



**HAL**  
open science

# Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble

Leslie Assorin

► **To cite this version:**

Leslie Assorin. Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743586

**HAL Id: dumas-00743586**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743586v1>**

Submitted on 19 Oct 2012

**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.



**SICD1**  
Bibliothèques  
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université  
Joseph Fourier**   
GRENoble  
**MEDECINE**

## AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : [thesebum@ujf-grenoble.fr](mailto:thesebum@ujf-grenoble.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE**

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE**  
**DU PARTOGRAMME PAR LES SAGES-**  
**FEMMES DE L'HCE DE GRENOBLE**

Mémoire soutenu le :

29 Mai 2012

Par ASSORIN Leslie

née le 14 Juillet 1988 à Echirolles

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

année 2012



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE**  
**DU PARTOGRAMME PAR LES SAGES-**  
**FEMMES DE L'HCE DE GRENOBLE**

Mémoire soutenu le :

29 Mai 2012

Par ASSORIN Leslie

née le 14 Juillet 1988 à Echirolles

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

année 2012



## **REMERCIEMENTS**

Je remercie les membres du Jury :

Mr le Pr. Fabrice SERGENT, PU-PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du jury ;

Mr le Dr. Charles BERARD, Assistant Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département dpt de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine VASSORT, sage-femme enseignante cadre supérieure ;

Mr Lionel DI MARCO, Sage-Femme enseignant à l'école de Sage-Femme de Grenoble ;

Mme Maud BONFILS, sage-femme.

Je remercie plus particulièrement :

- Mme Marianne JEANNIN, sage-femme cadre de la salle d'accouchement de l'HCE de Grenoble, Directrice de ce mémoire,  
*pour sa disponibilité et son professionnalisme qui ont été essentiels pour la réalisation de ce mémoire ;*
- Mr Lionel DI MARCO, sage-femme enseignant à l'école de sage-femme de Grenoble, guidant de ce mémoire,  
*pour sa patience, ses lectures et re-lectures, ses conseils et son aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail ;*
- Mr Hervé BEDIN, ingénieur en informatique au CRIH,  
*pour ses explications et ses références sur le logiciel informatique.*



Je remercie aussi à titre personnel les personnes importantes de ma vie :

- Mr Jonathan DIONNET,  
*pour son soutien, son attention et sa patience en toutes circonstances ;*
- Mme Isabel GOMEZ PARDO,  
*pour son amour et son soutien de maman ;*
- Mr Philippe ASSORIN,  
*pour ses encouragements et son attention ;*
- Mr Simon ASSORIN et Julien PARDO, mes frères de sang  
*pour m'avoir supportée, pour notre relation fusionnelle et tout l'amour que je leur porte ;*
- Melles Marine DHALLUIN, Camille BERTHIER et Alice LANG,  
*pour leur écoute, leur soutien, leur amitié et tous ces moments vécus ensemble qui n'appartiennent qu'à nous.*

Et tous les autres qui comptent pour moi et qui croient en moi.

*A toi B.P. ,  
parce que sans toi, je ne serai pas moi,  
« la vida puede ser maravillosa »*

# Table des matières

Abréviations .....	1
I) INTRODUCTION.....	2
II) Matériel et Méthodes.....	4
1) Type et lieu d'étude.....	4
2) Critères d'inclusion et d'exclusion.....	4
3) Critère de jugement principal.....	4
4) Critère de jugement secondaire .....	5
5) Méthodes statistiques utilisées.....	5
III) Résultats.....	6
1) Description de la population.....	6
2) Résultats de l'étude.....	6
3) Analyse de la rubrique d'expression libre « divers ».....	9
IV) Discussion.....	10
1) Biais de l'étude.....	10
2) Analyse des résultats.....	11
A) Analyse des critères d'évaluation portant sur la présentation du partogramme.....	11
1) Analyse globale.....	11
2) Proposition d'axe d'amélioration.....	12
B) Analyse des critères d'évaluation portant sur la surveillance du fœtus.....	12
1) Analyse globale.....	12
2) Proposition d'axe d'amélioration.....	13
C) Analyse des critères d'évaluation portant sur la surveillance de la mère.....	13
1) Analyse globale.....	13
2) Proposition d'axe d'amélioration.....	14
D) Analyse des critères d'évaluation portant sur les traitements administrés au cours du travail.....	15
1) Analyse globale.....	15
2) Proposition d'axe d'amélioration.....	15
E) Analyse des critères d'évaluation portant sur les actes et les marqueurs d'événements .....	16
1) Analyse globale.....	16
2) Proposition d'axe d'amélioration.....	16
F) Analyse des critères d'évaluation portant sur la naissance et la surveillance immédiate .....	17
1) Analyse globale .....	17
2) Proposition d'axe d'amélioration .....	18
G) Analyse des informations répertoriées dans la rubrique d'expression libre du partogramme informatisé notée « divers ».....	18
1) Analyse globale.....	18
2) Limites de la partie « divers » du partogramme informatisé.....	19
3) Le partogramme informatisé et la pratique quotidienne .....	20
V) Conclusion.....	23
Références bibliographiques.....	24
Annexes.....	27



## Abréviations

- RAM : Rupture Artificielle des Membranes
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, obstétrique et Gynécologie
- CCIN : Conseil Consultatif de l'Informatique Médicale
- CNGOF : Collège National des Gynécologues-obstétriciens de France
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CRIHA : Centre de Ressources en Informations Hospitalière des Alpes
- HCE : Hôpital Couple Enfant
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- NA : Non Adapté
- TC : Taux de Conformité
- ERCF : Evaluation du Rythme Cardiaque Foetal
- SAD : Sondage à Demeure
- SAUGO : Service d'Accueil des Urgences de Gynécologie et Obstétrique
- APD : Analgésie Péridurale
- DARU : Délivrance Artificielle et Révision Utérine
- RU : Révision Utérine
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique
- EVA : Echelle Visuelle Analogique

# I) INTRODUCTION

Le partogramme est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus ». L'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est développée à partir des publications de Friedman en 1954. Le but étant de dépister précocement les anomalies du travail afin d'améliorer la prise en charge maternelle et foetale [1].

Le partogramme se compose d'une partie graphique comportant deux courbes : une représentant la dilatation cervicale et l'autre la progression du mobile foetal dans le bassin maternel. Est associé au graphe, l'ensemble des paramètres de la surveillance de la mère et du fœtus ainsi que les thérapeutiques, les actes réalisés et les événements majeurs. L'OMS recommande de commencer le partogramme à partir de 3 cm (phase active du travail), au début du déclenchement artificiel du travail (RAM, ocytociques) ou au début de l'analgésie péridurale [5].

En France, l'uniformité absolue du partogramme est surtout théorique. Son contenu dans la forme et dans le fond varie considérablement selon les équipes. Nous remarquons qu'il n'existe pas de texte réglementaire déterminant précisément les informations obligatoires devant figurer sur le partogramme. Le décret n°92.329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical mentionne uniquement le compte rendu d'accouchement [11].

C'est dans ce contexte que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a établi des recommandations en 2000 conjointement à la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles sur la qualité du partogramme. Ces recommandations visent à définir une base commune pour garantir un suivi de qualité et une utilisation optimale du partogramme mais aussi pour répondre à l'importance grandissante du médico-légal. Ce référentiel de bonnes pratiques n'a pas de valeur légale d'un point de vue strictement juridique mais possède un caractère opposable (conféré par la méthodologie, l'indépendance des experts et la rigueur du travail et des recherches) et donc obligatoire [12].

