

POUR UNE COORDINATION  
DU SUIVI DE GROSSESSE  
DANS LE BASSIN DE VIE DE  
L'ESTUAIRE

Docteur Le Goupils

Docteur Renaut, Docteur Fagot

Madame Panchout, Madame Poulain

# Suivi de grossesse en ville

la coordination médicale à aussi des pièges  
René Amalberti 2008

- ▣ Le suivi de grossesse illustre l'approche moderne des risques
- ▣ La plupart des erreurs médicales sont dues à une défaillance dans les interactions entre professionnels
- ▣ L'approche moderne des risques est fondée sur l'analyse des organisations de travail et pas seulement sur la compétence technique
- ▣ Il ne faut pas chercher à supprimer l'erreur mais s'attarder à en contrôler les conséquences
- ▣ Il faut trouver une cohérence du système et le renforcer

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

### SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

Mise à jour Mai 2016

**OBJECTIF :** aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales (hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi.

## QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ?

### DIFFÉRENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES (ACCORD PROFESSIONNEL)

**Suivi A :** lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

**Avis A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.

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

**Suivi B :** lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

#### Conditions nécessaires :

- formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses
- exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales

## QUAND APPRÉCIER LE NIVEAU DE RISQUE ?

- **Idéalement avant la grossesse**, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle)
- **Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA)**, lors de la première consultation du suivi de grossesse
- **Tout au long de la grossesse**, jusqu'à la consultation du 9<sup>e</sup> mois ou l'accouchement

**Grossesses à risque : orientation  
des femmes enceintes entre les maternités  
en vue de l'accouchement**

**RECOMMANDATIONS**

Décembre 2009

Les professionnels de santé concernés par ces recommandations sont les suivants :

- ▣ coordonnateurs et personnels des réseaux de périnatalité ;
- ▣ sages-femmes ;
- ▣ gynécologues-obstétriciens ;
- ▣ gynécologues médicaux ;
- ▣ médecins urgentistes ;
- ▣ anesthésistes-réanimateurs ;
- ▣ pédiatres ;
- ▣ médecins généralistes ;
- ▣ infirmières ;
- ▣ puéricultrices ;
- ▣ médecins et professionnels de santé de l'hospitalisation à domicile.
- ▣ Elles sont également destinées aux associations concernées par la naissance.

## Rapport Bréart et al 2003

*« Si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque... Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins (et mieux) dans les situations à faible risque »*

# Mission des réseaux de santé en périnatalité

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

# Histoire récente du suivi de grossesse

- ▣ Ordonnance du 2 novembre 1945: création de la Protection Maternelle et Infantile examen prénuptial, 3 examens médicaux pendant la grossesse et un examen 1 mois après l'accouchement
- ▣ Décret du 19 Juillet 1962: renforcement du suivi de grossesse avec quatrième examen médical et dépistage des incompatibilités foeto-maternelles. La PMI est sous le contrôle de la DASS et les examens sont fait par le médecin traitant.
- ▣ En 1970, les sept examens prénataux sont de plus en plus effectués par les équipes responsables de l'accouchement.
- ▣ DE 1976 à 1980: L'échographie se développe et en 1981, 80% des femmes ont une échographie.
- ▣ Création d'un comité consultatif d'informatique médical en 1976, création d'un nouveau dossier périnatal en 1979
- ▣ **En 1982**, sous la responsabilité du professeur Sureau, création de l'association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie **AUDIPOG**



- ▣ En 1993, réseau sentinelle Audipog sur 70 items
- ▣ Plan de périnatalité 1994
- ▣ En 1998, organisation des maternités en réseau
- ▣ Enquêtes et indicateurs en 1998 et 2003
- ▣ En 2003: l'association Audipog propose une version personnalisée du dossier périnatal informatisé pour mieux répondre aux besoins des utilisateurs. **Le carnet est peu utilisé car il est redondant avec les autres dossiers médicaux.**
- ▣ Plan de périnatalité en 2004
- ▣ Juillet 2007: distribution du nouveau carnet de santé national
- ▣ Enquête en 2010

# PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Par Benjamin LECOMTE Rouen octobre 2017

- ▣ Pour avoir un travail en réseau, un dossier obstétrical commun semble indispensable.
- ▣ Celui-ci permettrait d'avoir une continuité des soins entre les différents professionnels de santé ayant à suivre la grossesse. Un dossier obstétrical tenu à jour permettrait ainsi au professionnel de santé consulté une prise en charge optimale.

