



**HAL**  
open science

**Évaluation des pratiques professionnelles des  
sages-femmes du groupe hospitalier  
Cochin-Saint-Vincent-de-Paul concernant la tenue du  
partogramme**  
Fabienne Dorneus

► **To cite this version:**

Fabienne Dorneus. Évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes du groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul concernant la tenue du partogramme. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00619447

**HAL Id: dumas-00619447**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619447v1>**

Submitted on 6 Sep 2011

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

**Liens**

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

# UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

---



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

**Mémoire** pour obtenir le

## **Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

le : **07 Avril 2011**

par

**Fabienne DORNEUS**

Née le 8 Octobre 1986

## **Evaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes du groupe hospitalier Cochin- Saint-Vincent-de-Paul concernant la tenue du partogramme**

**DIRECTEUR DU MEMOIRE :**

**Monsieur le Professeur CABROL Dominique**  
Port-Royal

Gynécologue-obstétricien, maternité

---

**JURY :**

**Monsieur le Pr. CABROL Dominique**

**Madame DUQUENOIS Sylvie**

**Monsieur TSATSARIS**

**Madame COLLIOT-THELENE**

**Madame LEMETAYER-DARTOIS Marie-Françoise**

Directeur technique de l'école de sage-femme Baudelocque

Représentante de la directrice de l'école de sage-femme Baudelocque

Gynécologue-obstétricien, maternité Port-Royal

Sage-femme cadre, maternité Bichat

Sage-femme guide, Ecole de sage-femme Baudelocque

N° de mémoire : 2011PA05MA14

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout particulièrement le Professeur Dominique CABROL et Madame Marie-Françoise LEMETEYER-DARTOIS d'avoir accepté de diriger et de guider ce mémoire.

Je leur suis vraiment reconnaissante pour l'aide qu'ils m'ont apporté, pour leur patience, leurs précieux conseils et le temps qu'ils ont su me consacrer pour l'élaboration de mon mémoire.

Je remercie également la promotion d'étudiantes sages-femmes de Baudelocque 2006-2010, qui restera toujours ma promotion de cœur et sans qui ce travail n'aurait pas abouti; ainsi que Miriam, Hanna, Elisabeth, Julie et Mariem pour leur soutien et leur amitié et toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

Enfin, je remercie Madame Claire DRAN, Madame Nancy GUILLAUME et Madame Sidonie LE POUL-PETIT pour leur aide précieuse.

# Table des matières

Remerciements.....	3
Table des matières .....	4
Liste des annexes .....	9
Lexique .....	10
Introduction.....	11
<b>1. Première partie Cadre conceptuel du partogramme .....</b>	<b>12</b>
1.1. Le partogramme .....	12
1.1.1. <i>Historique du partogramme</i> .....	12
1.1.1.1. 1954: Emmanuel A. Friedman.....	12
1.1.1.2. 1960: M. Lacomme .....	14
1.1.1.3. 1972: RH Philpott .....	16
1.1.1.4. 1975: K. O'Driscoll .....	17
1.1.2. <i>But et intérêts du partogramme</i> .....	18
1.1.2.1. Synthèse des éléments de surveillance materno-fœtale .....	18
1.1.2.2. Outil d'aide à la décision et de communication.....	19
1.1.2.3. Document médico-légal.....	19
1.1.2.4. Support de recherches cliniques .....	20
1.1.2.5. Support pour l'enseignement .....	20
1.1.2.6. Support d'évaluation des pratiques professionnelles.....	20
1.2. La démarche qualité en santé .....	21
1.2.1. <i>Nouveau concept émergent en 2004: l'évaluation des pratiques professionnelles</i> .	21
1.2.1.1. La démarche qualité.....	21
1.2.1.2. Lien entre Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles .....	23
1.2.2. <i>Audit</i> .....	24
1.2.2.1. Définition .....	24
1.2.2.2. Comment mener un audit .....	24
1.2.2.3. Audit clinique sur le partogramme mené par la HAS en 2000-2001.....	25
1.2.2.4. L'Audit clinique ciblé de la HAS en 2006 .....	26
<b>2. Deuxième partie Protocole de recherche et résultats .....</b>	<b>30</b>
2.1. Méthodologie de la recherche .....	30
2.1.1. <i>Problématique</i> .....	30
2.1.2. <i>Hypothèses de la recherche</i> .....	31
2.1.3. <i>Objectifs de la recherche</i> .....	31
2.1.4. <i>Population et méthodologie de l'étude</i> .....	32

2.2. Résultats .....	34
2.2.1. Comparaison PR/SVP en qui concerne l'ACC n°1 : La présentation du partogramme .....	34
2.2.2. Comparaison PR/SVP en ce qui concerne l'ACC n°2 : Obstétrique .....	40
2.2.3. Comparaison PR/SVP : Actes, événements et traitements survenus au cours du travail .....	45
2.2.4. Informations notées dans les dossiers de grossesse et d'accouchement.....	50
<b>3. Troisième partie Analyse et discussion .....</b>	<b>51</b>
3.1. Forces et limites de l'étude .....	51
3.1.1. Forces .....	51
3.1.2. Limites .....	51
3.2. Analyse des résultats Port-Royal/Saint-Vincent-de-Paul .....	52
3.2.1. Port-Royal .....	52
3.2.2. Saint-Vincent-de-Paul .....	53
3.3. Comparaison avec l'ACC mené par la HAS en 2006 .....	54
3.3.1. ACC n°1 .....	54
3.3.2. ACC n°2 .....	56
3.3.3. ACC n°3 .....	60
3.4. Importance des informations notées dans les dossiers de grossesse et d'accouchement.....	63
3.4.1. ACC n°1 .....	64
3.4.2. ACC n°2 et n°3 .....	64
3.5. Propositions d'améliorations des pratiques professionnelles en matière de tenue du partogramme et place de la sage-femme.....	65
3.5.1. Formation/information des professionnels relative aux recommandations de la HAS .....	65
3.5.2. Création d'un nouveau partogramme aux normes de la HAS.....	66
3.5.3. Place de la sage-femme.....	67
<b>Conclusion.....</b>	<b>68</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>69</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>72</b>

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1:</b> Résultat de l'ACC n°1 concernant les informations notées sur le partogramme	36
<b>Tableau 2 :</b> Résultat de l'ACC n°1 concernant les informations notées sur le partogramme et les dossiers de grossesse et d'accouchement	37
<b>Tableau 3:</b> Causes des non-respects du remplissage horaire à SVP	38
<b>Tableau 4:</b> Cause des non respects du remplissage horaire à PR	39
<b>Tableau 5 :</b> Résultats de l'ACC n°2 concernant les informations notées sur le partogramme	42
<b>Tableau 6 :</b> Résultats de l'ACC n°2 concernant les informations notées sur le partogramme et les dossiers de grossesse et d'accouchement	43
<b>Tableau 7 :</b> Résultats de l'ACC n°3 concernant les informations inscrites sur le partogramme	47
<b>Tableau 8 :</b> Résultats de l'ACC n° 3 concernant les informations inscrites sur le partogramme et les dossiers de grossesse et d'accouchement	48
<b>Tableau 9 :</b> Répartition par maternité et par ACC des informations considérées comme « mal classées » (inscrites dans les dossiers de grossesse et d'accouchement)	50
<b>Tableau 10:</b> Critères « en faveur » de PR présentant une significativité	53
<b>Tableau 11 :</b> Critères « en faveur » de SVP présentant une significativité	53
<b>Tableau 12:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur l'identité civile de la mère	54
<b>Tableau 13 :</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur le remplissage du partogramme respectant le rythme horaire	55
<b>Tableau 14 :</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant le nom de la sage-femme	55
<b>Tableau 15 :</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant le non de l'obstétricien et/ou anesthésiste	56
<b>Tableau 16:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant la surveillance du col utérin	56
<b>Tableau 17:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur les commentaires relatifs aux RCF	57
<b>Tableau 18:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant l'état et l'aspect de la PDE ainsi que du LA	57
<b>Tableau 19:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur le début des efforts expulsifs	58
<b>Tableau 20:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur l'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne	58

<b>Tableau 21:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur l'heure et le mode de délivrance .....	59
<b>Tableau 22:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur l'indication de la délivrance artificielle et/ou révision utérine .....	59
<b>Tableau 23:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant les paramètres cliniques .....	60
<b>Tableau 24:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur le comportement de la patiente.....	60
<b>Tableau 25 :</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant l'évaluation de la douleur .....	61
<b>Tableau 26:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant la prescription.....	62
<b>Tableau 27:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant le motif et l'heure d'appel aux médecins spécialisés .....	62
<b>Tableau 28:</b> Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant la surveillance post-natale .....	63



## Liste des figures

<b>Figure 1:</b> Diagramme d'accouchement « horizontal » de Koller et Abt [5] .....	13
<b>Figure 2:</b> Cervicographe de Friedman [8] .....	14
<b>Figure 3 :</b> Diagramme de dilatation de Lacomme [9].....	15
<b>Figure 4 :</b> Cervicographe à 2 lignes pour les primipares de Philpott [11].....	16
<b>Figure 5 :</b> Cervicographe à une ligne chez la primipare d'après O'Driscoll [12] .....	18
<b>Figure 6 :</b> Résultat de l'ACC n°1 provenant du cédérom crée par l'ANAES en 2004 .....	27
<b>Figure 7 :</b> Résultat de l'ACC n°2 provenant du cédérom crée par l'ANAES en 2004 .....	28
<b>Figure 8 :</b> Résultat de l'ACC n°3 provenant du cédérom crée par l'ANAES en 2004 .....	29
<b>Figure 9:</b> La présentation du partogramme .....	35
<b>Figure 10:</b> L'obstétrique.....	41
<b>Figure 11:</b> Les actes, événements et traitements survenus au cours du travail et dans le post-partum immédiat.....	46

## Liste des annexes

Annexe 1 : Roue de Deming ou PDCA.....	73
Annexe 2 : Grille d'évaluation de l'audit clinique de la HAS .....	75
Annexe 3: Grille de recueil des données de l'ACC mené par la HAS.....	78
Annexe 4 : Grille d'utilisation de l'ACC faite par la HAS.....	81
Annexe 5: Partogramme de l'Audipog.....	84
Annexe 6 : Partogramme de Port-Royal.....	85
Annexe 7 : Partogramme de Saint-Vincent-de-Paul.....	86
Annexe 8 : Grille d'évaluation .....	87
Annexe 10 : Partogramme de Bichat Claude Bernard.....	90
Annexe 11 : Partogramme des Bluets .....	91

# Lexique

**EPP** : Evaluation des pratiques professionnelles

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**GH** : Groupe hospitalier

**SVP** : Saint-Vincent-de-Paul

**AP-HP** : Assistance publique-hôpitaux de Paris

**ACC** : Audit clinique ciblé

**RCF** : Rythme cardiaque fœtal

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**EBM** : Evidence based medicine

**FMC** : Formation médicale continue

**SAMU** : Service d'aide médicale d'urgence

**PR** : Port- Royal

**MFIU** : Mort fœtale in- utéro

**APD** : Analgésie péridurale

**RSM** : Rupture spontanée des membranes

**RAPDE** : Rupture artificielle de la poche des eaux

**VVP** : Voie veineuse périphérique

**TV** : toucher vaginal

**IDG** : Interne de garde

**LA** : Liquide amniotique

**PDE** : Poche des eaux

**SDN** : Salle de naissance

**TA** : Tension artérielle

**T°** : Température

**PPI** : Post-partum immédiat

## Introduction

Elaboré à partir des travaux de Friedman en 1954, le partogramme a pris une place croissante dans la surveillance materno-fœtale lors du travail au cours des cinquante dernières années. Il est devenu, aujourd'hui, un outil incontournable, adopté et exploité par tous de façon variable et indépendamment du modèle choisi. Il regroupe tous les éléments de surveillance maternelle et fœtale pendant le travail et il constitue, d'ailleurs, un support pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [1]. La qualité de sa tenue est primordiale d'un point de vue médico-légal pour les professionnels des services d'obstétrique mais également pour réaliser un suivi optimal des femmes [1].

En 2000, la Haute Autorité de Santé (HAS) a créé des recommandations relatives à sa tenue [1]. Puis, elle a réalisé un audit clinique en 2000-2001, suivi d'un audit clinique ciblé en 2006, afin d'identifier les dysfonctionnements encore existants et d'y apporter des axes d'améliorations [1,2]. Parallèlement, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a obligé les médecins à effectuer une démarche d'EPP, ceci dans le but d'une amélioration de la qualité [3]. Les professionnels se sont donc trouvés dans l'obligation d'améliorer la tenue du partogramme compte tenu de ce contexte global. C'est à la sage-femme, acteur de première ligne en salle de naissance, qu'incombe cette obligation puisque c'est elle qui remplit le partogramme.

Ce sont les raisons pour lesquelles, nous avons souhaité évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes en matière de tenue du partogramme au sein du groupe hospitalier (GH) Cochin -Saint-Vincent de Paul (SVP) à l'assistance publique-hôpitaux de paris (AP-HP), ce GH comprenant deux maternités. Nous avons réalisé une étude rétrospective de type audit clinique ciblé (ACC) entre le 10 février 2008 et 5 mai 2009, portant respectivement sur 97 et 90 dossiers. Le but de notre étude était de réaliser une EPP dix ans après la publication des recommandations de la HAS et de pointer les dysfonctionnements encore existants dans le but d'améliorer ceux-ci. Nous souhaitons, au final, proposer un nouveau modèle de partogramme répondant au plus près, aux recommandations de la HAS, et adapté à la pratique clinique des sages-femmes de ces deux établissements.

# 1. Première partie

## Cadre conceptuel du partogramme

### 1.1. Le partogramme

#### 1.1.1. Historique du partogramme

##### 1.1.1.1. 1954: Emmanuel A. Friedman

C'est à partir des publications de Friedman en 1954 que l'analyse graphique de la progression du travail s'est développée. Pionnier en la matière, Friedman, alors en exercice à l'université de Columbia souhaitait évaluer les répercussions de « différents facteurs » (tels que la rupture des membranes ou encore le poids fœtal) sur la progression du travail par un moyen simple, reproductible et objectif [4].

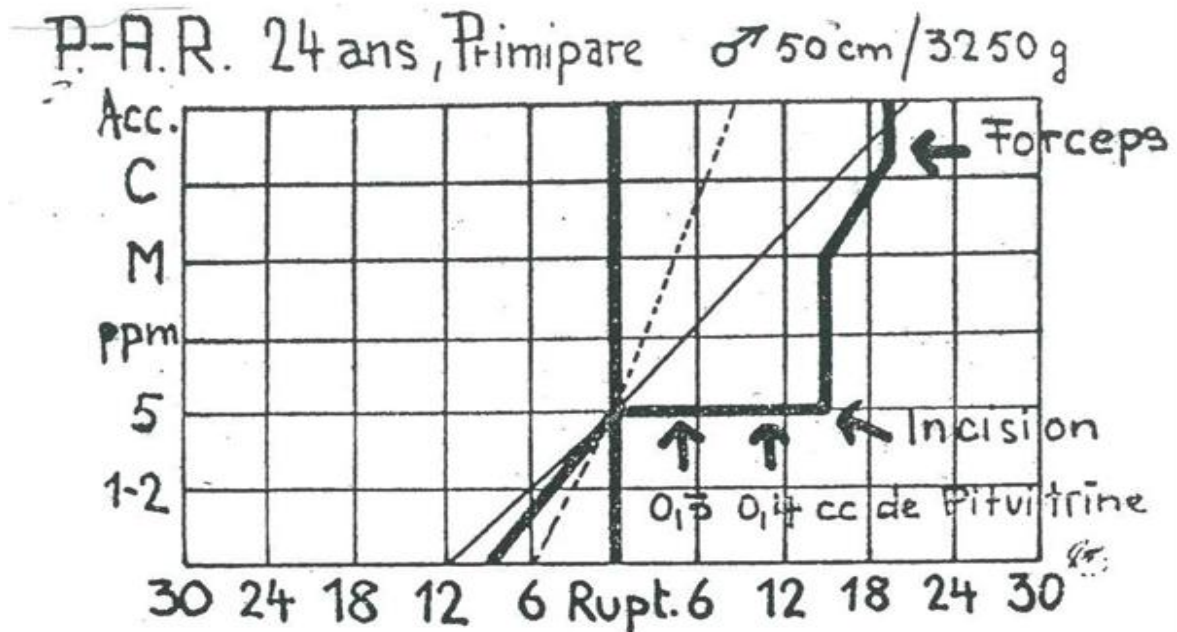
De nombreuses méthodes permettant d'étudier le travail avaient déjà été décrites auparavant. En effet, entre 1930 et 1941, Calkins et al. avaient utilisé l'évaluation clinique des contractions utérines (fréquence et intensité) ainsi que la résistance du col afin de prédire la durée totale de la première phase du travail. Celui-ci était représenté, par la dilatation en fonction de la durée et du nombre de contractions utérines, nécessaires à son évolution [4].

Par la suite, Koller en 1952, professeur à Bâle, et Abt, ont utilisé un diagramme d'accouchement « horizontal ». Ce diagramme était inscrit dans les deux quadrants supérieurs d'un système de coordonnées. L'ordonnée indiquait la dilatation du col au moment de la rupture de la poche des eaux, selon l'échelle suivante :

- diamètre d'une pièce de 1-2 francs = 1-2;
- d'une pièce de 5 francs = 5;
- d'une petite paume de main = ppm;
- de la paume de la main = M;
- dilatation complète = C;
- accouchement = Acc.

L'abscisse représentait l'échelle de temps (en heures) avant et après la rupture (à gauche et à droite de l'ordonnée) [5].

