Évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au centre hospitalier d'Argenteuil

Soraya Friha

▶ **To cite this version:**

Soraya Friha. Évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au centre hospitalier d'Argenteuil. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01099788

HAL Id: dumas-01099788

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01099788

Submitted on 5 Jan 2015

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT–QUENTIN–EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

SORAYA FRIHA

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au centre hospitalier d'Argenteuil

Soutenu le : 9 avril 2014

JURY

Audrey Breckler, sage-femme, Centre hospitalier intercommunal Poissy- Saint Germain en Laye (Directeur de mémoire)

Sophie Prudhomme, enseignante sage-femme, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, UFR des Sciences, département de maïeutique (Directeur de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 2501018217m

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Remerciements

Je remercie ma guidante Sophie Prudhomme pour son soutien, son dévouement et son enthousiasme qui m'ont permis de rebondir et d'avancer.

Je remercie ma directrice de mémoire, Audrey Breckler, pour ses conseils avisés, son expérience et sa disponibilité qui m'ont été d'une aide précieuse.

Je remercie ma famille ainsi que Geoffrey Maridet pour le réconfort qu'ils m'ont apporté durant ces années d'études ainsi que leur patience, parce qu'ils ont cru en moi.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Table des matières

AVERTISSEMENT ..... **II**

REMERCIEMENTS ..... **III**

TABLE DES MATIERES ..... **IV**

LISTE DES TABLEAUX ..... **VI**

LISTE DES FIGURES ..... **VII**

LISTE DES ANNEXES ..... **VIII**

LEXIQUE ..... **IX**

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SAGES- FEMMES DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL SUR LA QUALITE DE LA TENUE DU PARTOGRAMME ..... **X**

MIDWIVES' FORMATIVE ASSESSEMENT OF ARGENTEUIL HOSPITAL FOR THE QUALITY OF HOLDING PARTOGRAM ..... **XI**

INTRODUCTION **1**

1 PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL DU PARTOGRAMME **3**

1.1 Le partogramme **3**

1.2 Audit clinique **7**

2 SECONDE PARTIE : AUDIT CLINIQUE CIBLE 2013 ..... **18**

2.1 Matériel et méthodes 18

2.2 Résultats 21

3 TROISIEME PARTIE : DISCUSSION 43

3.1 Forces de l'étude 43

3.2 Limites de notre étude 43

3.3 Analyse des résultats dossiers confrontés aux réponses des questionnaires 45

3.4 Comparaison avec l'ACC mené par la HAS 2006. 53

3.5 Propositions d'action d'amélioration 54

CONCLUSION 57

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 59

ANNEXES 63

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Liste des tableaux

Tableau 1: Descriptif des critères de l'ACC n°1 PARTOten 12
Tableau 2: Descriptif des critères de l'ACC n°2 PARTOobs 13
Tableau 3: Descriptif des critères de l'ACC n°3 PARTOeve 15
Tableau 4: Comparaison des résultats de l'ACC n°1 PARToten 2006 VS 2013 31
Tableau 5: Comparaison des résultats de l'ACC n°2 PARTOobs 2006 VS 2013 32
Tableau 6: Comparaison des résultats de l'ACC n°3 PARTOeve 2006 VS 2013 33

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Liste des figures

Figure 1: Roue de Deming 8
Figure 2: Comparatif des trois tours concernant l'ACC n°1 PARTOten réalisé au CHA 11
Figure 3: Comparatif des trois tours concernant l'ACC n°2 PARTOobs réalisé au CHA 13
Figure 4: Comparatif des trois tours concernant l'ACC n°3 PARTOeve réalisé au CHA 15
Figure 5: Présentation des résultats de notre évaluation de l'ACC n° 1 PARTOten au CHA 21
Figure 6: Présentation des résultats de notre évaluation de l'ACC n°2 PARTOobs au CHA 23
Figure 7: Présentation des résultats de notre évaluation de l'ACC n°3 PARTOeve au CHA 27
Figure 8: Accès aux recommandations 35
Figure 9: Résultats de la vignette n°1 36
Figure 10: Résultats de la vignette n°2 36
Figure 11: Résultats de la vignette n°3 37
Figure 12: Résultats de la vignette n°4 38
Figure 13: Résultats de la vignette n°5 38
Figure 14: Résultats de la vignette n°6 39
Figure 15: Importance donnée aux causes externes 40
Figure 16: Causes internes 41

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'évaluation de l'ANAES 2000 63
Annexe II : Guide d'évaluation de l'HAS 2004 66
Annexe III: Première version du partogramme du CHA..... 72
Annexe IV : Guide de remplissage établi par le CHA 2006 76
Annexe V : Partogramme d'Argenteuil..... 80
Annexe VI : Questionnaire..... 84
Annexe VII: Comparatif des résultats de la HAS 2006 VS CHA 2013 89

Lexique

AC : Audit Clinique

ACC : Audit Clinique Ciblé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CHA : Centre Hospitalier d'Argenteuil

CSP : Code de la Santé Publique

DA : délivrance artificielle

EE : Efforts Expulsifs

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

LA : Liquide Amniotique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MFIU : Mort Fœtale In Utéro

NA : Non Applicable

PDE : Poche des eaux

RU : Révision Utérine

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Evaluation des pratiques professionnelles des sages- femmes du centre hospitalier d'Argenteuil sur la qualité de la tenue du partogramme

Objectifs : Evaluer le niveau de conformité par rapport aux recommandations professionnelles de la HAS, identifier les points forts, pointer les écarts et en rechercher les causes, permettre aux praticiens de se réapproprier ces recommandations, proposer des actions de suivi.