L'apparition des technologies numériques de l'information et de la communication dans le milieu médical hospitalier français débute dans les années 2000. Se développe alors une stratégie d'informatisation globale d'établissement [13].

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

(article 1316-3 du Code Civil inséré par la loi n°2000-230 du 13 mars 2000).

En 1974, le Conseil Consultatif de l'Informatique Médicale (CCIM) développe un dossier informatisé périnatal. En 1982, les membres du CCIM décident de fonder l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG). L'objectif d'AUDIPOG est de promouvoir l'utilisation du dossier périnatal commun structuré et l'informatisation des données en gynécologie-obstétrique au sein des maternités. En 1998 est rédigé un guide pour « informatiser une base de données périnatales », en accord avec le Collège National des Obstétriciens (CNGOF).

C'est dans ce contexte qu'est né le partogramme informatisé au sein de l'environnement informatique du CHU de Grenoble, Cristal-net. La numérisation du partogramme est impulsée par le Professeur SCHALL, gynécologue-obstétricien et chef de service en 2005. Le modèle informatique s'appuie sur la base du modèle papier au départ puis les groupes de travail formés pour penser le partogramme modifient peu à peu son contenu. Des « référents terrain » sont nommés afin de former le personnel de la salle d'accouchement au logiciel. Puis le travail d'équipe entre l'équipe médicale de la salle d'accouchement et informaticiens du CRIHA a permis des améliorations au cours du temps de ce partogramme informatisé en fonction des demandes et des remarques du service. A ce jour, le partogramme informatisé est encore en perpétuel remaniement.

Le partogramme longtemps manuscrit est pleinement concerné par l'essor des technologies informatiques. Le but de ce mémoire est d'évaluer la qualité de la tenue du partogramme informatisé par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble. L'objectif de cette étude est de déterminer si le remplissage des critères du partogramme informatisé est en corrélation avec les critères établis par l'ANAES.

Secondairement, nous mettrons en avant la question : est ce que le partogramme informatisé tel qu'il est mis en place à l'HCE de Grenoble est adapté aux pratiques cliniques et professionnelles des sages-femmes ?

## **II) Matériel et Méthodes**

### **1) Type et lieu d'étude**

L'étude rétrospective et monocentrique effectuée porte sur 3 semaines d'accouchements (semaine du 9 au 15 mai, du 6 au 12 juin et du 4 au 10 juillet de l'année 2011) dans la maternité de type 3 de l'HCE de Grenoble.

### **2) Critères d'inclusion et d'exclusion**

Dans cette étude sont incluses :

- toutes les patientes ayant accouché dans le service

Dans les critères d'exclusion nous retenons :

- les césariennes programmées ou avant le travail
- les accouchements effectués à l'extérieur de la maternité
- le suivi de travail et l'accouchement de mort foetale in utéro

### **3) Critère de jugement principal**

La conformité de chaque critère du partogramme est analysé par rapport au référentiel de l'ANAES. Un critère conforme entraîne une réponse « oui », un critère non conforme entraîne une réponse « non » et un critère ne pouvant être évalué est qualifié de « non adapté » ou « non applicable » (NA). Nous nous sommes aidés de la fiche d'aide à la lecture des critères du guide de l'évaluation de l'ANAES pour le recueil des informations. Cette grille d'évaluation se divise en 6 catégories :

- la présentation du partogramme
- le fœtus
- la mère
- les traitements



- les actes et les marqueurs d'évènements
- la naissance et la surveillance immédiate

#### **4) Critère de jugement secondaire**

Pour répondre à l'objectif secondaire de cette étude, nous analyserons et nous classerons toutes les informations mentionnées dans la rubrique « divers » du partogramme informatisé. Il est à noter que cette rubrique est une zone d'expression libre du partogramme.

Les données seront regroupées dans un tableau. Pour chaque type d'information relevé, le pourcentage de dossiers contenant cette information sera calculé.

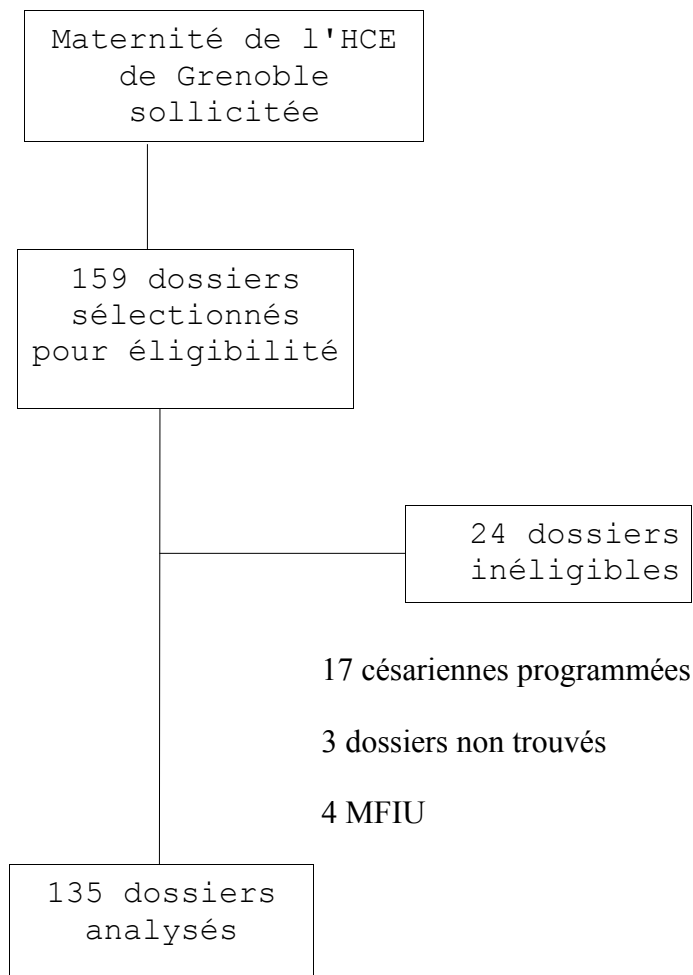
#### **5) Méthodes statistiques utilisées**

Les données de cette étude ont été recueillies dans le logiciel du CHU de Grenoble Cristal-net et l'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel statistique STATVIEW.

Le taux de conformité est représenté par le pourcentage de « oui » . Dans les cas où le critère n'est pas applicable, le taux de conformité est calculé en ramenant la proportion de « oui » aux nombres de partogramme où le taux est applicable c'est à dire 135 moins les « non applicables ». On notera  $(n) = 135 - x(\text{NA})$ .

### III) Résultats

#### 1) Description de la population



**Tableau I : Diagramme d'inclusion.**

Dans cette étude 135 dossiers ont été inclus soit 85% des dossiers sélectionnés.

#### 2) Résultats de l'étude

Les résultats obtenus à partir de la grille de recueil de données sont répertoriés dans les tableaux de II à IIV. Les taux de conformité (TC) sont calculés en excluant les « non applicables » (NA) et sont exprimés en pourcentage. En gras sont mis en avant les critères non conformes.

