



HAL
open science

Évaluation des pratiques professionnelles à la maternité du CHU de Rouen : "la tenue du partogramme". Étude rétrospective à propos de 50 dossiers

Caroline Leroux

► To cite this version:

Caroline Leroux. Évaluation des pratiques professionnelles à la maternité du CHU de Rouen : "la tenue du partogramme". Étude rétrospective à propos de 50 dossiers. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00753346

HAL Id: dumas-00753346

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00753346>

Submitted on 19 Nov 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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Evaluation des pratiques professionnelles à
la maternité du CHU de Rouen :
« la tenue du partogramme »**

**Etude rétrospective
à propos de 50 dossiers**

Mémoire présenté par
Mademoiselle Caroline LEROUX
Née le 31 août 1987

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2012**

*A Madame Egal, sage-femme cadre supérieure, Directrice de ce mémoire,
Pour sa grande disponibilité et ses conseils,
Votre aide m'a été précieuse*

*A Madame Pastor, sage-femme cadre enseignante, mon accompagnatrice,
Pour ses conseils et sa bonne humeur*

*A mes parents,
Pour ce qu'ils m'ont apporté depuis toujours et
Qui m'ont encouragée à chaque étape de ma formation*

*A Danièle et Jean-François,
Pour leur soutien tout au long de mes études*

*A mon frère,
Pour sa présence*

SOMMAIRE

Introduction.....	1
-------------------	---

PREMIERE PARTIE : revue de la littérature

1. L'évaluation des pratiques professionnelles.....	2
---	---

1.1. La démarche qualité	2
--------------------------------	---

1.1.1. Droits des usagers du système de santé.....	2
--	---

1.1.2. Devoirs des professionnels de santé	4
--	---

1.2. La Haute Autorité de Santé.....	5
--------------------------------------	---

1.2.1. Création de la Haute Autorité de Santé	5
---	---

1.2.2. Missions de la Haute Autorité de santé	6
---	---

2. Le partogramme : outil d'évaluation des pratiques professionnelles.....	10
---	----

2.1. Recommandations de la Haute Autorité de Santé	10
--	----

2.1.1. Contenu du partogramme	10
-------------------------------------	----

2.1.2. Objectifs du partogramme	15
---------------------------------------	----

2.2. Audits cliniques sur le partogramme	16
--	----

2.2.1. Audit clinique national	16
--------------------------------------	----

2.2.2. Audit clinique à la maternité du CHU de Rouen	19
--	----

DEUXIEME PARTIE : audit clinique ciblé

1. Méthodologie.....	20
----------------------	----

1.1. Objectifs de l'étude	20
---------------------------------	----

1.2. Méthode et matériel.....	20
-------------------------------	----

1.3. Critères de l'étude	21
--------------------------------	----

1.4. Tests statistiques	26
-------------------------------	----

2. Présentation des résultats	27
2.1. Audit clinique ciblé sur l'année 2011	27
2.2. Comparaison des audits entre 2008 et 2011	38
2.3. Facteurs pouvant influencer le remplissage du partogramme en salle de naissance	45
TROISIEME PARTIE : <i>discussion</i>	50
1. Limites de notre étude	50
2. Analyse des résultats.....	50
3. Propositions d'actions.....	55
Conclusion.....	57
Bibliographie	
Annexes	

INTRODUCTION

Le partogramme est un enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus. C'est un outil diagnostique et d'aide à la décision. La tenue rigoureuse et harmonisée de cet outil est garante d'une bonne communication entre les différents intervenants en salle de naissance et reflète la qualité de la prise en charge des parturientes. Lors de nos stages nous avons compris son intérêt pédagogique, c'est pour cela que nous nous sommes intéressés à la tenue du partogramme.

Dans le décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006, à l'article R.4127-346 du code de la santé publique, il est dit que « la sage-femme doit prendre toutes dispositions et en justifier pour que soient assurées, sur tous ces sites d'exercices, la qualité, la sécurité et la continuité des soins »(17).

En effet, la sage-femme, en tant que professionnel médical, a une responsabilité civile professionnelle en terme de qualité et de sécurité des soins. Elle a un rôle essentiel dans le dépistage des anomalies pouvant survenir pendant le travail. De plus, le partogramme a un rôle médico-légal indéniable. De nos jours, il existe de plus en plus de contentieux notamment dans le domaine hospitalier, il est donc primordial que le partogramme soit rempli de manière exhaustive.

La Haute Autorité de Santé a rédigé un référentiel sur la tenue du partogramme et a mis en place l'évaluation des pratiques professionnelles dont fait partie « l'audit sur le partogramme ».

Dans ce cadre, nous nous sommes demandés ce qu'il en était du remplissage du partogramme à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. Suite aux audits déjà réalisés dans cette maternité, nous avons décidé de pratiquer un nouveau tour d'audit en étudiant dans le même temps les circonstances pouvant influencer la qualité de son remplissage.

Nous aborderons tout d'abord la littérature afin d'exposer les bases de la démarche qualité et les recommandations en vigueur. Après avoir présenté et analysé nos résultats, nous proposerons, le cas échéant des actions d'amélioration.

PREMIERE PARTIE
Revue de la littérature

1. L'évaluation des pratiques professionnelles

1.1. La démarche qualité

1.1.1. Droits des usagers du système de santé

Le droit des usagers à des soins de qualité est une des principales préoccupations des établissements de santé. En effet, l'évolution des techniques a conduit à de nouvelles exigences des usagers du système de santé. De plus, l'élévation du niveau culturel de la population joue un rôle important dans l'affirmation de ces droits. En effet, les patients ont une participation de plus en plus active dans leur prise en charge et sont en mesure d'exiger les meilleurs soins possibles pour améliorer leur état de santé. Le patient a un rôle tout aussi important que le médecin dans sa prise en charge conduisant à une modification de la relation entre le patient et le prestataire de soins.

En 1974, Mme Simone Veil élabore la première « charte du **malade** hospitalisé », annexée à la circulaire du 20 septembre 1974, en précisant leurs droits et en instaurant les principales règles à respecter à l'intérieur des établissements. La France est le premier pays européen à adopter une charte.

Une seconde version prend en compte la réforme hospitalière de 1991. Ainsi, la circulaire du 6 mai 1995¹(9), plus précise, vient s'y substituer aboutissant à la création d'une nouvelle charte plus complète : « la charte du **patient** hospitalisé ». Cette charte devient un texte légalement opposable en 1996.

La loi du 4 mars 2002²(11) confirme et renforce les différents points de la charte de 1995. Elle s'inscrit dans le cadre d'une politique visant à démocratiser et moderniser le fonctionnement du système de santé, tout en prévoyant dans le code de la santé publique un ensemble de droits pour les usagers du système de santé.

¹ Circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé

² Loi Kouchner n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

L'article 3 de cette loi précise à l'article L. 1110-1 que :

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la qualité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

La circulaire du 2 mars 2006³ (15) a redéfini les droits de la personne hospitalisée. Cette nouvelle « charte de la **personne** hospitalisée », élaborée par les pouvoirs publics, comporte onze principes généraux, notamment l'accessibilité à tous à des soins de qualité, dont la prise en charge de la douleur (*Annexe I*). Les établissements de santé ont l'obligation d'annexer la charte de la personne hospitalisée dans leur livret d'accueil et de l'afficher dans chaque service de l'établissement afin d'informer le patient de ses droits. On observe bien l'évolution de la charte des droits des usagers(20), notamment par un changement de vocabulaire : « malade → patient → personne ».

Les professionnels de santé ont le devoir d'apporter au patient des soins de qualité et ce dans des conditions de sécurité optimale.

³ Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

responsabilité individuelle de chaque sage-femme et de la responsabilité collective de la profession.

Depuis le décret du 30 décembre 2011⁸, le Développement Professionnel Continu (DPC) est devenu une **obligation professionnelle**. A l'article R.4153-1 du chapitre III, il est dit que « le développement professionnel continu comporte, conformément à l'article L.4153-1, l'analyse, par les sages-femmes, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il constitue une **obligation individuelle** qui s'inscrit dans une démarche permanente »(19).

Les sages-femmes ont un rôle essentiel comme opérateurs dans la démarche de certification et d'évaluation de la qualité des soins(2).

En 1998, une enquête régionale réalisée par des bacheliers, montrait que les sages-femmes privilégiaient les colloques et les formations courtes. Cette enquête a aussi mis en valeur la réticence, voire un refus des sages-femmes à accéder à une politique de recertification dans 70% des cas. Le même constat a été fait en 2006, dans une enquête à propos des formations dispensées par les écoles de sages-femmes. Il s'agit donc d'un défi de familiariser les sages-femmes aux principes de l'évaluation professionnelle(21).

Afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, l'application de l'article 2 de la charte de la personne hospitalisée, relatif au droit à la qualité, est évaluée par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la procédure de certification.

1.2. La Haute Autorité de Santé

1.2.1. Création de la Haute Autorité de Santé

En septembre 1989, une décision ministérielle crée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), un organisme scientifique et technique indépendant de droit privé à but non lucratif ayant pour but d'évaluer les pratiques médicales ayant un impact en terme de santé publique. L'ANDEM est

⁸ Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes

encadrée par un conseil d'administration et un conseil scientifique qui vise à valider les méthodes, les actions et les recommandations proposées par l'agence.

Suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme sur l'hospitalisation publique et privée, et au décret du 7 avril 1997, l'ANDEM est transformée en établissement public administratif, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)(25). Le terme « santé » n'est pas anodin car il étend l'évaluation à toutes les professions de santé. L'ANAES est chargée d'établir l'état des connaissances en ce qui concerne les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle reprend les missions d'évaluation menées par l'ANDEM enrichie de nouvelles actions telle que la certification des établissements de santé.

La loi du 13 août 2004⁹ (13) transforme l'ANAES en autorité publique indépendante à caractère scientifique : la Haute Autorité de Santé (HAS)(6).

1.2.2. Missions de la Haute Autorité de Santé

La HAS est chargée de la mise en œuvre de la certification, d'établir avec les acteurs du système de santé des références conçues pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

La HAS a cinq missions principales :

- évaluer et hiérarchiser le service attendu.

- élaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge du processus de soins globaux dans le cadre du traitement de certaines pathologies, notamment les affections de longue durée. 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.

- contribuer, par son expertise médicale et de santé publique, au bien-fondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement.

⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

- veiller à la diffusion de référentiels de bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et à l'information du public dans ses domaines. Un référentiel est l'ensemble des références qui définiront la conduite de l'audit clinique. Il énonce les exigences de qualité relatives à une pratique professionnelle ou à un mode de fonctionnement. Le référentiel est créé, actualisé ou vérifié. Il faut procéder à l'analyse de la littérature pour définir les réglementations, les recommandations et les publications sur le même thème, puis définir les critères de qualité et enfin rédiger le référentiel ou l'actualiser.

- établir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements(28) de santé. La certification est une procédure d'évaluation externe à un établissement de soins, indépendante de celui-ci ou de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. C'est une procédure obligatoire pour tous les établissements de santé publics et privés. Elle concerne l'ensemble du fonctionnement d'un établissement et de ses pratiques.

Dans l'article L.110-7 de l'article 3 de la loi du 4 mars 2002 relatif aux droits de la personne, il est dit que « l'évaluation prévue à l'article L.6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L.6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation »(11).

La loi du 13 août 2004 a introduit un changement de vocabulaire : la « *certification* » remplace l'« *accréditation* » auparavant utilisée pour les établissements de santé. Le terme d'accréditation est désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales issus des spécialités à risques.

Cette évaluation vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements. Les objectifs de la certification sont la promotion des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques, l'atteinte d'un niveau de qualité sur des thématiques prioritaires et le renforcement de l'information des patients et des usagers par la communication des résultats obtenus par les établissements.

➤ *La procédure de certification* comporte quatre étapes :

❖ Etape 1 : l'établissement de santé entrant dans cette procédure réalise une auto-évaluation de son fonctionnement au regard des critères répertoriés dans le manuel de certification pour repérer ses points forts et ses points à améliorer. Ce diagnostic lui permet d'élaborer un plan d'actions.

❖ Etape 2 : une fiche interface est élaborée entre la HAS et l'Agence Régionale de Santé (ARS), anciennement Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). Cette fiche a pour but de partager les informations disponibles et permettre de bénéficier des résultats des démarches de contrôle, d'inspection et d'évaluation diligentées par les autorités de tutelle et de tous les points d'éclairage sur le contexte d'un établissement que les ARS peuvent légitimement exposer en amont des visites.

❖ Etape 3 : une visite de certification est alors effectuée pour garantir la qualité des constats portant sur les domaines investigués. La visite donne lieu à l'élaboration d'un rapport de certification qui, à l'issue d'un processus contradictoire au cours duquel l'établissement à la possibilité de faire des observations, permet à la HAS de statuer sur le niveau de certification.

Lors de la dernière visite de certification en 2008 au CHU de Rouen, les recommandations principales ont été faites sur la traçabilité de la douleur, la gestion des risques (dont la sécurité transfusionnelle, le chemin du médicament : dispensation, stockage, redistribution, traçabilité) et la gestion du dossier du patient.

La prochaine visite de certification au CHU de Rouen aura lieu en novembre 2012.

❖ Etape 4 : enfin, les résultats sont publiés par la HAS et le compte-rendu du rapport de certification est mis en ligne sur le site internet de la HAS et est adressé à l'ARS.

➤ *Evaluation des pratiques professionnelles*

Instituée par l'article L4133-1-1 du Code de la santé publique(5), l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) se définit, selon le décret du 14 avril 2005¹⁰, comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques»(14).

Elle vise l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé et la promotion de la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience.

Les démarches d'EPP en établissement de santé sont le plus souvent des démarches pluri-professionnelles. Elles reposent sur un thème, des objectifs, une méthode, l'utilisation de recommandations professionnelles et le respect de trois phases : l'élaboration des actions, la mise en œuvre et le suivi (réévaluation à distance). Elles concernent les activités cliniques ou médico-techniques à visée diagnostique, thérapeutique ou préventive. Elles peuvent être conduites au sein d'un service, d'un secteur d'activité ou de manière transversale. Les établissements de santé, publics ou privés, élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités et concourant à une prise en charge globale du malade.

Le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles précise à l'article D 4133-0-1 que :

L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.

¹⁰ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation de la tenue du partogramme est l'un des thèmes retenus par la HAS. En l'an 2000, la HAS a fait des recommandations pour sa bonne réalisation et propose d'en faire un outil d'évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens(4).

2. Le partogramme : outil d'évaluation des pratiques professionnelles

2.1. Recommandations de la Haute Autorité de Santé

2.1.1. Contenu du partogramme

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le partogramme comme «l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus». Le partogramme est promu par l'OMS depuis 1988. C'est un document fondamental du dossier obstétrical tant sur le plan médical que juridique.

En 1954, Friedman a proposé une schématisation de la progression du travail. Il se compose d'une partie graphique à double entrée, avec en abscisse, l'échelle du temps et en ordonnée la dilation du col, la descente du mobile fœtale et l'échelle visuelle analogique (EVA). Une deuxième partie construite sous la forme d'un tableau permet de noter les événements et les actes effectués en temps réel pendant le travail, ainsi que les paramètres maternels, fœtaux et obstétricaux. Les études sur le partogramme ont conduit au modèle que nous utilisons aujourd'hui (*Annexe II*).

La sage-femme a des responsabilités quant à la qualité de tenue du partogramme. Elle ne commence le partogramme que lorsqu'elle a diagnostiqué le début du travail définie par des contractions régulières, croissantes en intensité et associées à des modifications cervicales. Selon l'article L4151-1 du code de déontologie des sages-femmes : «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»(18).

Dans le cadre des EPP, la HAS a réalisé, en 2000, un référentiel(24) concernant les éléments de la surveillance materno-fœtale qui doivent apparaître sur le partogramme ainsi qu'une annexe permettant l'aide à la lecture des critères qui paraissent ambigus. Le référentiel, a été testé auprès de 43 établissements de santé volontaires en 2000-2001.

➤ *Présentation du partogramme*

Elle doit être lisible et les écrits doivent être effectués à l'encre indélébile sans trace de camouflage. Le partogramme ne doit pas être une feuille volante mais doit être fixé dans le dossier médical de la parturiente.

L'identité de la patiente et des différents intervenants doit figurer sur le partogramme.

L'échelle horaire doit être respectée ainsi que la traçabilité de la date et de chaque acte réalisé.

➤ *Surveillance fœtale*

❖ Présentation fœtale

La variété de présentation peut être écrite en abréviation ou sous forme de schéma. L'apparition d'une bosse séro-sanguine (BSS) doit être notée. La progression de la présentation est visualisée sur le graphe par une courbe descendante (haute et mobile, appliquée, fixée, engagée partie haute, moyenne ou basse).