Matériel et méthodes : un audit clinique ciblé (ACC) rétrospectif a été réalisé sur cent-neuf partogrammes de la maternité du centre hospitalier d'Argenteuil (Val d'Oise), sur la période du 1 septembre au 31 octobre 2013. Les résultats de l'ACC ont été comparés avec le troisième tour de l'ACC effectué en 2006. Une étude questionnaire a été associée afin de déterminer les causes influençant la tenue du partogramme.

Résultats et conclusion: Nous avons constaté une baisse de la qualité de la tenue du partogramme depuis la dernière évaluation il y a sept ans. Cela concerne particulièrement trois critères de l'ACC n°2 «surveillance du col», «aspect de la poche des eaux», «état du périnée» et l'ACC n°3 qui traite des événements du travail. Ce dernier obtient les plus mauvais scores. D'un autre côté, les réponses au questionnaire ont permis de dégager des causes expliquant le mauvais remplissage telle que la surcharge de travail, des lacunes en matière de connaissances des recommandations et la prise de mauvaises habitudes. La tenue du partogramme demeure dans la globalité bonne mais une rigueur ainsi qu'une réactualisation des connaissances doivent être recherchées pour coller au mieux aux recommandations. Nous notons l'enthousiasme et la motivation des équipes à s'inscrire dans une démarche de qualité et de sécurité des soins.

Mots-clés : EPP, tenue du partogramme, sage-femme, démarche qualité

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Midwives' formative assessement of Argenteuil hospital for the quality of holding partogram

Objective : To judge the conformity level of the National Authority for Health (HAS)'s recommendations, to identify strengths and weaknesses, to find causes, to reclaim these recommandations and to propose improvement actions.

Methods : The retrospective targeted clinical audit on one hundred and nine partograms of the Argenteuil's maternity (Val d'Oise) was executed during the first of september to thirty-one of october 2013. The targeted clinical audit's results was compared to the third round on 2006. A survey study was associated to determine the impacting causes of the holding partogram.

Results and conclusion : We noticed a reduction in the quality of holding partogram since the last review for seven years ago. It concerns particularly three parameters of the ACC n°2 «the cervix oversight», «the bag of the waters'characteristic», «the perineum characteristic» and the ACC n°3 on the labour events. This last gets the worst results. However, the survey answers show that the overload, the lack of knownledge and the bad practice occur in the wrong holding partogram. Holding the partograph is well overall but a rigor and an updating of knowledge must be sought to better stick to the recommendations. We note the enthusiasm and motivation of teams to enroll in a quality and safety of care.

Keywords : EPP, holding partogram, midwife, quality care

Introduction

Le partogramme se définit comme un diagramme dont l'abscisse correspond à une échelle de temps et dont l'ordonnée s'intéresse à la fois à la dilatation du col utérin mais aussi à la progression du mobile fœtal dans le bassin.[1] Ce graphique est, de plus, corrélé à un tableau regroupant un très grand nombre de paramètres de surveillance concernant la mère et le fœtus toujours en fonction du temps, au rythme des examens effectués par la sage-femme, comme le définit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).[2] Ainsi tous les événements marquants du travail y sont reportés dans le but de dépister le plus précocement possible les anomalies du travail, d'aider à la communication entre les professionnels et de faciliter la prise de décision par les équipes médicales [3,4,5]. Il améliore la prise en charge materno-fœtale. Par ailleurs, même s'il n'est pas inclus dans les textes réglementaires imposés par le décret du 30 Mars 1992 concernant les établissements d'hospitalisations publiques et privées, il constitue néanmoins, en matière de responsabilité médicale, le principal support d'expertise du dossier obstétrical en cas de litiges.[6]

D'autre part, le décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes, article R 4153-1 à R4153-13 du code de santé publique, impose aux sages-femmes un devoir de formation annuelle. [7] De plus, ce sont elles qui doivent s'acquitter de la tâche de la transcription des partogrammes, elles sont donc en première ligne pour la réalisation d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur le remplissage des partogrammes.

Pourtant malgré cet enjeu, nous avons pu constater, au cours de nos études et stages en salle de naissance en des maternités différentes, l'absence d'uniformité des pratiques quant au remplissage des partogrammes. Nous nous sommes donc interrogés sur l'existence d'une ligne de conduite nationale et c'est ainsi que nous avons pu redécouvrir les recommandations sur la bonne tenue du partogramme établies en 2000 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé,

ANAES. [8] Nous avons donc porté notre intérêt sur ce sujet dans le cadre du mémoire de fin d'études.

Un audit clinique sur la tenue du partogramme ayant déjà été accompli au sein du centre hospitalier d'Argenteuil (CHA), Victor Dupouy en 2006, nous avons décidé de réévaluer ces recommandations de bonnes pratiques sept ans plus tard dans ce même centre. L'objectif principal de notre étude est de pointer les difficultés persistantes et de pérenniser une démarche de qualité. Nous avons procédé à une étude rétrospective de type audit clinique ciblé (ACC) entre le 1er septembre et le 31 octobre 2013 portant sur cent-neuf dossiers. A cette étude, nous avons joint parallèlement une étude-questionnaires distribués du 15 décembre 2013 au 19 janvier 2014 auprès des sages-femmes du CHA ayant pour objectif d'identifier les facteurs influençant la bonne tenue du partogramme.

Ce travail écrit est le fruit de cette étude. Nous commencerons par une approche de la littérature dans une première partie puis en seconde partie nous exposerons notre méthodologie, nous en analyserons les résultats et discuterons de nos pratiques en comparant nos résultats à ceux obtenus lors du dernier audit clinique ciblé (ACC). Enfin, en troisième partie, nous tenterons d'établir un constat des raisons mises en causes dans la tenue des partogrammes.