**Tableau II: Critères d'évaluation portant sur la présentation du partogramme (8 critères)**

<b>Critères</b>	<b>TC (n)</b>
1- Support papier en bon état	
2- Ecrits lisibles	100% (135)
3- Ecrits indélébile	100% (135)
4- Partogramme fixé	100% (135)
4 bis- Identité de la mère	100% (135)
5- Noms des intervenants notés	<b>73% (135)</b>
6- Date, heure <u>et</u> modalités de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel)	<b>94% (135)</b>
7- horaire de chaque examen	100% (135)
8- le remplissage respect le rythme horaire	<b>53% (132)</b>

**Tableau III : Critères d'évaluation portant sur la surveillance du fœtus (4 critères)**

<b>Critères</b>	<b>TC (n)</b>
9- Présentation notée	<b>98% (135)</b>
10- Variété de présentation notée à chaque examen	<b>98% (134)</b>
11- Niveau de la présentation noté à chaque examen	100% (135)
12- ERCF commenté à chaque examen	<b>62% (135)</b>

**Tableau IV : Critères d'évaluation portant sur la surveillance de la mère (8 critères)**

<b>Critères</b>	<b>TC (n)</b>
13- Comportement de la mère noté au moins une fois	<b>44% (135)</b>
14- Evaluation de la douleur notée à chaque examen	<b>13% (135)</b>
15- Surveillance du col utérin (position, longueur, consistance, dilatation)	<b>0% (135)</b>
16- Etat de la poche des eaux noté à chaque examen jusqu'à la rupture	<b>93% (135)</b>
17- Aspect du liquide amniotique à l'entrée ou à la rupture	<b>65% (134)</b>
18- Estimation de la quantité de liquide amniotique notée	<b>69% (134)</b>
19- Analyse des contractions utérines à chaque examen	<b>38% (135)</b>
20- Constantes (pression artérielle, température, pouls)	<b>21% (135)</b>

**Tableau V : Critères d'évaluation portant sur les traitements administrés (5 critères)**

<b>Critères</b>	<b>TC (n)</b>
21- Heure de pose de la voie d'abord veineuse	<b>13% (135)</b>
22- Noms des prescripteurs	100% (131)
23- Noms des médicaments	100% (131)
24- Voie d'administration	<b>69% (131)</b>
25- Posologie notée en clair	<b>43% (131)</b>

**Tableau VI : Critères d'évaluation portant sur les actes et les marqueurs d'événements (2 critères)**

<b>Critères</b>	<b>TC (n)</b>
26- Actes	100% (124)
27- Marqueurs d'événements	<b>38% (117)</b>

**Tableau VII : Critères d'évaluation portant sur la naissance et la surveillance immédiate (9 critères)**

<b>Critères</b>	<b>TC (n)</b>
28- Début des efforts expulsifs	<b>96% (117)</b>
29- Mode d'accouchement noté	100% (135)
30- Etat du périnée noté	100% (117)
31- Date et heure de naissance	100% (135)
32- Sexe, poids, APGAR et prénom du nouveau-né sont notés	<b>91% (135)</b>
33- pH au cordon	<b>93% (135)</b>
34- Délivrance (mode et heure, indication si délivrance artificielle et révision utérine)	<b>0% (135)</b>
35- Révision utérine isolée et indication notées	<b>89% (37)</b>
36- Surveillance de l'accouchée (globe, constantes, volume des pertes)	<b>82% (115)</b>

### **3) Analyse de la rubrique d'expression libre « divers »**

Afin d'apporter plus de précision à cette étude et de répondre à notre objectif secondaire, nous avons répertorié toutes les informations notées dans la rubrique « divers ». Ces informations sont soit répétées dans cette rubrique et donc apparaissent à deux endroits différents du partogramme soit mentionnées uniquement dans cette partie et donc absentes aux endroits spécialement réservés à leur annotation.

**Tableau VIII : Etat des lieux des informations présentes dans la rubrique « divers »**

<b>Informations</b>	<b>Taux de dossiers (%)</b>
Position de la patiente	47%
Appel du médecin	35%
Anomalie du rythme cardiaque foetal	32%
Posologies traitements (syntocinon, spasfon, magnesium, gluconate de calcium, clamoxyl)	32%
Actes (prise de sang, extractions, RAM, pH scalp, SAD, sondage évacuateur...)	23%
Description de l'accouchement	21%
Analyse des contractions utérines	13%

## **IV) Discussion**

### **1) Biais de l'étude**

L'évaluation rétrospective des partogrammes entraîne un biais de mesure. En effet, l'absence d'une donnée peut autant traduire le manque d'action que le manque de traçabilité. De ce fait, la grille d'aide à la lecture permet d'appliquer un seul et même cadre à l'ensemble des partogrammes pour une évaluation rigoureuse.

Un autre versant du biais de mesure est constitué par l'activité hospitalière durant la période d'inclusion et le recueil de données. Ainsi, pour limiter ce biais nous avons choisi trois semaines de recueil non consécutives.

Pour finir, nous retrouvons un biais de sélection car nous pouvons avoir x partogrammes remplis par la même sage-femme et donc un automatisme et des habitudes de remplissage qui se retrouvent au sein des dossiers.

## **2) Analyse des résultats**

Nous analysons les tableaux de résultats les uns après les autres, du tableau II au tableau VIII.

### **A) Analyse des critères d'évaluation portant sur la présentation du partogramme**

#### **1) Analyse globale**

Dans le tableau II, nous observons 5 critères conformes (critères 1, 2, 3, 4, 4bis et 7) et 3 critères non conformes (5, 6 et 8).

Le critère 5 conforme à 73% traduit la non mention du nom de l'interne de garde dans 17% des cas alors que l'intervention de ce dernier est retrouvée dans les feuilles de surveillance au cours du travail. Par ailleurs, nous remarquons que le nom du pédiatre de garde n'est jamais mentionné dans le dossier au niveau des feuilles de surveillance. Il n'apparaît pas dans le menu déroulant du partogramme établi pour remplir ce critère. Nous pouvons prendre connaissance du pédiatre de garde uniquement dans la feuille « nouveau-né » et seulement s'il y a eu intervention de celui-ci. D'autre part, nous avons choisi de ne pas prendre en compte dans cette étude la présence du nom de l'étudiant dans l'équipe de garde car nous n'avions pas les moyens de savoir si un étudiant était réellement présent durant le travail et/ou l'accouchement.

Pour le critère 6 conforme à 94%, nous avons remarqué que la modalité du déclenchement apparaît dans la feuille « accouchement pour l'enfant ». Par ailleurs, les 6% de non conformité (8 dossiers) sont considérés comme relatifs dans notre étude.

Enfin, la faible conformité du critère 8 s'explique par son caractère précis et strict : il arrive que la pose d'analgésie péridurale décale le temps entre deux examens. La pose d'une analgésie péridurale est retrouvée dans 84% des dossiers (114 dossiers).

## **2) Proposition d'axe d'amélioration**

Le partogramme est le support principal de transmission entre les nombreux professionnels de santé intervenant en salle de naissance. Il est aussi un document médico-légal et s'impose comme étant le principal support d'expertise du dossier obstétrical en responsabilité médicale [1, 10]. Nous considérons le pédiatre comme faisant partie intégrante de l'équipe de garde en salle d'accouchement. Nous proposons de ce fait que son nom figure dans le menu déroulant mentionnant le personnel de garde au même titre que celui de la sage-femme, du médecin obstétricien, de l'interne et du médecin anesthésiste.

La modalité de déclenchement apparaît dans la feuille « accouchement pour l'enfant ». Il serait plus approprié de rattacher cette information à la mère et de la basculer dans la feuille « accouchement pour la mère ». Dans un deuxième temps, il semblerait encore plus judicieux de renseigner cette information au moment de l'admission sur le logiciel (à l'entrée de la patiente au SAUGO). Elle pourrait alors apparaître automatiquement sur le partogramme et éviterait ainsi les redondances, la perte de temps et les erreurs de transcription.

## **B) Analyse des critères d'évaluation portant sur la surveillance du fœtus**

### **1) Analyse globale**

Dans le tableau III, un critère (11) est conforme et 3 critères (9, 10, 12) ne le sont pas.