❖ Rythme Cardiaque Fœtal (RCF)

La surveillance du RCF pendant le travail permet de s'assurer du bien-être fœtal et de dépister les signes d'hypoxie fœtale. L'enregistrement du RCF par monitoring permet de garder une trace écrite de l'ensemble du rythme : il s'agit d'une technique sensible, un RCF normal étant pratiquement synonyme de bien-être fœtal. Par contre, l'existence d'anomalies du RCF doit être considérée comme un signal d'alerte et non comme un signe de souffrance fœtale.

Les critères descriptifs du RCF sont le rythme de base, l'amplitude des oscillations, les variations du rythme de base (accélération) ; les anomalies du rythme doivent être clairement mentionnées tels que les ralentissements et leurs caractéristiques (précoce, tardif, variable), la tachycardie et la bradycardie. A chaque examen, le

partogramme mentionne la « normalité » de ce tracé ou précise clairement les anomalies retrouvées.

➤ *Surveillance maternelle clinique et obstétricale*

❖ Comportement de la femme et l'évaluation de la douleur

La prise en charge de la douleur est un reflet de la qualité des soins. Le seuil de douleur est différent d'une patiente à une autre, c'est pour cela qu'il est primordial de l'évaluer à l'aide d'une échelle visuelle analogique standardisée (EVA).

❖ Surveillance du col utérin

Le toucher vaginal précise la position du col (postérieur, centré, antérieur), sa longueur (long, mi-long, court, épais, effacé), sa consistance (tonique, intermédiaire, souple, mou, cerclé, œdématisé) et sa dilatation (exprimée en centimètres lorsque le col est effacé) est représentée par une courbe ascendante. Selon la HAS, ces quatre éléments doivent être précisés au moins au premier examen puis seules la dilatation et la consistance du col peuvent être décrites.

❖ Poche des eaux et le liquide amniotique

Il convient de vérifier l'état des membranes à chaque examen : la poche des eaux est intacte (plate ou bombante) ou rompue (spontanément ou artificiellement). Une fois la poche rompue, la surveillance de la couleur du liquide amniotique s'impose (clair, rosé, citrin, teinté, méconial, sanglant), ainsi que son abondance et son odeur. Les caractéristiques du liquide amniotique reflètent l'état fœtal.

❖ Dynamique utérine

La fréquence et l'intensité des contractions sont notées à chaque examen. Toutes les anomalies doivent être clairement relatées : par excès de dynamique utérine (hypercinésie de fréquence, d'intensité et l'hypertonie) ou par défaut (hypocinésie de fréquence, d'intensité). La durée des contractions ainsi que le relâchement utérin sont des précisions utiles. La HAS recommande de noter également la régularité des contractions et la qualité du relâchement utérin.

❖ Paramètres maternels

- La **pression artérielle** (PA) est mesurée à l'arrivée de la patiente ; elle est contrôlée environ toutes les deux heures lors d'un travail normal et en fonction des circonstances (hémorragie, hypertension artérielle, analgésie péridurale (APD) qui peut induire une hypotension artérielle).

- La **température** est prise à l'entrée de la patiente en salle de naissance et elle est contrôlée en fonction du contexte obstétrical (RPDE > 12h). Elle est reprise toutes les trois heures et systématiquement devant l'apparition de signes infectieux : tachycardie fœtale : RCF > 160 battements par minute (bpm), tachycardie maternelle : pouls > 100 bpm, liquide amniotique teinté, frissons. Après la naissance, elle est contrôlée systématiquement avant le transfert de toute patiente dans sa chambre.

- Les **pulsations** sont prises à l'entrée et contrôlées en fonction du contexte (signes infectieux, analgésie péridurale, hémorragie).

➤ *Thérapeutique*

❖ Prescription et administration des médicaments

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

- Le nom du prescripteur : toute prescription doit être signée avec une signature authentifiable.

- Le nom du médicament et sa forme galénique sont notés en clair ; les abréviations locales étant acceptées (ex : « *synto* » pour Syntocinon®).

- La posologie apparaît clairement : unité, dilution, débit.

- La voie d'administration du médicament.

- Le nom de la personne qui administre le médicament.

➤ *Actes et marqueurs d'évènements majeurs*

❖ Actes réalisés

- L'heure du sondage urinaire doit être notée.

- L'heure de la rupture de la poche des eaux est notée : c'est un bon indicateur de la durée de l'ouverture de l'œuf et des effets de la rupture sur le déroulement du travail.

❖ Autres actes réalisés au cours du travail

- Le recours aux techniques telles que le pH au scalp, électrode au scalp et oxymétrie de pouls fœtal doit être noté. En cas de pathologie, ces moyens de surveillance du fœtus témoignent plus fidèlement du bien-être fœtal que le RCF.

- La pose d'une tocégraphie interne peut être notée afin de mieux surveiller la dynamique utérine.

❖ Surveillance de la péridurale et des réinjections

L'heure de pose de l'analgésie péridurale et les différentes réinjections au cours du travail doivent toutes être inscrites.

❖ Motif et heures d'appel et d'arrivée des médecins

La sage-femme a un champ de compétence limité(1). En cas d'anomalies du déroulement du travail, elle fait appel aux médecins en le notant : appel / arrivée. Ces critères témoignent de la chronologie des événements.

❖ Heures de décision de césarienne et de transfert au bloc opératoire

En cas d'urgence, le délai écoulé entre ces deux étapes démontre la qualité de prise en charge de la patiente et de son enfant.

➤ *Naissance et surveillance immédiate*

❖ Heure du début des efforts expulsifs

Elle doit être notée sur le partogramme. Il est judicieux de le faire aussi figurer sur le tracé du RCF, cela facilite la connaissance de la durée de l'expulsion.

❖ Date, heure et mode d'accouchement

Ces renseignements doivent être notés impérativement sur le partogramme. Il peut s'agir d'un accouchement par voie basse spontanée, avec manœuvre ou une extraction instrumentale (spatule, forceps, ventouse) ou par césarienne. Dans les trois derniers cas les indications doivent apparaître précisément.

❖ Etat du périnée

L'état du périnée doit être indiqué (intact, cicatriciel, excisé, déchirure simple, périnée complet, périnée complet compliqué, épisiotomie). Lorsqu'une déchirure est

survenue, il est important de préciser le type (simple, périnée complet, périnée complet compliqué). Toute suture doit également figurer par écrit avec le mode de réfection et les fils utilisés.

❖ Caractéristiques du nouveau-né

Le sexe du nouveau-né et son poids sont précisés. Le score d'Apgar à 1 et 5 minutes témoigne de l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Le prénom doit être noté aussi. Le pH au cordon est le reflet du bien-être fœtal à la naissance.

❖ Heure et mode de délivrance

La délivrance peut être naturelle, dirigée, artificielle, complète, incomplète ou manuelle en cas de césarienne. En cas de délivrance artificielle et/ou de révision utérine, l'indication est inscrite clairement, avec l'horaire de la délivrance.

❖ Surveillance du post-partum immédiat

Durant les deux heures qui suivent l'accouchement, une surveillance maternelle et obstétricale est nécessaire afin de vérifier la tonicité du globe utérin appelée « globe de sécurité », le volume des pertes sanguines et les paramètres maternels (PA, pouls). Cette surveillance se fait régulièrement, toutes les quinze minutes pendant une heure puis toutes les demi-heures pendant la deuxième heure. Cette surveillance peut être prolongée en cas d'anomalies (hémorragie).

2.1.2. Objectifs du partogramme

➤ ***Outil de communication***

Le partogramme est le témoin objectif du déroulement du travail. Il permet la communication entre les différents intervenants en salle de naissance : c'est un support de transmission des informations. Dans le contexte d'urgence, sa lecture est plus explicite que les transmissions orales.

➤ ***Outil diagnostic et d'aide à la décision***

La présentation visuelle des informations cliniques du partogramme facilite l'analyse de la progression du travail et permet de dépister les anomalies plus précocément. Il a pour objectif d'améliorer la prise en charge materno-fœtale afin de

diminuer la mortalité maternelle, fœtale et périnatale. En cas d'accouchement dystocique, il permet d'établir des conduites à tenir.

➤ *Outil médico-légal*

L'obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal. Le partogramme est le support principal d'expertise en cas de litiges. Bien tenu, il facilite la compréhension des faits par les experts juridiques.

➤ *Outil de référence pour l'enseignement*

Le caractère pédagogique du partogramme a été largement prouvé par sa contribution au succès des programmes de prévention de l'OMS. C'est aussi un support d'enseignement pour les étudiants(22)(23).

➤ *Outil de référence pour la recherche clinique*

De nombreuses études ont été réalisées sur le partogramme, il constitue une source importante d'informations pour la recherche clinique tout comme le dossier médical.

➤ *Outil d'évaluation des pratiques professionnelles*

Lorsqu'il est rempli avec exhaustivité en temps réel, il reflète la qualité de la prise charge materno-fœtale. Le partogramme permet ainsi d'évaluer les pratiques des professionnels et de les améliorer dans le cadre de la démarche qualité.

Depuis la généralisation du référentiel de la HAS en 2000, des audits cliniques ont été réalisés afin d'évaluer la qualité de tenue du partogramme au sein des établissements de santé.

2.2. Audits cliniques sur le partogramme

2.2.1. Audit clinique national

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 ».

La méthode de l'audit clinique a été diffusée en France à partir de 1993 et appliquée à de nombreux thèmes médicaux et paramédicaux. De 1994 à 1996, neuf établissements de santé ont mené des audits sur le partogramme en formation-action sous la conduite de l'ANDEM à l'aide d'une « grille test ». Le recrutement a été fait par appel à la candidature de la formation continue.

Les principaux résultats de cette étude ont montré des écarts importants et fréquents dans l'identification des différents intervenants, l'échelle horaire et certaines données de l'examen clinique.

Cependant, cette étude a présenté des limites du fait de la diversité des supports à remplir en salle de naissance (enregistrement du rythme cardiaque fœtal). Or, il est apparu avec le temps que ce papier se détériore et s'égare facilement. De plus, il a été montré que le contexte d'urgence et la charge de travail au bloc obstétrical sont des facteurs défavorables au bon remplissage du partogramme.

Au final, cela a sensibilisé les équipes à l'intérêt de la bonne tenue du partogramme et à l'importance d'une remise en question des pratiques.

Cette étude nationale a permis la création du référentiel sur la tenue du partogramme que nous avons décrit. La grille d'évaluation de la tenue du partogramme comportait alors **69 critères** mesurables. Cette version, longue et trop fastidieuse pour être reproductible dans le temps, a été modifiée et simplifiée par la HAS en trois grilles d'Audit Clinique Ciblé (ACC).

La HAS définit l'**Audit Clinique Ciblé** comme étant « 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 ».

❖ L'ACC n°1 «**Tenue du partogramme**» (**PARTOten**) comporte six critères et a pour but d'améliorer la qualité de tenue du partogramme. Il est ciblé sur l'importance d'éléments permettant de bien attribuer le partogramme à une patiente donnée. Il s'assure aussi de l'identification des professionnels ayant assuré la prise en charge. Ce premier audit a une importance médico-légale essentielle (*Annexe III*).

❖ L'ACC n°2 «Obstétrique» (PARTOobs), composée de douze critères, a pour objectif d'améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail. Cet audit clinique est ciblé sur la qualité de suivi du travail et de l'accouchement (*Annexe IV*).

❖ L'ACC n°3 «Evènements du partogramme» (PARTOeve) de 11 critères vise à améliorer la traçabilité des actes, évènements et traitements survenus au cours du travail. Cet audit est ciblé sur les évènements survenant au cours de l'accouchement (dont prescriptions et administration des traitements) mais aussi sur la prise en charge de la mère et de l'enfant (décision de césarienne par exemple), ainsi que le post-partum immédiat (*Annexe V*).

Avec au total **29 critères**, ces grilles sont donc plus synthétiques et plus faciles à utiliser dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles.

Après une formation initiale auprès des 38 établissements concernés présentant la méthode et le déroulement du programme expérimental, deux tours d'audit ont été réalisés, cependant, 76% des ACC engagés initialement ont pu être menés jusqu'à leur terme(26).

Concernant l'ACC PARTOten, l'amélioration entre les deux tours d'audit, pour l'ensemble des services a concerné prioritairement les critères 1 (identité de la mère), 4 (horaires précis des actes et examens) et 6 (identification des obstétriciens et anesthésiste).

Lors de l'ACC PARTOobs, en dehors du mode d'accouchement et de l'état du périnée, la conformité initiale était relativement faible. L'amélioration a porté sur l'ensemble des autres critères (notamment les critères 3, 6 et 9) lors de la deuxième évaluation.

L'ACC PARTOeve était initialement mal rempli et aucun des critères, hormis le suivi des péridurales n'atteignait 75%. Le comportement de la mère et l'évaluation de sa douleur étaient peu pris en compte. L'amélioration a concerné pour moitié les critères 4, 5, 9, et 10. Elle a été globalement modeste. L'altération de la conformité au critère 3 pourrait s'expliquer par le changement de support (feuille de surveillance d'anesthésie – partogramme) entre les deux évaluations, avec nécessité d'un temps d'acquisition des nouveaux comportements.

Il n'est pas surprenant que l'ACC PARTOeve ait été à l'origine du plus grand nombre de propositions d'actions étant donné la faible conformité globale initiale et l'importance médico-légale des événements analysés par cet audit ciblé.

2.2.2. Audit clinique ciblé à la maternité du CHU de Rouen

En 2000, un premier tour (T1) d'audit complet a été réalisé au CHU de Rouen avec la première grille d'évaluation créée par la HAS.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, le choix d'un audit clinique ciblé (ACC) a été fait pour les études réalisées en février 2005 (T2), mai 2005 (T3) et mai 2008 (T4).

Lors du premier audit (T1), les résultats concernant la tenue du partogramme et la traçabilité de la continuité du travail étaient probants. Il a été mis en évidence des lacunes concernant les événements du partogramme et la traçabilité des traitements.

C'est pour cela que le choix s'est porté sur la grille PARTOeve dans la réalisation des tours d'audit 2, 3 et 4.

Les principaux résultats (T2) effectués au deuxième tour ont concerné la traçabilité des prescriptions médicales. Une légère amélioration a été constatée mais des efforts restent à faire sur l'identification du prescripteur. La surveillance de l'analgésie péridurale est également un critère à améliorer.

Les mêmes constats qu'au 2^{ème} tour ont été faits en 2005 (T3) et 2008 (T4) sur l'ACC PARTOeve (*Annexes VI et VII*). (→ cf graphique page 40 et page 43)

Les critères 1, 2, 5, 9 et 11 restent non-conformes à un taux <50% en 2005 et en 2008, malgré des améliorations pour les critères 2 et 5.

Les critères 3 et 11 sont moins bien remplis en 2008 qu'en 2005.

De nettes améliorations ont été notées concernant les critères 4, 6, 7 et 10. Ce qui prouve l'efficacité de la méthode des audits cliniques ciblés mais, de manière générale, il reste des efforts à faire.

DEUXIEME PARTIE

Audit clinique ciblé

1. Méthodologie

1.1. Objectifs de l'étude

Le principal objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de tenue du partogramme en 2011 depuis la publication du référentiel de la HAS en 2000, tant sur le fond que sur la forme, afin d'améliorer la qualité des soins.

Nous avons ensuite comparé les résultats de l'audit clinique ciblé mené en mai 2008 avec ceux de notre étude réalisée en janvier/février 2011.

Puis nous nous sommes interrogés sur les facteurs pouvant avoir une influence sur le remplissage exhaustif du partogramme en salle de naissance.

1.2. Méthode et matériel

➤ *Type d'étude*

Notre étude est unicentrique à la maternité du centre hospitalier universitaire Charles Nicolle à Rouen. Nous avons choisi cette maternité afin de pouvoir comparer nos résultats aux ACC réalisés dans cette maternité en mai 2005 et mai 2008 cités précédemment.

A partir d'une étude rétrospective, nous avons fait une analyse qualitative de la tenue du partogramme. Cette méthodologie a l'avantage de permettre un accès facile aux données.

➤ *Méthode d'échantillonnage*

Selon les recommandations de la HAS, les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux tirés au sort par un tri informatique au Département d'Informatique Médical à une fréquence de un dossier tous les cinq dossiers pour ne pas créer de biais, puis par une recherche manuelle.

➤ *Période d'évaluation*

Notre étude se déroule sur une période allant du 1^{er} janvier 2011 au 13 février 2011 inclus soit six semaines comme le préconise la HAS (six semaines maximum).

➤ ***Critères d'inclusion***

Dans notre étude, nous avons inclus toutes les femmes admises en travail et ayant accouché à la maternité du CHU de Rouen.

Remarque : en cas de mort fœtale in utero, nous ne tiendrons pas compte des deux critères suivant :

- le critère 4 de l'ACC n°2 « PARTOobs » de la HAS concernant le commentaire du rythme cardiaque fœtal pendant le travail.
- le critère 12 de l'ACC n°2 « PARTOobs » concernant l'Apgar à la naissance.

➤ ***Critères d'exclusion***

Les deux critères d'exclusion que nous avons retenus sont ceux définis par la HAS : les césariennes programmées et les accouchements inopinés à domicile car seule l'issue de l'accouchement et la surveillance post-natale y sont notés.