1 Première partie : Cadre conceptuel du partogramme

1.1 Le partogramme

1.1.1 Historique du partogramme

Entre 1930 et 1941, Calkins fut le premier à se démarquer dans son approche du déroulement du travail en utilisant l'évaluation clinique des contractions utérines dans leurs fréquences et intensités agissant sur le col utérin et de la résistance de celui-ci pour conjecturer de la durée totale de la première phase du travail. [9] Puis Koller et al, s'intéressèrent plus volontairement à l'impact de la rupture de la poche des eaux sur le déroulement du travail. [10]

Cependant ces deux études ne permirent pas une contribution à l'édification d'une norme dans la progression du travail, applicable à toutes les parturientes ; contrairement au travail de Friedman qui leur succéda. En effet en 1954, après ses observations sur un plus large échantillon populationnel, ce dernier identifia deux phases distinctes : la phase de latence, durant laquelle le col va subir des modifications, le conduisant à un effacement puis à une dilation jusqu'à trois centimètres ; une seconde phase dite de phase active où le col se dilate jusqu'à dilatation complète. Il retranscrivit ces phases sous forme d'une courbe sigmoïde appelée cervicographe et fut ainsi le précurseur d'une méthode simple, objective et reproductible dans l'analyse de la progression du travail. [9]

Vint ensuite Lacomme, en 1960, qui concourut à l'amélioration du cervicographe de Friedman en y intégrant des éléments de surveillance materno-fœtale pouvant avoir un retentissement sur la conduite du travail. [8]

En 1972, Philpott était désireux de fournir aux sages-femmes de la brousse africaine, des outils simples pour détecter les deux anomalies fréquemment

rencontrées chez les primipares que sont la disproportion foeto-pelvienne et l'inertie utérine. Pour cela, il incorpora au cervicographe deux lignes obliques : une ligne d'alerte qui instaura cette vitesse de la dilatation cervicale de 1 cm/heure faisant suggérer la disproportion foeto-pelvienne lorsque la courbe de la dilatation rencontre cette ligne, une ligne d'action, parallèle à la ligne d'alerte et décalée arbitrairement de quatre heures. Le franchissement la ligne d'action par la courbe de la dilatation de la parturiente oblige un transfert afin de diriger le travail. La césarienne doit être exécutée 6 heures après avoir traversé cette ligne sous réserve que toutes les thérapeutiques mises en œuvre demeurent infructueuses. L'ajout de ces deux lignes par Philpott a participé significativement à la diminution de l'incidence de la prolongation du travail, du taux de césarienne ainsi que du taux de mortalité périnatale et c'est pourquoi ce partogramme se répandra dans les pays du tiers monde. [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17] L'OMS s'appuiera beaucoup sur les travaux de Philpott pour construire le partogramme largement diffusé. [2]

L'emploi du partogramme s'est ensuite généralisé depuis les années 70 et son contenu s'est enrichi au fur et à mesure de l'évolution et des progrès techniques médicaux et des thérapeutiques.

1.1.2 Rôle du partogramme

1.1.2.1 Outils de surveillance

Le partogramme se compose donc d'un graphe et d'une partie sous forme de tableau qui concentre de nombreux éléments de surveillance concernant la mère et le fœtus. Ces derniers permettent de veiller au bien être de ce couple par le biais de contrôle des constantes maternelles, du rythme cardiaque fœtal (RCF), de l'aspect et de l'abondance du liquide amniotique et le recueil des thérapeutiques employées ainsi que les actes médicaux dans la finalité d'assurer une prise en charge optimale durant la période du travail, de l'accouchement mais aussi du post-partum immédiat.

1.1.2.2 Outils de communication

Le partogramme est un support écrit, ou parfois informatique, qui, de par sa constitution, reflète de manière précise et objective la situation et l'évolution du

travail. Il est tout à fait adapté pour assurer des transmissions claires, qu'elles soient écrites ou orales, entre les différents professionnels de santé qui exercent en salle de naissance (sages-femmes, obstétriciens, internes, pédiatre, anesthésistes) et ce quelle que soit la situation rencontrée.

1.1.2.3 Outils d'aide à la prise de décision

Il fait la synthèse du déroulement du travail et alerte ainsi précocement de l'apparition d'anomalies. Il garantit de la sorte le dépistage de la pathologie et assure la sécurité du couple mère-enfant. [3, 4, 5] Et ceci a été démontré par l'émergence et la diffusion du cervicographe de Philpott qui a diminué la morbi-mortalité dans les pays pauvres. [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17] La vision globale du travail apportée par le partogramme fait de lui un outil précieux et incontournable pour la prise de décision.

1.1.2.4 Document médico-légal

En France, la crainte du risque médico-légal autrefois quasiment absent des préoccupations professionnelles, s'attribue désormais une place de choix dans la pratique médicale quotidienne. En effet, la diffusion du progrès médical et la propagation d'une culture ayant le souci de sa santé ont métamorphosé la société qui l'a rendue plus revendicatrice et procédurière.