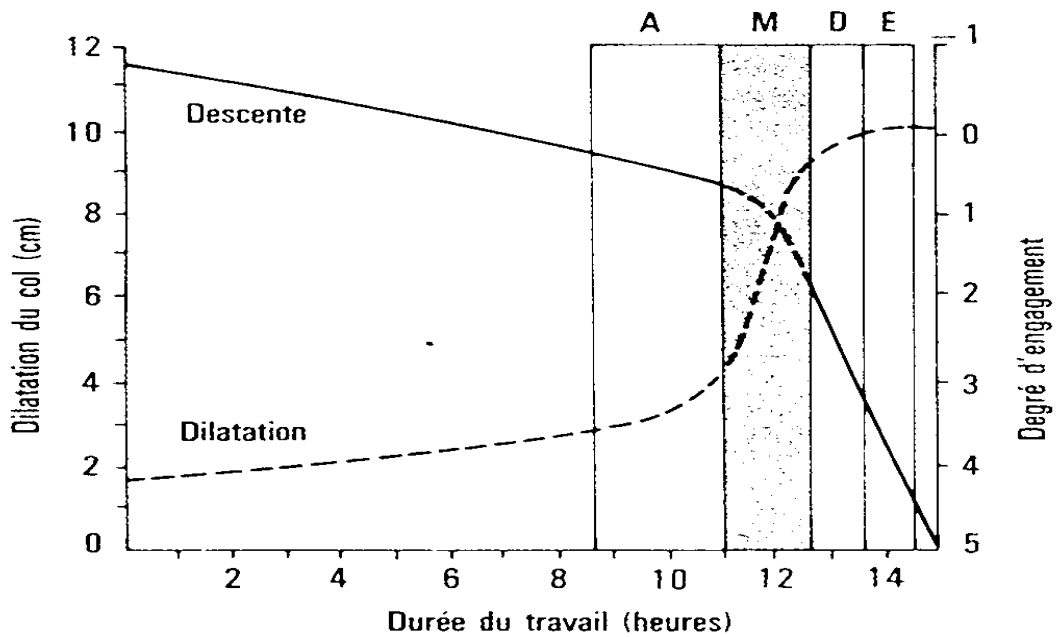
Ils voulaient déterminer les conséquences de la rupture des membranes sur le travail. Ce graphique n'était pas totalement représentatif de la progression du travail car l'échelle des ordonnées n'était pas linéaire [4].



**Figure 1:** Diagramme d'accouchement « horizontal » de Koller et Abt [5]

Cependant, aucune des méthodes précédentes ne permettait d'énumérer exhaustivement le travail. De plus, l'établissement d'une « norme » de progression du travail était négligé. [4]

Pour y remédier, Friedman a étudié les modifications du col utérin en fonction du temps sur près de six cent primipares en 1955 et cinq cent multipares en 1956 [4, 6,7].



**Figure 2:** Cervicographe de Friedman [8]

Suite à ces recherches, il divisa le travail en deux phases, basées sur les « altérations » de la courbe et leurs limites respectives furent établies [4, 6, 7]. Ainsi, ses travaux ont permis de démontrer l'efficacité de l'analyse graphique pour étudier le travail.

Ces différentes phases sont décrites par une courbe d'allure sigmoïde.

### **1.1.1.2. 1960: M. Lacomme**

En 1960, Maurice Lacomme, chef de service à la maternité de Baudelocque, a utilisé ce qu'il nomme le diagramme de dilatation. Il permettait de faire figurer les principaux éléments de surveillance ayant un retentissement sur l'évolution du travail heure par heure. Il voulait un outil qui réunisse, de façon synthétique, les résultats des examens successifs effectués et les modifications survenues au cours du travail [9].

Heures	après debut du travail		1	2	3	4	5	6	7	
	de la journée	Midi	13	14	15	16	17	18	19	
Dilatation (en centimètres)			presque effacé			7cm	9cm	C		
Présentation			tête fixée			sommet engagé	appuie sur le col	descendu sur le périnée		
Poche des eaux			~~~~~				Rupture des membranes ↑			
Rythme			8'		4'	3' 1/2	3' 1/2	3'		
Contractions	Début		~~~~~		~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~		
Bruits du cœur			+		+	+	+	+		
Thérapeutique										

**Figure 3** : Diagramme de dilatation de Lacomme [9]

Dans la première colonne verticale est consigné chaque élément d'appréciation. Les colonnes verticales suivantes représentent chacune une heure. La dilatation est figurée par des cercles qui s'agrandissent en fonction du temps écoulé.

La présentation est notée : elle peut être qualifiée de mobile, de fixe ou d'engagée. La poche des eaux intacte est représentée par une ligne continue qui s'interrompt au moment de la rupture. Celle-ci est symbolisée par une flèche.

Les contractions utérines sont représentées par deux chiffres correspondants à la durée et à l'intervalle entre elles. De surcroît, elles peuvent être dessinées avec des pointes plus ou moins élevées. Le relâchement utérin est représenté en élevant plus ou moins la ligne de base dans la case.

Les bruits du cœur sont eux symbolisés par une croix.

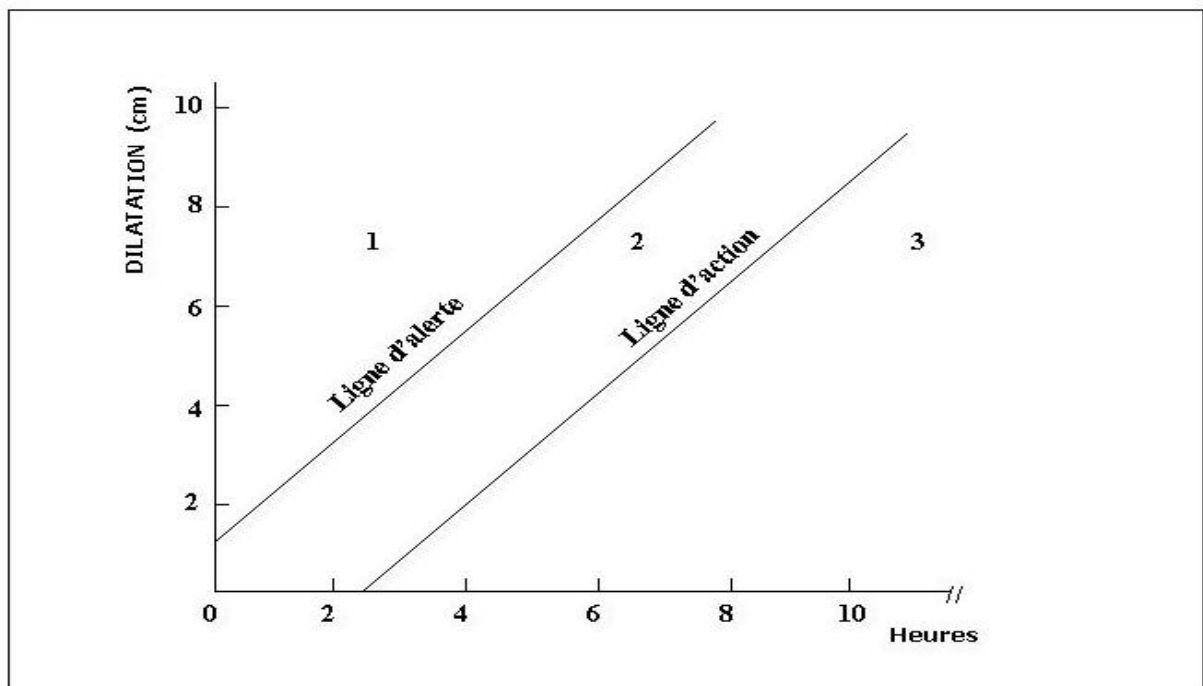


### 1.1.1.3. 1972: RH Philpott

En 1972, en centre Afrique, les sages-femmes et les assistants de maternité occupaient une place primordiale du fait du faible nombre de médecins, notamment en milieu rural (où il y avait alors 1 praticien pour 80000 patients).

Par ailleurs, les disproportions foeto-pelviennes et l'inertie utérine étaient les deux plus gros écueils rencontrés chez les primipares africaines. Il fallait enseigner aux sages-femmes un guide de règles précis, simple, afin qu'elles puissent évaluer correctement le travail des patientes en milieu rural. Si une anomalie était détectée, elles devaient transférer les patientes à l'hôpital. Cela devait permettre d'effectuer une sélection des patientes nécessitant l'assistance d'un médecin.

Pour ce motif, Philpott et Castle, en Rhodésie, ont étudié le travail de 624 primipares africaines. Ils ont rajouté au cervicographe de Friedman deux lignes.



**Figure 4** : Cervicographe à 2 lignes pour les primipares de Philpott [11]

Les femmes ayant une dilatation évoluant du côté gauche de la première ligne (appelée ligne d'alerte) étaient censées ne pas avoir de disproportion foeto-pelvienne ou d'inertie utérine. A contrario, si la courbe de dilatation traversait celle-ci, à ce

moment-là, la surveillance était renforcée et le nombre de touchers vaginaux passait de 1 toutes les 4 heures à 1 toutes les 2 heures.

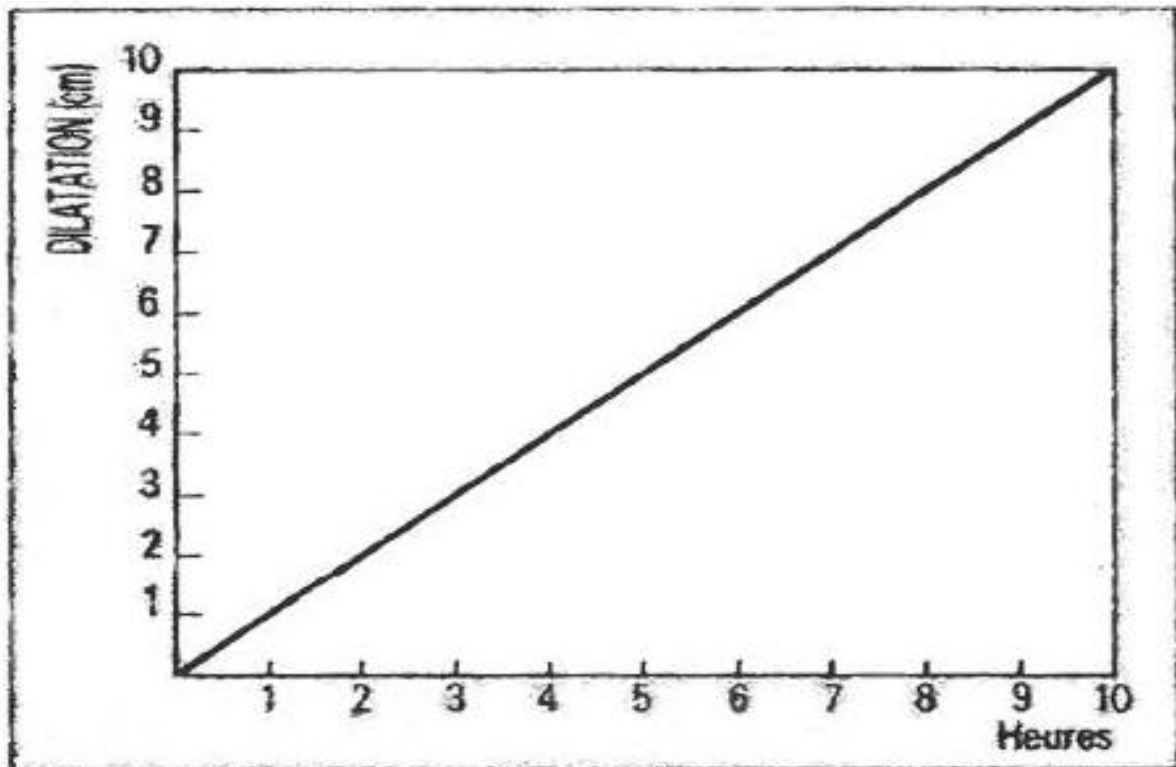
La deuxième ligne placée arbitrairement 4 heures après et de façon parallèle à la première, était nommée la ligne d'action. Si la courbe de dilatation de la patiente franchissait cette ligne, elle devait être transférée, faire l'objet d'une surveillance renforcée et d'une gestion active du travail. La césarienne était réalisée 6 heures après avoir traversé cette ligne du fait de l'inefficacité des moyens mis en œuvres. Dans le cas contraire, il y avait poursuite du travail.

Une diminution de l'incidence de la prolongation du travail, du taux de césarienne ainsi que du taux de mortalité périnatale a été observées, de façon significative, avec l'ajout de ces deux lignes. Par la suite, de nombreux travaux s'appuyant sur le cervicographe de Philpott ont été effectués, notamment sur la gestion active du travail [10,11].

De plus, le partogramme de l'OMS s'est largement inspiré de ce cervicographe.

#### **1.1.1.4. 1975: K. O'Driscoll**

S'illustrant beaucoup dans ses travaux par la gestion active du travail, Kieran O'Driscoll propose en 1975 à Dublin un partogramme. Celui-ci présente uniquement une ligne d'alerte qui se superpose à la dilatation de référence de 1cm par heure pour les primipares. Il ne tient pas compte de la phase de latence [12].



**Figure 5 :** Cervicogramme à une ligne chez la primipare d'après O'Driscoll [12]  
Ce partogramme a été le dernier modèle proposé en date.

Nous allons à présent aborder les différentes fonctions du partogramme.

### 1.1.2. But et intérêts du partogramme

#### 1.1.2.1. Synthèse des éléments de surveillance materno-foetale

Le partogramme utilisé, actuellement en France, comporte un graphe tel que l'a conçu Friedman, auquel s'ajoute l'ensemble des paramètres de surveillance maternelle et foetale.

Ces éléments de surveillance sont en l'occurrence le rythme cardiaque foetal (RCF), l'enregistrement électronique de la pression artérielle et du pouls, la feuille d'anesthésie, le pH au scalp, l'oxymétrie de pouls foetal et le toucher vaginal. Ils sont indispensables à la prise en charge de la patiente et du foetus au cours du travail, de l'accouchement et dans le post-partum immédiat.

Son contenu, dans la forme et le fond, est extrêmement variable d'une équipe médicale à une autre [1].

### **1.1.2.2. Outil d'aide à la décision et de communication**

Le partogramme, témoin fidèle et objectif de l'évolution du travail, est le support de transmission entre les différents professionnels intervenant en salle de naissance (sage-femme, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, infirmière, étudiants). La présentation visuelle des informations cliniques facilite l'analyse de la progression du travail à chaque instant et par tous les membres de l'équipe. Il permet de vérifier la normalité du travail et de dépister précocement toute anomalie. C'est un outil de conduite du travail, qui améliore la qualité de la prise en charge materno-fœtale. De surcroît, en cas d'accouchement dystocique, le partogramme permettra d'établir, pour un accouchement ultérieur, une conduite à tenir [1].

### **1.1.2.3. Document médico-légal**

L'obstétrique est l'une des disciplines où les risques médico-légaux sont élevés. Le partogramme est le support principal d'expertise du dossier obstétrical en responsabilité médicale [1].

En ce qui le concerne, aucun texte réglementaire n'existe et nous retrouvons simplement un décret datant du 30 Mars 1992 concernant les établissements d'hospitalisations publiques et privées [13]. Il précise la liste minimale des documents que doit contenir un dossier d'hospitalisation, il n'est pas exhaustif et il ne mentionne pas le partogramme [14].

Le partogramme ne dispense pas d'un compte rendu de l'accouchement qui reste toujours obligatoire [14].

Bien tenu, les informations fournies par le partogramme facilitent la compréhension des faits par les experts juridiques [1].

Par ailleurs, l'article L.111-7 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit que toute personne a le droit d'accéder aux informations personnelles concernant sa santé soit, les « *résultats d'examens, compte rendu de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuille*

*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 tiers ».*, [15] ceci directement ou par l'intermédiaire d'un médecin. Le partogramme, étant un schéma de la surveillance du travail, rentre dans ce cadre.

#### **1.1.2.4. Support de recherches cliniques**

Il constitue une source importante d'informations pour la recherche clinique tout comme le dossier médical [1]. De nombreuses études ont été menées, grâce à celui-ci, telles que celles de Philpott [10,11] qui a permis de dépister les disproportions foeto-pelviennes et l'inertie utérine ou encore la différenciation du travail selon les ethnies d'après Thom, Chan et Studd en 1979 [16]. Hofmeyer, en 2004, retrouve une diminution des morts par sepsis et hémorragie grâce au partogramme élaboré par Philpott. En outre, Hofmeyer montre qu'une variation dans le temps de la « ligne d'alerte » du partogramme peut provoquer une réduction du nombre de césariennes [17].

#### **1.1.2.5. Support pour l'enseignement**

L'intérêt pédagogique du partogramme est indéniable, en raison du succès des programmes de prévention de mortalité maternelle et infantile de l'OMS. Inculquer à tous les étudiants les éléments apportés par le partogramme est important. En effet pour une bonne pratique clinique, un apprentissage de sa tenue peut potentiellement permettre une meilleure prise en charge materno-foetale [1,18].

#### **1.1.2.6. Support d'évaluation des pratiques professionnelles**

La tenue du partogramme, reflète la qualité de la prise en charge maternelle et foetale. Pour les professionnels, l'évaluation de sa tenue constitue la première étape d'une politique d'amélioration de la qualité des soins [1].

Un partogramme bien tenu, précis, clair et exhaustif témoigne incontestablement de soins consciencieux et attentifs. En revanche, un partogramme mal tenu, imprécis, inexistant témoignera de soins vraisemblablement peu rigoureux, imprécis,

voire même inattentifs. L'inattention considérée comme fautive est à l'origine d'un certain nombre de décisions erronées [14].

C'est la raison pour laquelle des méthodes d'EPP existent. D'ailleurs, en ce qui concerne la tenue du partogramme, des audits cliniques ont été effectués [1].

Ainsi, en 2006, Altaf et al travaillant au département des sciences de la santé de l'Université de Leicester (Grande-Bretagne), ont remarqué, comme d'autres, que la « routine » quotidienne aboutit régulièrement à l'absence d'application stricte des référentiels professionnels pourtant intégrés dans les protocoles. De plus, un audit ponctuel permet de mettre en évidence des déviations, rendant ainsi possible, le rappel des oublis les plus fréquents aux professionnels [19].