➤ ***Taille de l'échantillon***

Ainsi nous avons réalisé notre étude sur 50 dossiers comme recommandé par la HAS.

1.3. Critères de l'étude

Notre étude se divise en trois parties, la première est descriptive, la deuxième est comparative et la troisième partie traite des facteurs pouvant influencer la bonne tenue du partogramme.

✓ **1^{ère} partie : audit clinique ciblé sur l'année 2011**

Tout d'abord, nous avons mené une étude qualitative et descriptive de la tenue du partogramme. Nous avons fait une demande auprès de la HAS pour avoir l'autorisation d'utiliser les trois grilles de recueil de données qu'elle a réalisées et publiées. La HAS nous a répondu que tous les documents publiés peuvent être utilisés par les professionnels de santé comme support pour l'évaluation des pratiques professionnelles. Notre étude des partogrammes a été effectuée en remplissant rigoureusement les trois grilles d'évaluation de la HAS. Nous détaillerons ces critères dans nos résultats.

➤ *Charge de travail par sage-femme*

❖ Nombre d'accouchements

Pour chaque partogramme, nous avons comptabilisé le nombre d'accouchements par sage-femme à l'aide du cahier des naissances. Nous avons réalisé deux classes afin de pouvoir exploiter plus facilement nos résultats [0-1] et [2-3].

❖ Nombre de consultations d'urgence

Nous avons consulté les deux cahiers destinés aux urgences gynécologiques et obstétricales remplis par l'aide-soignante à l'admission de la patiente. L'un des cahiers est réservé aux urgences avec un retour à domicile, l'autre pour les femmes qui restent hospitalisées en salle de naissance ou dans l'unité de grossesses pathologiques.

Afin de pouvoir répertorier, le nombre de consultations par sage-femme, nous avons recherché l'heure exacte à laquelle les femmes étaient admises et les motifs d'admission, à l'aide du dossier médical informatisé et nous avons fait deux classes [0] et [1] pour les retours à domicile et deux classes [0-1] et [2-3] pour les hospitalisations.

➤ *Activité globale en salle de naissance*

De la même façon, nous avons comptabilisé le total du nombre d'accouchements et de consultations sur la garde concernée.

Nous avons répertorié chacun des critères en trois classes :

- [0-2] : faible activité
- [3-5] : moyenne activité
- [6-8] : forte activité

❖ Nombre d'accouchements tous confondus (voie basse spontanée, extraction instrumentale, césarienne).

❖ Nombre de consultations externes en urgence

- retour à domicile (dont les consultations pour terme en voie de dépassement < 41 SA+4 le week-end)

- hospitalisation avec maintien en salle de naissance (menace d'accouchement prématuré, hypertension artérielle gravidique, bilan de vitalité fœtale, rupture

prématurée des membranes, consultation pour terme en voie de dépassement à 41SA+4j, transfert in utero, version par manœuvre externe.

➤ ***Organisation du travail***

- Garde de jour : de 8h à 20h
- Garde de nuit : de 20h à 8h
- Changement d'équipe de garde sur le même partogramme

Nous ne prenons pas en compte les quinze minutes de transmissions entre chaque changement de garde.

Il est important de noter qu'il y a quatre sages-femmes sur la garde de jour et trois sur la garde de nuit à la maternité du CHU de Rouen. Après vérification des plannings des sages-femmes en garde sur la période de notre étude, de janvier à mi février, nous avons constaté que ce roulement était respecté pour toutes les gardes.

Les partogrammes où nous avons observé un changement d'équipe de garde n'ont pas été conservés dans cette troisième partie de l'étude : ce critère est inexploitable car il ne nous permet pas d'évaluer de manière exhaustive la charge de travail sur le partogramme. Au total, nous allons exploiter nos résultats de notre troisième partie sur 31 partogrammes.

➤ ***Existence de pathologies :***

- hémorragie de la délivrance / épisiotomie hémorragique
- réanimation nouveau-né
- mort fœtale in utero / interruption médicale de grossesse
- grossesses multiples
- pré-éclampsie
- procidence du cordon
- prématurité
- stagnation de la dilatation

Lorsque nous avons réalisé notre étude, nous avons relevé l'existence ou non de ces pathologies pour chaque partogramme et nous avons fait deux classes, l'une existence de pathologie et l'autre absence de pathologie.

➤ *Présence d'étudiant sage-femme sur la garde*

Après vérification du planning des stages, nous avons observé que seuls les étudiants en 3^{ème} année des études de sage-femme étaient en stage en salle de naissance sur la période où nous avons réalisé notre étude. Nous avons donc fait deux classes, l'une : présence d'étudiant et l'autre : absence d'étudiant.

➤ *Expérience de la sage-femme*

❖ Année d'obtention du diplôme d'Etat

- < 5ans
- ≥ 5ans et < 10ans
- ≥ 10ans

Nous souhaitons savoir si la formation médicale initiale des sages-femmes nouvellement diplômées permet un meilleur remplissage du partogramme ou si, au contraire, l'expérience des sages-femmes joue un rôle.

❖ Roulement de salle de naissance de la sage-femme (nombre de mois consécutifs passés en salle de naissance sur l'année précédent notre étude → de mars 2010 à février 2011 inclus)

- 3 mois
- 6 mois
- 9 mois

Nous souhaitons savoir si les sages-femmes qui sont plus régulièrement en salle de naissance remplissent mieux les partogrammes.

Afin de pouvoir déterminer si l'activité en salle de naissance a une influence sur le bon remplissage du partogramme nous avons comparé l'activité en salle de naissance entre la garde de jour et la garde de nuit.

Nous avons ensuite calculé les pourcentages de réponse « OUI » pour chaque partogramme sur l'ACC n°3 ; nous avons séparé les taux en deux classes : <50% que nous considérerons comme un mauvais remplissage du partogramme et ≥50% que nous avons considéré comme un bon remplissage. Cela nous a permis de comparer les taux de bons et mauvais remplissages en fonction des critères d'activité sur la garde concernée et des autres critères circonstanciels que nous avons décrits précédemment.

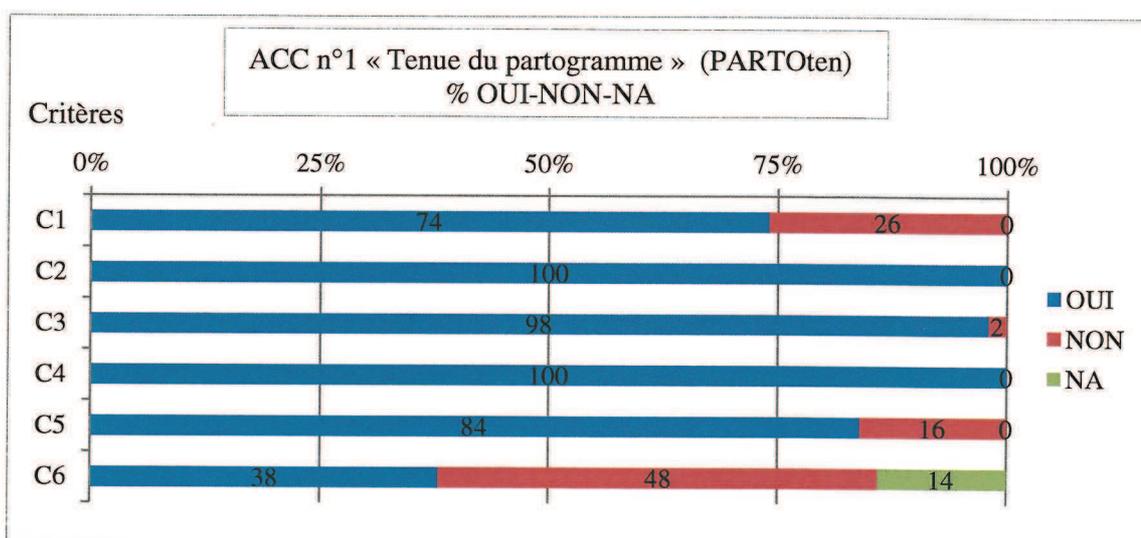
1.4. Tests statistiques

L'exploitation des données de notre étude a été réalisée à l'aide du logiciel Excel version 2010 et du logiciel Stata Standard version 7 pour les tests statistiques. Certains de nos effectifs calculés étant inférieur ou égal à 5, le seul test statistique utilisé est le *test exact de Fisher* avec un seuil de significativité de 5% ($p < 0,05$).

2. Présentation des résultats

2.1. Audit clinique ciblé sur l'année 2011

➤ ACC n°1 « Tenue du partogramme » (PARTOten)



❖ Critère 1. Identité civile de la mère

- L'identité complète doit être notée, c'est-à-dire le nom de jeune fille et/ou le nom marital, le prénom et la date de naissance ; une étiquette administrative est acceptée.

- Elle est notée à 74% sur les partogrammes par une étiquette administrative,

- Sur 26% des partogrammes soit treize partogrammes, un ou plusieurs éléments sont manquants. Seul le nom de famille est noté sur cinq partogrammes ; sur cinq autres il manque la date de naissance ; sur deux partogrammes, nous avons le nom, le prénom et l'âge ; or, la traçabilité de la date de naissance permet d'éviter les erreurs d'identité en cas d'homonymes. Enfin, sur un partogramme, nous ne retrouvons pas l'identité de la patiente.

❖ Critère 2. Notification de la date

- Elle est toujours notée sur les partogrammes.

❖ Critère 3. Respect du rythme horaire

- Le remplissage du partogramme respecte presque toujours le rythme horaire. En effet, sur un partogramme, nous avons retrouvé un décalage de trente minutes. Lorsque le travail a été rapide, inférieur à une heure, nous avons coché « OUI ».

❖ Critère 4. Horaire précis de chaque acte

- L'horaire de chaque acte réalisé est toujours noté à l'aide de l'échelle horaire.

❖ Critère 5. Identité de(s) la sage(s)-femme(s)

- Le nom de la sage-femme et/ou de l'étudiant sage-femme n'est retrouvé qu'à 84%.

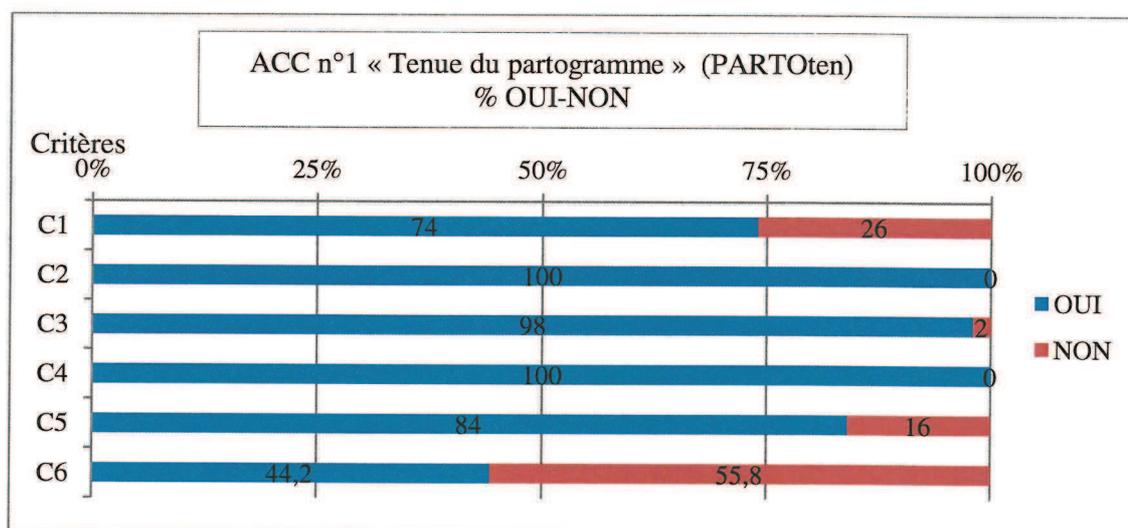
- Sur 16% des partogrammes soit huit partogrammes, nous observons deux cas où il manque l'identité de l'étudiant sage-femme et six où il manque le nom de la sage-femme qui prend la relève au moment du changement de garde dans le post-partum immédiat en salle de naissance.

❖ Critère 6. Identité des différents intervenants

- Les noms des différents spécialistes (obstétriciens et/ou anesthésistes), sont bien retrouvés sur 38% des partogrammes.

- Sur presque la moitié des partogrammes, soit 48%, il manque toujours le nom de l'anesthésiste ; sur l'un d'eux le nom du pédiatre manque également.

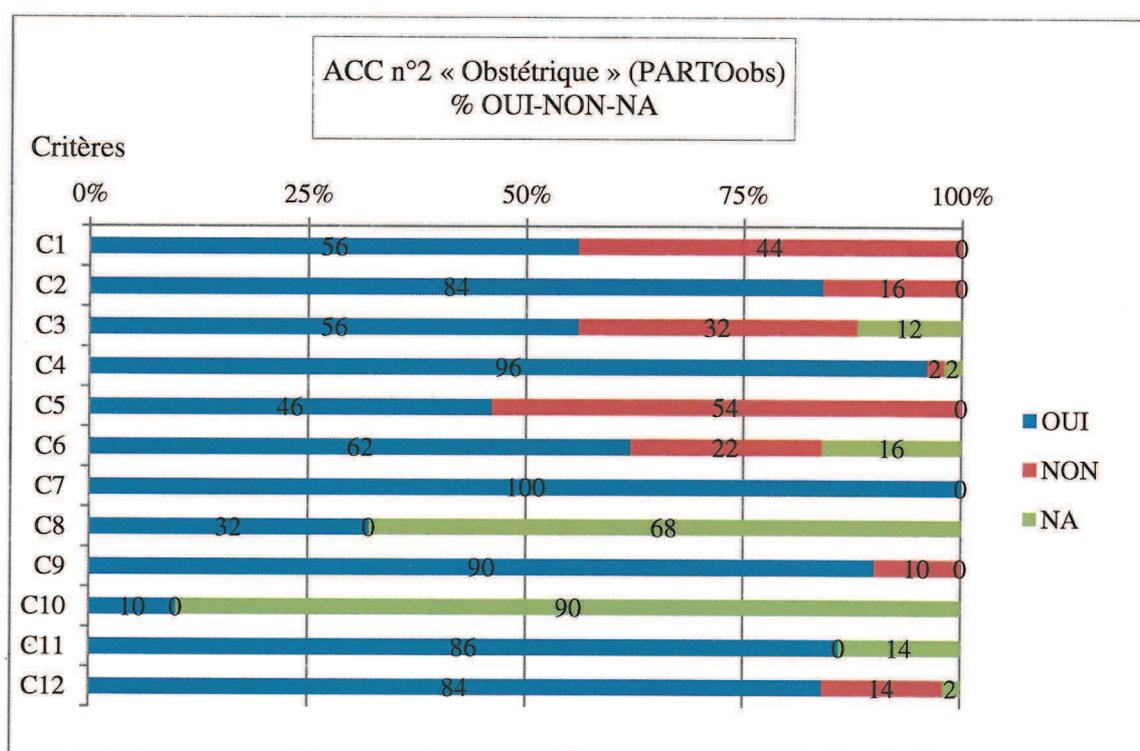
- Les 14% de non-adapté « NA », soit sept partogrammes représentent des accouchements n'ayant nécessité l'intervention d'aucun intervenant.



Ce graphique permet d'avoir une vue d'ensemble sur les pourcentages de « OUI » et « NON ». Cinq critères sur les six sont bien remplis : les critères 2 et 4 (date et horaire de chaque examen) sont toujours bien remplis, le critère 3 (respect du rythme horaire) est bien rempli à 98% et le critère 5 (nom de la sage-femme) à 84%.

Ainsi, on observe mieux les critères les moins bien remplis à savoir l'identité de la patiente, de la sage-femme et surtout celui des différents intervenants, principalement le nom de l'anesthésiste qui est le critère le moins bien rempli à un taux inférieur à 50%.

ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)



❖ Critère 1. Modalité d'entrée en travail et son indication

- La modalité d'entrée en travail (spontané, déclenché ou dirigé) et son indication en cas de déclenchement artificiel du travail figure sur un peu plus de la moitié des partogrammes soit 56%.

- Sur les 44% (vingt deux partogrammes) où l'indication n'a pas été notée, six travaux ont duré moins d'une heure soit 12%.

❖ Critère 2. Présentation du fœtus, sa variété et son niveau

- Tous ces critères sont notés à **chaque examen** sur 84% des partogrammes. Le niveau de la présentation est toujours retrouvé à l'aide de l'échelle des ordonnées graduée.

- Sur les 16%, soit huit partogrammes, ces éléments ne sont pas toujours notés à chaque examen.

❖ Critère 3. Surveillance du col utérin

- La surveillance du col utérin (position, longueur, consistance, dilatation) est notée à **chaque examen** dans 56% des cas. Rappelons que tous ces éléments doivent au moins figurés au premier examen d'entrée en salle de naissance. Nous avons coché « OUI » lorsque c'était le cas ; pour les autres examens, il est toléré que seules la dilatation et la consistance du col soient notées ainsi que le mot « *idem* » quand on a le même examen.