Ce changement s'est opéré d'autant plus significativement depuis la parution de l'article L.111-7 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui prévoit que toute personne a le droit d'accéder aux informations personnelles concernant sa santé. Le partogramme rentre dans ce contexte car il fait partie du dossier médical. Cependant, le partogramme n'est pas visé par les textes réglementaires dictés par le décret du 30 Mars 1992, d'un point de vue purement juridique, ce document n'a pas de valeur légale. De par son caractère opposable, il reste cependant le support principal si une expertise est menée en cas de litiges; il permettra aux experts de retracer les événements marquants du travail et d'émettre ainsi un jugement éclairé. [6]

Les sages-femmes qui remplissent ce document doivent être garantes de sa bonne tenue car il représente une défense vis-à-vis des griefs déposés par les

patientes comme le précisait le Professeur Southoul, gynécologue-obstétricien, qui estimait le partogramme comme « un des moyens de protection et de démonstration, a posteriori, d'un art obstétrical irréprochable ». [18]

1.1.2.5 Outil pédagogique

Le partogramme représente un outil incontournable dans l'apprentissage aussi bien théorique que pratique durant les études de sages-femmes. En effet, sa structure regroupant tous les éléments nécessaires à une prise en charge optimale permet aux étudiants de mieux les assimiler et aide à la construction du raisonnement clinique en poussant à la réflexion et à la proposition de conduite à tenir.

1.1.2.6 Support de recherche clinique

L'évaluation de la tenue du partogramme est un des thèmes retenus par l'HAS car il remplit l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) instituée par l'article L4133-1-1 du code de santé publique. Le décret n°2005-346 du 14 avril 2005, article D4133-0-1 explicite la finalité recherchée de cette étude : «l'évaluation des pratiques professionnelles mentionnées à l'article L4133-1-1 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. » [19]

Le partogramme répond entièrement à cette définition et en fait un outil de recherche clinique incontournable. En effet, le remplissage exhaustif et adapté du partogramme témoigne d'un désir de rigueur et reflète l'envie de s'inscrire dans une démarche de qualité de la prise en charge et de la sécurité des patients.

L'EPP sur partogramme permet de satisfaire l'obligation de formation médicale continue mise en place par l'article R 4153-1 à R4153-13 du code de santé publique, composants du décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. [7] De plus cela permet entre autre d'investir nos champs de compétence selon l'article L1121-3 du code de santé publique qui autorise la sage-femme à diriger des recherches biomédicale dans le domaine de la maïeutique. [20]

1.2 Audit clinique

1.2.1 Définition

L'audit clinique (AC) s'inspire du modèle proposé par William Edward Deming en 1950, statisticien. Ce modèle se présente comme une roue de la qualité souvent appelé «roue de Deming» et comprend quatre phases distinctes qui se succèdent indéfiniment : Planifier, Faire, Contrôler, Corriger (en anglais Plan, Do, Check et Act, d'où le modèle PDCA).[21] L'AC correspond plus spécifiquement à une méthode d'actions qui compare les pratiques des soins à des références admises, à l'aide de critère d'évaluation de la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer. [22 ; 23 ; 24] Cette procédure a été diffusée en France à partir de 1993 et appliquée à de nombreux thèmes médicaux et paramédicaux.

Figure 1: Roue de Deming

1.2.2 Audit clinique sur le partogramme mené par l'ANAES en 2000-2001

Un référentiel basé sur une recherche bibliographique constitue l'ensemble des critères sur lequel on s'appuie pour mener un audit clinique. Il a été établi par l'ANAES, concernant la qualité de la tenue du partogramme et a été testé auprès de 43 établissements de santé. (Annexe I)

Il comporte plusieurs parties, chacune contenant un certain nombre de critères examinés à l'aide d'une grille d'évaluation dont voici l'énumération : quatorze critères sur la présentation du partogramme, cinq critères concernant les paramètres concernant le fœtus, quatorze paramètres concernant la mère, cinq critères sur les traitements administrés, une partie sur les actes et marqueurs d'événements concentrant seize critères et enfin une catégorie de dix-huit critères portant sur les informations sur la naissance et la surveillance immédiate. Soit un total de soixante-douze critères.

A l'issue de cette analyse, il a été conclu que la bonne tenue du partogramme était compliquée, du fait de la diversité des supports à remplir en salle de naissance. Il existait par ailleurs de nombreux écarts quant à certaines données. Néanmoins, les équipes avaient, dans l'ensemble, bien intégré cette méthode d'audits cliniques et qu'elles n'étaient pas réticentes à une remise en question de leurs habitudes et ceci dans l'intérêt de progresser dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

Par conséquent l'ambition de cette publication qui était d'encourager les professionnels à juger leurs compétences dans la tenue du partogramme avait été pleinement remplie, grâce à une technique validée par l'ANAES. Elle a réussi à transmettre un outil pédagogique très apprécié dans l'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Ainsi on a pu assister à une volonté de perfectionnement de la part de ces équipes. [8] Toutefois, les plans d'actions d'amélioration aboutissaient rarement du fait de la longueur des études qui générait un désintéressement des soignants. La Haute Autorité de Santé qui a succédé à l'ANAES en 2004 et repris l'ensemble de ses missions, décide donc de remédier à cette démotivation par la création d'un audit clinique ciblé.

1.2.3 L'Audit clinique ciblé de la HAS en 2006

L'audit clinique ciblé (ACC) est une méthode d'évaluation des pratiques, de première intention, qui permet à l'aide d'un nombre limité de critères, de comparer ses pratiques à des références admises, en vue de les améliorer. Sa principale caractéristique est de mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue exprimée dans les recommandations professionnelles, avec ici comme référentiel «l'évaluation de la qualité de tenue du partogramme» éditée par l'ANAES en 2000. [8] Il est réalisable sur une période courte de l'ordre de six mois incluant la mise en œuvre d'actions d'amélioration immédiates et vise à une faisabilité et une acceptabilité maximales.