## **1.2. La démarche qualité en santé**

### **1.2.1. Nouveau concept émergent en 2004: l'évaluation des pratiques professionnelles**

#### **1.2.1.1. La démarche qualité**

##### 1) Définition

- La qualité en santé:

Il en existe plusieurs définitions. D'après l'OMS, c'est garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat. Ceci en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de contact humain, à l'intérieur du système de soin [20].

Selon l'institute of medicine, la qualité est le niveau auxquelles arrivent les organisations de santé, en terme d'augmentation de la probabilité des cas souhaités pour les individus et les populations et de rendre tout ceci compatible avec l'état actuel des connaissances (evidence-based medecine [EBM]) [21,22].

- La démarche qualité :

La démarche qualité est une façon d'agir en qualité. Elle peut prendre différentes formes telle que l'audit clinique, la certification, la préparation de la certification etc. Les éléments de la démarche sont d'abord de s'interroger sur les besoins de ses clients, de ses pratiques, de son organisation ou de ses résultats. Puis de chercher à analyser les situations, de comprendre les dysfonctionnements et de mettre en œuvre des dispositions pour améliorer la qualité. Et enfin de s'assurer que ces dispositions sont efficaces [23].

## 2) Domaines d'applications en santé

- Lois :

La loi du 13 août 2004 oblige les médecins à une évaluation des pratiques professionnelles sous peine de sanctions (article 14) [24]. Elle oblige la HAS, dans sa mission d'accréditation des médecins (exerçant en établissement de santé), à une E.P.P. afin d'améliorer la qualité des soins. Pour se faire, la HAS se base sur des recommandations qui concernent la pratique clinique réalisée (qu'elle a elle-même réalisée). (articles 16 et 35) [24].

Les recommandations (professionnelles) sont des « *propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* » [25].

Le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'EPP reprend mais de façon plus précise les modalités de celle-ci.

L'EPP « *consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclue la mise en œuvre et le suivi d'actions d'améliorations des pratiques* » [26].

L'un des objectifs de la qualité est l'amélioration des pratiques professionnelles.

- Méthodes d'évaluation de la qualité en santé [27]

Il existe différents moyens de mettre en œuvre une EPP. Ces méthodes sont classées selon différentes approches.

Il y a :

- Les méthodes d'approches par comparaison parmi lesquelles nous retrouvons :
  - L'audit clinique défini comme étant la comparaison de la pratique par rapport à un référentiel (c'est-à-dire un ensemble de références sur lequel sera basé l'audit)
  - L'ACC où le nombre de critères est limité
  - La revue de pertinence étant l'évaluation de l'offre des soins par rapport aux besoins des patients
  - L'enquête de pratique.

Il existe aussi :

- Les méthodes d'approche par processus pouvant être une analyse de processus ou de chemin clinique.
- Les méthodes d'approche par problèmes (la méthode de résolution des problèmes, la revue de mortalité-morbidité ou la méthode d'analyse des causes).
- La méthode d'approche par indicateur.
- La méthode d'approche par clients
- La méthode d'approche par coûts
- La méthode d'approche « managériales »

### **1.2.1.2. Lien entre Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles**

Elles ont, l'une comme l'autre, pour but l'amélioration de la qualité des soins en passant par la formation des professionnels. Toutes deux sont intriquées car la formation médicale continue (FMC) ne peut être évaluée qu'avec l'EPP. Le décret du 14 avril 2005 montre bien la relation entre les deux. « *L'EPP, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la FMC* » [26].

Toutes deux reposant sur l'EBM (la médecine fondée sur les preuves) qui est un « *processus systématique de recherche, d'évaluation, et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche pour prendre des décisions cliniques. L'Evidence Based Medicine (EBM) pose des questions, trouve et évalue les données appropriées, et utilise ces informations pour la pratique clinique quotidienne. L'EBM suit quatre étapes : formuler une question clinique claire du problème posé par un patient ; rechercher dans la littérature les articles cliniques appropriés ; évaluer de*



*façon critique l'évidence en ce qui concerne sa validité et son utilité ; mettre en application les résultats utiles dans la pratique clinique.». [28]*

## **1.2.2. Audit**

### **1.2.2.1. Définition**

La HAS définit l'audit clinique comme étant « *une méthode de diagnostic orientée vers l'action. Son but est d'améliorer la qualité des soins délivrés aux personnes soignées. La réalisation d'un audit clinique induira souvent des changements dans la pratique des professionnels de santé, qui devront se décliner dans un plan d'amélioration.* » [29]

Tandis qu'un audit clinique ciblé est « *un audit clinique avec un nombre limité de critères d'évaluation, permettant un traitement rapide des données et des résultats, afin de cibler les actions d'amélioration.* »[30]

Il s'agit toutes deux de méthodes par comparaison en regard à un référentiel [31,32].

### **1.2.2.2. Comment mener un audit**

L'audit clinique et l'ACC sont deux méthodes d'améliorations de la qualité des soins s'inspirant du modèle proposé par William Edward Deming [33], statisticien qui reprit dans les années 1950 le concept du cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act) développé à l'origine par Walter Shewhart dans les années 1930 [34]. La roue de Deming illustre ce principe. Les quatre étapes distinctes de celui-ci définissent la démarche de base d'amélioration de la qualité [34] (cf. annexe 1).

Quatre étapes :

- PLAN (planifier)
- DO (développer)
- CHECK (comprendre)
- ACT (améliorer)

### **1.2.2.3. Audit clinique sur le partogramme mené par la HAS en 2000-2001**

Le référentiel réalisé par la H.A.S, concernant la qualité de la tenue du partogramme, a été testé auprès de 43 établissements de santé volontaires.

Celui-ci est divisé en 6 parties et évalue :

- La présentation du partogramme (14 critères)
- Le fœtus (5 critères)
- La mère (14 critères)
- Les traitements (5 critères)
- Les actes et marqueurs d'évènements (16 critères)
- La naissance et la surveillance immédiate (18 critères).

La grille d'audit (cf. annexe 2) comporte en haut le nom de l'évaluateur et les données d'identification du dossier suivis des différents critères d'évaluation du partogramme, la source des réponses et une colonne commentaire. Pour chaque critère, trois réponses sont possibles « oui », « non » ou « non adapté ». Le champ d'application porte sur l'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Les critères d'exclusion et d'inclusion sont les césariennes programmées et les patientes ayant accouché à domicile ou avec le S.A.M.U. Une étude rétrospective portant sur le partogramme de chaque dossier a été effectuée.

La taille de l'échantillon est de 30 partogrammes et la période d'évaluation était de 8 semaines [1].

La synthèse de cet audit a été la suivante :

Tout d'abord, les supports matériels étaient souvent accessibles et en bon état. Des écarts importants et fréquents ont été relevés en ce qui concerne l'identification des personnes intervenantes, les repères chronologiques et certaines données portant sur l'examen clinique.

De plus, la bonne tenue du partogramme est difficile à évaluer, du fait de la présence de plusieurs supports à remplir en salle de naissance. Par ailleurs, un certain nombre d'informations importantes apparaissent, quelquefois, uniquement sur l'enregistrement du RCF. Cependant, l'enregistrement des RCF peut être égaré

et la qualité du support papier peut se détériorer grandement au fil des années. Par conséquent, il ne peut être l'unique support d'informations.

Enfin, l'activité irrégulière et le contexte d'urgence présents au bloc obstétrical ont un impact négatif sur le remplissage du partogramme [1].

#### **1.2.2.4. L'Audit clinique ciblé de la HAS en 2006**

L'audit clinique de 2000, a eu une réelle valeur pédagogique et la qualité de la tenue du partogramme s'est sensiblement améliorée. Néanmoins, les plans d'actions d'amélioration n'étaient pas toujours compris et les actions d'amélioration ne restaient souvent que des projets. De surcroît, les délais pour effectuer l'audit étaient trop longs et cela générerait un désintérêt des équipes car le nombre de critères d'évaluation était estimé comme étant trop important.

Par conséquent, la HAS a décidé de réaliser un ACC afin de simplifier, faciliter l'EPP aux professionnels [2].

- Déroulement de l'expérimentation

En décembre 2004, 38 établissements répartis dans toute la France ont fait l'objet de cette expérimentation.

Il y a eu 3 ACC avec leurs grilles d'utilisation (cf. annexes 3 et 4) pour trois objectifs définis qui sont :

- La tenue du partogramme (6 critères) ayant comme objectif l'amélioration de la qualité de l'écrit dans le but de pouvoir identifier de façon certaine la patiente et les professionnels intervenants. L'importance médico-légale de cette ACC est capitale.
- La qualité de la traçabilité du suivi du travail, de l'accouchement et de son résultat. (12 critères)
- La traçabilité des actes, événements et traitements au cours du travail et dans le post-partum immédiat. (11 critères).

19 établissements ont effectué cet audit parmi lesquels : 16 ont effectués les 3 ACC, 2 ont mené 2 ACC et 3 ont mené un seul ACC. Chaque établissement a évalué 30 partogrammes par ACC [2].

- Résultats

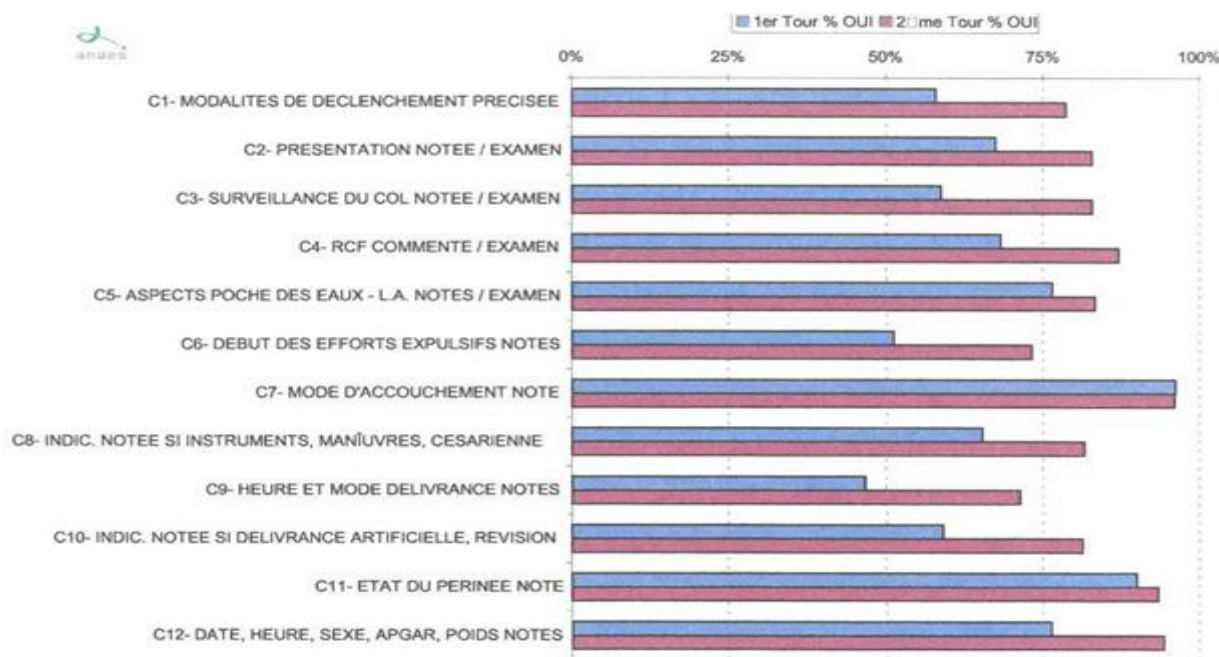
➤ ACC n°1



**Figure 6** : Résultat de l'ACC n°1 provenant du cédérom créé par l'ANAES en 2004

L'ACC n°1 relatif à l'identification maternelle et à celle du personnel soignant constituait celui qui nécessitait le moins d'améliorations. Cinq des six critères étaient « correctement » appliqués et ce, dans plus de 75% des partogrammes étudiés. Le seul critère n'atteignant pas les 75% était « l'identité civile maternelle inscrit sur le partogramme ». L'une des explications possibles semblait être l'intégration du partogramme dans un dossier plus exhaustif dans certains établissements [2].

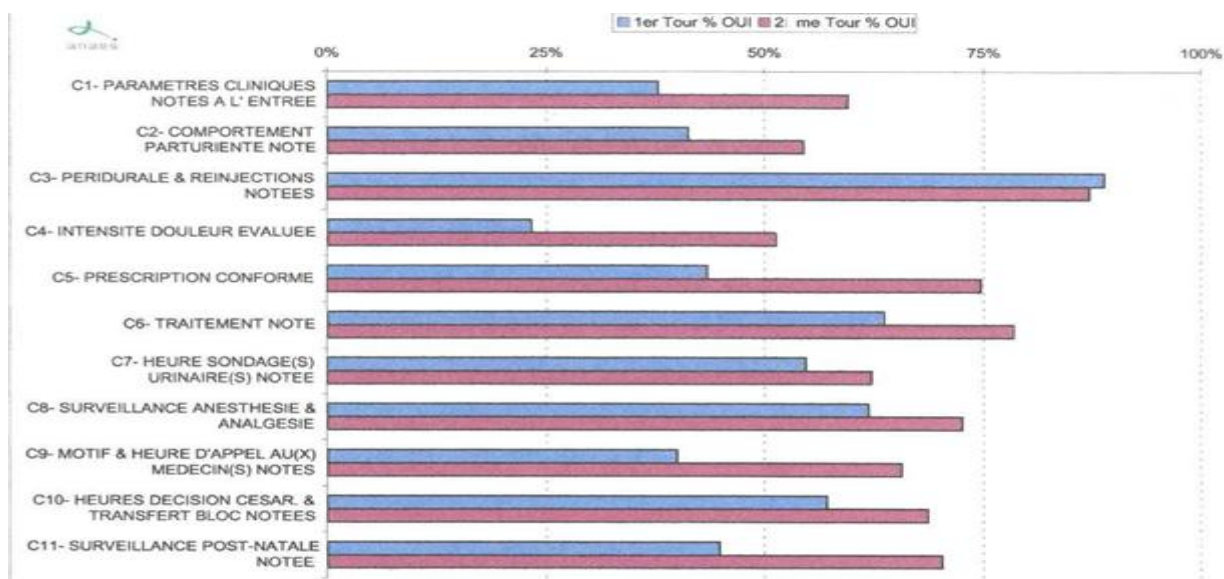
➤ ACC n° 2



**Figure 7** : Résultat de l'ACC n°2 provenant du cédérom crée par l'ANAES en 2004

Le pourcentage de conformité de l'ACC n°2 était assez faible au premier tour. Seuls, quatre des douze critères dépassaient les 75% de mise en conformité. Le critère « heure et mode de délivrance sont notés » était même inférieur à 50%. Après mise en place des mesures d'améliorations, dix des douze critères dépassaient les 75% [2].

➤ ACC n°3



**Figure 8** : Résultat de l'ACC n°3 provenant du cédérom créé par l'ANAES en 2004

L'ACC n°3 est celui qui nécessitait le plus de plans d'actions d'améliorations. La conformité initiale des critères était très faible, seul l'un d'entre eux « l'inscription de la péridurale et de ses réinjections sont notées » dépassait les 75%. Six des onze critères étaient en dessous des 50%. Pour l'un d'entre eux, il était même inférieur à 25% (« l'intensité de la douleur est noté »). Grâce à la mise en place des plans d'actions d'améliorations, tous les critères dépassaient les 50% dont deux supérieurs à 75% [2].

- Les bénéfices de l'ACC

La plupart des participants à l'ACC, sont satisfaits et sont aussi prêts à encourager les équipes à réaliser cette évaluation. La limitation du nombre des critères est à l'unanimité appréciée par les professionnels en ce qui concerne la réduction du temps de préparation, le recueil et le traitement des données de l'audit. Des actions mises en place, assez rapidement, ont permis d'améliorer la qualité de la tenue du partogramme et ainsi la qualité et la sécurité des soins. Néanmoins, des actions à plus long terme semblent nécessaires.

## **2. Deuxième partie**

### **Protocole de recherche et résultats**

#### **2.1. Méthodologie de la recherche**

##### **2.1.1. Problématique**

De nos jours, le partogramme est un outil incontournable, utilisé dans toutes les maternités françaises. Il est exploité par tous, de façon variable, indépendamment du modèle choisi. Il regroupe tous les éléments de surveillances maternelle et fœtale durant le travail. Il permet de détecter mais aussi de prévenir d'éventuelles anomalies survenant au cours de celui-ci. C'est également un outil d'aide à la décision et à la communication entre professionnels. De surcroît, il s'agit d'un document médico-légal, d'un support pour l'enseignement, pour la recherche clinique et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce sont les raisons pour lesquelles « *Le partogramme est un reflet de la prise en charge maternofoetale* » [14]. La parturiente a droit, en France, à une prise en charge optimale s'alignant sur les données scientifiques les plus récentes [14]. Correctement tenu, le partogramme renseigne sur la chronologie ainsi que sur la qualité de la prise en charge de la patiente. De plus, il fait partie intégrante du dossier médical de la femme, qu'elle peut donc consulter sur demande [14]. Par conséquent, la qualité de sa tenue est primordiale à la fois pour le suivi de la parturiente mais également dans l'intérêt des professionnels des services d'obstétrique.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, oblige « *tous les médecins à entrer dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles* » [24]. A ce titre, la HAS a rédigé des recommandations relatives à la tenue du partogramme en 2000. Premières de ce genre en obstétrique, elles ont été motivées par une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Dans cette même optique, successivement en 2000-2001 puis en 2006, un audit clinique et un audit clinique ciblé ont été réalisés, afin d'identifier les dysfonctionnements encore existants et d'y apporter des axes d'améliorations.