- Dans 32% des cas, cette surveillance n'est pas notée à chaque examen et les critères manquants les plus retrouvés sont la position et la longueur du col.

- Il existe 12% de « NA », soit six partogrammes car l'accouchement était imminent à l'admission.

❖ Critère 4. Rythme cardiaque fœtal

- L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est noté à **chaque examen** dans 96% des cas, les anomalies étant notées en clair (bradycardie, tachycardie, ralentissements).

- Sur un seul partogramme (2%), le rythme cardiaque fœtal n'est pas noté à chaque examen.

- Nous avons recensé un « NA » correspondant à une mort fœtale in utero.

❖ Critère 5. Etat de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique

- Cet item doit être écrit à chaque examen en précisant l'état de la poche des eaux. L'aspect et l'estimation de la quantité de liquide amniotique sont notés lors de la rupture puis à chaque examen. On peut noter « *idem* » si l'élément est inchangé.

- Ce critère est noté à **chaque examen** dans 46% des cas.

- Concernant, les 54% de « NON », ce critère n'est pas retrouvé à chaque examen.

❖ Critère 6. Début des efforts expulsifs

- Le début des efforts expulsifs est noté dans 62% des cas. Nous avons coché « OUI » lorsque le nombre d'efforts expulsifs était noté ou la durée des efforts expulsifs.

- Dans 22% des cas ce critère n'est pas retrouvé.

- Nous avons noté 16% de « NA », soit huit partogrammes : sept partogrammes correspondant à des césariennes en urgence et un partogramme correspondant à la naissance du fœtus mort in utero sous anesthésie générale à 26 semaines d'aménorrhées et 6 jours.

❖ Critère 7. Mode d'accouchement

- Le mode d'accouchement est toujours noté, soit sept césariennes en urgence et quarante trois accouchements voie basse dont neuf ont nécessité une extraction instrumentale ou une manœuvre.

❖ Critère 8. Indication de l'extraction instrumentale, des manœuvres ou de la césarienne

- L'indication de ces actes est toujours notée.

- Concernant les sept césariennes retrouvées dans notre étude, il y avait différentes indications : une pour procidence du cordon, une pour stagnation de la dilation, une pour stagnation et trouble du rythme cardiaque fœtal, deux pour anomalies du rythme cardiaque fœtal, une pour pré-éclampsie modérée, terme dépassé, suspicion de chorioamniotite et liquide amniotique méconial et une pour chorioamniotite et trouble du rythme.

- Nous avons retrouvé quatre extractions instrumentales par forceps (deux pour défaut de progression et deux pour anomalies du rythme), une spatule pour défaut de progression, trois ventouses (deux pour anomalie du rythme et une pour défaut de progression) et une manœuvre de mac roberts pour difficulté aux épaules.

❖ Critère 9. Heure et mode de délivrance

- L'heure et le mode de délivrance sont notés dans 90% des cas.

- Dans 10%, soit cinq partogrammes, nous retrouvons toujours le mode de délivrance mais pas l'heure.

❖ Critère 10. L'indication de la délivrance artificielle et/ou de la révision utérine

- Elle est toujours notée. Au total, une révision utérine pour délivrance dirigée incomplète au niveau des membranes et quatre délivrances artificielles dont deux pour non décollement placentaire, une pour accouchement voie basse d'une mort fœtale in utero sous anesthésie générale et une pour non décollement au bout de quinze minutes après la délivrance dirigée (injection de 5UI de Syntocinon® en intraveineux direct) et antécédent d'hémorragie de la délivrance.

❖ Critère 11. Etat du périnée

- L'état du périnée est indiqué (86% de « OUI »), ainsi que les modalités de réfection (type de suture et fils utilisés).

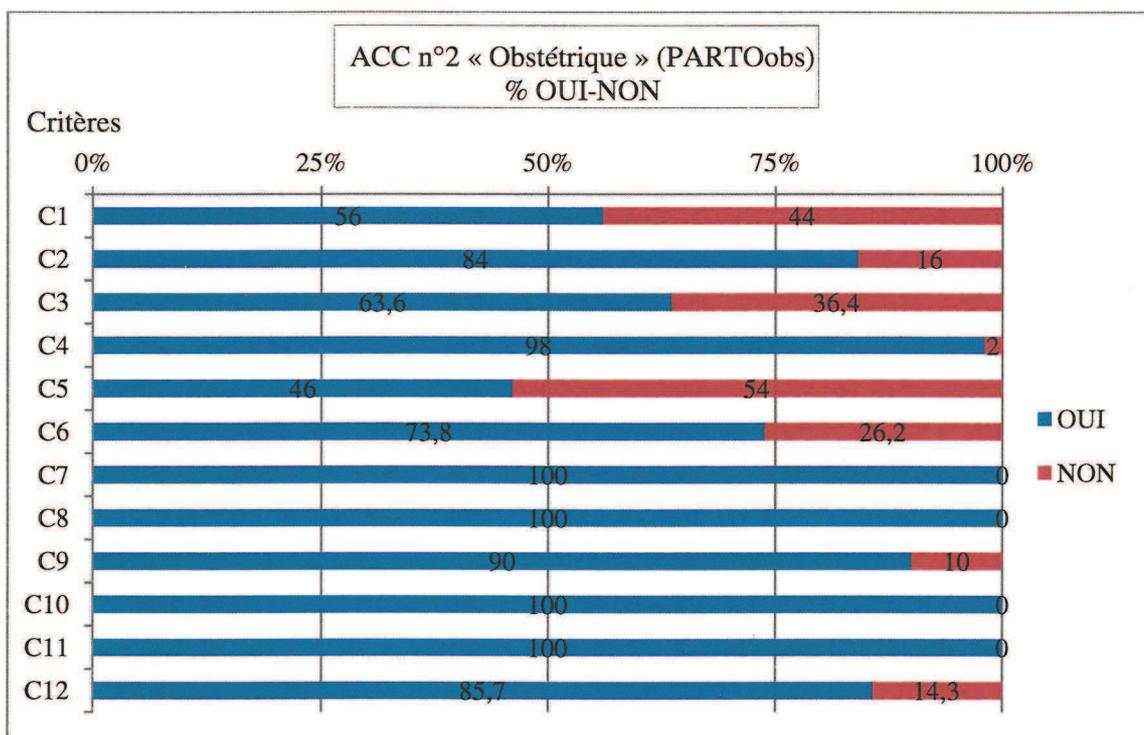
- Nous avons 14% de « NA », soit sept partogrammes correspondant aux sept césariennes.

❖ Critère 12. Naissance

- Concernant la naissance (date, heure, sexe, Apgar, poids), 84% des partogrammes sont bien remplis. L'Apgar doit être mentionné à une minute et cinq minutes.

- Sur 14% des « NON », soit sept partogrammes, nous constatons qu'il manque l'heure de naissance sur quatre d'entre eux, le poids de naissance pour un partogramme, le sexe pour l'un et l'Apgar pour le dernier.

- Le partogramme où ce critère n'est pas adapté concerne la mort fœtale in utero où l'Apgar ne peut être coté.



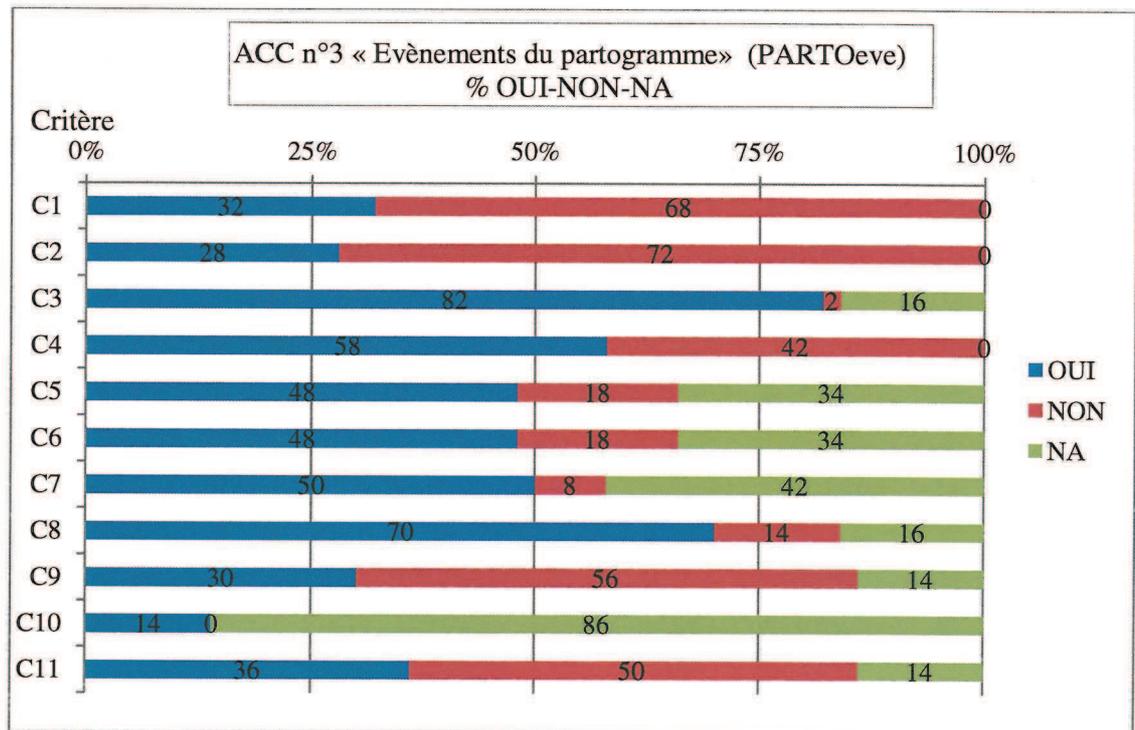
En excluant tous les « non adaptés », nous avons un taux de bon remplissage dans onze critères sur les douze dont quatre qui sont toujours bien remplis : les critères 7, 8, 10 et 11 correspondant respectivement au mode d'accouchement, l'indication de l'extraction ou de la césarienne, l'indication de la délivrance et l'état du périnée). Les critères 4 et 9 (RCF, heure et mode de délivrance) sont bien remplis à plus de 90%. Les critères 2 et 12 (présentation du fœtus et naissance de l'enfant) sont bien remplis à plus de 80%.

Les critères 1, 3 et 6 (modalité d'entrée en travail, surveillance du col, et début des efforts expulsifs) se situent entre 50% et 75%.

Enfin, nous observons qu'il n'y a qu'un seul critère, C5 (concernant la poche des eaux et le liquide amniotique), qui est moins bien rempli à un taux inférieur à 50%.

Au final, les critères les moins bien remplis (inférieur à 75%) concernent la modalité d'entrée en travail, la traçabilité de la surveillance du col utérin et l'état et aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique **à chaque examen**, et la traçabilité du début des efforts expulsifs.

➤ ACC n°3 « Evènements du partogramme » (PARTOeve)



❖ Critère 1. Paramètres cliniques maternels

- Ce critère doit être noté au moins à l'entrée en salle de naissance puis en fonction du contexte clinique
- Les paramètres cliniques à l'entrée (pression artérielle, pulsations et température) sont notés à l'entrée qu'à 32%.
- Dans 68% des cas, il manque les pulsations.

❖ Critère 2. Comportement de la mère

- Le comportement de la mère (calme, agitée) est noté dans 28% des cas.
- Dans 72% des partogrammes, ce critère n'est pas retrouvé.

❖ Critère 3. Pose de l'analgésie péridurale

- La pose de l'analgésie péridurale et ses réinjections sont notées dans la grande majorité soit 82%. De plus, à la maternité du CHU de Rouen, ce critère est rempli de manière très rigoureuse avec l'heure de la dose test ainsi que la première injection.
- Dans un partogramme correspondant à la mort fœtale in utero, une anesthésie générale a été réalisée mais l'heure n'est pas retrouvée.
- Dans huit partogrammes, soit 16%, nous avons coché « NA » car il n'y a pas eu d'analgésie, ni d'anesthésie.

❖ Critère 4. Evaluation de la douleur

- L'intensité de la douleur est évaluée dans 58% des cas à l'aide d'une échelle de la douleur validée et tracée par une courbe d'EVA sur le partogramme.

- Dans les 42% de « NON », huit partogrammes (16%) l'EVA a été cotée au début du travail mais pas jusqu'à l'accouchement.

❖ Critère 5. Prescription médicamenteuse

- La prescription doit être conforme à la réglementation ; il doit figurer : le nom du prescripteur, le nom du médicament, la posologie et la voie d'administration. C'est le cas dans 48% des partogrammes.

Nous avons coché « OUI » pour le prescripteur lorsque la prescription concernait l'administration de Syntocinon® et qu'il n'y avait pas de changement d'intervenant sur le partogramme, c'est-à-dire que le nom de la sage-femme sur le partogramme fait office de prescripteur.

De même, pour les traitements tels que les antirétroviraux, le sulfate de magnésium, les antibiotiques et l'insuline, les protocoles du service sont appliqués sur indication médicale et font office de prescription.

Concernant la voie d'administration, nous avons gardé « OUI » pour le Syntocinon® car voie d'administration (en intraveineux) est implicite dans l'expression du débit en millilitres par heure. L'abréviation « *synto* » est acceptée et la dilution peut être indiquée au début, puis seul le débit est noté.

- Nous avons comptabilisé 18% de « NON » où il manquait principalement le nom du prescripteur et la voie d'administration ; notamment concernant les antibiotiques qui peuvent être administrés *per os* ou en intraveineux.

- Enfin, nous avons 34% de « NA » car aucune prescription n'a été faite.

❖ Critère 6. Administration médicamenteuse

- Concernant l'enregistrement des médicaments administrés (signature et heure d'administration), nous retrouvons exactement les mêmes pourcentages que pour la prescription, c'est-à-dire 48% de « OUI », 18% de « NON » et 34% de « NA ».

Lorsque le critère n'est pas bien rempli, l'élément manquant est la signature de la personne qui a administré le médicament ; l'heure étant représentée par l'échelle horaire du partogramme.

❖ Critère 7. Heure du sondage urinaire

- L'heure du (des) sondage(s) urinaire(s) est notée dans 50% des partogrammes.
- Nous avons retrouvé 8% de « NON » correspondant aux sondages urinaires à demeure des césariennes qui n'ont pas été notés.
- Enfin, nous avons comptabilisé les 42% de « NA » où aucun sondage n'était noté sur le partogramme.

❖ Critère 8. Surveillance d'analgésie ou d'anesthésie

- La trace de la surveillance doit se trouver dans le dossier médical.
- La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme dans 70% des cas. La surveillance clinique est notée soit sur l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, soit sur le dossier d'anesthésie, soit sur le partogramme lui-même.
- Dans 14%, cette surveillance n'est pas retrouvée.
- Les 16% restant sont non adaptés car il n'y pas eu d'anesthésie ou d'analgésie.

❖ Critère 9. Motif et heure d'appel aux médecins

- Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres) ne sont retrouvés que dans 30% des partogrammes étudiés ; le motif et l'heure d'appel de l'obstétricien sont notés dans la grande majorité des cas.
- Dans 56% des partogrammes, l'heure d'appel de l'anesthésiste n'est pas notée. Dans trois dossiers, l'heure d'appel de l'obstétricien et/ou du pédiatre n'est pas notée.
- Nous avons toujours 14% de « NA » où il n'y pas eu besoin de faire appel à un médecin spécialiste.

❖ Critère 10. Heure de décision de césarienne puis de transfert au bloc opératoire

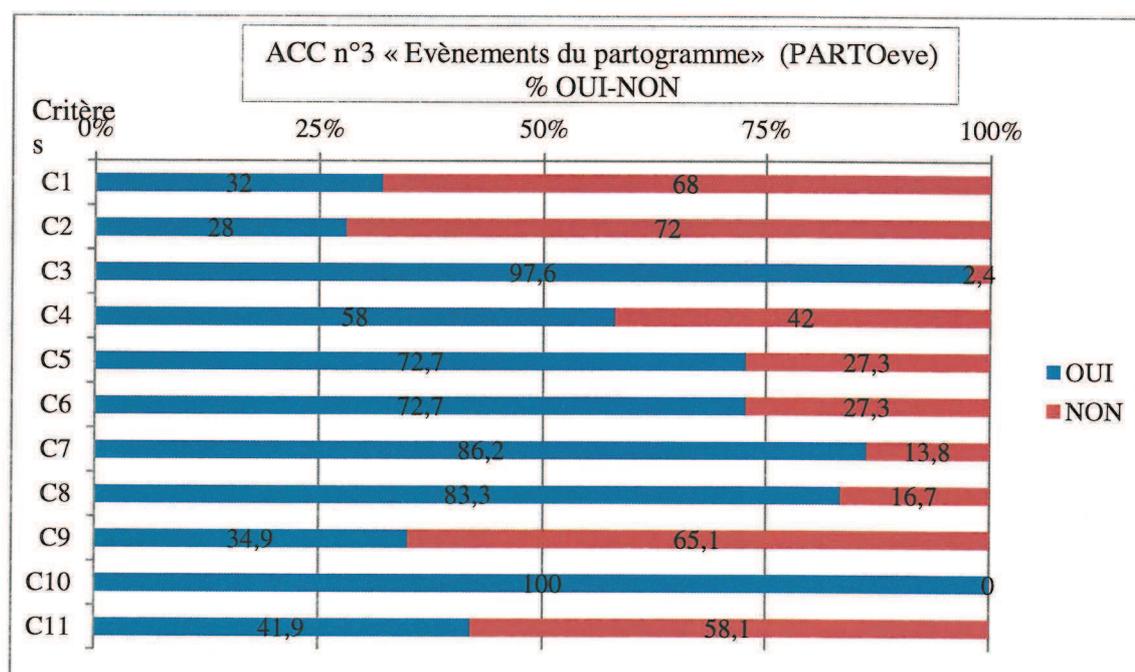
- Ce critère est toujours noté, soit 14% des partogrammes étudiés.
- En effet, les 86% restant de « NA » correspondent aux accouchements par voie basse (spontané ou ayant nécessité une extraction instrumentale ou une manœuvre).