Vingt-neuf critères contre soixante-douze auparavant ont été sélectionnés puis répertoriés dans une grille d'évaluation (Annexe II) et divisés en trois catégories :

L'ACC n°1 «tenue du partogramme» (PARTOten) regroupe six critères ciblés principalement sur l'identito-vigilance de la patiente mais aussi sur l'équipe ayant pris en charge la patiente ainsi que sur l'importance des dates et horaires. L'ACC n°2 «obstétrique» (PARTOobs) associe douze critères ayant pour but d'améliorer la traçabilité et la continuité des soins pour optimiser la qualité de suivi du travail et de l'accouchement. Enfin l'ACC n°3 «événement» (PARTOeve) comporte onze critères visant au progrès de la traçabilité des actes, événements marquants et traitements

administrés au cours du travail mais aussi du post-partum immédiat concernant la mère et l'enfant. La méthode de l'ACC consiste à effectuer un premier recueil de données concernant chacun des vingt-neuf critères de tenue du partogramme, selon une méthode binaire où il faut cocher pour chaque critère si «oui» ou «non» il respecte les règles de remplissage établies par l'ANAES. Pour certains critères une réponse «non applicable» existe. La HAS fournit un CD-rom clé en mains pour la réalisation de l'EPP sur le partogramme avec des fichiers sous format Excel qui contiennent les grilles de remplissage pour une exécution et un traitement rapide des données. Une fois les résultats du premier tour d'évaluation analysés, il convient de mettre en place des actions d'amélioration afin de satisfaire les règles de remplissage selon le référentiel. Cela peut passer par l'information des équipes, la modification du partogramme, le changement de certaines habitudes de service d'uniformiser certaines pratiques. Une fois ces actions d'amélioration mise en œuvre et après un laps de temps d'appropriation laissé au équipes, un second tour d'évaluation des critères est effectué afin de vérifier l'amélioration de la tenue et du remplissage du partogramme selon les mêmes vingt-neuf critères. Les résultats des deux tours sont ensuite comparés. [25]

Trent-huit établissements ont choisi le thème du partogramme pour évaluation des pratiques professionnelles en décembre 2004 après une formation par la HAS. Cependant seuls 76 % des ACC entrepris initialement ont pu être menés jusqu'à leur terme pour diverses raisons dont une mise en place d'actions trop récentes entre les deux tours d'évaluation pour juger d'un perfectionnement mesurable. En revanche, la majorité des établissements se disent enjoués par cette méthodologie de l'ACC. En effet, la limitation du nombre des critères est à l'unanimité appréciée par les intervenants car elle permet un gain de temps dans la préparation, le recueil et le traitement des données et en fait donc un outil de choix. [26]

1.2.4 L'expérience d'Argenteuil

En 2003, dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité, il a été décidé, au sein de l'équipe du centre hospitalier d'Argenteuil Victor Dupouy (département du Val d'Oise), d'évaluer la tenue du dossier obstétrical. Cependant

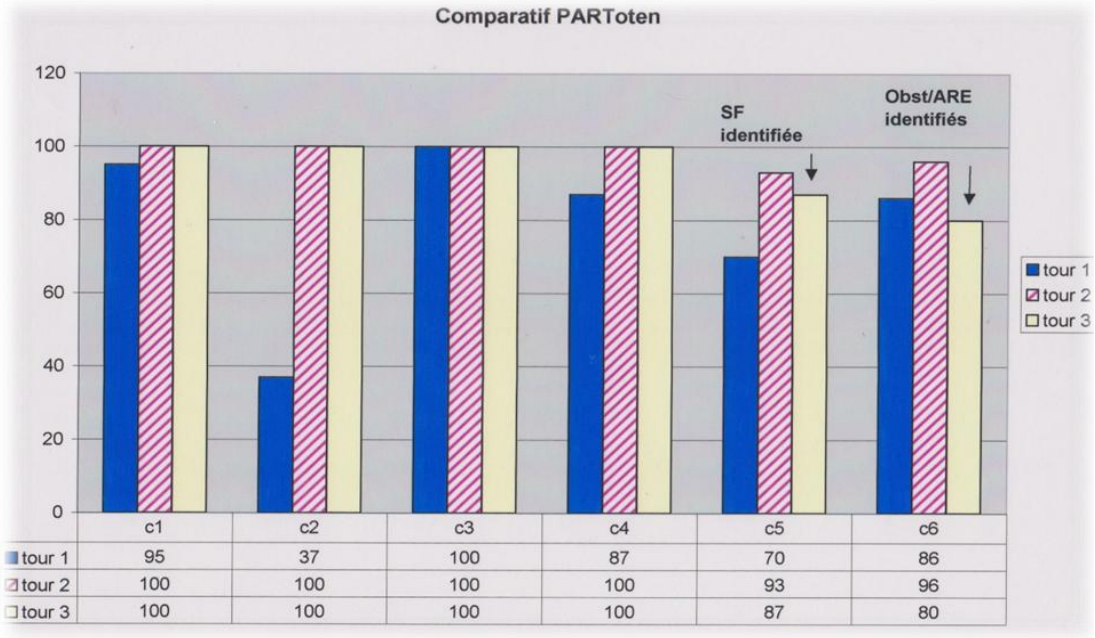
par manque de temps lié à un surcroît de travail attribué à la méthodologie de l'audit clinique, les professionnels ont repoussé l'échéance. L'apparition de l'audit clinique ciblé créé par la HAS a permis, par sa rapidité d'action, de mettre à jour une méthodologie facilement applicable au quotidien. Ainsi l'évaluation des pratiques professionnelles a commencé en décembre 2004 par une formation. Cette étude s'est étalée de décembre 2004 à juin 2005 et s'est composée de deux tours (évaluations) comprenant à chaque fois des actions d'amélioration et de suivi.