S'il existe différents modèles de partogramme (Friedman, Lacomme, OMS, Audipog, etc.), c'est celui de l'Audipog (cf annexe 5) qui est le plus répandu dans les maternités françaises. Néanmoins, aucun consensus sur un modèle de partogramme unique n'a encore été trouvé. Par conséquent, il existe encore des disparités dans son contenu et également dans sa tenue.

Nous nous sommes légitimement posé les questions suivantes :

**Qu'en est-il dix ans après la parution de ces recommandations ? Comment le partogramme est-il tenu ? Que pouvons-nous faire aujourd'hui pour l'améliorer ?**

A cet effet, nous avons effectué une EPP, dix ans plus tard, au sein de deux maternités franciliennes de type 3, situées au sein du même groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul qui ont réalisé respectivement 3272 (Port-Royal [PR]) et 2113 (Saint-Vincent-de-Paul) accouchements en 2008.

Il s'agit donc d'une étude rétrospective, descriptive et comparative entre ces deux maternités portant sur 100 dossiers dans chacune d'entre elles.

### **2.1.2. Hypothèses de la recherche**

Les hypothèses de la recherche sont les suivantes :

N°1 : Le remplissage du partogramme est moins exhaustif à PR comparativement à SVP, du fait de l'utilisation du dossier obstétrical vert.

N°2 : Le modèle de partogramme proposé à SVP permet un recueil de données plus exhaustif que celui de la maternité PR

N°3 : Toutes les recommandations de la HAS sont difficilement applicables, compte tenu des modèles de partogrammes respectivement utilisés à PR et à SVP (cf. annexes 6 et 7).

### **2.1.3. Objectifs de la recherche**

Les objectifs de la recherche sont les suivantes :

N°1 : Evaluer le degré d'application des recommandations de la HAS en matière de tenue du partogramme sur les deux maternités.



N° 2 : Identifier les points forts et faibles des deux partogrammes utilisés respectivement dans chaque maternité.

N°3 : Proposer des axes d'amélioration des partogrammes respectivement utilisés.

N°4 : Proposer un modèle de partogramme unique consensuel et le plus exhaustif possible comparé à celui proposé pour ces deux maternités.

#### 2.1.4. Population et méthodologie de l'étude

L'étude des dossiers a été réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation. Cette grille a été proposée par la HAS et nous l'avons adaptée aux établissements et aux pratiques cliniques des deux services (cf. annexe 4 et 8).

Comme le partogramme fait partie intégrante du dossier médical, l'évaluation concerne dès lors le dossier médical de chaque patiente ayant accouché dans le service.

- Critères d'inclusion et d'exclusion

Est incluse dans cette étude, toute patiente ayant accouché dans le service. Est exclue, toute patiente ayant accouché à domicile, les césariennes programmées ainsi que les morts fœtales in utéro (MFIU) car dans toutes ces situations un partogramme n'est pas réalisé dans ces deux maternités.

- Le type d'étude

La méthode de mesure est une étude rétrospective, descriptive et comparative. Pour être représentative (entre autre avoir le moins de partogrammes possibles remplis par la même sage-femme), la période choisie pour les dossiers a été du 1<sup>er</sup> Mars 2008 au 1<sup>er</sup> Mars 2009 parce que : la mobilité des sages-femmes de PR entre les unités fonctionnelles se fait majoritairement tous les six mois, soit le 1<sup>er</sup> Mars et le 1<sup>er</sup> Septembre. Toutefois, certaines d'entre elles changent d'unité fonctionnelle plus fréquemment, à savoir tous les trois mois, en fonction de leurs desiderata. En revanche, les sages-femmes de SVP ne sont soumises à aucune règle particulière de mobilité. **Cette période se situe à court terme de la réalisation de notre travail actuel.**

**Les dossiers ont été tirés au sort, en tenant compte du nombre d'accouchements réalisés en 2008 et du nombre de dossiers que nous voulions étudier. Nous avons tiré au sort 1 dossier tous les 30 dossiers à PR et 1 sur 20 dossiers à SVP. Ceci nous a permis de minimiser les biais de sélection.**

L'échantillon porte sur 100 dossiers par établissement et par ACC.

- Difficultés rencontrées

- En vue de la fusion prochaine entre ces deux maternités:

Les dossiers d'accouchements verts ont été introduits à SVP à compter du 10 mai 2009. Cela nous a conduit à un recrutement des dossiers en amont du 1<sup>er</sup> Mars 2008. Pour ce motif et en raison des critères d'exclusion, la période étudiée s'étend finalement du 10 Février 2008 au 9 Mai 2009 à SVP et du 1<sup>er</sup> Mars 2008 au 5 Mai 2009 à PR.

Par ailleurs, un turn-over intermittent des sages-femmes a été réalisé entre ces deux maternités. Nous avons alors des sages-femmes de SVP tenant des partogrammes à PR et inversement.

- Nombre de dossiers étudiés :

A PR, 100 dossiers ont été recherchés aux archives. Sur ces 100 dossiers, 2 n'ont pas été retrouvés et 8 ne contenaient pas de partogramme car dans les pratiques de services, il est de rigueur de ne pas en tenir lorsque la durée du travail est inférieure à une heure.

Il en est de même à SVP, 100 dossiers ont été recherchés dont 3 n'ont pas été retrouvés. Finalement, nous avons étudié respectivement 90 et 97 dossiers.

- Description et forme de l'étude

Cette étude se compose de trois ACC portant sur:

- La présentation du partogramme (8 critères),
- L'obstétrique (12 critères) et
- Les actes, événements et traitements survenus au cours du travail et dans le post-partum immédiat (9 critères).

Nous avons analysé les éléments notés sur le partogramme, de même que ceux inscrits dans le dossier de grossesse ou d'accouchement. Nous présenterons les résultats sous la forme de 3 tableaux et de 3 graphes de type « histogramme ». Chaque critère composant ces ACC compare les 2 maternités. De plus, les

pourcentages des éléments inscrits sur le partogramme **et** dans le dossier de grossesse ou d'accouchement sont donnés en valeur absolue.

- Tests statistiques

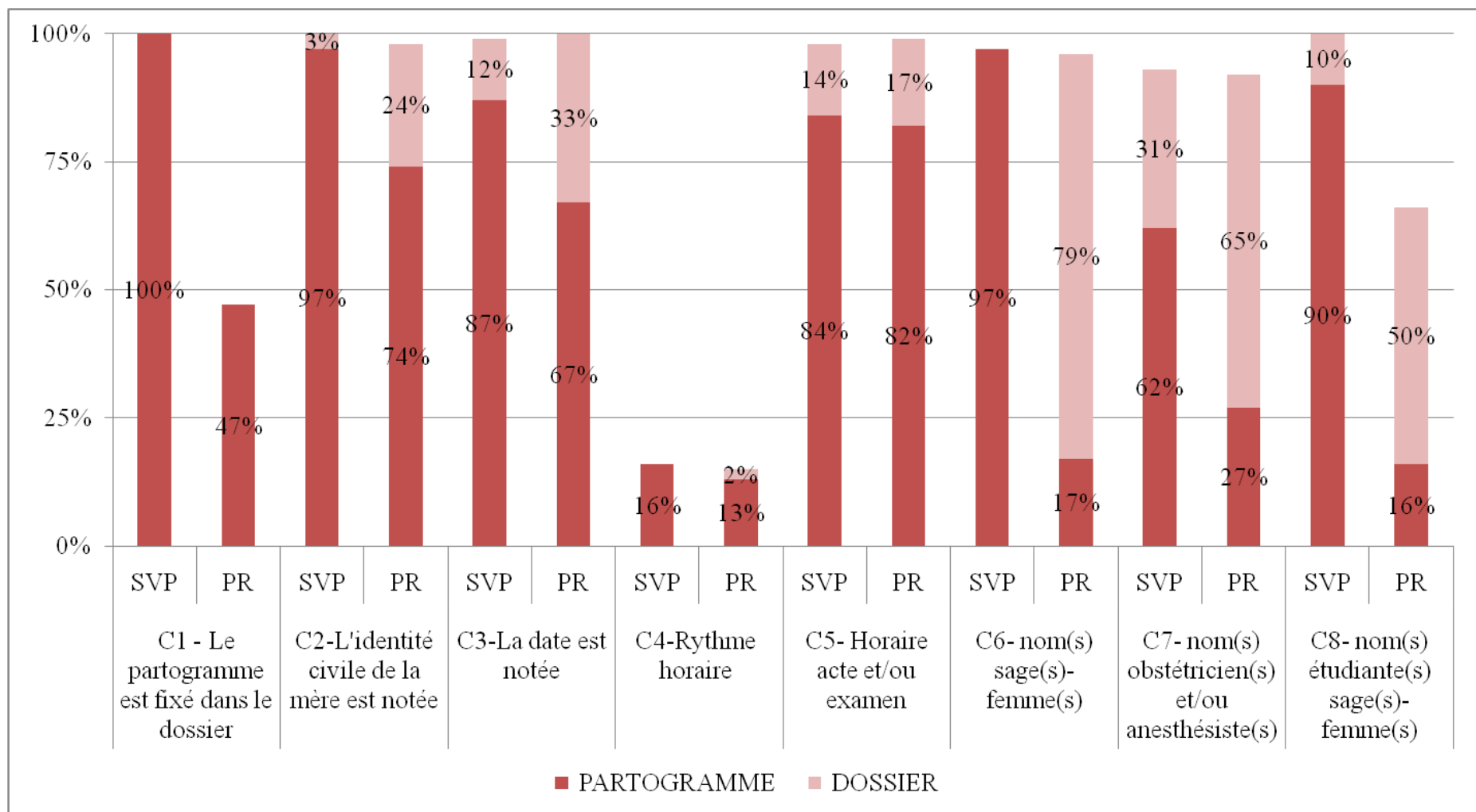
L'analyse statistique de ces variables qualitatives a été effectuée par le test du chi 2, chi 2 de Yates et le test exact de Fisher avec  $p < 0,05$  qui a été considéré comme significatif.

## **2.2. Résultats**

L'analyse des résultats porte finalement sur 97 dossiers à SVP et 90 à PR. Les résultats présentés seront toujours ceux de SVP en premier suivis de ceux de PR.

### **2.2.1. Comparaison PR/SVP en qui concerne l'ACC n°1 : La présentation du partogramme**

Cette ACC porte sur l'identité de la mère et du personnel soignant. Il a une importance médico-légale.



**Figure 9:** La présentation du partogramme

Critères	Informations notées sur le partogramme		
	SVP	PR	chi2, chi2 Yates, Fisher
	n/N (%)	n/N (%)	P
Le partogramme est fixé dans le dossier.	97/97 (100%)	42/90 (47%)	< 0,001
L'identité civile de la mère est notée.	94/97 (97%)	67/90 (74%)	< 0,001
La date est notée.	84/97 (87%)	60/90 (67%)	< 0,001
Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.	16/97 (16%)	12/90 (13%)	NS
L'horaire précis de chaque acte et/ou examen est noté.	81/97 (84%)	74/90 (82%)	NS
Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) la sage(s)-femme(s).	94/97 (97%)	15/90 (17%)	< 0,001
Le partogramme permet de retrouver le nom de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenant(s).	56/91 (62%)	24/89 (27%)	< 0,001
Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) étudiant(s) sage(s)-femme(s).	28/31 (90%)	7/44 (16%)	< 0,001

**Tableau 1:** Résultat de l'ACC n°1 concernant les informations notées sur le partogramme

Critères	Informations notées sur partogramme et dossier G ou A		
	SVP	PR	chi2, chi2 Yates, Fisher
	n/N	n/N	
	(%)	(%)	P
Le partogramme est fixé dans le dossier.			
L'identité civile de la mère est notée.	97/97 <b>(100%)</b>	89/90 (99%)	NS
La date est notée.	96/97 (99%)	90/90 <b>(100%)</b>	NS
Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.	16/97 <b>(16%)</b>	14/90 <b>(16%)</b>	NS
L'horaire précis de chaque acte et/ou examen est noté.	95/97 (98%)	89/90 (99%)	NS
Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) la sage(s)-femme(s).	94/97 (97%)	86/90 (96%)	NS
Le partogramme permet de retrouver le nom de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenant(s).	84/91 (92%)	82/89 (92%)	NS
Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) étudiant(s) sage(s)-femme(s).	31/31 <b>(100%)</b>	29/44 (66%)	<b>&lt; 0,001</b>

G= grossesse A= accouchement

**Tableau 2 :** Résultat de l'ACC n°1 concernant les informations notées sur le partogramme et les dossiers de grossesse et d'accouchement

#### C-4 : Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.

A SVP, les causes de non-respect sont les suivantes :

Causes	n/N (%)
<b>n total de dossiers</b>	97 (100%)
<b>n total de dossiers non conforme</b>	81/97 (84%)
<b>causes indéterminées</b>	46/81 (57%)
<b>causes déterminées</b>	35/81 (43%)
Déclenchement	10/35 (29%)
Pose APD	8/35 (23%)
Anomalies du RCF	6/35 (17%)
Rupture des membranes	6/35 (17%)
RSM-RAPDE	5/35 (14%) - 1/35 (3%)
Sage-femme occupée à une césarienne	1/35 (3%)
Pose de pompe remifentanil	1/35 (3%)
Pose VVP+monitoring	1/35 (3%)
Hypocinésie de fréquence	1/35 (3%)
travail dirigé	1/35 (3%)

**Tableau 3:** Causes des non-respects du remplissage horaire à SVP

A SVP 81(soit 84%) partogrammes ne respectent pas le rythme horaire dont 38 (soit 47% de ceux-ci) pour cause de rupture spontanée ou artificielle des membranes, anomalies du rythme cardiaque fœtal qui ont été suivies d'un toucher vaginal, ou encore la pose d'analgésie péridurale, pompe de remifentanil, pose de voie veineuse périphérique ou parce que la sage-femme était occupée avec une césarienne imminente.

A PR les causes de non respects sont les suivantes:

<b>Causes</b>	<b>n/N (%)</b>
<b>n total de dossiers</b>	90 (100%)
<b>n total de dossiers non conforme</b>	76/90 (84%)
<b>causes indéterminées</b>	29/76 (38%)
<b>causes déterminées</b>	47/76 (62%)
Pose APD	12/76 (17%)
Anomalies du RCF	8/76 (11%)
Rupture des membranes	7/76 (9%)
RSM-RAPDE	3/76(4%)-
	4/76 (5%)
Envie de pousser	6/76 (8%)
Anomalies du RCF+envie de pousser	2/76 (3%)
Stagnation+TV IDG	2/76 (3%)
Patiente algique	2/76 (3%)
pH au scalp	2/76 (3%)
Sage-femme occupée à un accouchement	1/76 (1%)
Décision de césarienne pour anomalies du RCF	1/76 (1%)
Changement d'équipe	1/76 (1%)
Contrôle échographique	1/76 (1%)
Début des efforts expulsifs	1/76 (1%)
Hypertonie utérine	1/76 (1%)

**Tableau 4:** Cause des non respects du remplissage horaire à PR

A PR, 76 (soit 84%) dossiers en y ajoutant le dossier d'accouchement ne respectent pas le rythme horaire dont 47 (soit 62% de ceux-ci) à la fois pour les mêmes raisons qu'à SVP mais aussi pour changement d'équipe, la réalisation d'un pH au scalp, l'envie de pousser de la patiente, l'hypertonie utérine et l'examen de l'interne de garde pour confirmer une stagnation de la dilatation. Tous ces éléments ont précédé un toucher vaginal.



**C-6 : Le partogramme permet de retrouver le nom de(s) la sage(s)-femme(s).**

A SVP, nous avons retrouvé 3 dossiers dans lesquels le nom de la sage-femme était illisible.

A PR, cela concerne 4 dossiers : dans 2 cas, le nom de la sage-femme était illisible et dans les 2 autres cas, le nom n'était mentionné dans aucun document.

**C-7 : Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) des obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenant(s).**

Pour SVP, dans 1 dossier le nom de l'anesthésiste n'a pas été retrouvé. A PR, dans 6 dossiers, le nom de l'anesthésiste ou de l'obstétricien est introuvable ou illisible.

**C-8 : Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) étudiant(s) sage(s)-femme(s).**

Pour tout dossier, dans lequel ce critère n'est pas respecté, le nom de l'étudiant est absent ceci quel que soit la maternité.

**2.2.2. Comparaison PR/SVP en ce qui concerne l'ACC n°2 :  
Obstétrique**

Cette ACC témoigne de la qualité de la traçabilité du suivi du travail, de l'accouchement et de ses suites immédiates.