❖ Critère 11. Surveillance post-natale

- La surveillance du post-partum immédiat, durant les deux heures suivant l'accouchement, est notée dans 36% des cas. Elle concerne la tonicité du globe utérin, le pouls, la pression artérielle et le volume des pertes sanguines.

- Lorsqu'un l'un des critères cités précédemment n'a pas été noté, nous avons coché « NON », soit dans la moitié des partogrammes. Il manque principalement le pouls. Sur un partogramme, nous ne retrouvons aucune constante, sur un second nous n'avons qu'un seul examen où est noté un globe de sécurité et sur un autre, nous n'avons pas de valeurs précises pour la surveillance clinique (pression artérielle et pulsations) : il est seulement écrit « normale » par le dessin suivant : « ⊥ ».

- Enfin, nous avons 14% de « NA » qui correspondent aux femmes césarisées en salle de soins post interventionnels (SSPI) par l'infirmière anesthésiste diplômée d'état.



Nous observons des critères qui sont très bien remplis à plus de 70% (les critères 5 et 6 concernant respectivement la prescription et l'administration des médicaments), plus de 80% pour les critères 3, 7, 8 (pose APD, heure des sondages urinaires et surveillance de l'APD) et le critère 10 sur l'heure de décision et de transfert au bloc est toujours bien rempli.

Le critère 4 sur l'évaluation de la douleur est bien rempli dans un peu plus de la moitié des cas.

Les critères les moins bien remplis, à moins de 50%, sont les critères 1, 2, 9 et 11, correspondant respectivement à la traçabilité des paramètres cliniques de la patiente à l'entrée, le comportement de la femme, l'heure d'appel des médecins spécialistes et la surveillance post-natale.

Afin de mieux comprendre ces défauts de remplissage, nous allons étudier plus particulièrement cette dernière grille PARTOeve en faisant un parallèle avec les ACC réalisés à la maternité du CHU de Rouen en mai 2005 et mai 2008.

Ainsi, nous allons observer les tendances entre l'ACC de mai 2008 et notre étude afin de dégager nos points forts et les points qui restent à améliorer ; les résultats de l'ACC de 2005 étant représentés à titre indicatif sur nos graphiques.

2.2. Comparaison des audits entre 2008 et 2011

Nous avons réalisé un graphique représentant les trois audits en mai 2005 (T1), mai 2008 (T2) et notre étude en janvier/février 2011 (T3) sur l'ACC n°3 PARTOeve. Nous nous sommes focalisés sur cette grille par souci d'efficacité comme expliqué dans notre méthodologie.

Cependant, nous ne comparons que les tours de 2008 et 2011, critère par critère, d'abord avec les graphiques « OUI-NON-NA » puis par le rapport « OUI-NON » pour avoir l'évolution exacte concernant chaque critère (*Annexe VIII*).

ACC n°3 « Evènements du partogramme » (PARTOeve)
 Résultats TOURS 1+2+3 % OUI-NON-NA

ETABLISSEMENT :
 Hopital Charles Nicolle Rouen

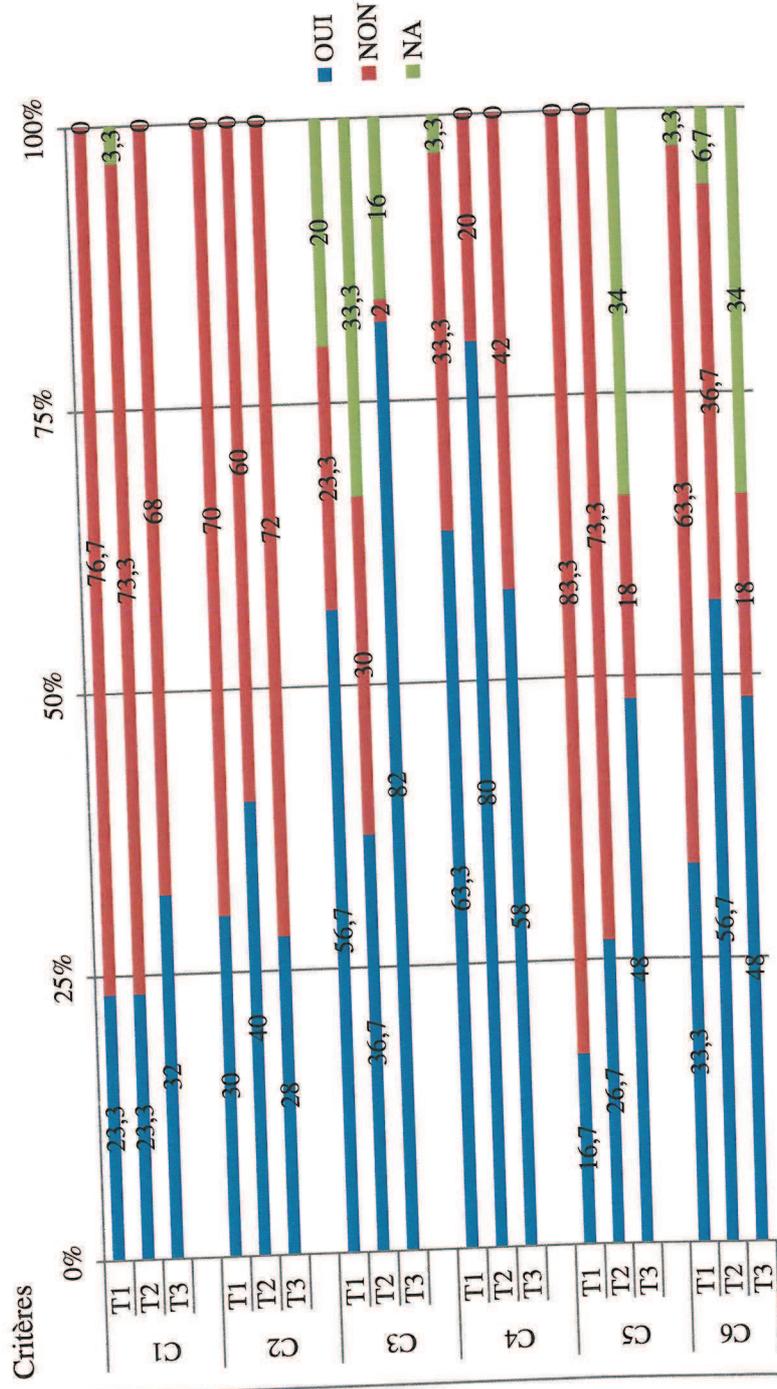
SERVICE :
 Gynéco Obstétrique

REGION :
 Haute-Normandie

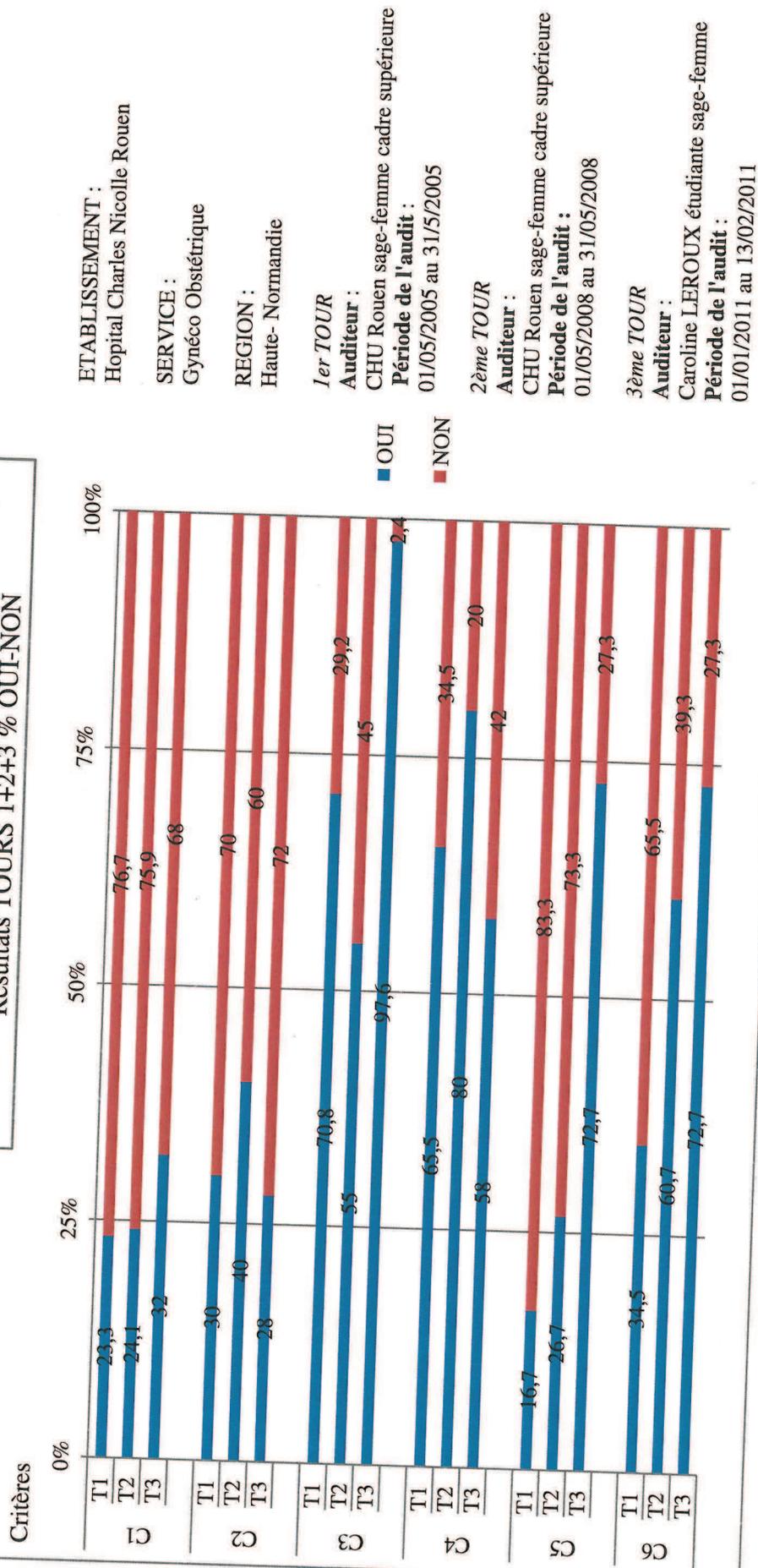
1er TOUR
 Auditeur :
 CHU Rouen sage-femme cadre supérieure
 Période de l'audit :
 01/05/2005 au 31/5/2005

2ème TOUR
 Auditeur :
 CHU Rouen sage-femme cadre supérieure
 Période de l'audit :
 01/05/2008 au 31/05/2008

3ème TOUR
 Auditeur :
 Caroline LEROUX étudiante sage-femme
 Période de l'audit :
 01/01/2011 au 13/02/2011



ACC n°3 « Evènements du partogramme » (PARTOeVe)
 Résultats TOURS 1+2+3 % OUI-NON



ETABLISSEMENT :
 Hopital Charles Nicolle Rouen

SERVICE :
 Gynéco Obstétrique

REGION :
 Haute-Normandie

1er TOUR
 Auditeur :
 CHU Rouen sage-femme cadre supérieure
 Période de l'audit :
 01/05/2005 au 31/5/2005

2ème TOUR
 Auditeur :
 CHU Rouen sage-femme cadre supérieure
 Période de l'audit :
 01/05/2008 au 31/05/2008

3ème TOUR
 Auditeur :
 Caroline LEROUX étudiante sage-femme
 Période de l'audit :
 01/01/2011 au 13/02/2011

■ OUI
 ■ NON

❖ Critère 1. Paramètres cliniques maternels

Concernant la notification des paramètres cliniques à l'entrée, nous observons une faible augmentation dans le taux de remplissage de ce critère. En fonction du rapport « OUI-NON », nous nous sommes améliorés, **32%** en 2011 versus 24,1% en 2008 mais le taux reste nettement inférieur à 50%.

❖ Critère 2. Comportement de la mère

Le comportement de la femme durant le travail n'est noté qu'à **28%** en 2011 contre 40% en 2008.

❖ Critère 3. Pose de l'analgésie péridurale

La traçabilité de la pose de l'analgésie péridurale et ses réinjections s'est nettement améliorée entre 2008 et 2011. Nous avons atteint en 2011 un taux de 82% versus 36,7% en 2008. En excluant les « NA », ce chiffre augmente à un taux non négligeable de **97,6%** de bon remplissage contre 55% en 2008.

❖ Critère 4. Evaluation de la douleur

Elle est moins bien notée à **58%** en 2011 alors qu'elle était de 80% en 2008.

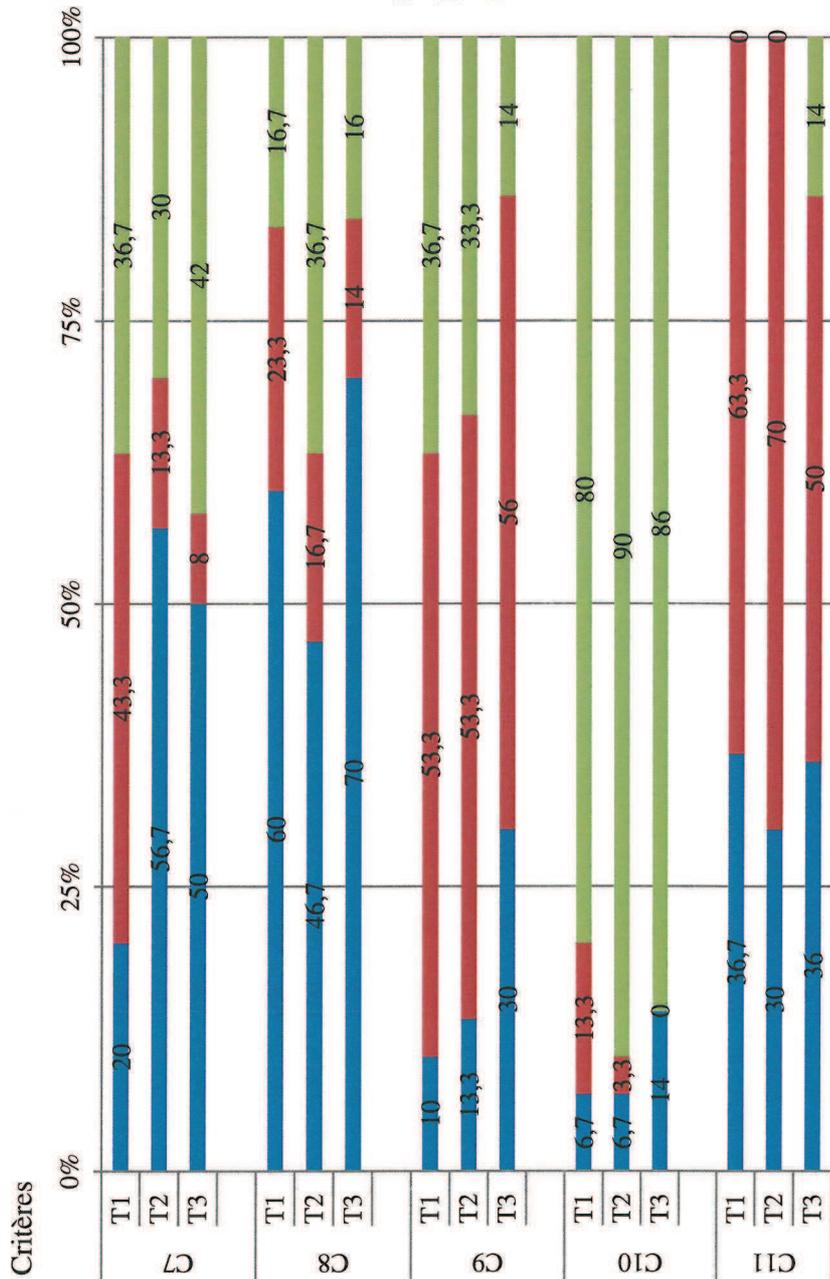
❖ Critère 5. Prescription médicamenteuse

Le taux de conformité des prescriptions s'élève à 48% en 2011 contre 26,7% en 2008. Cependant, il y a un taux de « NA » non négligeable en 2011, alors si nous nous référons au rapport « OUI-NON », ce taux augmente à **72,7%** en 2011 versus 26,7% en 2008.