Le tour n°1, tour initial d'évaluation des pratiques a ainsi eu lieu en décembre 2004. Le second tour a eu lieu en juin 2005, soit six mois après. L'EPP est constitué de deux tours, le CHA a mis en place un troisième tour d'évaluation en 2006 rentrant dans le cadre de la démarche de certification des établissements de santé.

1.2.4.1 ACC n°1 PARTOten

L'histogramme suivant présente les résultats en pourcentage de conformité selon les références ANAES du remplissage du partogramme au CHA au fil des trois tours entre 2004 et 2006, concernant la première partie des critères évalués : la tenue du partogramme appelé «PARTOten».

Figure 2: Comparatif des trois tours concernant l'ACC n°1 PARTOten réalisé au CHA



	c1	c2	c3	c4	c5	c6
tour 1	95	37	100	87	70	86
tour 2	100	100	100	100	93	96
tour 3	100	100	100	100	87	80

Tableau 1: Descriptif des critères de l'ACC n°1 PARTOten

C1	Identité civile de la mère notée	**C4**	Horaires précis des actes et examens notés
C2	Date notée	**C5**	Sage(s)-femme(s) identifiée(s)
C3	Remplissage respectant le rythme horaire	**C6**	Obstétricien(s) et anesthésiste(s) identifié(s)

Pour l'ACC n°1 PARTOten, l'objectif est atteint du tour 1 au 2, nous sommes passés de taux variant entre 37 % à 100% à des taux supérieurs à 90% pour les six critères. Les taux inférieurs à 100% étant principalement dus à la méconnaissance des noms des intervenants ainsi qu'au changement de garde ne faisant pas apparaître le nom de la relève. Un meilleur encadrement des étudiants, des intérimaires et vacataires a été promu ainsi qu'une sensibilisation des médecins à noter leurs interventions. Cependant au troisième tour réalisé dans le cadre de la certification, on constate une légère régression de ces mêmes critères.

1.2.4.2 ACC n°2 PARTOobs

Passons maintenant à la comparaison des résultats des trois tours concernant les aspects obstétricaux qui comprennent douze critères, appelés «PARTOobs» dont les résultats sont présentés dans la figure ci-après.

Figure 3: Comparatif des trois tours concernant l'ACC n°2 PARTOobs réalisé au CHA

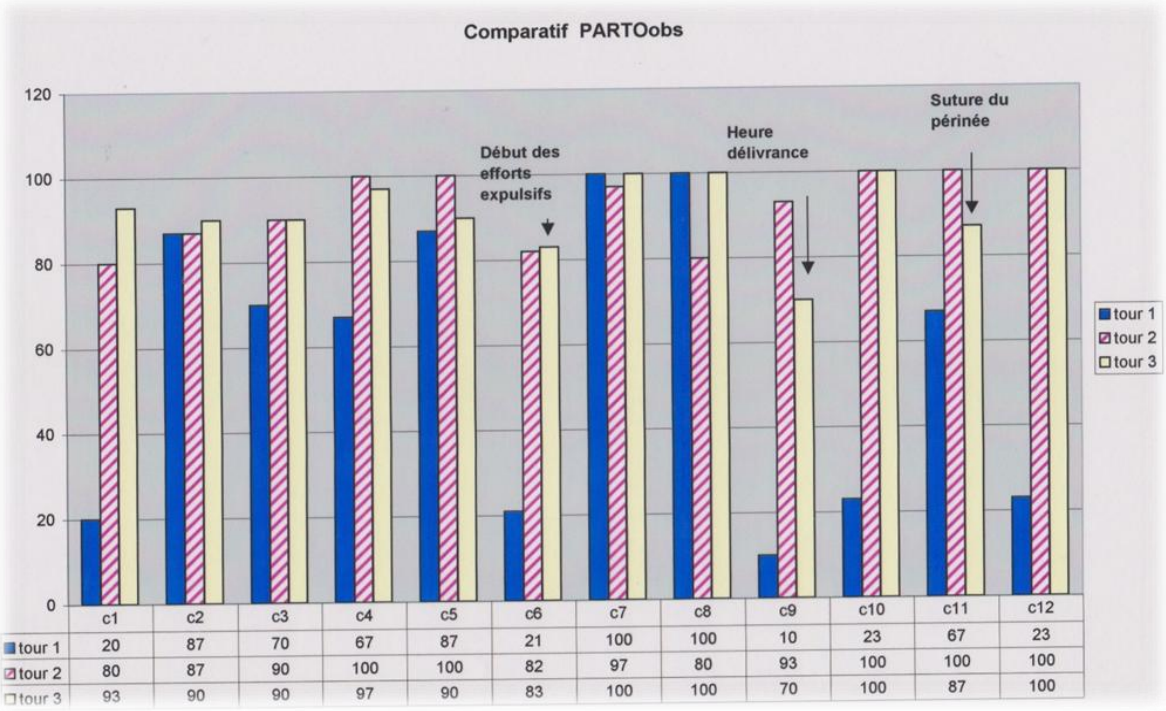


Tableau 2: Descriptif des critères de l'ACC n°2 PARTOobs

C1	Modalités de déclenchement précisées
C2	Présentation notée/examen
C3	Surveillance du col utérin notée/examen
C4	RCF commenté/examen
C5	Aspect poche des eaux-LA noté/examen
C6	Début des efforts expulsifs noté
C7	Mode d'accouchement noté
C8	Indication notée si instruments, manœuvres ou césarienne
C9	Heure et mode de délivrance notés
C10	Indication notée si délivrance artificielle ou révision utérine
C11	Etat du périnée noté
C12	Date, heure, sexe, APGAR, poids notés

En ce qui concerne le PARTOobs, deux critères seulement étaient satisfaits au premier tour, cinq étaient inférieurs à 25% et cinq supérieurs à 65%. Au tour n°2, il y a eu une nette amélioration de ces critères notamment grâce à un changement

de partogramme plus adapté. Ainsi tous les critères ont connu un taux de satisfaction supérieur à 80% dont cinq à 100%. Néanmoins, on peut remarquer une régression au troisième tour concernant ces mêmes critères «heure de délivrance» et «état du périnée».