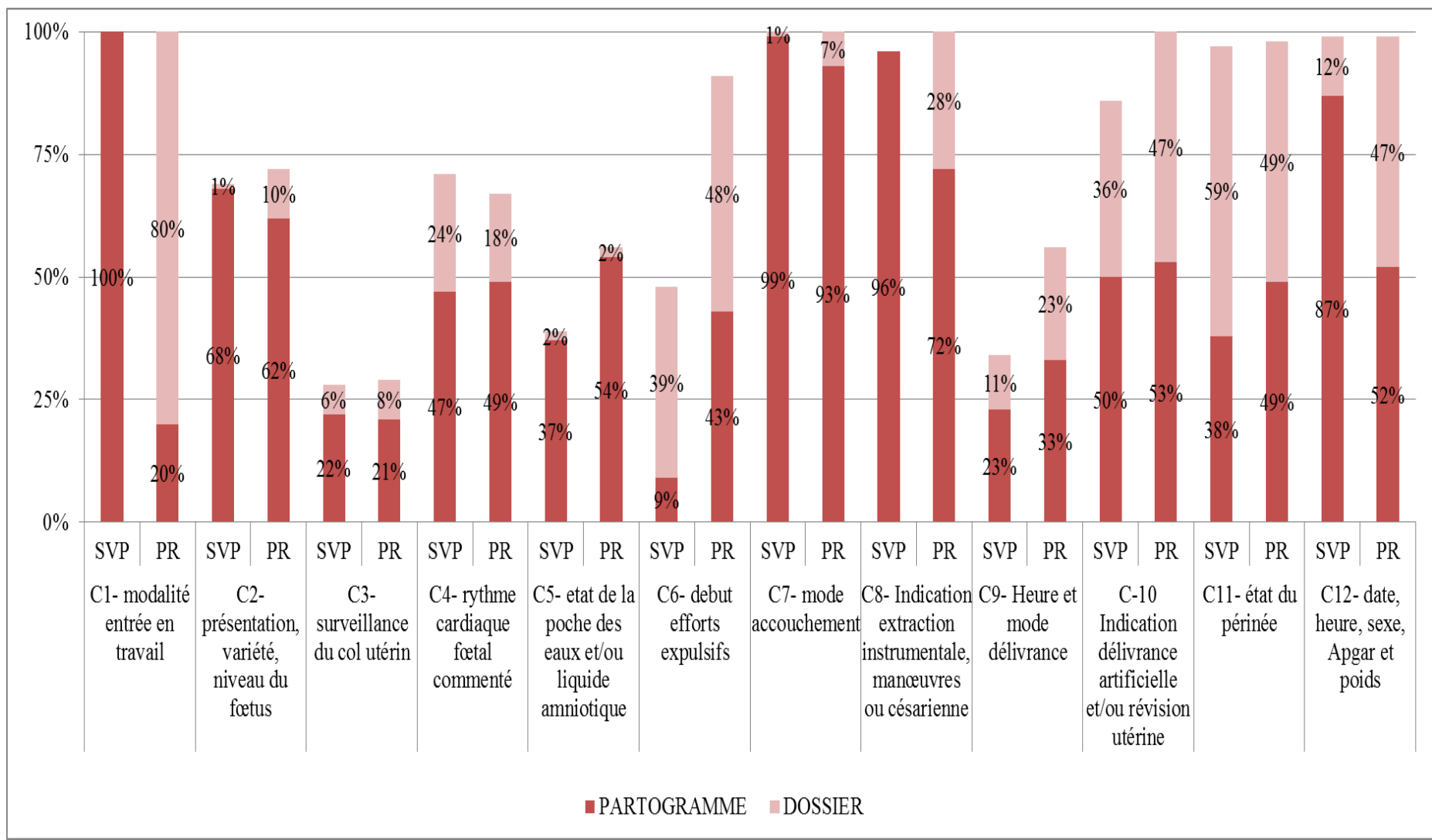


Figure 10: L'obstétrique

Critères	Informations notées sur le partogramme		
	SVP	PR	chi2, chi2 Yates, Fisher
	n/N (%)	n/N (%)	P
La modalité d'entrée en travail est précisée.	97/97 (100%)	18/90 (20%)	<0,001
La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés à chaque examen.	66/97 (68%)	56/90 (62%)	NS
La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen.	21/97 (22%)	19/90 (21%)	NS
Le RCF est commenté à chaque examen.	45/96 (47%)	44/90 (49%)	NS
L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du LA sont notés à chaque examen.	36/97 (37%)	49/90 (54%)	<0,025
Le début des efforts expulsifs est noté.	8/88 (9%)	33/77 (43%)	<0,001
Le mode d'accouchement est noté.	96/97 (99%)	84/90 (93%)	NS
L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée.	27/28 (96%)	28/39 (72%)	<0,01
L'heure et le mode de délivrance sont notés.	22/97 (23%)	30/90 (33%)	NS
Si délivrance artificielle et/ou révision utérine, l'indication est notée.	11/22 (50%)	9/17 (53%)	NS
L'état du périnée est noté.	33/86 (38%)	35/72 (49%)	NS
La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids sont notés.	84/97 (87%)	47/90 (52%)	<0,001

**Tableau 5 :** Résultats de l'ACC n°2 concernant les informations notées sur le partogramme

Critères	Informations notées sur partogramme et dossier G ou A		
	SVP	PR	chi2, chi2 Yates, Fisher
	n/N (%)	n/N (%)	p
La modalité d'entrée en travail est précisée.	97/97 (100%)	90/90 (100%)	
La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés à chaque examen.	67/97 (69%)	65/90 (72%)	NS
La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen.	27/97 (28%)	26/90 (29%)	NS
Le RCF est commenté à chaque examen.	68/96 (71%)	60/90 (67%)	NS
L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du LA sont notés à chaque examen.	38/97 (39%)	51/90 (56%)	<b>&lt;0,025</b>
Le début des efforts expulsifs est noté.	42/88 (48%)	70/77 (91%)	<b>&lt;0,001</b>
Le mode d'accouchement est noté.	97/97 (100%)	90/90 (100%)	
L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée.	27/28 (96%)	39/39 (100%)	NS
L'heure et le mode de délivrance sont notés.	33/97 (34%)	51/90 (56%)	<b>&lt;0,006</b>
Si délivrance artificielle et/ou révision utérine, l'indication est notée.	19/22 (86%)	17/17 (100%)	NS
L'état du périnée est noté.	84/86 (97%)	70/72 (98%)	NS
La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids sont notés.	96/97 (99%)	89/90 (99%)	NS

G= grossesse, A= accouchement

**Tableau 6** : Résultats de l'ACC n°2 concernant les informations notées sur le partogramme et les dossiers de grossesse et d'accouchement

**C-2 : La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés à chaque examen.**

Nous avons choisi de relever systématiquement la variété de la présentation à partir de 5 centimètres de dilatation lorsque les membranes sont rompues.

A SVP, 30 dossiers n'appliquent pas ce critère, car il manque la variété de présentation. A PR, cela concerne 25 dossiers: dans 23 d'entre eux, il manque la variété de présentation et 1 dossier où il n'y a pas la présentation du fœtus. Enfin, dans le dernier dossier il manque la hauteur de la présentation.

**C-3 : La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen.**

Pour SVP, 70 (soit 72%) dossiers ne respectent pas ce critère. Les items manquants sont la position du col ou sa consistance (pour la plupart de ces dossiers).

A PR, 64 (soit 71%) dossiers ne respectent pas ce critère. La consistance du col est l'item le plus fréquemment oublié.

**C-4 : Le rythme cardiaque fœtal est commenté de façon approprié à chaque examen.**

A SVP, 28 dossiers (soit 29% des dossiers) ne respectent pas ce critère parmi lesquels 6 utilisent une terminologie inappropriée avec des adjectifs utilisés tels que: rythme cardiaque fœtal « correct », 1 de « suspect » et 1 d'« anormal ».

A PR, 30 dossiers (soit 33% des dossiers) ne respectent pas ce critère. Le rythme cardiaque fœtal est noté « correct » sur 24 dossiers et « bon » sur 1 dossier.

**C-5 : L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen.**

Respectivement dans ces deux maternités, 59 (soit 61%) et 39 dossiers (soit 44%) n'appliquent pas ce critère. Dans aucun de ces dossiers n'est quantifiée la quantité de liquide amniotique à la rupture de la poche des eaux.

**C-9 L'heure et le mode de délivrance sont notés.**

Dans 64 (soit 66%) dossiers de SVP, ce critère n'est pas respecté et cela concerne 39 (soit 44%) dossiers à PR. La raison pour laquelle ce critère n'est pas

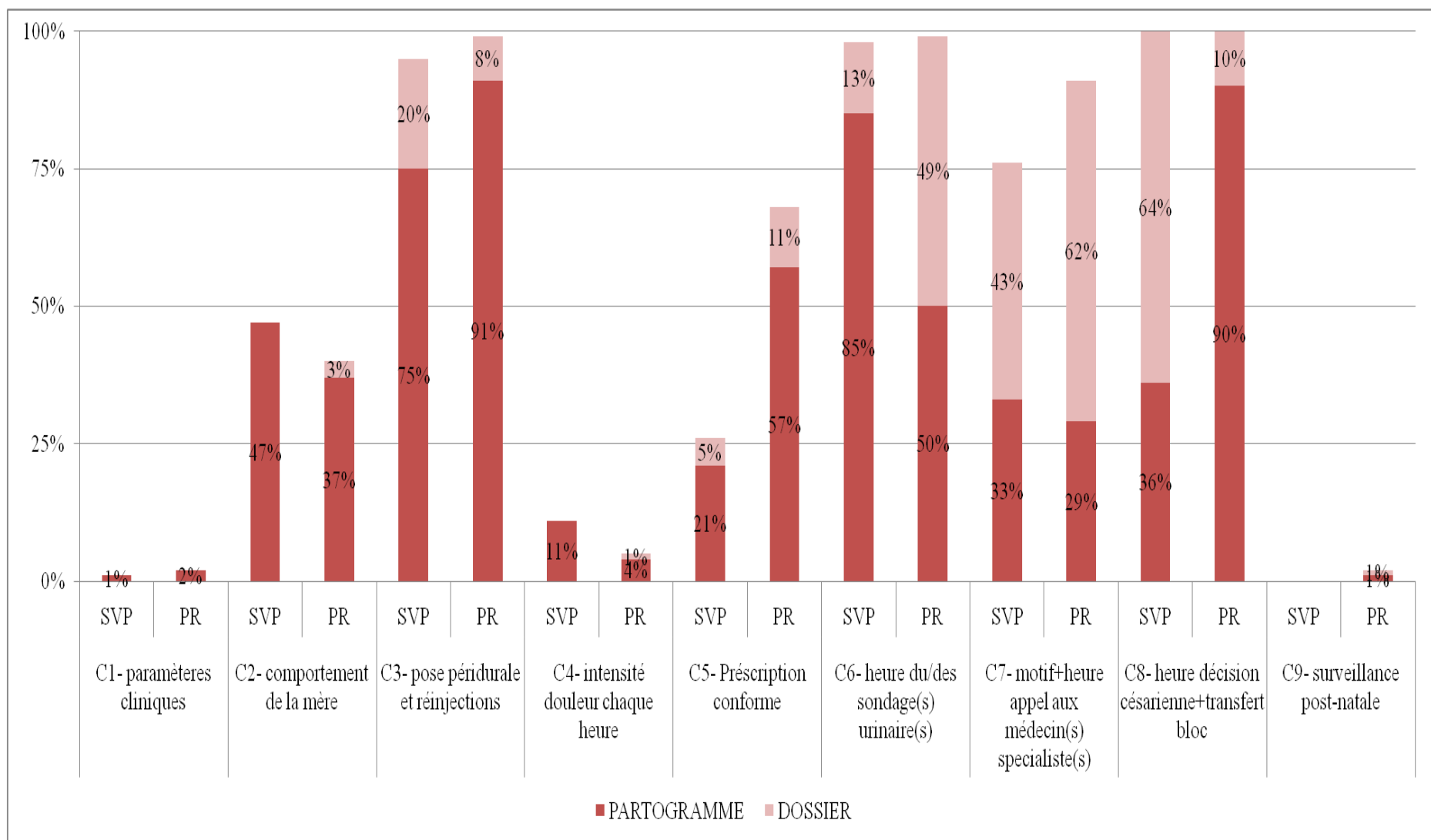
respecté est la même pour les deux maternités : l'heure n'y est pas inscrite (y compris dans les comptes rendus de césarienne).

**C-12 La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids sont notés.**

A Saint-Vincent-de-Paul comme à Port-Royal, il n'est mentionné nulle part l'Apgar de l'enfant.

**2.2.3. Comparaison PR/SVP : Actes, événements et traitements survenus au cours du travail**

Cette ACC traite de tous les actes, événements et traitements survenus au cours du travail et dans les suites de couches immédiates.



**Figure 11:** Les actes, événements et traitements survenus au cours du travail et dans le post-partum immédiat

Critères	Informations notées sur le partogramme		
	SVP	PR	chi2, chi2 Yates, Fisher
	n/N (%)	n/N (%)	P
Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée.	1/95 (1%)	2/90 (2%)	NS
Le comportement de la mère est noté au moins une fois.	46/97 (47%)	33/90 (37%)	NS
La pose de la péridurale et ses réinjections sont notées.	66/88 (75%)	80/88 (91%)	<b>&lt;0,01</b>
L'intensité de la douleur est évaluée à chaque heure.	11/96 (11%)	4/90 (4%)	NS
La prescription est conforme à la réglementation.	16/75 (21%)	45/79 (57%)	<b>&lt;0,001</b>
L'heure du/des sondage(s) urinaire(s) est noté.	46/54 (85%)	36/72 (50%)	<b>&lt;0,001</b>
Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) sont notées.	30/91 (33%)	26/89 (29%)	NS
L'heure de décision de césarienne puis transfert au bloc opératoire est notés.	4/11 (36%)	19/21 (90%)	<b>&lt;0,001</b>
La surveillance post-natale est notée sur le partogramme.	0/86 (0%)	1/73 (1%)	NS

**Tableau 7 :** Résultats de l'ACC n°3 concernant les informations inscrites sur le partogramme



Critères	Informations notées sur partogramme et dossier G ou A		
	SVP	PR	chi2, chi2 Yates, Fisher
	n/N (%)	n/N (%)	p
Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée.	1/95 (1%)	2/90 (2%)	NS
Le comportement de la mère est noté au moins une fois.	46/97 (47%)	36/90 (40%)	NS
La pose de la péridurale et ses réinjections sont notées.	84/88 (95%)	87/88 (99%)	NS
L'intensité de la douleur est évaluée à chaque heure.	11/96 (11%)	5/90 (5%)	NS
La prescription est conforme à la réglementation.	20/75 (26%)	54/79 (68%)	<b>&lt;0,001</b>
L'heure du/des sondage(s) urinaire(s) est noté.	53/54 (98%)	71/72 (99%)	NS
Le motif et l'heure d'appel au(x) médecins spécialiste(s) sont notées.	69/91 (76%)	81/89 (91%)	<b>&lt;0,01</b>
L'heure de décision de césarienne puis transfert au bloc opératoire est notés.	11/11 (100%)	21/21 (100%)	
La surveillance post-natale est notée sur le partogramme.	0/86 (0%)	2/73 (2%)	NS

A= accouchement G= grossesse

**Tableau 8** : Résultats de l'ACC n° 3 concernant les informations inscrites sur le partogramme et les dossiers de grossesse et d'accouchement

### C-1 Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée.

Dans 94 (soit 99%) dossiers de SVP, ce critère n'est pas appliqué. Pour l'un d'entre eux, les constantes n'ont pas été prises du tout durant le travail.

A PR, 88 (soit 98%) dossiers ne respectent pas ce critère. Parmi ceux-ci, une patiente hypertendue chronique, une pré-éclampsique modérée, une patiente ayant une chorioamniotite et une autre déclenchée pour conditions locales favorables et hyperthermie maternelle.

### **C-3 La pose de la péridurale et ses réinjections sont notées.**

A SVP, il y a 4 (soit 5%) dossiers dans lesquels ce critère n'est pas appliqué. Cette maternité, dispose d'une feuille sur laquelle sont écrits l'heure et la dose des réinjections de péridurale. Dans deux d'entre eux, il manque cette feuille.

### **C-5 La prescription est conforme à la réglementation.**

Ce critère n'est pas appliqué, respectivement dans 55 (soit 74%) et 25 (soit 32%) cas. La plupart du temps, c'est la posologie et la voie d'administration qui sont insuffisamment notés.

### **C-7 Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) sont notées.**

Dans ces deux maternités, l'élément manquant de façon récurrente est l'heure d'appel.

### **C-9 La surveillance post-natale est notée sur le partogramme.**

Dans les deux maternités, il existe une feuille spécialement conçue et destinée à la surveillance post-natale.

**Aucun** dossier de SVP ne respecte ce critère. A PR, 1 partogramme et 1 seule feuille post-natale appliquent ce critère de façon exhaustive.

### 2.2.4. Informations notées dans les dossiers de grossesse et d'accouchement

Comme nous l'avons observé précédemment dans notre étude un certain nombre d'informations sont inscrites dans ces deux dossiers et le tableau ci-dessous confirme ces dires. Il représente les nombres et pourcentages de dossiers dont les informations sont inscrites dans les dossiers de grossesse et d'accouchement pour chaque ACC.

<b>A.C.C.</b> <b>n total =</b> <b>187</b>	<b>SVP</b> <b>n total = 97</b> <b>n(%)</b>	<b>PR</b> <b>n total = 90</b> <b>n(%)</b>	<b><i>p</i></b>
1	48 (49%)	87 (97%)	<b>&lt;0,001</b>
2	88 (91%)	87 (99%)	NS
3	58 (60%)	75 (83%)	<b>&lt;0,001</b>

**Tableau 9 :** Répartition par maternité et par ACC des informations considérées comme « mal classées » (inscrites dans les dossiers de grossesse et d'accouchement)

Tout dossier contenant au moins un seul élément dans le dossier de grossesse ou d'accouchement a été considéré comme dossier « non conforme » concernant chacun des ACC.

## **3. Troisième partie**

### **Analyse et discussion**

#### **3.1. Forces et limites de l'étude**

##### **3.1.1. Forces**

- Le thème de notre étude n'a encore jamais été abordé au sein du groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul.
- Notre étude a permis de faire un état des lieux des pratiques avant le prochain regroupement des deux maternités. Elle a également permis de mettre en exergue les points forts et faibles des partogrammes utilisés dans ces deux maternités.
- La mise en évidence des points faibles en particulier, nous permet de cibler les points sur lesquels il est nécessaire de travailler (pour la réalisation d'un modèle de partogramme unique) afin d'améliorer les pratiques cliniques et de ce fait la prise en charge materno-fœtale.
- Notre étude nous a montré que certains éléments des recommandations de la HAS sont difficilement applicables du fait d'une légitimité que nous estimons discutable notamment celles mentionnées comme les suivantes:
  - « Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire »,
  - « Le motif et l'heure d'appel aux médecins spécialisés sont notés » et
  - « La surveillance post-natale est notée »parce qu'il nuise à la bonne lecture du partogramme.

##### **3.1.2. Limites**

- Le nombre de dossiers

Moins de 100 dossiers ont été évalués respectivement dans chaque maternité mais toutefois 97 l'ont été à SVP et 90 à PR.

