

Contenu minimum obligatoire d'un compte-rendu de césarienne

Date de validation : 29/03/2013 Date de diffusion : 04/04/2013	Rédigée par : Pr F. Vendittelli, Pr C. Racinet, Dr C. Crenn-Hébert, Dr J.-F. Le Digabel
Version : 1	Vérifiée par : Pr E. Closset, Dr G. Dauplain, Dr O. Multon, Pr F. Pierre, Pr O. Sibony
Total pages : 4	Validée par : Les membres du conseil d'administration du CNGOF

1. Préambule

Le travail a été réalisé à la demande des membres du conseil d'administration du CNGOF. L'objectif était d'avoir un contenu minimal non exhaustif à attendre dans un compte-rendu opératoire de césarienne (CROP).

Le groupe de travail a été constitué par le CNGOF après appel à volontaires parmi ses membres.

Cette directive qualité s'adresse aux professionnels réalisant des césariennes, quel que soit le type du support du compte-rendu utilisé (feuille blanche, dossier papier structuré ou dossier informatisé).

Cette démarche participe à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers au sein de notre discipline et répond aux exigences nationales réglementaires. Elle favorise aussi l'alimentation du dossier médical personnel (DMP) de la mère et des dossiers communicants des réseaux de santé en périnatalité. La communication entre professionnels et entre professionnels et usagers devrait en bénéficier.

2. Données administratives obligatoires devant figurer dans le compte-rendu opératoire de la césarienne

Le compte-rendu doit comporter le nom et les coordonnées de l'établissement.

Le compte-rendu doit être concis et précis.

Il doit comporter par ailleurs :

- les noms (dont nom de naissance) et prénom de la patiente
- la date de naissance de la mère
- la date d'intervention
- le nom du ou des opérateurs (avec leur grade ou statut) et des aides
- le nom du ou des anesthésistes (avec leur grade ou statut)

3. Contenu médical du compte-rendu

3.1 Indication

Les informations suivantes doivent être disponibles dans le CROP :

- la gestité et la parité de la patiente ;
- le nombre de cicatrices utérines éventuelles ;
- le terme au moment de la césarienne (en semaines d'aménorrhée et jours selon la convention du CNGOF, par exemple : 41⁺⁰ SA) ;
- le moment de la césarienne (programmée avant travail, programmée en travail, en urgence avant travail, en urgence pendant le travail). Le degré d'urgence doit être spécifié. En cas de césarienne en urgence, préciser la dilatation du col ;
- préciser si un déclenchement était en cours et le moment de la rupture des membranes ;
- les raisons motivant la césarienne doivent être décrites, y compris s'il s'agit d'une demande maternelle (la césarienne sur demande correspond à une césarienne souhaitée par la femme enceinte en l'absence d'indications médicales ou obstétricales) ;

3.2 Description de la césarienne

- Type et moment de l'antibioprophylaxie
- Type d'anesthésie
- Type du sondage vésical (à demeure ou non)
- Type d'abord pariétal : Joël Cohen, Pfannenstiel, Mouchel (transversale avec section des muscles grands droits), médiane sous-ombilicale, vaginale
- Préciser les éventuelles difficultés ou particularités de l'abord utérin et si un décollement vésical a été réalisé.
- Type d'hystérotomie : segmentaire transversale, segmentaire longitudinale exclusive, segmento-corporéale, corporéale. Expliciter les difficultés éventuelles.
- Liquide amniotique :
 - . aspect : clair, teinté fluide, méconial fluide, méconial épais, sanglant
 - . quantité : normale, oligoamnios, hydramnios.
- Extraction :
 - . présentation : céphalique, siège, transverse
 - . difficultés éventuelles et manœuvres manuelles ou instrumentales
 - . sexe enfant : masculin, féminin, indéterminé
 - . Apgar à 1 min, à 5 min et à 10 min
 - . poids (en g) ou non pesé car transfert immédiat
 - . pH artériel ombilical, à défaut pH veineux.
- Délivrance : dirigée (oui, non), manuelle (oui, non). Révision utérine.
Si dirigée : produit, dose et voie d'administration.
- Hystérorraphie :
 - . décrire le type de suture sur l'hystérotomie et sur les déchirures éventuelles (surjet, points en X, simples séparés ; un ou deux plans)
 - . le type de fils utilisés (marque et calibre).
- Vérification des annexes et de l'utérus : normalité ou anormalité (à décrire)
- Toilette péritonéale
- Fermeture du péritoine vésico-utérin :
 - . non-fermeture du péritoine vésico-utérin
 - . fermeture du péritoine vésico-utérin (si oui, type de fil et type de suture)