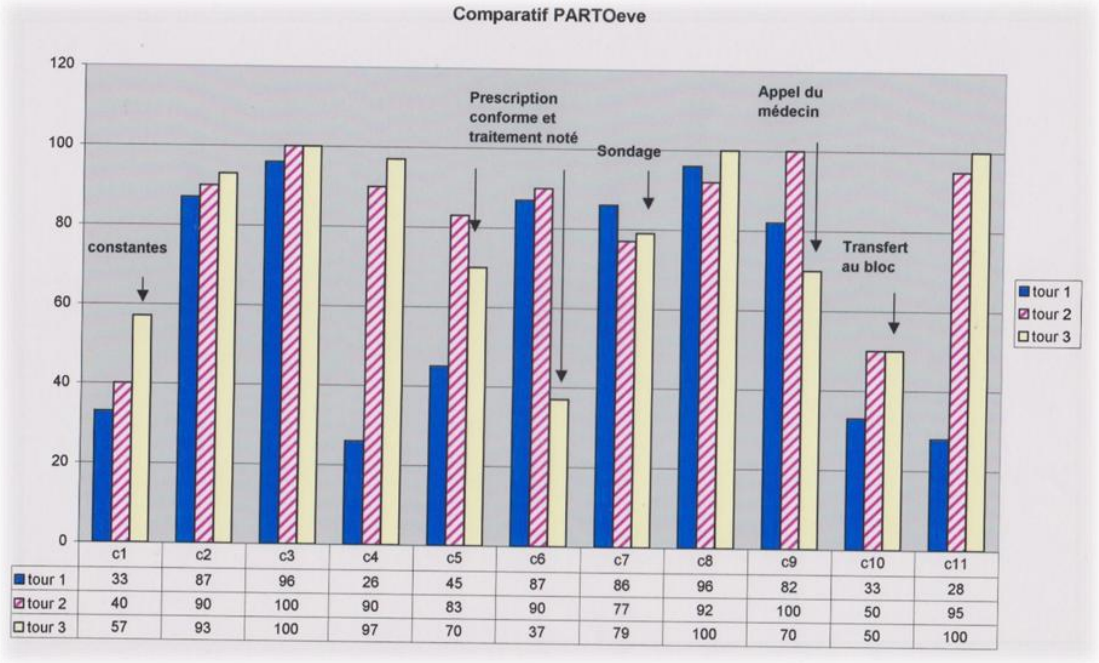
Nous pouvons constater une bonne amélioration entre le tour n°2 et le tour n°3 concernant le critère 8 sur l'indication de l'extraction instrumentale ou de la césarienne qui passe de 80% à 100%. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il y a eu une modification de la dernière page du partogramme à savoir le résumé d'accouchement entre ces deux tours. En effet désormais il est clairement demandé le «motif si césarienne, forceps, spatules».

Deux critères notamment montrent une diminution dans leur qualité de remplissage entre le tour 2 et le tour 3 malgré s'être nettement amélioré entre le tour 1 et le tour 2. Il s'agit des critères 9 sur l'heure et le mode de délivrance et le critère 11 sur l'état du périnée. Les évaluateurs de l'EPP en 2006 ont souhaité travailler pour améliorer ces critères, et ont choisi de modifier à nouveau le partogramme en septembre 2006 en précisant dans le résumé d'accouchement : heure de délivrance noté sur le côté. Pour l'état du périnée, un premier changement sur le partogramme avait déjà été opéré après le 1er tour d'évaluation en incluant : type de suture sur le résumé d'accouchement. Cela n'a visiblement pas suffit et dans la version du partogramme 2006 des items à cocher TV et TR ont été rajoutés, pour sensibiliser d'avantage les sages-femmes au emplissage de cet item.

1.2.4.3 ACC n°3 PARTOeve

Enfin, la dernière partie de l'ACC s'intéresse aux événements, aux prescriptions ainsi qu'aux actes, elle est appelée «PARTOeve» et comporte onze critères, dont l'évolution entre les trois tours sont présentés dans la figure suivante.