# Avantages du dossier informatique

- une **saisie rapide** des informations
- une **transmission plus rapide** de l'information
- une plus grande **fiabilité et exhaustivité des données** échangées et ainsi une **réduction du risque d'erreurs médicales**
- une **meilleure lisibilité**
- une plus grande **durabilité**
- **moins de duplication des documents, moins d'utilisation du papier donc un système plus écologique**
- en même temps une **production facile de copies** au besoin, notamment pouvoir imprimer une version complète du dossier
- un **accès facile**, par exemple via internet, pour tous les usagers donc l'absence d'indisponibilité du dossier liée à la perte ou l'oubli par la patiente

- **un partage plus facile des informations entre les diverses structures**, hospitalières et ambulatoires , notamment les laboratoires ou centres d'imagerie, permettant un accès direct et rapide aux résultats d'examens
- une confidentialité des données garantie par l'utilisation d'identifiants et mots de passe, la sécurisation des transferts avec des systèmes de cryptage et également la possibilité de créer certaines rubriques accessibles uniquement à certains professionnels, notamment pour les informations « sensibles »
- un système relativement économique, permettant notamment de réduire les frais liés à l'impression et la gestion des dossiers papiers
- une réactualisation plus facile, en fonction des besoins des utilisateurs, de nouvelles idées d'amélioration qui émergent et des recommandations nationales
- une synthèse automatique des données
- l'inclusion d'outils d'aide au suivi pour les professionnels

# Obstacles au développement de l'outil informatique

- ▣ Absence de standardisation
- ▣ Problèmes de compatibilité
- ▣ Difficulté d'utilisation
- ▣ Mise en place difficile
- ▣ Difficultés d'accès à l'informatique
- ▣ Dysfonctionnement et maintenance
- ▣ Données virtuelles et dossiers facilement supprimés
- ▣ Difficultés d'utilisation dans l'urgence
- ▣ Expression standardisée
- ▣ Augmentation du temps passé à la saisie
- ▣ Coût
- ▣ Risque de perte d'indépendance de la patiente

# Mémoire de fin d'étude de sage femme

Claire Cimetière 2016

- ▣ L'étude retrouve un taux de remplissage global des dossiers (toutes catégories) relativement faible (19%).
- ▣ Les renseignements médicaux, comprenant la prévention du risque thromboembolique, du diabète et les consommations de la femme enceinte sont mieux remplis (49.8%). un remplissage global, comprenant les informations médicales et les informations données à la patiente, correct pour 1 dossier sur 5.
- ▣ La question de l'informatisation des dossiers pourrait également se poser

# Problèmes actuels du suivi conjoint des grossesses dans le bassin de vie de l'estuaire

- ▣ Chaque professionnel a son propre dossier
- ▣ Peu ou pas d'échanges d'informations entre les professionnels dans le suivi conjoint
- ▣ Doublet entre le dossier du professionnel et le dossier donné au patient
- ▣ Difficultés de récupérer les résultats des examens (biologies, frottis)
- ▣ Place du dossier informatisé?

# Solutions

## Groupes de travail

- ▣ Sur le dossier médical
- ▣ Partagé entre les professionnels
- ▣ Dans le cadre du suivi conjoint des grossesses

## Date: Automne 2018

- ▣ Réunion analyse des problèmes actuels et propositions de solutions (2h30)
- ▣ Travail sur une solution
- ▣ Evaluation



# Groupe de travail

- ▣ Tout professionnel de santé participant au suivi de grossesse
- ▣ Objectif: faire remonter les problèmes actuels et proposer les solutions
- ▣ Inscription ce soir sur les listes

**MERCI DE VOTRE AIDE!**

# Mémoire de fin d'étude de sage femme

## Claire Cimetière 2016

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

- 6 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)
  - 20 CMP (Centre Médico-Psychologique)
  - Le CPDPN (Centre pluridisciplinaire de diagnostic Prénatal) de Lille
  - Le SAMU et le SMUR pédiatrique de Lille
  - 23 Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) de PMI
- 
- ▣ 10 maternités appartiennent au Réseau OMBREL, soit 6 maternités publiques (Jeanne de Flandre (Lille), Roubaix, Tourcoing, Armentières, Hazebrouck, Seclin), 1 maternité privée à but non lucratif (Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille), et 3 cliniques privées (Polyclinique du Bois (Lille), Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq et Clinique du Val de Lys (Tourcoing))