- Le nombre de partogrammes par sage-femme

Malgré le tirage au sort, qui nous a permis d'étudier la qualité de la tenue du partogramme, de 34 sages-femmes différentes à PR et 39 à SVP, un certain nombre de partogrammes a été rempli par les mêmes sages-femmes.

## 3.2. Analyse des résultats Port-Royal/Saint-Vincent-de-Paul

### 3.2.1. Port-Royal

Tout d'abord, nous avons vu que lorsque le travail durait moins d'une heure, « l'habitude » était de ne pas faire de partogramme or **aucun** texte de loi ne stipule qu'il ne faut pas en faire dans cette situation. *Mais les sages-femmes sont-elles hors la loi si elles ne le font pas, sachant qu'aucun texte ne régleme la tenue du partogramme même s'il est unanimement reconnu qu'il fasse partie intégrante du dossier obstétrical de la patiente ?* De surcroît, lorsque nous avons questionné ponctuellement quelques sages-femmes à ce propos, diverses réponses nous ont été données traduisant parfois des représentations ou des interprétations erronées telles que:

- Le partogramme est inutile dans cette situation car son rôle de synthèse du travail et de dépistage de dystocie n'est pas rempli. De plus, le dossier d'accouchement, permet à lui seul de recueillir les données.
- Les recommandations de la HAS stipulent qu'il ne faut pas constituer de partogramme quand le travail dure moins d'une heure,
- Les pratiques de service (bien que certaines sages-femmes sachent qu'un partogramme doit être rempli même si le travail est inférieur à une heure).

Nous avons observé que les intervenants notent un certain nombre de fois, dans le dossier d'accouchement, les informations qui devraient être notées sur le partogramme, ceci à son détriment.

En effet, si nous discutons de la tenue du partogramme, à proprement dit, 15 des 29 critères présentent significativement une différence et seuls 4 sont « en faveur » de PR. Par contre, si nous tenons compte du dossier d'accouchement et/ou du dossier de grossesse: 6 des 29 critères présentent significativement une différence dont 5 des 6 sont favorables à PR. Nous récapitulons dans le tableau ci-dessous ces critères.

Critères présentant une significativité	
Partogramme seul	Dossier et partogramme
L'état de la PDE et/ou du LA	L'état de la PDE et/ou du LA
Le début des efforts expulsifs	Le début des efforts expulsifs
La pose de la péridurale et de ses réinjections	La prescription est conforme à la réglementation
La prescription est conforme à la réglementation	L'heure et le mode de la délivrance
	L'heure et le motif d'appel aux médecins spécialisés

**Tableau 10:** Critères « en faveur » de PR présentant une significativité

### 3.2.2. Saint-Vincent-de-Paul

Ici la qualité de la tenue du partogramme est meilleure qu'à PR comme nous montre notre étude où 11 des 15 critères significatifs sont en faveur de Saint-Vincent-de-Paul. Ces critères sont réunis dans le tableau suivant:

Critères présentant une significativité
Partogramme seul
Fixation du partogramme dans le dossier
L'identité civile de la mère
Le nom de(s) la sage(s)-femme(s)
La date est notée
Le nom de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s)
Le nom de(s) étudiante(s) sage(s)-femme(s)
La modalité d'entrée en travail
Le mode d'accouchement
L'indication d'extraction instrumentale, de manœuvres ou de césarienne
La date, le sexe, l'Apgar et le poids
L'heure du /des sondages urinaires.

**Tableau 11 :** Critères « en faveur » de SVP présentant une significativité

Concernant la réponse à l'hypothèse N°2 « Le modèle de partogramme proposé à SVP permet un recueil de données plus exhaustif que celui de la maternité PR. »

➤ VALIDÉE

**Mais en incluant le dossier de grossesse il n'y a qu'un seul critère sur les 6 qui est en faveur de SVP. Ce critère est celui portant sur : l'heure du/des sondage(s) urinaire(s) est noté(s).**

Grâce à l'adjonction du dossier d'accouchement, la qualité de surveillance du travail et du post-partum immédiat semble plus complète à Port-Royal.

**Néanmoins, il est à préciser qu'avec une évaluation d'un échantillon de dossiers de SVP, après introduction du dossier d'accouchement vert, ceci est à priori remis en question.**

### **3.3. Comparaison avec l'ACC mené par la HAS en 2006**

#### **3.3.1. ACC n°1**

Tous les chiffres de la HAS utilisés ici concernent l'évaluation **avant** la mise en œuvre des plans d'améliorations autrement dites des résultats retrouvés lors du premier tour.

- Identité civile de la mère

	<b>SVP (%)</b>	<b>PR (%)</b>	<b>HAS (%)</b>
<b>Sur le partogramme</b>	97	74	68
<b>Partogramme+dossier</b>	<b>100</b>	98	

**Tableau 12:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur l'identité civile de la mère

53% des partogrammes ne sont pas fixés dans le dossier à PR. Si l'identité civile de la patiente n'est pas inscrite sur le partogramme mais l'est dans le dossier d'accouchement, nous ne pouvons pas affirmer que le partogramme appartient à ce dossier. Parfois, l'identité civile de la parturiente n'est écrite ni sur le partogramme ni dans le dossier d'accouchement ce qui est le cas d'un dossier à PR.

Cette question ne se pose pas à Saint-Vincent-de-Paul parce que tous les partogrammes sont fixés au dossier de grossesse.

- Remplissage du partogramme respectant le rythme horaire

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	91
<b>Partogramme+dossier</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	

**Tableau 13** : Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur le remplissage du partogramme respectant le rythme horaire

Ce critère est l'un des mieux respectés dans l'ACC mené par la HAS avec 91% de mise en conformité. A contrario, nous retrouvons de faibles taux à PR et SVP. Les deux maternités étant de type 3, le faible pourcentage retrouvé dans nos résultats peut s'expliquer par un biais de recrutement (recrutement de grossesses à hauts risques nécessitant une surveillance intensive plus fréquente et rythmée par les événements survenant en salle de naissance comme la RAM, les ARCF etc. qui sont plus fréquents dans une maternité de type 3). Parmi les causes de non-respect du critère, nous retrouvons une justification dans respectivement 47% et 62% des dossiers.

Néanmoins, nous mettons en doute l'utilité formelle de ce critère car il est souvent difficile à respecter quel que soit le type de maternité. Les tableaux 2 et 3 nous en ont fourni de nombreux exemples.

- Mention du nom de la sage-femme

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	97	<b>17</b>	81
<b>Partogramme+dossier</b>	97	96	

**Tableau 14** : Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant le nom de la sage-femme

La non-conformité des quelques dossiers restants est due, pour la plupart, à l'illisibilité du nom. Nous proposons que **l'utilisation de tampons aux noms des sages-femmes** soit systématique. Cependant, dans des dossiers de PR, il n'est mentionné sur aucun



document composant le dossier obstétrical (qui comprend le partogramme, le dossier de grossesse et d'accouchement) le nom de la sage-femme ayant pris en charge la patiente en salle de naissance. Dans ce cas, l'absence de mention du nom de la sage-femme semble due à l'oubli de celle-ci.

- Nom(s) de l'obstétricien et/ou anesthésiste

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	62	27	79
<b>Partogramme+dossier</b>	94	92	

**Tableau 15 :** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant le non de l'obstétricien et/ou anesthésiste

Dans un dossier, le nom des médecins n'est écrit nulle part donc pour cette patiente les actes effectués par ceux-ci ne peuvent être imputés à quiconque. De même, nous préconisons l'utilisation d'un tampon permettant la lecture aisée du nom de chaque intervenant.

### 3.3.2. ACC n°2

- Caractéristiques du col utérin

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	22	21	59
<b>Partogramme+dossier</b>	28	29	

**Tableau 16:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant la surveillance du col utérin

La non-exhaustivité des critères à l'entrée en salle de travail, lors du premier toucher vaginal noté sur le partogramme, est souvent rencontrée et ceci quel que soit la maternité. Nous pouvons supposer que la méconnaissance des sages-femmes à ce sujet en est la cause ou le manque de rigueur. Lors des TV ultérieurs, seule la dilatation est notée. La consistance est quant à elle, très rarement mentionnée sachant qu'à SVP une case est

dédiée uniquement à cet effet. Nous pouvons nous poser la question suivante à savoir si, pour les sages-femmes de SVP, la consistance du col est un élément important à prendre en compte pendant le travail ou s'il s'agit seulement d'un manque de formalisation de cette donnée. Il nous est difficile de faire la part des choses. Il aurait fallu effectuer une enquête auprès des sages-femmes pour faire un état des lieux de leurs connaissances en la matière.

- Commentaires relatifs aux RCF

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	47	49	68
<b>Partogramme+dossier</b>	71	67	

**Tableau 17:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur les commentaires relatifs aux RCF

Nous retrouvons, dans 8 dossiers sur 28 à SVP et dans 25 sur 30 dossiers à PR des RCF qui ne sont pas « correctement » commentés. Cela signifie que les sages-femmes, n'ont soit pas eu connaissance des recommandations, soit qu'elles manquent de rigueur ou ne les respectent pas. Par ailleurs, la survenue de plusieurs anomalies du rythme cardiaque fœtal en un court laps de temps est fréquente. La case destinée à cet effet, dans le partogramme, peut ne pas suffire à elle seule. Par conséquent, il nous semble primordial d'y adjoindre la présence d'un dossier d'accouchement dans ces cas là pour compléter l'information.

- Etat et aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	37	57	77
<b>Partogramme+dossier</b>	39	56	

**Tableau 18:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant l'état et l'aspect de la PDE ainsi que du LA

Sur **tous** les dossiers ne respectant pas ce critère (quel que soit la maternité), la quantité de liquide amniotique lors de la rupture des membranes ou de la poche des eaux est absente. Nous pouvons peut-être expliquer ces résultats par l'absence de connaissances des sages-femmes (ou de prise de conscience) de **la nécessité de quantifier le liquide amniotique à la rupture** ou le manque de rigueur (car la quantité de LA peut justifier à posteriori les précautions prises lors de la rupture) ou encore la difficulté de la quantifier et enfin par le fait que nous ne sommes pas toujours présentes auprès de la parturiente lors de la rupture en salle de naissance ou qu'enfin rien n'est noté lorsque la quantité de liquide qui s'écoule paraît normale.

- Le début des efforts expulsifs

	<b>SVP (%)</b>	<b>PR (%)</b>	<b>HAS (%)</b>
<b>Sur le partogramme</b>	<b>9</b>	43	51
<b>Partogramme+dossier</b>	48	91	

**Tableau 19:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur le début des efforts expulsifs

Le début des efforts expulsifs est important à noter car il permet à lui seul de justifier l'appel à l'obstétricien au bout de 30 minutes d'efforts expulsifs (voir plus si le RCF est normal) ou encore d'évaluer la fatigue maternelle.

- Indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne

	<b>SVP (%)</b>	<b>PR (%)</b>	<b>HAS (%)</b>
<b>Sur le partogramme</b>	96	72	65
<b>Partogramme+dossier</b>	96	<b>100</b>	

**Tableau 20:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur l'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne

Noter l'indication de l'acte est très important parce que cela permet de les justifier à posteriori.

- Heure et mode de délivrance

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	<b>23</b>	33	47
<b>Partogramme+dossier</b>	34	56	

**Tableau 21:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur l'heure et le mode de délivrance

Ce sont des résultats très faibles et l'élément manquant, de façon permanente, est l'heure de la délivrance or l'heure à elle seule justifie ou explique, s'il y a lieu, la délivrance artificielle notamment en cas d'hémorragie de la délivrance. Il ne faut pas non plus oublier que la délivrance fait partie intégrante de l'accouchement.

- Indication de la délivrance artificielle et/ou révision utérine

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	50	53	60
<b>Partogramme+dossier</b>	86	<b>100</b>	

**Tableau 22:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur l'indication de la délivrance artificielle et/ou révision utérine

De même que précédemment justifier ces actes est très important (pour les raisons évoquées plus haut)

### 3.3.3. ACC n°3

- Les paramètres cliniques

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	1	2	28
<b>Partogramme+dossier</b>	1	2	

**Tableau 23:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant les paramètres cliniques

Ce critère est très mal appliqué dans ces deux maternités et même en y incluant les dossiers de grossesse et d'accouchement. Les paramètres cliniques doivent être inscrits à l'entrée en SDN. Si les patientes ont une analgésie péridurale, ils doivent être inscrits à chaque heure. Or notre étude a été réalisée dans deux maternités de type 3 donc le taux d'APD est très important (compte tenu de la part non négligeable de la prise en charge de grossesses à haut risque) et de la demande des femmes. De plus, l'absence de chiffrage du pouls est très fréquente dans chacune des maternités. Pourtant sur les deux partogrammes, chacun des items composant les constantes est mentionné en toutes lettres.

La surveillance des constantes est essentielle pour dépister d'éventuelles pathologies ou surveiller des anomalies déjà connues. De plus, ces informations manquent chez des patientes hypertendues ou fébriles à l'entrée en salle de travail et parfois pendant le travail. Encore une fois nous pensons qu'il s'agit d'un manque de rigueur due dans certain cas à une surcharge de travail, malgré tout, difficilement défendable.

- Le comportement de la patiente

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	47	37	42
<b>Partogramme+dossier</b>	47	40	

**Tableau 24:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS sur le comportement de la patiente

Nous retrouvons, des résultats similaires mais inférieur à 50 % dans tout les cas. Pourtant, une case à cet effet, existe sur les deux partogrammes. Nous pouvons donc supposer que l'appréciation du comportement de la patiente durant le travail par les sages-femmes n'est pas une priorité surtout quand la patiente a une analgésie péridurale. Ce n'est pas inscrit dans la culture de service car il s'agit d'une donnée subjective qui peut paraître secondaire (évaluation du bien-être). Par ailleurs, il nous semble que la dimension d'accompagnement fait partie intégrante de la profession de sage-femme et est complémentaire de la mise en œuvre d'une APD. Mais cet item n'est peut-être tout simplement pas noté lorsque le comportement ou la patiente est jugé comme « normal ».

- L'évaluation de la douleur

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	11	4	23
<b>Partogramme+dossier</b>	11	5	

**Tableau 25** : Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant l'évaluation de la douleur

Cette information est totalement négligée dans ces deux maternités. Bien que la prise en charge médicale soit importante, le bien-être de la patiente l'est tout autant.

Sur aucun des deux types de partogrammes, il y n'a de case dédiée à l'évaluation de la douleur contrairement à l'évaluation du comportement. Depuis la généralisation de l'analgésie péridurale, il est évident que l'évaluation de la douleur est passée au second plan. Toutefois, nous savons qu'elle est encore prise en compte et elle permet dans nos deux maternités de savoir si l'analgésie péridurale fonctionne.

En France, la prise en charge de la douleur n'a été prise en considération que récemment. La charte du patient hospitalisé oblige tous les intervenants à prendre en compte la douleur du patient qu'elle soit physique ou psychologique.

- La prescription est conforme à la réglementation

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	21	57	44
<b>Partogramme+dossier</b>	26	68	

**Tableau 26:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant la prescription

Le résultat peu satisfaisant de SVP, peut s'expliquer en partie par la présence sur le partogramme en toutes lettres du terme « ocytocique ». Cela entraîne de la part des sages-femmes l'absence d'inscription du nom du produit et de sa posologie.

- Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialisé(s)

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	33	29	44
<b>Partogramme+dossier</b>	26	68	

**Tableau 27:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant le motif et l'heure d'appel aux médecins spécialisés

Dans les dossiers ne répondant pas à ce critère, l'absence de mention de l'heure d'appel est récurrente.

Le partogramme schématise la progression du travail néanmoins, il permet avant tout de diagnostiquer les dystocies. Le surcharger avec des données telles que l'heure d'appel aux médecins ou le motif d'appel nous semble pouvoir nuire à la bonne lisibilité du diagramme de dilatation. Cependant, noter l'heure d'appel et le motif est important d'un point de vue médico-légal. **Ces informations pourront être notées dans un dossier à part qui retrace les éléments importants du suivi du travail mais non indispensables à la lecture du partogramme.**

- La surveillance post-natale

	SVP (%)	PR (%)	HAS (%)
<b>Sur le partogramme</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	45
<b>Partogramme+dossier</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	

**Tableau 28:** Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de la HAS concernant la surveillance post-natale

Ces résultats s'expliquent par la présence d'une feuille dédiée à la surveillance post-natale (donc l'information est mentionnée). Toutefois, cette feuille post-natale n'est correctement remplie qu'une seule fois et ceci à PR. Par ailleurs, dans certains dossiers, cette feuille est manquante car elle n'est pas agrafée dans le dossier. L'un des items est toujours manquant, c'est celui des constantes.

Pourtant, la surveillance post-natale est essentielle car le risque hémorragique est maximal au cours des deux premières heures qui suivent l'accouchement. Par conséquent, la vigilance doit être accrue. La répartition de cette surveillance entre IDE et sage-femme en est-elle en partie la cause? Quoi qu'il en soit la responsabilité en incombe à la sage-femme.

Concernant la réponse à l'hypothèse N°3 « Toutes les recommandations de la HAS sont difficilement applicables, compte tenu des modèles de partogrammes respectivement utilisés à PR et à SVP. »

➤ PARTIELLEMENT VALIDÉE

### **3.4. Importance des informations notées dans les dossiers de grossesse et d'accouchement**

D'après les informations apportées par l'étude un certain nombre d'information sont inscrites dans les dossiers de grossesse et d'accouchement (cf. tableau 9)



### 3.4.1. ACC n°1

A SVP, le taux d'informations retrouvées dans le dossier de grossesse est de **49%** vs **97%** à PR, soit près **d'un tiers de plus** qu'à SVP et cette différence est **significative**.

Cette ACC porte sur l'identification du partogramme par la parturiente et les intervenants.