La non conformité des critères 9 et 10 de 2% (2 dossiers) est à pondérer par rapport à la difficulté de l'examen en fonction de la dilatation du col et de la hauteur de la présentation.

La variabilité du rythme cardiaque foetal n'est mentionnée que dans 62% des dossiers. Dans les 38% dossiers restant, la non présence de cette annotation annule la conformité du critère. Cela explique le faible taux de conformité du critère 12 (62%). Par contre, le rythme de base est mentionné dans 91% des cas.



## **2) Proposition d'axe d'amélioration**

Nous émettons une hypothèse sur la non-conformité des critères 9 et 10 en stipulant que cette non-conformité traduit d'avantage une impossibilité ou un doute plutôt qu'une omission. Nous proposons de sensibiliser l'équipe pour qu'elle précise dans la case commentaire créée dans cette partie « examen » du partogramme : « présentation indéterminée », « début de travail »...

D'autre part, la multiplicité des informations demandées pour remplir le critère 12 (rythme de base, variabilité, accélérations, ralentissements) requiert une précision et une rigueur allant au delà des attentes de l'ANAES. En effet, celle-ci tolère la mention « rythme cardiaque foetal normal » simplement et demande plus de précisions seulement si le rythme est anormal. Ainsi, depuis Janvier 2012, une modification a été apportée au partogramme informatisé de l'HCE de Grenoble puisque dorénavant, il existe une case à cocher « rythme cardiaque foetal normal ». Il est à noter que cette modification a été faite suite aux propositions et remarques d'un groupe d'experts composé de médecins et de sages-femmes de l'HCE.

## **C) Analyse des critères d'évaluation portant sur la surveillance de la mère**

### **1) Analyse globale**

Dans le tableau IV aucun des 8 critères n'est conforme aux recommandations de l'ANAES.

La non conformité des critères 13 et 14 est le reflet d'un manque de sensibilisation de l'équipe en général.

La conformité de 0% du critère 15 s'explique par le fait que le partogramme informatisé de l'HCE ne comporte pas la mention « position du col » pourtant demandée par l'ANAES. Ce défaut du partogramme élimine toute conformité de notre critère dans l'ensemble des dossiers traités. Nous soulignons malgré tout que le remplissage de la dilatation du col utérin est rendu obligatoire pour la validation de la fiche et est donc présent dans 100% des dossiers. De même, nous retrouvons les informations sur la longueur et la consistance du col utérin dans 91% des dossiers.

L'analyse de la conformité des critères 16, 17 et 18 démontre un manque de précision et

de sensibilisation.

La faible conformité du critère 19 s'explique de la même façon que la faible conformité du critère 12 (analyse de l'ERCF). La partogramme informatisé à l'HCE de Grenoble est construit de telle façon que la fréquence et l'intensité des contractions utérines sont demandées. Dans notre étude, l'intensité des contractions utérines apparaît dans seulement 9% des dossiers et ainsi annule la validation du critère dans 91% des cas.

Pour le critère 20, la présence de l'ensemble des constantes a été recherchée d'après les usages en salle de naissance. Le critère dans sa globalité est non conforme s'il manque une seule des données (pouls, tension artérielle, température) sur un point horaire de l'ensemble du partogramme. Le caractère strict de ce critère explique en partie la faible conformité. Par ailleurs, l'ANAES recommande la prise de la température à chaque examen en cas de péridurale. Cette mesure n'est jamais appliquée dans le service.

## **2) Proposition d'axe d'amélioration**

Il paraît important que les informations concernant le comportement de la mère (critère 13) doivent être appréciées par la sage-femme et notées dans la zone d'expression libre intitulée « divers » dans le partogramme. Cela permettrait de mettre en avant une prise en charge de la patiente dans sa globalité tant sur le plan psychologique que médical. L'HCE de Grenoble a déjà remédié au faible de taux de conformité du critère 14 par l'instauration dans le partogramme d'une case « EVA » à coter depuis Janvier 2012.

Pour améliorer la sensibilité du critère 19, nous pouvons nous demander si la création d'une case « contractions utérines normales » ne pourrait pas suffire à l'évaluation de la tocographie. Cela permettrait aussi un gain de temps dans un contexte actuel où l'activité en salle d'accouchement est grandissante.

Dans la pratique, nous soulignons l'absence de protocole établi sur la surveillance des constantes maternelles des patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale. Une uniformisation des usages en accord avec les médecins anesthésistes réanimateurs pourrait venir améliorer la surveillance de la patiente sous APD.

## **D) Analyse des critères d'évaluation portant sur les traitements administrés au cours du travail**

### **1) Analyse globale**

Dans le tableau V, 2 critères sont conformes (22 et 23) et 3 critères sont non conformes (21, 24 et 25).

L'heure de pose de la voie veineuse périphérique (critère 21), lorsqu'elle est consignée apparaît sur une autre feuille que les feuilles de surveillance du travail. Le plus souvent, elle se trouve dans la dernière feuille de surveillance de la grossesse puisque cela correspond au moment où le bilan d'entrée est prélevé d'après l'organisation du service et donc où la voie veineuse est posée. Parfois, l'heure de pose est très antérieure au début du partogramme comme par exemple dans des cas d'hospitalisation en grossesse à haut risque, maturations cervicales ou dystocies de démarrage. Se pose alors la question de la non adaptabilité de ce critère.

La faible conformité des critères 24 et 25 s'explique par un manque de précision. Nous retrouvons ainsi des annotations telles que « éphedrine » sans voie d'administration ou « 3 spasfons » sans la posologie exacte. De même, dans 92% des dossiers, la présence d'un ringer n'est pas notée à chaque surveillance horaire.

### **2) Proposition d'axe d'amélioration**

Pour remédier à la non conformité du critère 21, nous pouvons proposer que l'heure de pose de la voie veineuse soit consignée dans la partie « prescriptions médicamenteuses ». En partant du postulat que la plupart des médicaments sont administrés par voie veineuse, cette information aurait toute sa place dans cette partie du partogramme informatisé et permettrait d'éviter la redondance de la précision du mode d'administration. Seuls les médicaments administrés en per os se verraient apporter la précision « per os » dans la case « autre » déjà existante dans cette même partie.

Il semble par ailleurs important de sensibiliser l'équipe sur la précision et la rigueur à apporter lors de l'administration des médicaments en détaillant pour chaque médicament utilisé sa posologie exacte. La partie « prescription médicamenteuses » semble adaptée à la pratique, elle permet d'indiquer les principaux médicaments utilisés en salle

d'accouchement comme l'ocytocine, le ringer, les antibiotiques, les tocolytiques, l'insuline, l'antihypertenseur, le tagamet. Une case « autre » est mise à disposition pour tous les autres médicaments pouvant être utilisés à savoir le phloroglucinol, le magnésium, le gluconate de calcium. Par ailleurs, pour chaque médicament mentionné, une case « dose » est proposée afin de préciser la posologie.

## **E) Analyse des critères d'évaluation portant sur les actes et les marqueurs d'événements**

### **1) Analyse globale**

Dans le tableau VI, un critère est conforme (26) et un ne l'est pas (27).

Les 62% de non conformité du critère 27 s'explique par le fait que lors des poses d'analgésie péridurale, l'annotation de l'appel du médecin anesthésiste réanimateur n'est pas retrouvée et cela dans 100% des cas. Ainsi, la conformité du critère est annulée.

### **2) Proposition d'axe d'amélioration**

Le critère marqueurs d'événements qui comporte l'appel et l'arrivée des médecins est particulièrement important d'autant plus qu'il s'agit d'une urgence vitale mais ne pouvons nous pas relativiser en cas d'appel pour une pose d'analgésie péridurale ? Cela grève largement le taux de conformité.