# Remplissage du dossier obstétrical dans le réseau Ombrel

- ❑ Parmi les « Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins » (IPAQSS), édités par la HAS, il existe un indicateur « Tenue du Dossier Patient » s'appliquant aux établissements de santé de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (TDP MCO).
- ❑ L'étude retrouve un taux de remplissage global des dossiers (toutes catégories) relativement faible (19%).
- ❑ Les renseignements médicaux, comprenant la prévention du risque thromboembolique, du diabète et les consommations de la femme enceinte sont mieux remplis (49.8%). un remplissage global, comprenant les informations médicales et les informations données à la patiente, correct pour 1 dossier sur 5.
- ❑ La question de l'informatisation des dossiers pourrait également se  
poser

# PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Par Benjamin LECOMTE octobre 2017

L'objectif du travail était la description de la place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. Les résultats montrent que le médecin généraliste est d'avantage sollicité pour le suivi en début de grossesse ainsi que pour différents motifs, en dehors du suivi recommandé, en lien ou non avec la grossesse.

L'enquête s'est déroulée dans plusieurs maternités de l'ancienne région Haute Normandie

## Conclusion du docteur Lecomte

- ▣ Les femmes interrogées ont rappelé l'importance de l'aspect relationnel de leur contact avec le médecin généraliste. La relation de confiance médecin-patiente est souvent antérieure au début de grossesse avec le médecin généraliste car la femme le connaît souvent depuis plusieurs années.
- ▣ Dans l'étude, certains indicateurs du déroulement de la consultation du médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse ont révélé quelques manquements probablement liés à un déficit de formation.
- ▣ Les compétences de chacun doivent être mises en commun pour faciliter le suivi. Il ne doit pas exister de concurrence entre les différents acteurs.

Afin d'augmenter et d'améliorer le suivi de grossesse dans l'activité des médecins généralistes qui le souhaitent, plusieurs propositions peuvent être faites :

- amélioration de leur formation médicale en obstétrique
- amélioration de la coopération entre les professionnels de santé de la grossesse
- développement du travail en réseau
- existence d'un dossier médical obstétrical commun et unique
- utilisation de supports d'aide à la consultation de suivi prénatale
- information des patientes que le médecin généraliste a les compétences pour suivre les grossesses.

- ▣ Utilisation facilitée des données pour les études en Santé Publique
- ▣ Systèmes d'échanges plus interactifs entre professionnels voire avec les patientes
- ▣ Numéro d'identification nationale
- ▣ Possibilité de traduction



# Cahier des charges de la DHOS en mars 2006

- ▣ En 2008, 30% des femmes sont intégralement et uniquement suivies par la maternité où elles accoucheront
- ▣ De plus en plus de médecins généralistes seront en charge de la grossesse en association avec les sages femmes pour des problèmes de démographie
- ▣ On estime à 1000 morts fœtales et 1000 morbidités fœtales graves évitables sur les 800000 grossesses par an: risque important en comparaison avec les autres activités humaines

# Facteurs de mauvaise performance

- ▣ Risque d'erreur fois 2 au 15<sup>ème</sup> patient au cours de la même garde pour une équipe d'urgence composée de 3 personnes
- ▣ Diminuer le temps de consultation e moitié multiplie le risque d'erreur par 1,2 ou 1,3
- ▣ Autonomie des professionnels médicaux qui poursuivent leurs objectifs sans se soucier des autres
- ▣ Hospitaliser une patiente le samedi soir resoud le problème du praticien de ville mais augmente la difficulté pour l'hôpital qui accueille
- ▣ Se considérer meilleur que les autres alors que le travail en équipe est plus performant
- ▣ Perte de visibilité en raison d'une hypercompétence
- ▣ Surprotection dans un contexte de judiciarisation

- ▣ Le médecin traitant, la sage femme, l'échographiste effectue une prise en charge ponctuelle
- ▣ L'obstétricien maîtrise la totalité du dossier
- ▣ Il est fondamental que les sachants, les moins sachants et les non sachants apprennent à travailler ensemble
- ▣ La transmission de l'information médicale est un facteur de risque

# Recommandations de bonne pratique pour la transmission médicale

- ▣ Etablir une liste des éléments et des items
- ▣ Eviter les adjectifs minorant un facteur de risque
- ▣ Eviter le jargon technique
- ▣ Tracer l'activité