Cette différence peut s'expliquer par la présence d'une case à Saint-Vincent-de-Paul dédiée à l'inscription des noms de l'équipe de garde et d'une case pour noter le nom des différents intervenants (donc l'étudiant sage-femme peut y inscrire son nom) à chaque heure du travail.

A Saint-Vincent-de-Paul, sur 31 des 97 partogrammes (32%) l'étudiant sage-femme **participe ou tient** le partogramme. Sur 90% des partogrammes est indiqué le nom de l'étudiant, pourcentage qui atteint 100% en tenant compte du dossier de grossesse. A Port-Royal (la maternité école) 44 des 90 partogrammes (49%) **sont tenus** par un étudiant sage-femme mais seuls 16% des étudiants sont identifiés sur le partogramme. Si nous y incluons le dossier de grossesse et d'accouchement, nous arrivons à 66%. Donc, dans près **d'un tiers** des cas, le nom de l'étudiant n'y est pas, alors que c'est lui qui remplit le partogramme. Comment ce constat peut-il être interprété ? Est-ce une non prise en compte volontaire des étudiants par les professionnels, étant trop habitués à leurs présences ou bien les étudiants oublient ou ne savent pas où ils doivent mentionner leurs noms? **Toutefois, ce sont les professionnels qui sont responsable en dernier lieu du non mention des noms de ces derniers.**

En ce qui concerne l'identité civile de la patiente, à SVP, il est obligatoire de mettre une étiquette de la patiente pour l'identifier sur le partogramme. Ceci explique pourquoi la patiente est correctement identifiée pour 97% des partogrammes.

### 3.4.2. ACC n°2 et n°3

Dans notre étude nous trouvons, présents dans le dossier de grossesse à SVP **91%** des éléments qui devraient être sur le partogramme contre **99%** à PR (soit la quasi-totalité des dossiers). Ce sont des valeurs similaires dans les deux maternités et donc la différence est **non significative**. Une telle importance des informations inscrites dans les dossiers de grossesse et d'accouchement ne peuvent s'expliquer que par les pratiques avérées et la culture du service.

En ce qui concerne l'ACC n°3, les informations censées être sur le partogramme sont à **60%** dans les dossiers de grossesse pour SVP contre **83%** à PR (soit **un tiers de plus**

qu'à SVP), cette différence est **significative**. Il n'y a rien dans la présentation des deux partogrammes qui explique cette différence hormis, comme nous l'avons déjà cité, les pratiques de service.

Concernant la réponse à l'hypothèse N°1 « Le remplissage du partogramme est moins exhaustif à PR comparativement à SVP, du fait de l'utilisation du dossier obstétrical vert. »

➤ VALIDEE

### **3.5. Propositions d'améliorations des pratiques professionnelles en matière de tenue du partogramme et place de la sage-femme**

#### **3.5.1. Formation/information des professionnels relative aux recommandations de la HAS**

Nous avons pu remarquer que certains items des recommandations étaient peut-être peu ou pas connus des sages-femmes car ils n'étaient pas remplis du tout ou alors ils étaient « non correctement » remplis sur le partogramme. Il serait souhaitable d'informer les sages-femmes sur les différents critères composant les recommandations et sur le caractère exhaustif et indispensable de certains d'entre eux (comportement maternel, paramètres du col utérin), les remplir correctement lors de réunions régulières (aux moins biennal) dans les services.

Nous pourrions aussi mettre dans le classeur des protocoles (qui se trouve en salle de naissance) une copie des recommandations de la HAS que toute sage-femme ainsi que tout étudiant pourrait consulter si nécessaire. De nombreux points d'interrogations subsistent sur les circonstances expliquant la conformité insuffisante de certains items tels que « la surveillance du col utérin » ou « le RCF est commenté à chaque examen ». La distribution d'un éventuel questionnaire destiné aux sages-femmes concernant leurs connaissances sur les recommandations de la HAS est probablement souhaitable afin d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse selon laquelle les sages-femmes ont une connaissance limitée des recommandations, ou ne s'y tiennent pas avec le temps. Cela ferait l'objet d'un travail complémentaire.

### 3.5.2. Création d'un nouveau partogramme aux normes de la HAS

Nous avons pu mettre en évidence le caractère non exhaustif des partogrammes en circulation dans ces deux maternités. Pour le regroupement des deux maternités, il paraît nécessaire et souhaitable de créer un nouveau modèle de partogramme répondant aux recommandations de la HAS et reprenant les points positifs de chacun d'entre eux (cf. annexe 9). Ce partogramme sera, idéalement, inclus dans le dossier d'accouchement (comme celui de l'Audipog ce qui est le cas à PR) qui comprendra la feuille de post-partum, des suites de couches et le RCF de la patiente afin d'éviter la perte de certains de ces documents qui étaient jusqu'à lors établis sur des « feuilles volantes ».

Pour se faire, nous avons également réuni, plusieurs partogrammes utilisés dans d'autres maternités d'Ile-de-France (cf. annexe 10 et 11), afin de créer un modèle de partogramme le plus en adéquation possible avec les recommandations de la HAS et **compatible** avec la pratique clinique. Car il est à rappeler que les recommandations sont des propositions et n'ont des objectifs à atteindre afin de venir en aide aux patients et professionnels de santé.

Tout d'abord, le nouveau partogramme devra porter l'étiquette de la patiente afin d'éviter d'éventuels quiproquos et être sûr que ce dossier appartienne à la bonne patiente (à moins qu'il ne soit inclus dans le dossier de grossesse ou dans un dossier d'accouchement)

Un cadre devra être réservé à l'identification du personnel soignant s'occupant de la parturiente et de son enfant.

Une case concernant les modalités d'entrée en travail, ainsi que les antécédents particuliers, sérologies à surveiller ou influençant la prise en charge materno-fœtale doit être créée. De plus, une case pour noter le résultat du prélèvement vaginal de fin de grossesse ou portage éventuel (ces derniers n'entrent pas dans les recommandations mais influencent la prise en charge) doit être conçu.

Une case pour les constantes détaillées en toutes lettres (TA, pouls, T°) car nous avons pu constater que même écrit en toutes lettres, ces éléments ne sont pas forcément notés.

Une case pour les contractions utérines, une pour l'analyse du rythme cardiaque fœtal, une pour l'analyse détaillée du col utérin (consistance et dilatation) ainsi qu'une relative à l'état de la poche des eaux, l'évaluation de l'abondance (à la rupture) et de la couleur du liquide amniotique (ceci écrit en toutes lettres). Une case pour les traitements, sans détailler, car nous avons pu observer à SVP que plus cela est détaillé et moins les sages-femmes écrivent la posologie, la voie d'administration ainsi que le nom de la thérapeutique

administrée. Enfin, une case portant sur le comportement et une évaluation de la douleur de la patiente doit être créée.

**Néanmoins, si les sages-femmes n'ont pas connaissance des recommandations et ou si les pratiques de service restent figées, cet audit restera sans effet même avec un partogramme se rapprochant au plus près des recommandations.**

### 3.5.3. Place de la sage-femme

Nous pouvons lire dans l'article L-4151-1 du code de la santé publique que « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* » [35].

Pour l'aider dans sa fonction en salle de naissance, il existe le partogramme.

Nous rappelons encore une fois qu'il schématise les différents éléments du travail surveillés par le personnel soignant et que son rôle premier est de dépister les dystocies. C'est la sage-femme qui réunit tous ces éléments et les notes sur le partogramme. S'il survient une anomalie, c'est elle qui préviendra les médecins spécialistes concernés (obstétriciens, anesthésistes ou pédiatres).

La sage-femme fait donc le lien entre les différents professionnels. Elle est en première ligne dans la prise en charge globale materno-fœtale. En outre, le partogramme est un document médico-légal, il se doit par conséquent d'être irréprochable (ou le moins imparfait possible).

La sage-femme se doit, pour une prise en charge optimale maternelle et fœtale, et pour faciliter l'expertise juridique, de s'informer de sa tenue.

D'ailleurs, une réévaluation de la qualité de la tenue du partogramme est à prévoir dans les années à venir afin de vérifier si les plans d'améliorations mis en œuvre ont eu des répercussions significatives.

## Conclusion

Notre EPP montre que de nombreuses améliorations restent à apporter dans la tenue du partogramme dans chacune des maternités étudiées notamment en ce qui concerne la surveillance du col utérin, l'état de la poche des eaux et/ou du L.A., les paramètres cliniques de la patiente, son comportement, l'intensité de sa douleur et plus particulièrement la surveillance dans le post-partum immédiat (PPI) .

De plus, nous avons pu observer qu'il était impossible de réunir tous les éléments composants la surveillance materno-fœtale pendant le travail et le PPI sur le partogramme en tenant compte des recommandations extrêmement nombreuses.

Nous avons démontré que l'association du partogramme avec le dossier d'accouchement permettait de répondre plus favorablement aux recommandations de la HAS bien qu'il reste encore des améliorations à apporter pour une qualité de tenue du partogramme satisfaisante.

Nous avons également pu observer que certains critères étaient difficiles à appliquer, que d'autres nuisaient à la lisibilité du partogramme et qu'enfin certains n'avaient pas de véritable pertinence clinique. L'étude a permis l'élaboration d'un nouveau modèle de partogramme répondant au plus près des recommandations, ainsi que l'émergence de différents axes d'améliorations tels que l'information des sages-femmes sur les différents critères composant les recommandations et le caractère exhaustif de certains d'entre eux lors de réunions biennal dans les services, généralisation de l'utilisation des tampons aux noms des sages-femmes et médecins, etc. en vue d'une meilleure tenue du partogramme.

Enfin, une réévaluation de la tenue du partogramme (par cette même méthode ou une similaire) devrait être effectuée tous les trois ans afin de satisfaire l'obligation d'amélioration continue de la démarche qualité (roue de Deming).

## Bibliographie

- [1] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme*. Paris, 2000
- [2] HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme*, Paris, 2006
- [3] LOI n°2004-810, du 13 Aout 2004, relative à l'assurance maladie, Paris, Edition du 17 Aout 2004
- [4] FRIEDMAN E.A. The graphic analysis of labor. *Am J Obst Gynecol*, 1954,68(6), 1568-1575.
- [5] KOLLER T., ABT K. Résultats de l'étude du « diagramme d'accouchement ». *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1952,47(5-6), 163-173
- [6] FRIEDMAN E.A. Labor in Multigravid: a graphicostatistical analysis. *Journal of the American Academy of Obstetrics and Gynecology*, 1956, 8(6), 691-703
- [7] FRIEDMAN E.A. Primigravid Labor: a graphicostatistical analysis. *Journal of the American Academy of Obstetrics and Gynecology*, 1955, 6(6), 567- 589
- [8] LANSAC J., BODY G. *Pratique de l'accouchement*. Paris : SIMEP, 1992, 360 p.
- [9] LACOMME M. L'accouchement en pratique quotidienne. In : LACOMME M., *Pratique obstétricale tome1*. Paris: Masson, 1960, 868 p.
- [10] PHILPOTT RH., CASTLE WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae II the action line and treatment of abnormal labour, *J Obstet Gynaecol*, 1972, 79(7), 599-602.
- [11] PHILPOTT RH., CASTLE WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae I the alert line for detecting abnormal labour. *J Obstet Gynaecol*, 1972, 79(7), 592-598
- [12] O'DRISCOLL K., STANGE JM. The active management of labor. *ClinObstet Gynaecol*, 1972, 2-3
- [13] DECRET n°92-329, du 30 mars 1992, relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique, Paris, Editions du Journal Officiel, paru au J.O. le 1 avril 1992.
- [14] LANSAC J., CARBONNE B., PIERRE F. Le partogramme: un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2007,36(1), 2-7

- [15] LOI n°02-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Paris, Editions du Journal Officiel, paru le 5 mars 2002.
- [16] THOM M.H., CHAN K.K., STUDD J.W. Outcome of normal and dysfunctional labor in different racial groups. *Am J Obst Gynecol*, 1979, 135(4), 495-8
- [17] HOFMEYER G.J. Obstructed labor: using better technologies to reduce mortality. *Int J Gynecol Obst*, 2004,85, Suppl 1:S62-72
- [18] GERHARD B. T. Effect of the Maternal Care Manuel of the Perinatal Education Programme on the Ability of Midwives to Interpret Antenatal Cards and Partograms. *Journal of Perinatology*, 1999, 19 (6Pt1), 432-435
- [19] ALTAF S., OPPENHEIMER C., SHAW R., WAUGH J., DIXON-WOODS M. Practices and views on fetal heart monitoring: a structured observation and interview study. *BJOG*, 2006, 113(4), 409-418
- [20] LOHR K.N., DONALDSON M.S., HARRIS-WEHLING J. Medicare: a strategy for quality assurance, V: quality of care in changing health care environment. *QRB Qual Rev Bull*, 1992, 18(4), 120-126
- [21] LOHR K.N. *Medicare: a strategy for quality assurance vol1*. Washington, D.C.: National Academic Press, 1990, 468p.
- [22] DURIEUX P. *Evaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé*. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion, 1997, 138p.
- [23] HAUTE AUTORITE DE SANTE. *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé*, 2006, cédérom
- [24] LOI n°2004-810, du 13 Août 2004, relative à l'assurance maladie, Paris, Edition du Journal Officiel, paru le 17 Août 2004
- [25] Haute autorité de santé. [référence du 1 mars 2011], [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_151045/glossaire-general#R](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_151045/glossaire-general#R)
- [26] DECRET n°2005-346, du 14 avril 2005, relative à l'évaluation des pratiques professionnelles, Paris, Edition du journal Officiel, paru le 15 avril 2005
- [27] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. Paris, 2000
- [28] Catalogue et Index de Sites Médicaux de langue Française, [référence du 2 mars 2011], <http://www.chu-rouen.fr/ssf/profes/medecinefondeesurlapreuve.html>
- [29] Haute autorité de santé. [16 mars 2010], [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_457168/reussir-un-audit-clinique-et-son-plan-d-amelioration](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_457168/reussir-un-audit-clinique-et-son-plan-d-amelioration)
- [30] Haute autorité de santé. [référence du 16 mars 2010], [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_746701/cd-rom-audit-clinique-cible-acc-2007](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_746701/cd-rom-audit-clinique-cible-acc-2007)

- [31] HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Une méthode d'amélioration de la qualité - Audit Clinique Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel*. Paris, 2004
- [32] HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Une méthode d'amélioration de la qualité - Audit Clinique Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel*. Paris, 2006
- [33] Haute autorité de santé. [référence du 31 Aout 2010], [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_240368/six-methodes-damelioration-de-la-qualite-a-la-disposition-des-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240368/six-methodes-damelioration-de-la-qualite-a-la-disposition-des-professionnels-de-sante)
- [34] Réseau Qualité en Recherche. [référence du 2 Mars 2011], <http://www.rmsb.u-bordeaux2.fr/spip/spip.php?article5>
- [35] ARTICLE L4151-1, modifié par la LOI n°2004-806 9 Août 2004, du code de la santé publique, Paris, Edition du Journal Officie, paru 11 Août 2004



# **Annexes**

# Annexe 1 : Roue de Deming ou PDCA



## ÉTAPE 1 PLAN : planifier, organiser

### Choix du thème

- Choix du thème à partir de référentiels validés, en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient et du potentiel d'amélioration.
- Champ de l'étude : nombre d'unités de soins impliquées.
- Constitution d'un groupe de travail et nomination du chef de projet.
- Réalisation d'une information sur le projet auprès des professionnels.

### Choix des critères

- Choix d'un ou plusieurs référentiels d'ACC existant sur le thème choisi.
- S'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel disponible se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la qualité du service rendu au patient.
- Construction des grilles de recueil des données et du guide qui les accompagne.
- Élaboration du protocole d'étude avec détermination :
  - o des critères d'inclusion et d'exclusion ;
  - o du type d'étude (rétrospectif ou prospectif) ;
  - o du mode de recueil des données et les sources d'information ;
  - o de la taille de l'échantillon ;
  - o de la période d'évaluation.
- Test de la feuille de recueil de données et réajustement si besoin.
- Planification de la démarche (diagramme de type Gantt).
- Organisation d'une réunion d'information pour toutes les unités concernées par l'ACC.

## ÉTAPE 2 DO : recueil des données (première évaluation)

- Remplissage d'une grille de recueil pour chaque pratique évaluée.
- Suivi de l'évolution du recueil.

### **ÉTAPE 3 CHECK : analyse des résultats de la première évaluation**

- Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les valeurs observées et celles qui sont attendues d'après le référentiel (standards).

- Analyse des résultats.
- Recherche des causes des écarts.
- Définition des axes d'amélioration.
- Rédaction du rapport de la première évaluation.

### **ÉTAPE 4 ACT : plan d'action des améliorations**

- Nomination d'une responsable par action et réalisation d'une « fiche action ».
- Élaboration d'un calendrier pour la réalisation de ces actions.
- Planification de la période de réévaluation.

### **ÉTAPE 5 Nouveau recueil (deuxième évaluation)**

### **ÉTAPE 6 Analyse des résultats de la deuxième évaluation**

- Analyse des résultats.
- Comparaison avec les résultats de la première évaluation.
- Recherche des causes des écarts résiduels.

### **ÉTAPE 7 Idéalement**

- Mise en place de nouvelles mesures correctives si des écarts persistent.
- Suivi d'indicateurs pour s'assurer du bénéfice à long terme.

# Annexe 2 : Grille d'évaluation de l'audit clinique de la HAS

## GRILLE D'ÉVALUATION

N° de la grille

Date de l'évaluation : .....

Service : .....

Nom de l'évaluateur : .....

Nom de la patiente :    les 3 premières lettres

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

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

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

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

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



Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme

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

# Annexe 3: Grille de recueil des données de l'ACC mené par la HAS

Audit clinique ciblé : Surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme

## GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES ACC n°1 « Tenue du partogramme » (PARTOten)

Date : ..... Établissement/service : .....  
 N° de la grille : .....  
 Nom de l'évaluateur : .....  
 Identification du patient : les 3 premières lettres   
 ou étiquette

**OBJECTIF : améliorer la qualité de la tenue du partogramme**

N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	L'identité civile de la mère est notée*.				DPA	
2	La date est notée.				DPA	
3	Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire*.				DPA	
4	L'horaire précis de chaque acte et/ou examen est noté.				DPA	
5	Le partogramme permet de retrouver le nom de(s) la sage(s)-femme(s).				DPA	
6	Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenants*.				DPA	

DPA = dossier du patient

**GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES  
ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)**

Date : .....