Par ailleurs, la partie « intervention médicale » du partogramme semble particulièrement complète et détaillée. Elle propose pour chaque intervenant l'heure d'appel et le motif et pour chaque acte (Stan 21, pH in utéro, saturo-métrie foetale) l'heure de la décision de l'acte, l'heure de sa réalisation et les résultats. Nous émettons l'hypothèse que l'utilisation de cette partie du partogramme reflète dans la majorité des cas une situation pathologique. D'après le Professeur J.H Southoul, gynécologue-obstétricien et auteur de nombreux ouvrages en responsabilité médicale, le partogramme est « un des moyens de protection et de démonstration, à posteriori, d'un art obstétrical irréprochable » [10]. Une sensibilisation de l'équipe quant au remplissage de cette partie paraît très important afin de permettre un gain de temps, une protection médico-

légale optimale et une cotation d'exercice et d'intervention exhaustive. Nous savons que lors de la création du partogramme informatisé, des référents terrains étaient nommés au sein de l'équipe afin de former le personnel médical à l'utilisation du logiciel. La plupart de ces référents ont aujourd'hui quitté l'établissement et nous soulevons un vrai problème de relève puisqu'ils n'ont pas été remplacés. Nous émettons l'hypothèse qu'une formation complète de l'équipe à la bonne utilisation du logiciel pourrait venir améliorer le taux de conformité de ce critère.

## **F) Analyse des critères d'évaluation portant sur la naissance et la surveillance immédiate**

### **1) Analyse globale**

Dans le tableau VII, 3 critères sont conformes (29, 30, 31) et 6 critères sont non conformes (28, 32, 33, 34, 35, 36).

La non conformité des critères 28 et 33 est le reflet d'une négligence de la part de l'équipe. Dans les 7% des dossiers ne mentionnant pas le pH au cordon, 100% sont des césariennes en cours de travail. Nous pouvons soulever également un aspect médico-économique comme conséquence de la non conformité de ce critère. En effet, dans ce cas, si le pH au cordon n'est pas mentionné dans le partogramme, il apparaît comme non coté et donc non facturé. Il n'est donc pas pris en compte dans la valorisation du séjour de la patiente et cela peut engendrer des pertes financières pour l'établissement.

La non conformité du critère 32 s'explique par le fait que dans 9% des dossiers le prénom de l'enfant n'est pas choisi à la naissance. Cet élément fait défaut dans ce critère.

L'indication de l'heure de la délivrance n'est pas retrouvée dans le partogramme informatisé. En effet, aucun endroit n'est prévu pour renseigner cette information. Elle n'apparaît dans aucun partogramme traité dans notre étude. Le taux de conformité nul pour ce critère est donc dû à un défaut du logiciel informatique. Notons cependant que le mode de délivrance est mentionné dans 100% des dossiers étudiés.

Dans le critère 35, nous retrouvons 11% des dossiers dans lesquels l'indication d'une révision utérine n'est pas mentionnée.

C'est l'absence de l'ensemble des constantes prises au moins une fois au cours de la

surveillance de l'accouchée qui explique le taux de conformité bas du critère 36.

Cependant, la multiplicité des tâches administratives pendant la période du post partum entraîne une perte de temps au détriment du temps passé auprès des patientes.

## **2) Proposition d'axe d'amélioration**

Pour les dossiers ne mentionnant pas le pH au cordon, nous émettons l'hypothèse que cette information apparaît à un autre endroit du dossier que dans le partogramme informatisé. En effet, le papier d'impression comportant les résultats peut être joint au partogramme, le pH peut être spécifié dans le carnet des naissances effectué manuellement.

En ce qui concerne la délivrance, il paraît important de créer une case « heure de la délivrance ». Cette information semble indispensable lors de rétention placentaire nécessitant des actes invasifs ou lors d'hémorragie de la délivrance.

Dans les 11% des dossiers ne mentionnant par l'indication de la révision utérine, 100% sont des césariennes effectuées en cours de travail et donc une DARU est faite en systématique. Ne pouvons nous pas considérer que la césarienne suffit à elle-même comme justification de la RU. Dans le cas de césariennes effectuées en urgence, la pratique d'une RU nécessite-t-elle réellement de préciser l'indication ?

## **G) Analyse des informations répertoriées dans la rubrique d'expression libre du partogramme informatisé notée « divers »**

### **1) Analyse globale**

Dans ce tableau, nous distinguons deux types d'information. D'une part, nous retrouvons des informations qui auraient dues être mentionnées aux endroits du partogramme prévus à cet effet :

- la position de la patiente
- l'appel du médecin

- l'analyse du rythme cardiaque foetal
- la posologie de médicaments utilisés (ocytocine, phloroglucinol, magnésium, gluconate de calcium, amoxicilline)
- les actes réalisés au cours du travail (prise de sang, extractions, RAM, pH scalp, SAD, sondage évacuateur)
- l'analyse des contractions utérines

D'autre part, nous retrouvons une description complète de l'accouchement : début des efforts expulsifs, durée des efforts expulsifs, heure de naissance de l'enfant, mode d'expulsion, score d'APGAR, sexe, poids, délivrance, état du périnée.

## **2) Limites de la partie « divers » du partogramme informatisé**

L'analyse des informations mentionnées dans la case « divers » reflète un vrai détournement et une utilisation inadéquate de cette partie ayant pour conséquence une redondance des informations, une perte de temps et une perte de l'intérêt ergonomique du logiciel informatique.

Plusieurs hypothèses permettraient d'expliquer l'utilisation démesurée de cette partie. D'après une étude américaine, une interface de logiciel favorisant les cases à cocher et les choix d'items sur des menus déroulants est significativement plus efficace en terme de qualité pour la compilation des données : une meilleure retranscription de l'information et moins d'oublis [14]. Cependant, le grand nombre de données à renseigner sur le partogramme informatisé ne faciliterait pas son utilisation et sa lecture. Les événements majeurs à mentionner ne sont pas mis en évidence et sont noyés au sein d'autres informations plus aléatoires et moins spécifiques. Les sages-femmes utilisent alors cette zone d'expression libre pour mettre en évidence les éléments importants et spécifiques survenus au cours de la surveillance du travail (anomalie du rythme cardiaque foetal, des contractions utérines) . Nous pouvons alors nous questionner si l'utilisation de cette partie ne viendrait pas combler une perte d'autonomie, de réflexion, d'esprit clinique et le manque de nuance engendrés par l'informatisation du partogramme.

Par ailleurs, si nous reprenons l'absence de formation des sages-femmes au logiciel informatique soulevée précédemment, nous pouvons mettre en relation directe le manque de

connaissance avec l'utilisation inadéquate et la perte de temps entraînée par le remplissage de cette partie « divers ». En effet, la formation sur le terrain des sage-femme au logiciel effectuée par les collègues peut multiplier les erreurs d'utilisation et les utilisations inadaptées.

D'autre part, d'un point de vue médico-légal, le partogramme informatisé est sécurisé. La confidentialité et la sécurité des données informatiques sont assurées et encadrées par de nombreux textes législatifs, notamment la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, qui a entraîné en 1978 la création de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cependant la signature informatique, contraint les médecins à ouvrir une session sous leur nom afin de retranscrire toute intervention réalisée auprès de la patiente ou toute conduite à tenir. Notre hypothèse est que la perte de temps engendrée par l'ouverture d'une nouvelle session, la réouverture du dossier de la patiente, le manque de poste disponible et le manque de sensibilisation des médecins quant à cette pratique, n'incitent pas la contre-signature des médecins. Ainsi, l'absence d'annotations ou de conduites à tenir par les médecins eux mêmes sur le partogramme informatisé conduit la sage-femme à retranscrire la demande d'un avis. Nous retrouvons ainsi des précisions, des détails et des justifications très développés dans cette zone d'expression libre lorsque le travail à nécessiter l'intervention d'autres professionnels ou lorsque des actes médicaux spécifiques ont été réalisés.