❖ Critère 6. Administration médicamenteuse

Le taux de conformité des administrations médicamenteuses paraît diminué en 2011 avec 48% contre 56,7% en 2008. Hors, le pourcentage de « NA » est plus important en 2011 qu'en 2008, donc si nous excluons les « NA », ce taux augmente à **72,7%** versus 60,7% en 2008.

ACC n°3 « Evènements du partogramme » (PARTOeve)
 Résultats TOURS 1+2+3 % OUI-NON-NA



ETABLISSEMENT :
Hopital Charles Nicolle Rouen

SERVICE :
Gynéco Obstétrique

REGION :
Haute- Normandie

1^{er} TOUR

Auditeur :
CHU Rouen sage-femme cadre supérieure
Période de l'audit :
01/05/2005 au 31/5/2005

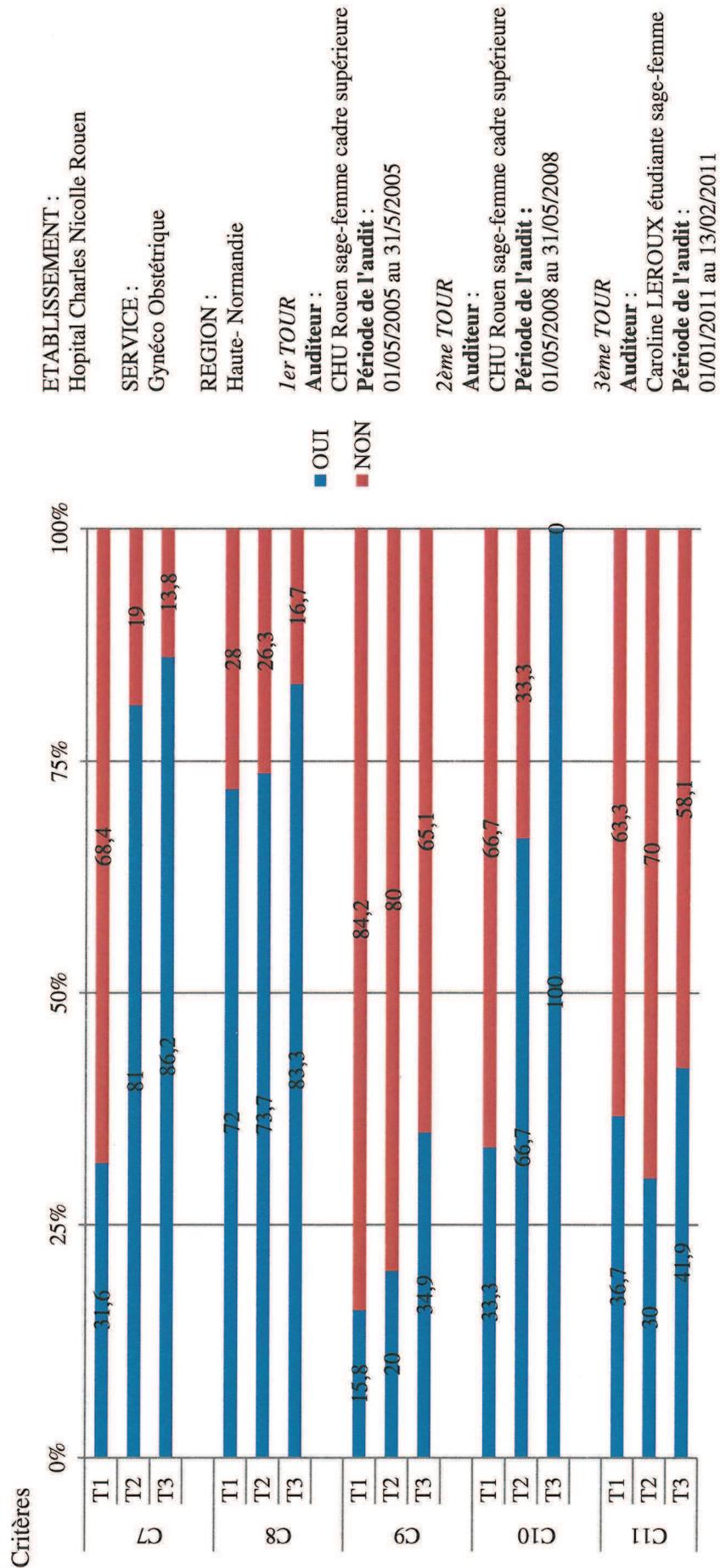
2^{ème} TOUR

Auditeur :
CHU Rouen sage-femme cadre supérieure
Période de l'audit :
01/05/2008 au 31/05/2008

3^{ème} TOUR

Auditeur :
Caroline LEROUX étudiante sage-femme
Période de l'audit :
01/01/2011 au 13/02/2011

ACC n°3 « Evènements du partogramme » (PARTOeve)
 Résultats TOURS 1+2+3 % OUI-NON



ETABLISSEMENT :
Hopital Charles Nicolle Rouen

SERVICE :
Gynéco Obstétrique

REGION :
Haute- Normandie

1er TOUR

Auditeur :
CHU Rouen sage-femme cadre supérieure

Période de l'audit :
01/05/2005 au 31/5/2005

2ème TOUR

Auditeur :
CHU Rouen sage-femme cadre supérieure

Période de l'audit :
01/05/2008 au 31/05/2008

3ème TOUR

Auditeur :
Caroline LEROUX étudiante sage-femme

Période de l'audit :
01/01/2011 au 13/02/2011

❖ Critère 7. Heure du sondage urinaire

L'heure est notée dans la moitié des cas en 2011 contre 56,7% en 2008. De même que pour les autres critères, sans les « NA », nous avons **86,2%** de bon remplissage en 2011 versus 81% en 2008.

❖ Critère 8. Surveillance d'analgésie ou d'anesthésie

La surveillance d'analgésie ou d'anesthésie est associée au partogramme dans 70% des cas en 2011 contre 46,7% en 2008 ; ce taux s'élève à **83,3%** contre 73,7% sans les « NA ».

❖ Critère 9. Motif et heure d'appel aux médecins

Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) est notifié dans 30% des cas contre 13,3% en 2008 ; en excluant les « NA », ce taux augmente peu à **34,9%** contre 20%.

❖ Critère 10. Heure de décision de césarienne puis de transfert au bloc opératoire

L'heure de décision de césarienne et de transfert au bloc opératoire est notée dans 14% des cas contre 6,7% en 2008. Sur notre étude nous n'avons recensé que sept césariennes, il y a donc 86% de « NA », soit un taux de **100%** de bon remplissage en 2011 contre 66,7% en 2008. Il est important de noter que dans ses grilles d'ACC la HAS n'a pas repris le critère heure d'arrivée.

❖ Critère 11. Surveillance post-natale

La surveillance post-natale est un critère pas toujours rempli, à un taux de 36% en 2011 contre 30% en 2008 ; sans les « NA », ce taux augmente légèrement à **41,9%** contre 30% en 2008, mais il reste inférieur à 50%.

Pour chaque critère de la grille « PARTOeve », cette évolution est nettement plus marquée entre 2005 et 2011.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur les facteurs pouvant influencer le remplissage du partogramme en salle de naissance.

2.3. Facteurs pouvant influencer le remplissage du partogramme en salle de naissance

Nous avons regroupé nos résultats dans deux tableaux.

Tableau 1 : activité en salle de naissance en fonction de la garde : analyse univariée

n = nombre de partogrammes	Jour (n=20)	Nuit (n=11)	<i>p</i>
<u>Charge de travail par sage-femme</u>			
> Nombre d'accouchements			
[0-1]	45% (n=9)	45,5% (n=5)	1,000
[2-3]*	55% (n=11)	54,5% (n=6)	
> Nombre de consultations			
• Retour à domicile			
[0]	60% (n=12)	81,8% (n=9)	0,262
[1]*	40% (n=8)	18,2% (n=2)	
• Hospitalisation			
[0-1]	70% (n=14)	81,8% (n=9)	0,676
[2-3]*	30% (n=6)	18,2% (n=2)	
<u>Activité globale sur la garde</u>			
> Nombre d'accouchements			
[0-2]	10% (n=2)	27,3% (n=3)	0,417
[3-5]	45% (n=9)	45,5% (n=5)	
[6-8]*	45% (n=9)	27,3% (n=3)	
> Nombre de consultations			
• Retour à domicile			
[0-2]	55% (n=11)	81,8% (n=9)	0,301
[3-5]	25% (n=5)	18,2% (n=2)	
[6-8]*	20% (n=4)	0% (n=0)	
• Hospitalisation			
[0-2]	15% (n=3)	36,4% (n=4)	0,442
[3-5]	55% (n=11)	36,4% (n=4)	
[6-8]*	30% (n=6)	27,3% (n=3)	

* Les maximums de chaque classe étudiée correspondent aux constats effectués.

➤ *Charge de travail par sage-femme sur la même garde*

❖ Nombre d'accouchements

La charge de travail en nombre d'accouchements par sage-femme est sensiblement similaire le jour comme la nuit dans les deux classes [0-1] et [2-3].

→ Nous n'avons donc pas pu mettre en évidence une différence significative du pourcentage d'accouchements réalisés par une sage-femme en fonction de la garde de jour ou de nuit ($p=1,000$).

❖ Consultations avec retour à domicile

On observe un pourcentage de consultations avec retour à domicile [1] plus important le jour (40%) que la nuit (18,2%). De même, on constate qu'il y a moins de consultations la nuit dans la classe [0] : 81,8% la nuit contre 60% le jour.

→ Cependant, nous n'avons pas pu observer une différence significative de la fréquence de consultations de retour à domicile par sage-femme entre le jour et la nuit ($p=0,262$).

❖ Consultations avec hospitalisation

Le pourcentage de consultations avec hospitalisation par sage-femme dans la classe [0-1] est légèrement plus élevé la nuit (81,8%) que le jour (70%) ; de plus, on observe qu'il y a sensiblement plus de consultations avec hospitalisation dans la classe [2-3] le jour (30%) que la nuit (18,2%).

→ Il n'y a pas de différence significative de la charge de travail de la sage-femme entre le jour et la nuit ($p=0,676$).

➤ *Activité globale sur la garde*

❖ Nombre d'accouchements

Concernant le taux d'accouchements par garde, on remarque que le taux de faible activité [0-2] est plus important la nuit (27,3%) que le jour (10%). De la même façon, le taux de forte activité en terme de nombre d'accouchements [6-8] est plus important le jour (45%) que la nuit (27,3%). Enfin, on observe que lorsque l'activité est moyenne [3-5], les taux sont similaires (45%).

→ Au final, ce critère ne nous a pas permis de trouver une différence significative entre garde de jour et garde de nuit ($p=0,417$).

❖ Nombre de consultations avec retour à domicile

Nous avons les mêmes constats concernant les taux de consultations d'urgence avec retour à domicile. En effet, il y a un taux de faible activité [0-2] plus important la nuit (81,8%) que le jour (55%) et un taux de forte activité [6-8] plus important le jour (20%) que la nuit (0%). Concernant le taux de moyenne activité [3-5], il reste légèrement plus important le jour (25%) que la nuit (18,2%).

→ En comparant le jour et la nuit, nous n'observons pas de différence significative entre le taux de consultations avec RAD le jour et la nuit ($p=0.301$).

❖ Nombre de consultations avec hospitalisation

Concernant le taux de consultations avec hospitalisation, nous constatons encore que les taux sont plus importants lors d'une garde de jour dans les classes [3-5] et [6-8] à des taux respectifs que la nuit et inversement pour la classe [0-2].

→ A nouveau, nous n'avons pas pu mettre en évidence une différence significative entre le taux de consultations avec hospitalisation entre le jour et la nuit ($p=0.442$).

Nous ne pouvons donc pas conclure qu'il existe une différence significative du taux d'activité en salle de naissance entre le jour et la nuit.

Tableau 2 : autres facteurs pouvant influencer sur le remplissage du partogramme en salle de naissance : analyse univariée

n = nombre de partogrammes	Pourcentage de « OUI »		p
	< à 50% (n=10)	≥50% (n=21)	
Organisation du travail *			
Garde de jour	60% (n=6)	66,7% (n=14)	0,712
Garde de nuit	40% (n=4)	33,3% (n=7)	
Existence de pathologies			
Oui	40% (n=4)	52,4% (n=11)	0,704
Non	60% (n=6)	47,6% (n=10)	
Présence d'étudiant sage-femme			
Oui	10% (n=1)	42,9% (n=9)	0,106
Non	90% (n=9)	57,1% (n=12)	
Expérience de la sage-femme			
> Année du Diplôme d'Etat			
< 5ans	10% (n=1)	19% (n=4)	0,675
≥5ans et < 10ans	30% (n=3)	38,1% (n=8)	
≥10ans	60% (n=6)	42,9% (n=9)	
> Roulement de SDN			
3 mois	10% (n=1)	14,3% (n=3)	0,382
6 mois	30% (n=3)	52,4% (n=11)	
9 mois	60% (n=6)	33,3% (n=7)	

* Quatre sages-femmes en garde le jour versus trois sages-femmes en garde la nuit

➤ Organisation du travail

On remarque que la nuit le partogramme a tendance à être moins bien rempli la nuit : 40% de « OUI <50% » contre 33,3% de « OUI ≥50% » ; contrairement au jour où il est plutôt mieux rempli : 66,7% de « OUI ≥50% » contre 60% de « OUI < 50% ». → Cependant, par cette comparaison, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative du taux de remplissage en fonction de la garde ($p=0.712$).

TROISIEME PARTIE

Discussion

1. Limites de notre étude

Le caractère rétrospectif de notre étude représente un biais pour l'exploitation de certains de nos résultats. En effet, dans notre analyse descriptive nous ne pouvons pas vérifier le remplissage exhaustif en temps réel.

De plus, nous ne pouvons pas savoir si les défauts de remplissage sont liés au fait que l'acte n'a pas été réalisé ou s'il s'agit d'un manque de traçabilité.

Nous avons rencontré des difficultés à évaluer de manière précise la charge de travail par sage-femme et par garde. En effet, le taux d'occupation des six salles de naissance et des trois chambres de pré-travail, n'étant pas tracé, il ne peut être quantifié.

Pour la même raison, nous n'avons pas pu mettre en évidence une relation de cause à effet entre le remplissage du partogramme et l'activité en salle de naissance.

2. Analyse des résultats

✓ 1^{ère} partie : audit clinique ciblé sur l'année 2011

❖ ACC n°1 PARTOten

- Nous avons pu constater des points forts sur le remplissage des critères concernant notamment la datation et le respect du rythme horaire. Ce qui est un point positif car toutes les décisions sont prises en fonction de l'échelle du temps permettant une meilleure gestion des risques (durée d'ouverture de l'œuf, stagnation de la dilatation, durée des efforts expulsifs).

- En revanche, nous avons été surpris de la non-conformité totale des autres critères. En effet, nous avons constaté l'absence d'identification complète de la patiente et/ou des professionnels sur le partogramme. Ces critères d'importance ne sont pas toujours retrouvés sur le partogramme lui-même. L'absence de nom de la sage-femme et/ou de l'étudiant est souvent liée à un changement d'équipe de garde pendant le travail ou dans le post-partum immédiat.

Quant au nom de l'anesthésiste, il est toujours retrouvé dans le dossier d'anesthésie contenu dans le dossier médical.

Il s'agit plus souvent d'habitudes de service que d'une absence totale d'informations. En effet, ces informations manquantes sur le partogramme sont toujours retrouvées dans le dossier médical informatisé de la patiente. Le plus important au niveau médico-légal en cas d'expertise juridique, est de pouvoir retrouver les informations complètes dans le dossier médical. Cependant, l'absence d'identification du partogramme est une source de confusion et d'erreur.

Ces mêmes observations ont été retrouvées dans l'étude nationale réalisée par la HAS en 2006.

❖ ACC n°2 PARTOobs

- De nombreux points forts sur la traçabilité de la surveillance obstétricale sont constatés. Particulièrement, les critères concernant le bien-être de l'enfant : traçabilité du rythme cardiaque fœtal et l'Apgar à la naissance, et les actions mises en place pour la sécurité et la qualité des soins de la mère et de l'enfant : les informations concernant la délivrance permettent la prévention du risque hémorragique. Les autres critères tels que le mode d'accouchement, les indications de manœuvres et l'état du périnée sont également bien remplis.