- Fermeture du péritoine pariétal : non, oui (si oui, type du fil et type des points)
- Qualité de l'hémostase en fin d'intervention
- Compte des compresses
- Fermeture aponévrotique :
 - . type de suture et type des fils
- Drainage sous aponévrotique :
 - . absence de drainage sous-aponévrotique
 - . drainage sous aponévrotique par des redons aspiratifs ou non
- Fermeture cutanée :
 - . agrafes ou suture (surjet ou points séparés de Blair Donatti, surjet intradermique) et types de fils (marque et calibre)
- Aspect des urines en fin d'intervention
- Volume total des pertes sanguines estimées en fin de césarienne. Transfusion (oui, non. Si oui, types et quantité des produits)
- Qualité du globe utérin
- Aspect macroscopique du placenta et du cordon (notamment anomalie de longueur)
- Examen anatomopathologique ou bactériologique demandé

3.3 Horodatage

- Heure de la décision en cas de césarienne en urgence
- Heure de l'incision cutanée
- Heure de la naissance
- Heure de fin d'intervention ou durée d'intervention (en min)

3.4 Proposition éventuelle pour prochaine grossesse

Noter éventuellement une conduite à tenir préconisée pour la grossesse suivante.

4. Validation du compte-rendu opératoire

Tout compte-rendu opératoire diffusé ou archivé doit être validé via une signature de l'opérateur (signature manuscrite ou électronique).

Les comptes-rendus électroniques doivent être bloqués pour ne pas permettre une modification de ceux-ci, ou les modifications électroniques doivent être tracées.

Une copie validée doit être remise à la patiente.

5. Archivage du compte-rendu opératoire

Il fait partie intégrante du dossier médical, dont la conservation est fixée par la loi. L'archivage du compte-rendu de césarienne selon la loi française est de 28 ans et selon les directives européennes de 30 ans.

6. Références

- Conseil national de l'ordre des médecins. Bull CNOM, 1992; 12: 7. Le contenu du compte-rendu opératoire.

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 paru au JO n°10 1 du 30 avril 2002, art 9 listant les éléments constitutifs du dossier médical. www.admi.net/jo/nor/
- ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient. Amélioration de la qualité et du contenu. Réglementation et recommandations. Éditions HAS, Paris, 2003.
- HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement. Paris, décembre 2005.
- Directive européenne 2005/61 du 30 septembre 2005, art. 4.
- CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Édition CNGOF, Paris, 2007. (<http://www.cngof.asso.fr>).
- CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Grossesse prolongée, terme dépassé. Édition CNGOF, Paris, 2011. (<http://www.cngof.asso.fr>).
- Audipog. Spécifications fonctionnelles et techniques des logiciels en périnatalogie. Volume 7. Recommandations pour la pratique clinique (RPC) Documents à destination des professionnels Informations pour les patientes Prescriptions médicales en ambulatoire (ordonnances). Aide à la décision médicale. 2011.
- Ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre. Rapport de la Commission nationale permanente adoptée lors des assises du Conseil national de l'ordre des médecins du 18 juin 2011. Signature-engagement personnel du médecin. Rapporteur Xavier Deau.
- HAS. Recommandations de pratiques cliniques. Indications de la césarienne programmée à terme. Éditions HAS, Paris, janvier 2012 (<http://www.has-sante.fr/>).
- HAS. IPAQSS 2012 : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : « tenue du dossier ». (<http://www.has-sante.fr>).
- Code de santé publique de 2012.
 - Section 1 : Confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique. Article R1110-1 modifié par décret n°2007-960 du 15 mai 2007 - art. 1 JORF 16 mai 2007.
 - Article R1112-7 modifié par décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 (information des personnes accueillies).
 - Sous-section 2 : Article R4127-37 et Article R4127-45. Modifié par décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2.
 - Section 3 : Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique. Article L1111-14 modifié par loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 9.
 - Section 6 : Prescription en matière de responsabilité médicale. Article L1142-28 modifié par loi n°2008-561 du 17 juin 2008 – art. 20.
- Code de déontologie médicale figurant dans le code de santé publique sous les numéros 5.4127 à R.4127-112. Mise à jour le 8 mai 2012 – Décret 2012-694 du 7 mai 2012.

7. Information pour la gestion documentaire

Diffusion V1 : 4/4/2013		
Validation V1 : 29/3/2013	Pr Hédon, pour les membres du conseil d'administration du CNGOF	Signature