Pour clore cette partie, il est important de rendre à la zone d'expression libre « divers » son utilité principale pour permettre d'optimiser l'ergonomie du partogramme informatisé et d'améliorer son utilisation. Pour cela, il paraît essentiel de mettre en place une formation afin de familiariser réellement les sage-femme avec le logiciel. Il va de soi de sensibiliser également les médecins à l'utilisation du partogramme informatisé afin que les informations soient les plus exhaustives et qu'ils puissent prendre le relais des sage-femme lorsque cela est nécessaire autant au niveau de la patiente directement qu'au niveau administratif.

### ***3) Le partogramme informatisé et la pratique quotidienne***

Comme énoncé dans l'introduction, le partogramme permet une synthèse du déroulement de l'accouchement. Cependant, l'augmentation croissante de la charge administrative pèse sur la pratique. Par exemple, le poids de naissance de l'enfant doit être consigné sur le partogramme, dans le cahier d'accouchement, sur la feuille de transmission pour les suites de couches, sur le carnet de santé et sur la déclaration de naissance. Cette multiplicité des support peut être source



de routine. Peut-on émettre l'hypothèse que cette routine quotidienne pourrait être en lien avec la baisse de conformité de certains critères ? En effet, d'après Altaf et al. « la routine quotidienne aboutit régulièrement à l'absence d'application stricte des référentiels professionnels pourtant intégrés dans les protocoles au sein de l'institution » [3]. C'est dans ce sens que le partogramme informatisé pourrait présenter un intérêt majeur afin de limiter les redondances, constituer un gain de temps et éviter les erreurs de transcription en informatisant de manière automatique certaines informations.

Par ailleurs, le partogramme constitue une véritable boîte noire en terme de traçabilité des événements. Cependant, la nécessité de recenser la totalité des données de surveillance ne s'applique-t-elle pas au détriment de la synthèse ? C'est ce que nous démontre l'analyse de l'utilisation de la zone d'expression libre « divers » et l'analyse de certains critères du partogramme. Ainsi en augmentant la qualité de l'exhaustivité du contenu pour diminuer les informations de la partie « divers » ou pour augmenter les taux de conformité de notre étude, ne risque-t-on pas d'alourdir la forme et la lisibilité et ainsi de nous éloigner de l'esprit de synthèse ?

Nous abordons un autre point à présent, souligné par le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) dans son avis n°91 de janvier 2006 sur l'informatisation de la prescription hospitalière et du dossier patient. Celui-ci explique :

- L'intrusion de l'outil informatique dans les services où la technique prend déjà une place importante peut être mal perçue, alimentant par « l'outillage électronique » la tendance à la « déshumanisation » de l'hôpital en manque de personnel.
- La crainte de la dégradation de la relation patient-soignant par l'écran d'ordinateur entre les deux protagonistes qui peut parfois capter toute l'attention du soignant, risquant d'altérer la qualité relationnelle du dialogue.

Les recommandations du CCNE sont alors portées sur l'importance de la formation, du débat, du travail suivi et du retour d'expérience, d'une veille informatique et surtout de l'esprit de coopération qui est le principal gage de réussite. Pour cela, l'utilisation du dossier informatisé doit être simple et non considérée comme une tâche administrative supplémentaire [16].

Pour finir, il paraît important de replacer l'utilisation d'un logiciel informatique au sein de l'environnement de travail très particulier qu'est la salle d'accouchement. De nombreuses études ont révélé que des périodes prolongées de saisie de texte, une mauvaise disposition du poste de travail, des mauvaises habitudes de tenue devant un écran, des conditions et des relations professionnelles stressantes peuvent être à l'origine de blessures corporelles telles que

le syndrome du canal carpien, la tendinite, l'épanchement de synovie et d'autres troubles musculaires et articulaires. Si l'utilisation d'un ordinateur a de telles répercussions sur le corps, qu'en est-il sur l'esprit et la capacité de concentration et de réflexion. Nous pouvons nous demander si la position, l'éclairage, le mobilier, l'organisation du travail, les conditions et les habitudes n'affectent pas l'état d'esprit et la qualité du travail et de l'utilisation de l'informatique. Est ce que l'ajustement de l'environnement et des habitudes personnelles ne pourraient pas réduire la fatigue, l'inconfort et les risques de tension qui en résultent et ainsi améliorer la qualité du travail et le bien être personnel ?

## V) Conclusion

L'évaluation du remplissage du partogramme informatisé par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble ne peut pas se restreindre à l'étude de ses taux de conformité. Il paraît nécessaire de prendre en compte le contexte, les moyens, l'utilisation de l'informatique.

Dans notre étude, nous retrouvons au total 24 critères sur 36 qui ne sont pas conformes aux recommandations de l'ANAES. Les raisons retenues sont d'une part une construction du logiciel mal adapté à la pratique clinique et d'autre part un manque de sensibilisation et de formation des sages-femmes à la bonne utilisation de ce logiciel.

Le partogramme fait partie intégrante du dossier médical. Il est principalement élaboré par la sage-femme et constitue un outil essentiel dans sa pratique en salle d'accouchement. Si nous réussissons à nous affranchir des problèmes matériels et techniques (ordinateurs non fonctionnels, problème d'imprimante), à élever le niveau d'information pour éviter les redondances, si nous arrivons à gagner la motivation des soignants et à maintenir les acquis tout en améliorant les faiblesses de la qualité de la tenue du partogramme par la mise en place de protocoles et de formations, l'HCE de Grenoble disposera alors d'un outil perfectionné et moderne pour la surveillance du travail et de l'accouchement, pour le partage sécurisé d'information et pour un bénéfice médico-économique à long terme.

La sage-femme a ainsi un rôle central dans la qualité de la tenue du partogramme, dans son amélioration continue et dans son processus d'informatisation. Elle effectue grâce à cet outil et malgré ses imperfections la surveillance maternelle et foetale la meilleure qui soit.

## Références bibliographiques

[1] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme.

Guide pratique, ANAES 2000, 56p.

[2] Haute Autorité de Santé.

Evaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme.

Service d'évaluation des protocoles, HAS Octobre 2006, 35p.

[3] 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, vol.36, p 2-7.

[4] Saint-Léger S.

Le partogramme : principes et méthodes.

Développement et santé, août 2000, n°148, 10p.

[5] Cartmill RS, Thornton JG.

Effect of presentation of partogram information on obstetric decision.

Lancet 1992;339:1520-2

[6] Tay SK, Yong TT.

Visual affect of partogram designs on the management and outcome of labour.

Aust N Z J osbtet Gynaecol 1996;36:395-400

[7] Lacomme M.

L'accouchement en pratique quotidienne.Pratique obstétricale. Paris.

Masson;1960. P202-7

[8] Merger R, Levy J, Melchior J.

Diagramme de l'accouchement.

Précis d'obstétrique, Masson, 1974, p.107.

[9] Southoul JH, Pierre F.

Le déroulement de l'accouchement. La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en osbtétrique.

Paris : Maloine;1991, p 447-8

[10] De Groof D, Vangeenderhuysen C, Juncker T, Favi RA.

Impact de l'introduction du partogramme sur la mortalité maternelle et périnatale.