- Nous avons également retrouvé des défauts de remplissage concernant la modalité d'entrée en travail qui n'est pas toujours précisée sur le partogramme mais, tout comme les critères précédents, on peut la retrouver dans le dossier informatisé imprimé et jointe au partogramme.

D'autres points restent à améliorer quant au remplissage à **chaque examen** de la présentation du fœtus, la surveillance du col utérin ainsi que l'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique et le début des efforts expulsifs. Le partogramme est le seul outil diagnostique permettant la traçabilité des événements du travail en temps réel ; le rythme horaire est respecté comme nous l'avons précisé précédemment mais il est important de rappeler aux équipes le caractère d'aide à la décision du partogramme en notant rigoureusement chaque acte.

Nos résultats concernant les critères à améliorer sont les mêmes que ceux des audits nationaux mis en place par la HAS.

❖ ACC n°3 PARTOeve

Sur cette troisième grille concernant la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail, nous nous apercevons que, contrairement aux deux autres grilles étudiées précédemment, le remplissage est de moins bonne qualité.

• Certains critères sont bien remplis :

- l'heure de décision de transfert au bloc opératoire, l'analgésie péridurale et sa surveillance sur la feuille d'anesthésie ou l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

- la prescription et l'administration des médicaments font l'objet d'une bonne traçabilité dans l'ensemble. Les protocoles et les habitudes de service jouent un rôle important. Les éléments manquants sur le partogramme sont toujours retrouvés dans le dossier de la patiente.

- l'heure des sondages urinaires est toujours bien notée.

• Les critères les moins bien remplis sont :

- le comportement de la mère et l'évaluation de la douleur après la pose de l'analgésie péridurale. Pourtant ce dernier est un élément important de la qualité de la prise en charge des patientes.

- la traçabilité des paramètres maternels à l'entrée en salle de naissance, principalement le pouls maternel. Il est pourtant important de le contrôler lors de la pose de l'enregistrement fœtal afin bien le distinguer des bruits du cœur fœtaux du pouls maternel. Cela peut-il s'expliquer par le fait que les pulsations sont enregistrées sur l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en même temps que la pression artérielle ?

- les constantes et critères cliniques de la surveillance du post-partum immédiat : cette surveillance est tout aussi importante que celle du travail car il existe toujours des risques après l'accouchement, notamment l'hémorragie de la délivrance. La prise des pulsations est pourtant régulièrement absente.

- l'heure d'appel aux médecins : elle est essentielle pour évaluer nos actions en situation d'urgence entre le diagnostic d'une anomalie et la prise en charge de celle-ci.

L'activité rencontrée en terme de nombre de consultations (plus importante le jour que la nuit), venant s'ajouter au nombre d'accouchements et aux activités logistiques réalisées le jour, nous pouvons en conclure que le ratio de quatre sages-femmes pendant la journée et de trois sages-femmes pendant la nuit est en adéquation avec la charge de travail.

❖ *Activité globale sur la garde*

En reprenant différentes classes que nous avons constituées et expliquées dans notre méthodologie, nous nous apercevons de la même tendance : l'activité semble plus importante le jour que la nuit.

➤ Autres facteurs pouvant influencer le remplissage du partogramme

❖ *Organisation du travail*

Nous avons constaté que les partogrammes étaient mieux remplis le jour que la nuit. Nous ne pouvons pas conclure précisément, du fait du caractère rétrospectif de notre étude, si cela est dû à un manque de vigilance lié au travail de nuit ou en relation avec le nombre de sages-femmes.

❖ *Existence de pathologies*

Nous avons constaté que lorsqu'il existait une pathologie durant le travail, le partogramme était mieux rempli que lors d'un accouchement eutocique. Ce qui prouve bien l'utilité du partogramme en lui-même comme support d'évènements importants pouvant intervenir pendant le travail, comme outil d'aide à la décision et de la prise de conscience qu'ont les sages-femmes du caractère médico-légal du partogramme.

❖ *Présence d'étudiants sages-femmes*

Nous avons également noté que lorsqu'il y avait un étudiant en garde, le partogramme était mieux rempli. La formation initiale des étudiants joue sans doute un rôle important dans le constat de ce résultat. Sa présence est également une aide supplémentaire pour les professionnels.

❖ *Expérience de la sage-femme*

Enfin, nous avons remarqué que plus l'année d'obtention du diplôme d'Etat était récente, plus les partogrammes étaient bien remplis.

Lorsque nous avons étudié le roulement en salle de naissance des sages-femmes, nous avons constaté un taux de mauvais remplissage plus important chez les sages-femmes qui étaient le plus souvent en salle de naissance. Or, nous nous sommes aperçus que les sages-femmes en garde longtemps en salle de naissance étaient également celles qui étaient le plus anciennement diplômées. Ce qui nous conforte dans l'idée que l'évaluation des pratiques professionnelles doit non seulement faire partie de la formation initiale mais également de la formation continue afin de pouvoir réactualiser les connaissances et améliorer les pratiques. Ainsi, on comprend mieux l'enjeu du développement professionnel continu (DPC).

3. Propositions d'actions

➤ Communication des résultats de l'étude

- Dans une politique constante d'évaluation et d'amélioration de nos pratiques, il paraît indispensable de faire une diffusion large du compte-rendu de nos principaux résultats à l'ensemble de l'équipe soignante lors d'une réunion d'information et permettre ainsi une auto-évaluation de chacun sur sa pratique, dans un but pédagogique.

- De plus, nous pourrions transmettre nos résultats à la direction de la qualité, cet audit rentrant dans l'évaluation des pratiques professionnelles recensée au sein de notre établissement dans l'objectif de la certification à l'automne 2012.

➤ Compte-rendu du staff journalier

A la maternité du CHU de Rouen, un staff quotidien réunit les différents corps de métiers (obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, cadres de santé, psychologue, assistante sociale, étudiants). Il a pour but la critique (positive ou négative) des conduites à tenir réalisées et de proposer des réajustements dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patientes et de leur nouveau-né.

Cependant, nous n'avons pas de traçabilité écrite du compte-rendu de cette réunion de service. Il serait alors intéressant de faire un bilan des points importants

soulignés lors de ce staff, faisant office de « recommandations de bonnes pratiques », et d'en référer à posteriori à l'équipe pluridisciplinaire.

➤ Audits répétés pluridisciplinaires sur la tenue partogramme

La pratique d'audit clinique sur la tenue du partogramme réalisée tous les deux ans environ pourrait être mise en place. Cela nous permettrait de réajuster les pratiques professionnelles qui ne seraient pas en accord avec les recommandations de la HAS et en faisant participer une grande partie des professionnels.

➤ Participation des sages-femmes aux EPP

- Les audits permettent d'évaluer les pratiques d'autrui de manière objective mais l'auto-évaluation des sages-femmes est tout aussi importante dans l'amélioration des pratiques. Au vu de nos résultats, il semble indispensable que les sages-femmes participent activement à leur auto-évaluation et à une remise en question permanente de leurs pratiques.

- De plus, comme on le retrouve dans les données de la littérature, les sages-femmes semblent peu impliquées dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'agit donc de les familiariser à ces principes d'évaluation de la qualité des soins en favorisant les groupes de travail sur l'audit partogramme.

➤ Etude prospective

Une autre étude pourrait être réalisée de façon prospective afin d'évaluer la réelle charge de travail en salle de travail, associée à un questionnaire aux sages-femmes, ce qui nous permettrait de savoir si ces défauts de traçabilité sont dus à un manque de connaissances ou à un manque de temps.

CONCLUSION

La sage-femme a une obligation déontologique de qualité des soins. Elle doit s'informer de l'émergence des nouvelles pratiques et réglementations en vigueur, et réactualiser ses connaissances théoriques et pratiques, afin de répondre aux droits des usagers. D'ailleurs, depuis 2011 le développement professionnel continu est devenu obligatoire.

Le partogramme, outil indispensable pour les praticiens de salle de naissance, s'intègre dans la démarche de qualité des soins. La Haute Autorité de Santé a donc décidé d'en faire un outil d'évaluation des pratiques professionnelles. L'audit clinique sur la tenue du partogramme est un excellent moyen d'évaluation des pratiques et permet de mettre en place des actions correctrices.

Dans les études nationales réalisées par la HAS, les principaux résultats montraient une conformité initiale faible. Entre 2004 et 2005, il y a eu une amélioration du remplissage concernant la grille PARTOten et la grille PARTOobs mais des améliorations restent à faire concernant les critères de la grille PARTOeve.

Notre étude nous a permis d'observer que le partogramme est en général bien tenu et les critères obstétricaux sont, dans la plupart des cas, bien remplis. Nous avons pu constater que les défauts de traçabilité concernent plus particulièrement les événements pendant le travail, ce qui concorde avec les conclusions de la HAS.

Globalement, nos résultats ont montré qu'entre 2008 et 2011, il y a eu une nette amélioration des pratiques et ces tendances sont nettement plus marquées entre 2005 et 2011. Cela montre bien le bénéfice des audits répétés au sein d'une même équipe et leur effet pédagogique. Cependant, il reste des points à améliorer. Dans ce but, nous proposons de communiquer largement nos résultats à l'ensemble de l'équipe soignante.

En outre, l'activité en salle de naissance ne semble pas jouer un rôle dans le remplissage du partogramme.

La pratique régulière d'audit clinique ciblé sur le partogramme permet de sensibiliser les sages-femmes à l'évaluation de leurs pratiques professionnelles et notamment à leur auto-évaluation.

Cette méthode devrait être enseignée dans la formation initiale et poursuivie dans la formation continue permettant ainsi de l'intégrer à notre pratique quotidienne.

- (9) Circulaire – Code de la Santé Publique – 6 mai 1995 – Circulaire DGS/DH/95 n° 2 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé
- (10) Ordonnance – Code de la Sécurité Sociale – 24 avril 1996 – Ordonnance n° 96-345 portant réforme hospitalière relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé
- (11) Loi – Code de la Santé Publique – 4 mars 2002 – Loi Kouchner n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- (12) Loi – Code de la Santé Publique – 9 août 2004 – Loi n° 2004-806 relative à la formation médicale des sages-femmes
- (13) Loi – Code de la Santé Publique – 13 août 2004 – Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie
- (14) Décret – Code de la Santé Publique – 14 avril 2005 – Décret n° 2005-346 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- (15) Circulaire – Code de la Santé Publique – 2 mars 2006 – Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- (16) Décret – Code de la Santé Publique – 2 juin 2006 – Décret n° 2006-650 relatif à la formation médicale continue
- (17) Décret – Code de la Santé Publique – 17 octobre 2006 – Décret n° 2006-1268, article R.4127-346 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique
- (18) Code de déontologie des sages-femmes – mars 2007
- (19) Décret – Code de la Santé Publique – 30 décembre 2011 – Décret n° 2011-2117 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes et à la commission indépendante des sages-femmes

Documents non publiés :

(20) J. GOEMINNE, C. GOURIER, C. GUYARD, A. JAMET, E. JULLIAN, C. NALLET, E. PELLETIER, S. ROUVILLOIS, C. SLIWKA, P. TOCKEY, S. WEILLAND Ecole nationale de la santé publique – La charte du patient hospitalisé : 10ans déjà – Module interprofessionnel de santé publique – Rennes – 2005

(21) N. MESNIL et I. PAULARD – La formation continue des sages-femmes – Association Nationale de Formation Initiale et Continue des sages-femmes (ANFIC)

➤ *Mémoire :*

(22) F. DORNEUS – Évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes du groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul concernant la tenue du partogramme – Mémoire sage-femme – Paris – 2011

(23) E. HOUBIERS – Audit sur le partogramme – Mémoire sage-femme – Nancy – 2001

Autres sources :

➤ *Supports de la HAS :*

(24) HAS – Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme – Evaluation des Pratiques Professionnelles – janvier 2000

(25) ANDEM / ANAES – Fonds de l'évaluation médicale (1987-2000) – janvier 2005

(26) HAS – Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme – Evaluation des Pratiques Professionnelles Rapport de l'expérimentation nationale – octobre 2006

(27) Cédérom de la HAS – L'Audit Clinique en établissements de santé – Méthode d'évaluation des pratiques professionnelles – janvier 2006

➤ *Sites Internet :*

(28) @portail de la Haute Autorité de Santé – HAS – http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_447520/partogramme – consulté en janvier 2011

(29) @évaluation des pratiques professionnelles – HAS – http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_482859/l-evaluation-des-pratiques-professionnelles-et-la-certification-des-etablissements-de-sante – consulté en janvier 2011

(30) @sage-femme et risque médico-légal – C. LE MASSON – <http://www.gen-nordpasdecalais.fr/images/documents/sfetmedicolegal.pdf> – consulté en janvier 2011

ANNEXES

SOMMAIRE D'ANNEXES

Annexe I. *Charte de la personne hospitalisée*

Annexe II. *Le partogramme à la maternité de CHU de Rouen*

Annexe III. *Document de l'expérimentation 2004-2005 de la HAS
ACC n°1 « Tenue du partogramme » (PARTOten)*

Annexe IV. *Document de l'expérimentation 2004-2005 de la HAS
ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)*

Annexe V. *Document de l'expérimentation 2004-2005 de la HAS
ACC n°3 « Evènements du partogramme » (PARTOeve)*

Annexe VI. *Tableaux de calculs ACC n°3 de mai 2005 au CHU de Rouen*

Annexe VII. *Tableaux de calculs ACC n°3 de mai 2008 au CHU de Rouen*

Annexe VIII. *Tableaux de calculs ACC n°3 de notre étude janvier/février 2011*

Annexe I. Charte de la personne hospitalisée

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006
relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une
charte de la personne hospitalisée

Les principes généraux



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



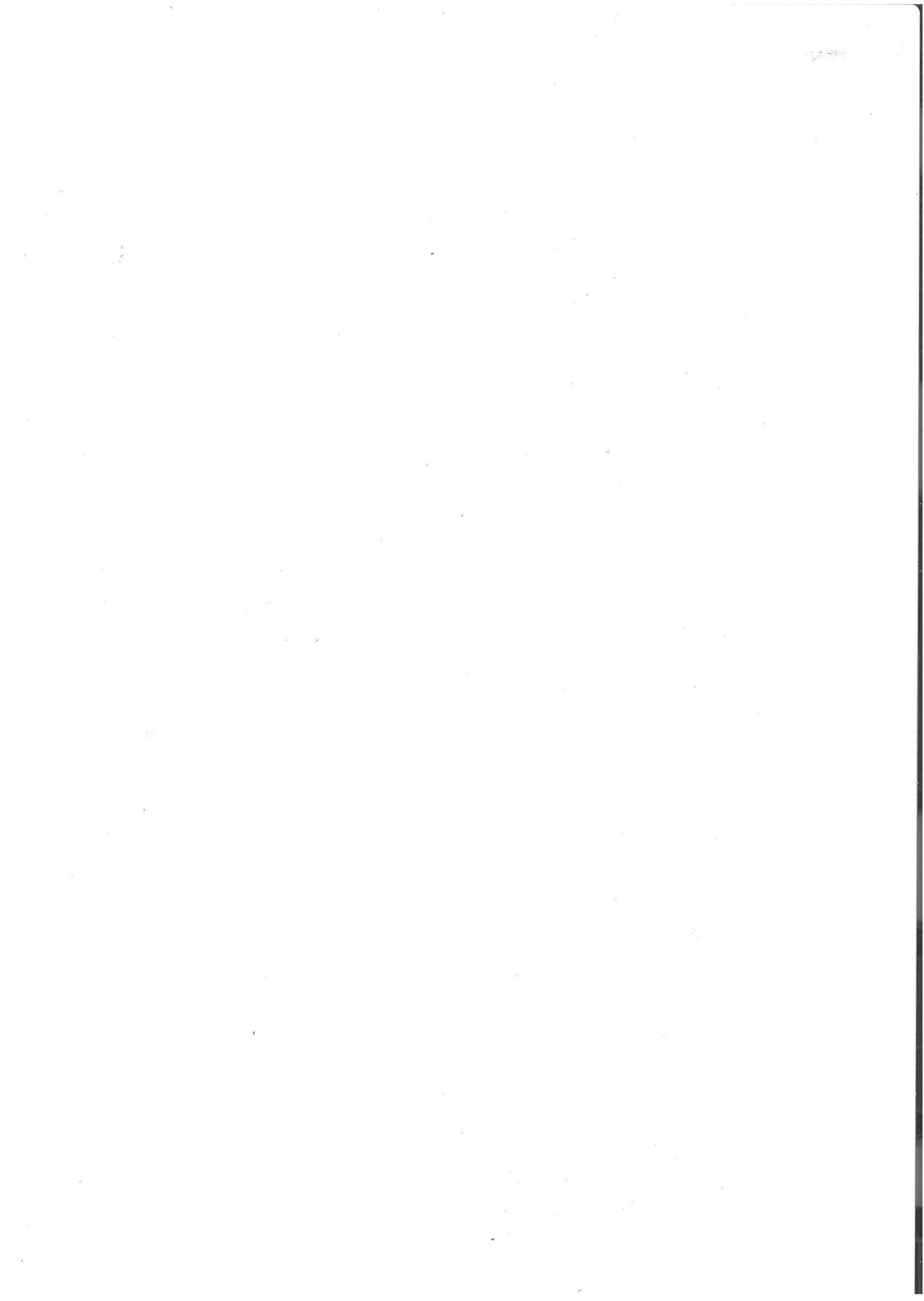
Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