Établissement/service : .....

N° de la grille : .....

Nom de l'évaluateur :

Identification du patient :

les 3 premières lettres □□□  
ou étiquette

**OBJECTIF : améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail**

N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	La modalité d'entrée en travail est précisée.				DPA	
2	La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés à chaque examen.				DPA	
3	La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen.				DPA	
4	Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen.				DPA	
5	L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen.				DPA	
6	Le début des efforts expulsifs est noté.				DPA	
7	Le mode d'accouchement est noté.				DPA	
8	L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée.				DPA	
9	L'heure et le mode de délivrance sont notés.				DPA	
10	Si délivrance artificielle et/ou révision de la cavité utérine, l'indication est notée.				DPA	
11	L'état du périnée est noté.				DPA	
12	La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids sont notés.				DPA	

DPA = dossier du patient



**GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES**  
**ACC n°3 « Événements du partogramme » (PARTOeve)**

Date : ..... Établissement/service : .....

N° de la grille : .....  
 Nom de l'évaluateur : .....  
 Identification du patient : ..... les 3 premières lettres   
 ou étiquette

**OBJECTIF : améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail**

N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée (PA, pulsations, température).				DPA	
2	Le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté.				DPA	
3	La pose de la péridurale et ses réinjections sont notées.				DPA	
4	L'intensité de la douleur est évaluée.				DPA	
5	La prescription est conforme à la réglementation (nom du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration).				DPA	
6	Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement.				DPA	
7	L'heure du (des) sondage (s) urinaire(s) est notée.				DPA	
8	La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme.				DPA	
9	Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) sont notés.				DPA	
10	L'heure de décision de césarienne puis de transfert au bloc opératoire est notée.				DPA	
11	La surveillance postnatale est notée sur le partogramme.				DPA	

DPA = dossier du patient

# Annexe 4 : Grille d'utilisation de l'ACC faite par la HAS

Audit clinique ciblé : Surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme

## GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL ACC n°1 « Tenue du partogramme » (PARTOten)

**Critère 1 L'identité civile de la mère est notée :** date de naissance, nom marital, nom de jeune fille, prénom (une étiquette administrative d'identité acceptée).

**Critère 3 Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.**  
L'allure du graphe pouvant intervenir dans la prise de décision, l'échelle de temps est importante.  
En cas d'accompagnement rapide (durée inférieure à 1 heure) cocher **OUI**.

**Critère 6 Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenants\*.**  
Cocher **NA** si l'accouchement n'a nécessité l'intervention d'aucun spécialiste.

## GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)

### **Critère 1 La modalité d'entrée en travail est précisée.**

Le partogramme comprend la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel du travail et son indication).

### **Critère 2 La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés.**

Cet item comprend les différents types de présentation (sommets, face, bregma, front siège complet ou décompleté) en fonction du fléchissement et de l'asynclitisme en phase active du travail et l'apparition d'une bosse séroanguine. Un schéma représentant la présentation et la variété est accepté. Le niveau ou hauteur de la présentation : mobile, appliquée, fixée, engagée, partie haute, moyenne ou basse.

### **Critère 3 La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : position, longueur, consistance et dilatation.**

Cochez « OUI » si tous les éléments suivants figurent au moins au premier examen. Lors des examens suivants, il est toléré que ne figurent que la dilatation et la consistance du col.

Si l'accouchement est imminent à l'admission, cocher « NA ».

### **Critère 4 Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen, sauf en cas de MFIU (cocher NA) :**

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

### **Critère 5 L'état et l'aspect de la poche des eaux doivent être décrits à chaque examen (intacte, rompue, fissurée). L'aspect et l'estimation de la quantité du liquide amniotique sont notés lors de la rupture des membranes puis à chaque examen.**

En cas d'élément inchangé accepter « *idem* ».

### **Critère 7 Le mode d'accouchement est noté.**

Cet item doit préciser :

- expulsion spontanée ;
- extraction instrumentale (spatules, forceps, ventouse) ;
- césarienne ;
- manœuvres (s'il y en a).

### **Critère 8 L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée dans le partogramme. Pour les césariennes si CRO dans le dossier cochez « OUI ».**

### **Critère 9 L'heure et le mode de délivrance sont notés.**

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

### **Critère 11 L'état du périnée est noté.**

Cet item doit préciser : intact, le type de déchirure, l'épisiotomie, les modalités de réfection.

### **Critère 12 La naissance : l'Apgar est mentionné à 1 min et à 5 min.**



## GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL ACC n° 3 « Événements du partogramme » (PARTOeve)

**Critère 1 Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée.**

Au début du partogramme, on doit trouver la PA, le pouls, la température. Puis tenir compte du contexte clinique (rupture de la PDE, hyperthermie, hyper- ou hypo-TA et des habitudes de service).  
Cochez « **NON** » si ce n'est pas le cas.

**Critère 2** Le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté au moins une fois.  
Exemple : calme, agitée, coopérante...

**Critère 4 L'intensité de la douleur est évaluée** éventuellement avec une échelle de la douleur validée.

**Critère 5 La prescription est conforme à la réglementation.**

Le nom des médicaments est noté en clair : l'abréviation « synto » pour le Syntocinon est acceptée. Attention aux abréviations illisibles. La posologie du médicament doit être explicitée sous la forme suivante : unité, dilution, débit (exemple : 5 unités de Syntocinon dans 500 cc de SG5 %). La dilution peut être indiquée au début, puis seul le débit est noté.

**Critère 6 Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement** : signature et heure d'administration.

**Critère 8 La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme.**  
La trace de la surveillance doit se trouver dans le dossier du patient.

**Critère 11 La surveillance postnatale de l'accouchée est notée (durant les 2 heures qui suivent l'accouchement).**

Cochez « **NON** » si un des éléments manque :

- globe de sécurité ;
- pouls, pression artérielle ;
- volume des pertes sanguines.

Cochez **NA** si la patiente est surveillée en SSPI par IADE.

# Annexe 5: Partogramme de l'Audipog

## DIAGRAMME D'ACCOUCHEMENT

h min  
 h min  
 h min

Médecin responsable de la salle d'accouchement : .....

Sage-femme responsable : ..... Appel d'un médecin : .....

Nom senior : ..... Nom interne : .....

Date .....	de la journée																						
Heures .....	avant dilatation complète																						
niveau de présentation	Appliquée	-6																					
	Fixée	10																					
		9																					
	Engagée partie haute	8																					
		7																					
	Partie moyenne	6																					
5																							
Partie basse	4																						
	3																						
Présentation																							
Orientation																							
Col																							
Poche des eaux																							
Liquide amniotique																							
Contractions utérines																							
Tocographie																							
RCF																							
pH																							
SPO2																							
ECG fœtal																							
Pouls		TA																					
T°																							
Comportement																							
Thérapeutique																							
Analgésie																							
Évaluation de la douleur																							

# Annexe 6 : Partogramme de Port-Royal

DIAGRAMME D'ACCOUCHEMENT																	
Numéro :		NOM :			Age :			Accouchement :			Périnée :						
		Date :			Parité :			Délivrance :									
EURES	de la journée																
	avant dilatation complète																
Niveau de la Présentation - Engagée partie haute - Partie moyenne - Partie basse	-6																
	10																
	-4																
	8																
	-2																
	7																
	6																
	-0																
	5																
	4																
+2																	
3																	
2																	
1																	
Contractions utérines																	
Présentation																	
Col Poche des eaux Liquide amniotique																	
R. C. F. pH																	
Pouls - T.A. - T° Comportement - A.P.P.																	
Thérapeutique																	

# Annexe 7 : Partogramme de Saint-Vincent-de-Paul

NOM

Prénom

## PARTOGRAMME

HOPITAL SAINT VINCENT DE PAUL  
Pr M. TOURNAIRE

Geste  Pare  Groupe  Rhésus  Terme  PV

Travail spontané  déclenché  pour

PDE intacte  rompue  le  à  LA clair  teinté  méconial

Salle de naissance numéro

Numéro d'accouchement

Grossesse suivie par

Heure de la journée

Heure de surveillance

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
RCF (normal, anormal)													
Intervalle entre 2 cu (min)													
Col (souple, tonique, cerclé)													
Présentation Mobile 10													
Orientation Appliquée 9													
8													
Dilatation (X) Fixée 7													
Effacement (T) 6													
Partie haute 5													
4													
Partie moyenne 3													
2													
Partie basse 1													
PDE LA clair, teinté, méconial													
Constantes PA													
Pouls													
T°													
Comportement													
Traitement :													
- Soluté													
- Ocytocine													
- Prostaglandines													
-													
Divers													
Anesthésie													
Examineur													

Equipe de garde

Sage femme

Interne

Chef

Anesthésiste

Pédiatre

Infirmière

Antécédents

Grossesse

Accouchement

le  à

Pertes sanguines (ml)

Sexe  Poids

Apgar 1  5  pH

Particularités



## Annexe 8 : Grille d'évaluation

Date:		Établissement/service:				
N° de la grille		N° d'accouchement:				
Identification du patient:		3 premières lettres:				
N°	Critères	Oui	Non	Sur dossier A ou O	Na	Commentaires
<b>I- Présentation du partogramme</b>						
1	Le partogramme est fixé dans le dossier.					
2	L'identité civile de la mère est notée.					
3	La date est notée.					
4	Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.					
5	L'horaire précis de chaque acte et/ou examen est noté.					
6	Le partogramme permet de retrouver le nom de(s) la sage(s)-femme(s).					
7	Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenant(s).					
8	Le partogramme permet de retrouver le nom(s) de(s) étudiante(s) sage(s)-femme(s).					
<b>II- Obstétrique</b>						
1	La modalité d'entrée en travail est précisée.					
2	La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés à chaque examen.					
3	La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen.					
4	Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen.					
5	L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen.					
6	Le début des efforts expulsifs est noté.					
7	Le mode d'accouchement est noté.					
8	L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée.					



9	L'heure et le mode de délivrance sont notés.				
10	Si délivrance artificielle et/ou révision de la cavité utérine, l'indication est notée.				
11	L'état du périnée est noté.				
12	La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids sont notés.				

### III- Actes, événements et traitements survenus au cours du travail

1	Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée (PA, pulsations, T°)				
2	Le comportement de la mère est noté au moins une fois.				
3	La pose de la péridurale et ses réinjections sont notées.				
4	L'intensité de la douleur est évaluée à chaque heure.				
5	La prescription est conforme à la réglementation (nom du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration).				
6	L'heure du (des) sondage(s) urinaire(s) est notée.				
7	Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) sont notés.				
8	L'heure de décision de césarienne puis de transfert au bloc opératoire est notée.				
9	La surveillance post-natale est notée sur le partogramme.				

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

**Critère d'exclusion:** césariennes programmées, accouchement à domicile, mort in utéro

A: accouchement

O: obstétrical

Na: non adapté

# Annexe 9 : Nouveau modèle de partogramme

TAMPONS SF

ETIQUETTE PATIENTE	Date et heure d'admission: Le <input type="text"/> à <input type="text"/> Geste <input type="checkbox"/> Pare <input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/> Rhésus <input type="checkbox"/> RAI <input type="checkbox"/> Terme <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> Travail spontané <input type="checkbox"/> déclenché <input type="checkbox"/> pour <input type="text"/> PDE Intacte <input type="checkbox"/> rompue <input type="checkbox"/> le <input type="text"/> à <input type="text"/> LA clair <input type="checkbox"/> teinté <input type="checkbox"/> méconial <input type="checkbox"/> Salle de naissance N° <input type="text"/> N° d'accouchement <input type="text"/>	TAMPONS SF <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
<b>Equipe de garde</b> Étudiant Chef G.O. Interne G.O. Anesthésiste Interne anesthésiste IDE Pédiatre	Intervenant Horaire	
<b>Sérologies</b> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Particularités:	Niveau de la Présentation - Engagée partie haute - Partie moyenne +2 - Partie basse +4	
<b>Antécédents</b>  <b>Grossesse</b>	Dilatation -6 -4 -2 -0 4 3 2 1	
<b>Accouchement</b> le <input type="text"/> à <input type="text"/>	Présentation Orientation Col (consistance) PdE L.A. (qté, couleur) Dynamique utérine RdB Réactivité/Décélération Variabilité TA T° pls	
Heure et mode de délivrance:  Périnée:	Thérapeutiques Soins, autres Comportement (noté 1 fois) Evaluation douleur	
<b>Nouveau Né</b> Sexe Poids PC Taille Apgar 1' <input type="text"/> 5' <input type="text"/> pH <input type="text"/> Particularités:		

# Annexe 10 : Partogramme de Bichat Claude Bernard

PARTOGRAMME

NOM \_\_\_\_\_ Date et heure d'admission: Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Geste  Pare  Groupe  Rhésus  RAI  Terme  PV  HU  ETG 3° trim: \_\_\_\_\_

Travail spontané  déclenché  pour \_\_\_\_\_ biométries \_\_\_\_\_

PDE Intacte  rompue  le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ LA clair  teinté  méconial  Résultat PLA \_\_\_\_\_ Placenta \_\_\_\_\_

Service du Pr MAHIEU-CAPUTO  
BICHAT CLAUDE BERNARD  
Salle de naissance N° \_\_\_\_\_  
N° d'accouchement \_\_\_\_\_

Quant. LA \_\_\_\_\_

Equipe de garde  
Sage femme  
Etudiant sage femme  
Interne gynéco  
Chef gynéco  
Anesthésiste  
Interne Anesthésiste  
Pédiatre  
Infirmière

Sérologies  
Rubéole  AgHbs   
Toxoplasmose  Hépatite C   
HIV  TPHA-VDRL   
Autres: \_\_\_\_\_

Antécédents \_\_\_\_\_

Grossesse \_\_\_\_\_

Prostaglandines  
Pose le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
Retrait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h

Accouchement  
le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Heure de délivrance: \_\_\_\_\_

Pertes sanguines (ml): \_\_\_\_\_

Nouveau Né Sexe \_\_\_\_\_  
Poids \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_  
Taille \_\_\_\_\_ Bip \_\_\_\_\_

Apgar 1' \_\_\_\_\_ 5' \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_  
Particularités: \_\_\_\_\_

	Présentation	Dilatation	Horaire de surveillance																	
			h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h						
Mobile	10																			
Appliquée	9																			
Fixée	8																			
Partie haute	7																			
Partie moyenne	6																			
Partie basse	5																			
Orientation de présentation	4																			
PDE LA clair, teinté, méconial	3																			
Col (souple, tonique, cerclé)	2																			
RCF (normal, anormal)	1																			
Dynamique utérine																				
Constantes TA																				
T°																				
Comportement																				
Traitement :																				
Soluté																				
Ocytocine																				
Antibiotiques																				
Divers																				
Examineur																				

Avril2005SF





## Titre et Résumé

### **Evaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes du groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent de Paul concernant la tenue du partogramme**

**Objectifs** : Evaluer le degré d'application des recommandations de la HAS, identifier les points forts et faibles des deux partogrammes utilisés, proposer des axes d'améliorations et un nouveau modèle de partogramme. **Méthode** : audit clinique ciblé entre le 10 février 2008 et 5 mai 2009 sur les maternités de Saint-Vincent-de-Paul(SVP) et Port-Royal (PR) (97 et 90 dossiers). **Résultats** : La comparaison entre SVP et PR montre, respectivement, une conformité aux exigences HAS de 28% et 29% pour la surveillance du col utérin (différence NS), de 39% et 56% pour celle de la poche des eaux et/ou du L.A. ( $p < 0.025$ ), de 1% et 2% pour celle des paramètres cliniques de la patiente (différence NS), de 47% et 40% pour celle de son comportement (différence NS), de 11% et 5% pour celle de l'intensité de sa douleur (différence NS) et de 0% et 2% pour la surveillance dans le post-partum immédiat (différence NS). **Conclusion** : Certains critères sont difficiles à appliquer, nuisible à la lisibilité du partogramme et n'ont pas de véritable pertinence clinique. L'association partogramme/dossier d'accouchement permet de répondre plus favorablement aux recommandations. L'étude a permis l'élaboration d'un nouveau modèle de partogramme et l'émergence de différents axes d'améliorations comme l'information des sages-femmes sur les recommandations de la HAS. **Mots-clés**: EPP, tenue du partogramme, sage-femme, démarche qualité

## Title and Abstract

### **Midwives' formative assesement of Cochin Saint-Vincent de Paul for holding partogram**

**Objectives**: To assess the application degree of the National Authority for Health (HAS)'s recommendations, to identify strengths and weaknesses of both used partograms, to propose ways of improving and a new model of partogram. **Methods**: targeted clinical audit between February 10, 2008 and May 5, 2009 of maternities Saint-Vincent-de-Paul and Port-Royal (97 and 90 files). **Results**: the compliances of these maternities with recommendations are, respectively, 28% and 29% in cervical monitoring (difference NS), 39% and 56% for state of the amniotic sac and / or amniotic liquid ( $p < 0.025$ ), 1% and 2% for the clinical parameters of patients (difference NS), 47% and 40% for their behavior (difference NS), 11% and 5% for the intensity of their pain (difference NS) and 0% and 2% for surveillance in the immediate postpartum phase (difference NS). **Conclusion**: Some criteria are difficult to implement, harmful to the readability of partogram and have no real clinical relevance. The association partogram / delivery record improve the compliance with the HAS' recommendations. The study allowed the development of a new partogram model and the emergence of different improvements such as information for midwives concerning HAS recommendations. **Keywords**: formative assesement, held partogram midwife, quality initiative