Etude faite dans une maternité à Niamey, Niger. Ann Soc Belg Med Trop 1995;75:321-30.

[11] Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration.

Décret n°92.329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'informatisation des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique.

Journal officiel 1992;4607-8.

[12] Lelièvre N.

Quelle valeur médicolégale d'un référentiel ?

Douleurs, décembre 2009, vol 10 n°6, p 310-313.

[13] Degulet P, Marin L, Kleinebreil L, Albiges B.

Présent et avenir des systèmes d'information et de communication hospitaliers, informatique et santé.

Springer-Verlag, 2003, p.I-V

[14] Adams WG, Mann AM, Bauchner H.

Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care.

Pediatrics, 2003, vol 111, p 626-632

[15] Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé.  
Avis n°91 : avis sur les problèmes éthiques posés par l'informatisation de la prescription hospitalière et du dossier du patient.  
Paris : CCNE, 2006. 25p. Format pdf disponible sur web : <<http://www.ccne-ethique.fr>>

[16] Hensienne I.

L'informatisation du dossier médical.

Memoire sage-femme, 56p, faculté de médecine de Paris V, Cochin-Port Royal, Ecole de sage-femme Baudelocque, 2008.

# Annexes

## Annexe 1 : Grille d'évaluation proposée par l'ANAES

### 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'Appar à la naissance

### CRITÈRES D'ÉVALUATION

\* Renvoi au guide de l'évaluation OUI NON NA

#### I- PRÉSENTATION DU PARTOGRAMME

1. Le support papier est en bon état \*
2. Les écrits sont tous lisibles \*
3. Les écrits sont tous indélébiles \*
4. Le partogramme est fixé dans le dossier \*  
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 \*
5. Le partogramme permet de retrouver : \*  
-le nom des sages-femmes  
et selon le cas :  
-le nom du médecin obstétricien  
-le nom de l'anesthésiste  
-le nom du médecin pédiatre  
-le nom du (ou des) stagiaire (s)
6. Le partogramme comprend :  
-la date, l'heure  
-la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel)
7. L'horaire de chaque examen est noté précisément sur le partogramme•
8. Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire \*

## II- LE FOETUS

9. La présentation du foetus est notée \*

10. La variété de présentation est notée ou commentée : \*

-à la rupture de la poche des eaux

-à chaque examen après la rupture

11. Le niveau de la présentation est noté à chaque examen \*

12. Le rythme cardiaque foetal est commenté à chaque examen \*

## III- LA MÈRE

13. Le comportement de la mère est noté au moins une fois \*

14. Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen \*

15. La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : \*

-position

-longueur

-consistance

-dilatation

16. L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture \*

17. L'aspect du liquide amniotique est noté à l'entrée ou à la rupture \*

18. L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée

19. L'analyse des contractions utérines est effectuée à chaque examen \*

20. Sont notés :

-la pression artérielle

-la température

-le pouls

## IV- LE TRAITEMENT

21. L'heure de la pose de la voie d'abord veineuse est notée

22. Le nom du prescripteur est noté pour chaque prescription

23. Le nom des médicaments est noté en clair \*

24. La voie d'administration des médicaments est notée en clair

25. La posologie est notée en clair \*



## V- LES ACTES ET MARQUEURS D'ÉVÉNEMENTS

26. Les actes sont notés en clair :

- le sondage urinaire
  - la rupture des membranes (artificielle ou spontanée)
- et selon le contexte ou protocole de service :
- la pose d'une tocographie interne
  - la pose d'une électrode de scalp
  - le pH in utero
  - l'oxymétrie de pouls foetal

26. Les actes sont notés en clair (suite)

- l'amnio-infusion
- la péridurale et les réinjections
- l'anesthésie générale
- autres analgésies

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
  - . l'anesthésiste
  - . le pédiatre
  - . autres
- l'heure de la décision de césarienne
- l'heure de transfert au bloc opératoire

## VI- LA NAISSANCE ET LA SURVEILLANCE IMMÉDIATE

28-Le début des efforts expulsifs est noté

29-Le mode d'accouchement est noté :

- expulsion spontanée
- extraction instrumentale et son indication
- césarienne et son indication
- manoeuvres

30 . L'état du périnée est noté \*

31. La date et l'heure de naissance sont notées (cochez « non » si un des éléments manque)

32. Le sexe, le poids, l'Apgar et le prénom du nouveau-né sont notés \* (cochez « non » si un des éléments manque)

33. Le pH au cordon est noté (selon protocole du service)

34. L'heure et le mode de délivrance sont notés \*

34 bis. Si délivrance artificielle-révision utérine, l'indication est notée

35. La révision utérine isolée est notée (selon contexte)

35 bis. Si révision utérine, l'indication est notée

36. La surveillance de l'accouchée est notée et comprend les éléments suivants : \*

- globe « de sécurité »
- pouls, pression artérielle et température
- volume des pertes sanguines

## **Annexe 2 : Aide à la lecture des critères de la grille d'évaluation**

### GUIDE DE L'ÉVALUATION - AIDE À LA LECTURE DES CRITÈRES

Au cours de l'évaluation a posteriori, l'analyse du dossier doit permettre d'établir avec certitude la réalité d'absence du critère.

Exemple : le nom de l'anesthésiste est absent, or la mère a bénéficié d'une péridurale (cochez « non » au critère correspondant).

1. Le support papier est en bon état.

Cet item signifie : pas déchiré, pas taché.

2. Les écrits sont tous lisibles.

Cochez « non » si l'évaluateur ne peut pas les lire.

3. Les écrits sont tous indélébiles.

Si les écrits présentent des traces de gommage ou de camouflage (du type « blanchypex »), cochez « non ». Le crayon papier ne doit pas être utilisé.

4. Le partogramme est fixé dans le dossier.

Si le partogramme ne fait pas partie intégrante du dossier, il doit être fixé dans le dossier et non pas être une feuille « volante ».

4 bis. L'identité civile de la mère est notée.

Le nom marital, le nom de jeune fille, le prénom et la date de naissance doivent être présents si le partogramme ne fait pas partie intégrante du dossier ; cochez « non » à ce critère s'il manque un élément. Une étiquette imprimée d'identité peut être acceptée, si elle comporte ces 4 éléments.

5. Le partogramme permet de retrouver les noms de tous les intervenants.

(obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, internes, étudiants...).

Ils peuvent être écrits dans un cartouche sur le partogramme. Les initiales de chaque intervenant doivent figurer lors de tout acte ou décision.

L'allure du graphe pouvant intervenir dans la prise de décision, l'échelle de temps est importante.

9. La présentation du fœtus est notée.

Cet item comprend les différentes présentations : sommet, face, bregma, front, siège complet, siège décompleté.

10. La variété de la présentation est notée ou commentée à chaque examen.

Cet item décrit la présentation en fonction du fléchissement et de l'asynclitisme en phase active du travail et de l'apparition éventuelle d'une bosse sérosanguine.

Un schéma représentant la variété de présentation est accepté.

11. Le niveau de la présentation est noté à chaque examen.

Niveau ou hauteur de la présentation (mobile, appliquée, fixée, engagée, partie haute, moyenne ou basse).

12. Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen, sauf en cas de mort in utero.

-normal ;

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

13. Le comportement de la mère est noté au moins une fois.

Exemple : calme, agitée, coopérante...

14. Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen.  
Éventuellement, à partir d'utilisation d'échelle analogique visuelle.

15. La surveillance du col utérin est notée.  
Cochez « oui » si tous les éléments suivants figurent au moins au premier examen : position, longueur, consistance et dilatation. 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 ».