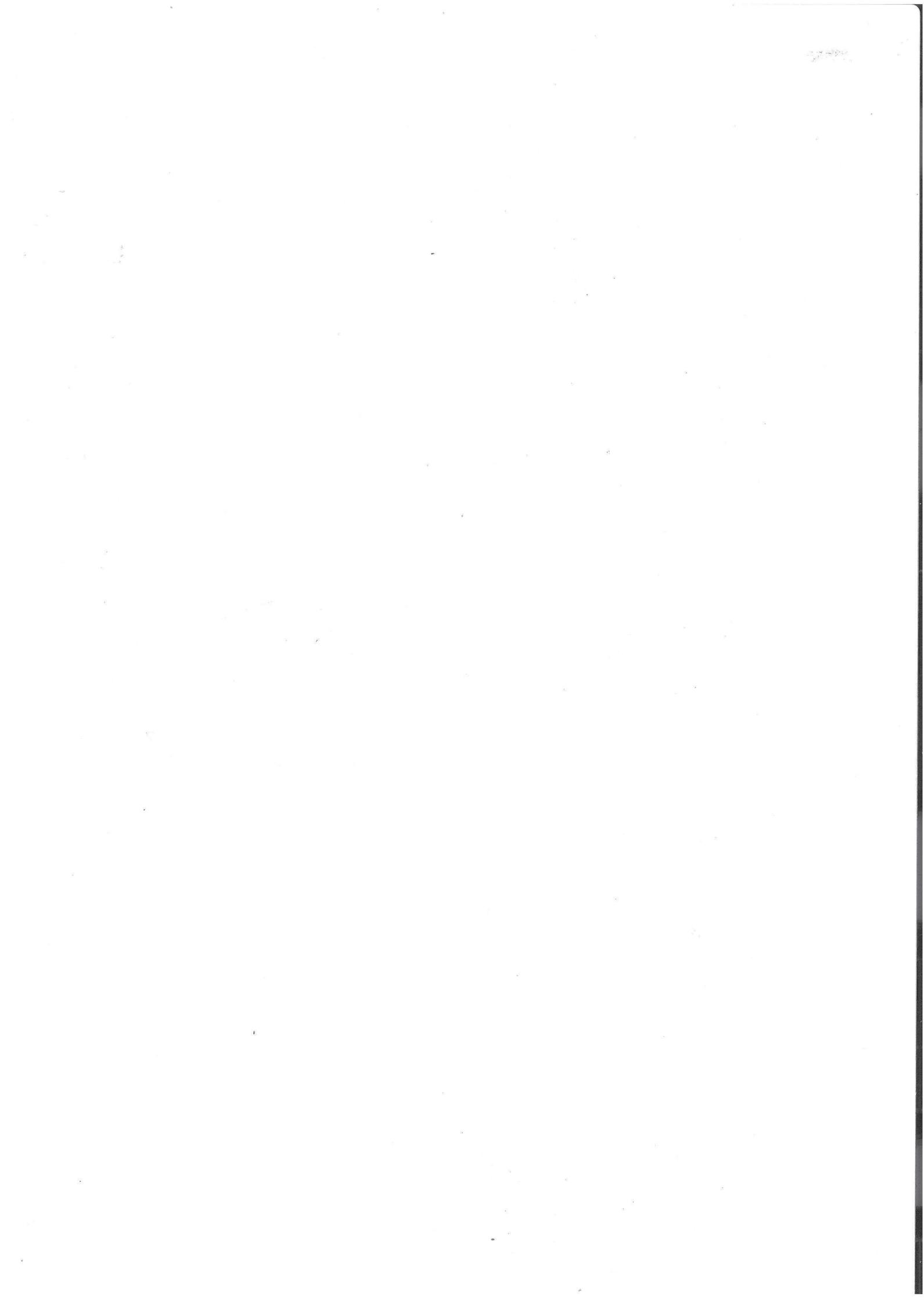


La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé** la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.





Annexe III. Document de l'expérimentation 2004-2005 de la HAS

ACC n°1 « Tenue du partogramme » (PARTOten)

**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

Annexe IV. Document de l'expérimentation 2004-2005 de la HAS

ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)

**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

Annexe V. Document de l'expérimentation 2004-2005 de la HAS

ACC n°3 « Evènements du partogramme » (PARTOeve)

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ou étiquette

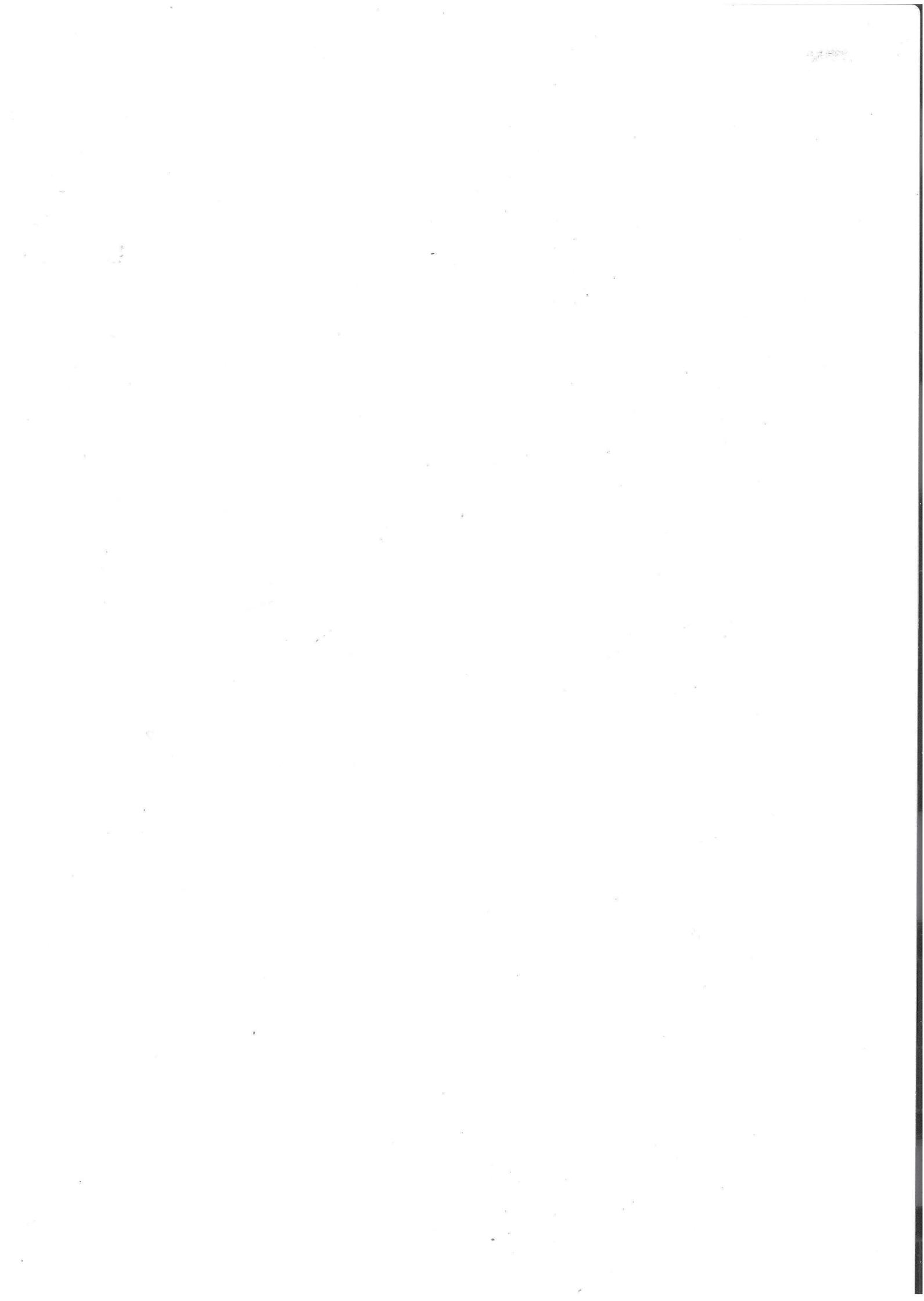
OBJECTIF : améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail						
N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée (PA, pulsations, température).				DPA	
2	Le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté.				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 VI. Tableaux de calculs ACC n°3 de 2005 au CHU de Rouen

<i>1er Tour : mai 2005 / Résultats Oui - Non - NA</i>	Effectifs				%			
	Oui	Non	NA	Total	Oui	Non	NA	Total
Critères : Intitulés courts								
C1 - Paramètres cliniques notés à l'entrée	7	23	0	30	23,3%	76,7%	0%	100%
C2 - Comportement parturiente noté	9	21	0	30	30%	70%	0%	100%
C3 - Péridurale et réinjections notées	17	7	6	30	56,7%	23,3%	20%	100%
C4 - Intensité douleur évaluée	19	10	1	30	63,3%	33,3%	3,3%	100%
C5 - Prescription conforme	5	25	0	30	16,7%	83,3%	0%	100%
C6 - Traitement noté	10	19	1	30	33,3%	63,3%	3,3%	100%
C7 - Heure sondage(s) urinaire(s) notée	6	13	11	30	20%	43,3%	36,7%	100%
C8 - Surveillance anesthésie et analgésie	18	7	5	30	60%	23,3%	16,7%	100%
C9 - Motif et heure d'appel des médecins notée	3	16	11	30	10%	53,3%	36,7%	100%
C10 - Heures et décisions césar et transfert au bloc notées	2	4	24	30	6,7%	13,3%	80%	100%
C11 - Surveillance post-natale notée	11	19	0	30	36,7%	63,3%	0%	100%

<i>1er Tour : mai 2005 / Résultats Oui - Non</i>	Effectifs			%		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Critères : Intitulés courts						
C1 - Paramètres cliniques notés à l'entrée	7	23	30	23,3%	76,7%	100%
C2 - Comportement parturiente noté	9	21	30	30%	70%	100%
C3 - Péridurale et réinjections notées	17	7	24	70,8%	29,2%	100%
C4 - Intensité douleur évaluée	19	10	29	65,5%	34,5%	100%
C5 - Prescription conforme	5	25	30	16,7%	83,3%	100%
C6 - Traitement noté	10	19	29	34,5%	65,5%	100%
C7 - Heure sondage(s) urinaire(s) notée	6	13	19	31,6%	68,4%	100%
C8 - Surveillance anesthésie et analgésie	18	7	25	72%	28%	100%
C9 - Motif et heure d'appel des médecins notée	3	16	19	15,8%	84,2%	100%
C10 - Heures et décisions césar et transfert au bloc notées	2	4	6	33,3%	66,7%	100%
C11 - Surveillance post-natale notée	11	19	30	36,7%	63,3%	100%



Annexe VII. Tableaux de calculs ACC n°3 de 2008 au CHU de Rouen

2ème Tour : mai 2008 / Résultats Oui - Non - NA	Effectifs				%			
	Oui	Non	NA	Total	Oui	Non	NA	Total
Critères : Intitulés courts								
C1 - Paramètres cliniques notés à l'entrée	7	22	1	30	23,3%	73,3%	3,3%	100%
C2 - Comportement parturiente noté	12	18	0	30	40%	60%	0%	100%
C3 - Péridurale et réinjections notées	11	9	10	30	36,7%	30%	33,3%	100%
C4 - Intensité douleur évaluée	24	6	0	30	80%	20%	0%	100%
C5 - Prescription conforme	8	22	0	30	26,7%	73,3%	0%	100%
C6 - Traitement noté	17	11	2	30	56,7%	36,7%	6,7%	100%
C7 - Heure sondage(s) urinaire(s) notée	17	4	9	30	56,7%	13,3%	30%	100%
C8 - Surveillance anesthésie et analgésie	14	5	11	30	46,7%	16,7%	36,7%	100%
C9 - Motif et heure d'appel des médecins notée	4	16	10	30	13,3%	53,3%	33,3%	100%
C10 - Heures et décisions césar et transfert au bloc notées	2	1	27	30	6,7%	3,3%	90%	100%
C11 - Surveillance post-natale notée	9	21	0	30	30%	70%	0%	100%

2ème Tour : mai 2008 / Résultats Oui - Non	Effectifs			%		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Critères : Intitulés courts						
C1 - Paramètres cliniques notés à l'entrée	7	22	29	24,1%	75,9%	100%
C2 - Comportement parturiente noté	12	18	30	40%	60%	100%
C3 - Péridurale et réinjections notées	11	9	20	55%	45%	100%
C4 - Intensité douleur évaluée	24	6	30	80%	20%	100%
C5 - Prescription conforme	8	22	30	26,7%	73,3%	100%
C6 - Traitement noté	17	11	28	60,7%	39,3%	100%
C7 - Heure sondage(s) urinaire(s) notée	17	4	21	81%	19%	100%
C8 - Surveillance anesthésie et analgésie	14	5	19	73,7%	26,3%	100%
C9 - Motif et heure d'appel des médecins notée	4	16	20	20%	80%	100%
C10 - Heures et décisions césar et transfert au bloc notées	2	1	3	66,7%	33,3%	100%
C11 - Surveillance post-natale notée	9	21	30	30%	70%	100%

Annexe VIII : Tableaux de calculs ACC n°3 de notre étude en 2011

3ème Tour : janvier - février 2011 / Résultats Oui - Non - NA	Effectifs				%			
	Oui	Non	NA	Total	Oui	Non	NA	Total
Critères : Intitulés courts								
C1 - Paramètres cliniques notés à l'entrée	16	34	0	50	32%	68%	0%	100%
C2 - Comportement parturiente noté	14	36	0	50	28%	72%	0%	100%
C3 - Périodurale et réinjections notées	41	1	8	50	82%	2%	16%	100%
C4 - Intensité douleur évaluée	29	21	0	50	58%	42%	0%	100%
C5 - Prescription conforme	24	9	17	50	48%	18%	34%	100%
C6 - Traitement noté	24	9	17	50	48%	18%	34%	100%
C7 - Heure sondage(s) urinaire(s) notée	25	4	21	50	50%	8%	42%	100%
C8 - Surveillance anesthésie et analgésie	35	7	8	50	70%	14%	16%	100%
C9 - Motif et heure d'appel des médecins notée	15	28	7	50	30%	56%	14%	100%
C10 - Heures et décisions césar et transfert au bloc notées	7	0	43	50	14%	0%	86%	100%
C11 - Surveillance post-natale notée	18	25	7	50	36%	50%	14%	100%

3ème Tour : janvier - février 2011 / Résultats Oui - Non	Effectifs			%		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Critères : Intitulés courts						
C1 - Paramètres cliniques notés à l'entrée	16	34	50	32%	68%	100%
C2 - Comportement parturiente noté	14	36	50	28%	72%	100%
C3 - Périodurale et réinjections notées	41	1	42	97,6%	2,4%	100%
C4 - Intensité douleur évaluée	29	21	50	58%	42%	100%
C5 - Prescription conforme	24	9	33	72,7%	27,3%	100%
C6 - Traitement noté	24	9	33	72,7%	27,3%	100%
C7 - Heure sondage(s) urinaire(s) notée	25	4	29	86,2%	13,8%	100%
C8 - Surveillance anesthésie et analgésie	35	7	42	83,3%	16,7%	100%
C9 - Motif et heure d'appel des médecins notée	15	28	43	34,9%	65,1%	100%
C10 - Heures et décisions césar et transfert au bloc notées	7	0	7	100%	0%	100%
C11 - Surveillance post-natale notée	18	25	43	41,9%	58,1%	100%

Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité du CHU de Rouen :
« la tenue du partogramme »
Etude rétrospective à propos de 50 dossiers

Résumé :

Le partogramme, représentation graphique du déroulement du travail, est un outil d'évaluation des pratiques professionnelles. A ce titre, un référentiel sur la tenue du partogramme a été réalisé par la Haute Autorité de Santé. En effet, de sa bonne tenue dépend la dispensation de soins de qualité.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la tenue du partogramme à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen et d'observer s'il y a eu une évolution dans la qualité de son remplissage en comparaison avec les études déjà réalisées et en tenant compte des facteurs environnementaux en salle de naissance.

Nous avons constaté que la tenue du partogramme s'améliore au fil des années, de ce fait la répétitivité des audits cliniques concourt à la démarche qualité. Cependant, notre étude a mis en exergue des points qui restent à améliorer : la communication de ces résultats doit générer la mise en œuvre d'actions correctrices qui devront être réévaluées.

Mots clés :

- Démarche qualité
- Evaluation des pratiques professionnelles
- Haute Autorité de Santé
- Partogramme