
- [5] Rapport du Comité National d'Experts sur la mortalité maternelle,
1995-2001
Rapport remis au ministre délégué à la santé, Mai 2001
- [6] BLONDEL B., NORTON J.
Enquête nationale périnatale 1998
Ministère de la Santé
- [7] AUDIPOG
La santé périnatale en 2002-2003
Evaluation des pratiques médicales
Site : <http://audipog.inserm.fr>
- [8] Le Réseau des maternités entre 1996 et 2000
Un mouvement de réorientation des grossesses à risque avec de fortes disparités régionales
DREES, Etudes et résultats, n°225, Mars 2003

- [9] CLEMENT A., LOMBRIL P., ROZE J.-C., WINER N.,
Rapport d'activité des maternités des Pays de Loire, Année 2001
Commission d'évaluation du réseau Sécurité Naissance , Octobre 2003
<http://www.reseau-naissance.com>
- [10] Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2003
DRESS, séries statistiques n°57, dec.2002
- [11] Mères et nouveau-nés en Pays de Loire
Echo des stat., Pays de Loire, n°13, Mars 2003
- [12] Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004
Répertoire ADELI, n°68, juillet 2004
- [13] COLLET N., La surveillance de la grossesse
Enquête auprès de médecins généralistes en Loire-Atlantique et Vendée,
Thèse de médecine 1997, Nantes
- [14] BLONDEL B., Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas
ou haut risques. Bilan des études d'évaluation
<http://www.sfmp.net>
- [15] MAMELLE N., Agir pour améliorer la santé périnatale en France
AUDIPOG, <http://audipog.inserm.fr>
- [16] BREART G., PUECH F., ROZE J.-C.,
Vingt propositions pour une politique périnatale
Mission périnatalité
- [17] BREMOND M., Structure, dynamique et performance des organisations dans
le domaine de la santé : le cas des réseaux..
Actes du colloque de Dijon du 22 juin 1998. Réseaux de soins en périnatalité.
Paris. ENSP ;1998.p11-17
- [18] CORNET B., GOUYON J.-B., Enquêtes pédiatriques sur les réseaux
périnataux en France
Arch. Pediatr., 1998, 5, p 936-8
- [19] NAIDITCH M., COMBIER E., Enjeux et outils de l'évaluation des réseaux.
Peut-on évaluer le réseau sans évaluer la planification qui le sous-tend ? In :
Actes du colloque de Dijon. Réseaux de soins en périnatalité. Paris.
ENSP ;1998. p29-44
- [20] PHILIPPE H.-J., BAULT J.-P., CALMES G., Maternités en Yvelines
- [21] NAIDITCH M., BOURGUEIL Y., VEDEL I., Evaluation du Réseau de Santé du
Haut-Nivernais, IMAGE, Juin 1998
- [22] FAULCONNIER B., Le cas d'un réseau de suivi de grossesse dans le
Nivernais,
Pratiques coopératives dans le système de santé
Les réseaux en question ; Actes du séminaire des 6 et 7 décembre 1996

IMAGE, ed. ENSP, 1998

- [23] BAULT J.-B., un pas de plus dans le travail en réseau
Les communautés périnatales de suivi de grossesse
Collaboration ville-hôpital en périnatalité
J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., Vol 33, suppl.1, 2004
- [24] GRANDJEAN H., ARNAUD C., TAMINH M, BLONDEL B.,
Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés dans les
grossesses à haut risque
J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., Vol 27, suppl.2:p 21-36
- [25] Définition du rôle et des missions du médecin du travail à l'égard des salariées
en état de grossesse
Instruction technique du ministère du travail, n°15 du 2 mai 1985
- [26] Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé,
Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu
Réglementation et recommandations, ANAES, Juin 2003
- [27] La tenue du dossier médical en médecine générale
Etat des lieux et recommandations, ANDEM, 1996
- [28] UMPL des Pays de Loire,
Recommandations pour la surveillance de la grossesse à bas risque
2003
- [29] BLONDEL B., GRANDJEAN H., Prise en charge des femmes enceintes et des
nouveau-nés dans les grossesses à bas risque. Bilan de la littérature
J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., Vol 27, suppl.2, p8-20
- [30] La surveillance biologique de la femme enceinte en bonne santé et sans
antécédent pathologique, ANDEM, 1996
Le Concours Médical, supplément au numéro 40, nov 1996
- [31] Guide de surveillance de la grossesse, ANDEM, 1996
- [32] Information des patients, Recommandations destinées aux médecins,
ANAES, Mars 2000
- [33] FIESCHI M.,
Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des
informations pour améliorer la qualité des soins
Rapport remis au Ministre de la Santé, Juin 2003
- [34] RENARD C., Procédure informatisée de soins en médecine générale sur le
suivi de grossesse

Thèse de médecine, 2000, BOBIGNY.

[35] CARRE E., Le suivi de la femme enceinte par un médecin généraliste
Thèse de médecine, 1999, NANTES.

NOM : DURAND – LEPOIVRE

PRENOM : Carole

Titre de la Thèse : LE DOSSIER DE SUIVI DE GROSSESSE
AU SEIN D’UN RÉSEAU VILLE-HÔPITAL

RESUME :

La plupart du temps à bas risque, la grossesse peut être suivie par le médecin généraliste. En outre, celui-ci doit être capable de dépister une situation à risque nécessitant un avis ou une prise en charge spécialisés. Dans un souci de suivi de qualité de la femme enceinte, il apparaît intéressant de favoriser la mise en place de réseau Ville-Hôpital où praticiens de ville et d'établissements travaillent conjointement.

Le dossier de suivi de grossesse est un outil essentiel pour assurer la continuité des soins et favoriser la communication entre les différents acteurs appartenant au réseau.

Cette thèse propose un modèle de dossier au vu des recommandations de bonnes pratiques et de modèles de dossier commun de suivi de grossesse existants.

MOTS-CLES

suivi de grossesse - réseau - dossier médical
recommandations - informatique
médecin généraliste - obstétrique