16. L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture.  
La poche des eaux doit être décrite : intacte, rompue, fissurée. Un schéma est accepté selon les habitudes du service.

18. L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée lors de la rupture des membranes.  
Exemple : abondant, peu abondant.

19. L'analyse des contractions utérines est notée à chaque examen.  
Cochez « oui » si vous retrouvez : la fréquence, l'intensité, les anomalies s'il y en a.

20. Au début du partogramme, on doit retrouver la pression artérielle, le pouls et la température.  
En cas de péridurale, ces 3 mesures sont notées à chaque examen. Sinon, tenir compte du contexte clinique (rupture de la poche des eaux, hyperthermie, hyper ou hypotension artérielle... ) et des habitudes de service. Cochez « non » si ce n'est pas le cas.

23. Le nom des médicaments est noté en clair.  
L'abréviation « synto » pour le Syntocinon® est acceptée.  
Attention aux abréviations personnelles incompréhensibles par tous.

24/25. La posologie est notée en clair.  
La posologie du médicament doit être explicitée sous la forme suivante : unité, dilution et débit.  
Exemple : 5 unités de Syntocinon dans 500 cc de G5 % - Unité internationale/kg/min ou ml/h (si table de conversion disponible dans le service). La dilution peut être indiquée au début, puis seul le débit est noté.

26/27. Les actes et les marqueurs d'événements sont notés en clair.  
Les abréviations admises localement sont acceptées.  
Exemple : anesthésie générale = AG.  
Ce critère comprend un certain nombre d'informations ou d'actes qu'il faut noter clairement sur le partogramme.  
L'appel aux médecins : obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, autres, doit aussi apparaître en clair.

29. Le mode d'accouchement est noté.  
Cet item doit préciser :  
-expulsion spontanée ;  
-extraction instrumentale (spatule, forceps, ventouse), et son indication ;  
-césarienne (et son indication, sauf si le compte rendu opératoire existe dans le dossier) ;  
-manoeuvres (s'il y en a eu).

30. L'état du périnée est noté.  
Cet item doit préciser :  
-intact ;  
-le type de déchirure ;  
-épisiotomie ;  
-les modalités de la réfection.

32. L'Apgar à 1 et 5 minutes est mentionné.

34. 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.

36. La surveillance de l'accouchée est notée.

Cochez « non » si un des éléments manque.

Le mode d'alimentation du nouveau-né est mentionné sur son dossier et non sur le partogramme.

### Annexe 3 : Modèle d'une feuille de surveillance de travail du partogramme informatique de l'HCE de Grenoble

Mini-GULPER - / (GYNECO-OBSTETRIQUE) - Windows Internet Explorer

Création Métier GYNECO-OBSTETR Formulaire Surveillance du travail

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

Graphique Fiche précédente

**1. Données générales**

Nom  Date de naissance

Prénom  Age gestationnel  semaines et  jours

Remarques Entete

Remarques précédentes

Remarques

-- Choisissez un intervenant --

Fonction

**2. Examen**

Date  Heure  N° salle

Nb de TV entre RPM et début du partogramme  Nombre de TV réalisés pdt l'examen

**Dilatation (cm)**

Statut cervical

Longueur  Consistance

Commentaire

Présentation

Hauteur

Type

Commentaire

**3. Membranes**

MI  RSM  RAM  Fissuration  RPM avant terme  RPM avant travail  Inconnue

Date et heure de rupture

**4. Liquide amniotique**

Quantité

Qualité

**5. Constantes**

TA (mm Hg)  /  Pouls (bpm)  Température

EVA  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**6. Sondage**

Evacuateur  SAD

▶ 7. Tocogramme

Tonus de base  mm Hg  
Durée des CU  sec  
Amplitude des CU  mm Hg

Fréquence des Cu  /10 min

Interprétation

--

▶ 8. RCF

Enfant 1 **Enfant 2** Enfant 3 Enfant 4

<u>RdB stabilisé sur 20 min</u>		<input type="text"/>	bpm	<u>Interprétation</u>	RCF Normal <input type="checkbox"/>
<u>Variabilité</u> Amplitude		<input type="text"/>	bpm	--	<input type="button" value="v"/>
Fréquences		<input type="text"/>	C/min	--	<input type="button" value="v"/>
<u>Accélération</u> Nombre	<input type="text"/>	/20 min		--	<input type="button" value="v"/>
Ondes lambda	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>			
<u>Ralentissements</u>	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>			
Latence/CU (r)	<input type="text"/>	sec	Amplitude (A)	<input type="text"/>	bpm
Pente (p)	<input type="text"/>	sec	Durée du ralentissement (D)	<input type="text"/>	sec
Nb RV/Nb CU (sur 30 min)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<u>Interprétation</u>	
Bradycardie résiduelle	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>		--	<input type="button" value="v"/>

▶ 9. Prélèvement au scalp

PH  Lactates  mmol/l

▶ 10. Anesthésie - Analgésie

Type

Heure de pose

Opiacés IM  IV  commentaires

Sédatifs

11. Prescriptions médicamenteuses

Syntocinon  ml/h  ui/h Heure de pose :  :

Ringer (n° flacon)

Antibiotiques IV  Motif Strepto B  Endocardite   
Protocole RPM  Inconnu   
Autre

Tocolytique  dose

Insuline  dose  UI

Antihypertenseur  dose

Tagamet

Autre

12. Intervention médicale - Installation pour accouchement

Hyperflexion  à  :  Autre position  à  :

Appel interne de garde à  :  Commentaire

Appel obstétricien de garde à  :  Commentaire

Appel anesthésiste de garde à  :  Commentaire

Décision Stan 21 à  :  réalisation à  :  Résultat

Décision pH in utero à  :  réalisation à  :  pH  Lactates  mmol/l

Décision saturométrie foetale à  :  réalisation à  :  Résultat  %

Début des efforts expulsifs à  :  Commentaire

13. Divers

Commentaire **Diagnosics** Actes

Enregistrer X  Envoyer  Finaliser/Valider  Imprimer  Habilité  Propriétés...  Autres  Fermer

## Résumé

Introduction :

Outil essentiel dans la pratique des sages-femmes, la bonne tenue du partogramme est le reflet de la qualité de la prise en charge materno-foetale. En 2000, le partogramme est informatisé dans le service maternité du CHU de Grenoble. Nous avons évalué la qualité de la tenue de celui-ci par les sages-femmes et son adaptation à la pratique en salle d'accouchement.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée au CHU de Grenoble, permettant l'analyse de 135 partogrammes et la comparaison de la qualité de leur tenue aux recommandations de l'ANAES. Enfin, nous avons analysé les annotations apparaissant dans la case « divers » du partogramme.

Résultats :

Nous avons trouvé 24 critères sur 36 non conformes aux recommandations de l'ANAES. Deux causes principales semblent ressortir. Le logiciel actuel ne permet pas de répondre à certains critères recommandés, et son ergonomie ne semble pas, à ce jour, optimale. Par ailleurs, le manque de formation et de sensibilisation à la bonne utilisation du logiciel ne permet pas une utilisation idéale. Enfin, il existe un détournement de la zone dédiée à l'expression libre, sur-exploitée. Ceci s'explique aussi par un défaut de formation, un manque de sensibilisation et un défaut de construction du partogramme informatisé.

Conclusion :

Nous pouvons améliorer la qualité de la tenue du partogramme informatisé et son utilisation en proposant un remaniement informatique de certains points du logiciel et en formant les sages-femmes à sa bonne utilisation.

Mots-clés : partogramme, informatisation, évaluation des pratiques professionnelles, surveillance du travail, sages-femmes.