Figure 4: Comparatif des trois tours concernant l'ACC n°3 PARTOeve réalisé au CHA



	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	c11
tour 1	33	87	96	26	45	87	86	96	82	33	28
tour 2	40	90	100	90	83	90	77	92	100	50	95
tour 3	57	93	100	97	70	37	79	100	70	50	100

Tableau 3: Descriptif des critères de l'ACC n°3 PARTOeve

C1	**Paramètres cliniques notésà l'entrée**
C2	Comportement parturiente noté
C3	Péridurale et réinjections notées
C4	Intensité douleur évaluée
C5	Prescription notée
C6	Traitement noté
C7	Heure sonda(s) urinaire(s) notée
C8	Surveillance anesthésie et analgésie
C9	Motif et heure d'appel au(x) médecin(s)
C10	Heures de décision de césarienne et de transfert au bloc notées
C11	Surveillance post-natale notée

Enfin pour l'ACC n°3 PARTOeve, aucun critère au premier tour n'était satisfait à 100%. Six critères sur onze atteignaient des taux entre 80% et 96%, le critère 5 était à 45% et quatre critères n'avaient un taux de réussite que pour 35% des partogrammes. Le tour 2 connait une progression et tous les critères sont satisfaits à plus de 80% à l'exception du critère 10 concernant l'heure de décision de césarienne

et le transfert au bloc opératoire qui n'atteint qu'un taux de 50%. En effet dans 50% des cas cette décision de césarienne n'est symbolisé sur le partogramme qu'implicitement par un sondage/rasage. Un effort sur cet item est à poursuivre et une distinction doit être réexpliquée et inscrite sur les deux temps de ce critère. Cependant, deux critères subissent une légère régression : le critère 8 concernant la surveillance d'anesthésie et analgésie avec 0.4 point en moins d'un tour à l'autre et le critère 7 qui souffre d'une baisse significative de 86% à 77% due à l'absence de notation du sondage urinaire évacuateur effectué à l'installation pour l'accouchement. Sur le troisième tour, nous pouvons observer un recul des bonnes pratiques concernant les critères 5, 6 et 9 concernant la traçabilité des médicaments et la traçabilité des événements (césarienne).

Entre ces différents tours de 2004 à 2006, ont été élaboré et testé différentes versions de partogrammes pour accéder à plus de rigueur dans le remplissage de celui-ci. (Annexe III) Il a été également mis en place un guide qui avait pour fonction d'aider au remplissage du partogramme par le biais de vignettes cliniques fléchées agrémentées de textes explicatifs. (Annexe IV). Le partogramme du CHA n'avait alors pas connu de modifications depuis 2006 jusqu'à tout récemment, en septembre 2013 suite à une évaluation des pratiques professionnelles abordant l'hémorragie du post-partum immédiat.(Annexe V) Cette EPP a ajouté des éléments objectant plus précisément la traçabilité de la délivrance dirigée, incluant désormais : la dose (5UI), l'horaire précis, le mode (IV ou IM), le moment d'administration (aux épaules, après l'accouchement) et le prescripteur du Syntocinon ; ce qui correspond parfaitement aux modalités de prescription et d'administration des traitement selon les critères. D'autres items ont été rajoutés notamment la précision en millilitres de l'estimation des pertes sanguines, l'examen du placenta, le taux d'hémoglobine de base. La surveillance du post-partum immédiat avait déjà été modifiée en 2006 avec une surveillance demandée toutes les quinze minutes la première heure (au lieu de toutes les trente minutes sur la version antérieure), puis toutes les trente minutes la deuxième heure, avec l'explicitation des constantes à noter : pouls, tension artérielle et température et un pré-remplissage de l'item température figurant sur la surveillance à quinze minutes et à deux heures pour inciter les sages-femmes à la

noter au moins à ces moments-là. La version 2013 du partogramme rajoute à la dernière case de la surveillance du post-partum immédiat une précision «examen final et heure de départ».

Ce sont ces différents changements qui nous ont poussés à la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant le partogramme afin de suivre ces actions d'amélioration et d'en évaluer les bienfaits.

2 Seconde partie : Audit clinique ciblé 2013

2.1 Matériel et méthodes

2.1.1 Objectif de l'étude

La mission principale que nous avons fixée dans cette étude est l'analyse qualitative de la tenue du partogramme par rapport aux recommandations élaborées et validées par l'ANAES. Par ailleurs, cette EPP fait suite à l'audit clinique ciblé (ACC) mené en 2006 en 3ème tour, dans la même maternité. Ce qui nous permettra d'établir une comparaison entre les 2 ACC à 7 ans d'intervalle et d'étudier l'évolution et l'observance de ces bonnes pratiques. Nous allons ainsi identifier les points forts et les écarts dans le niveau d'applications de ces recommandations admises. Enfin nous nous sommes questionnés sur les causes pouvant influencer la qualité de la tenue du partogramme en salle de naissance et ceci à l'aide d'un questionnaire destiné aux sages-femmes du CHA.

Ayant constaté que malgré les actions d'amélioration mises en places, les critères stagnaient voire régressaient au cours des trois tours d'ACC menés précédemment, nous avons avancé différentes hypothèses de recherches pouvant répondre à notre problématique telle que l'ignorance ou oubli des recommandations de la HAS, la variation individuelle de l'importance donnée aux différents critères, le manque de temps dédié au remplissage lié à une surcharge de travail, l'absence d'évaluation des pratiques professionnelles ayant diminué la rigueur des équipes ou encore le manque de pratique lié à une absence prolongée en salle de naissance.

Notre étude se décline en une première partie descriptive, une seconde comparative et enfin la dernière partie tentera d'identifier les facteurs influençant la bonne tenue du partogramme en se basant sur l'analyse de questionnaires distribués auprès des sages-femmes. (Annexe VI)

Ce questionnaire comporte une première partie ayant pour but de caractériser succinctement les sages-femmes. Une seconde partie est composée de vignettes cliniques constituées à l'aide de brides de partogramme dans lesquelles des informations sont manquantes et dont l'objectif est d'identifier et de citer uniquement les informations absentes et faisant parties des recommandations. Ces vignettes ont été construites sur la base des critères les moins bien remplis observés après notre analyse des données recueillies en octobre sur les partogrammes. Le but de ces vignettes étant d'apprécier les connaissances des sages-femmes vis-à-vis de ces recommandations. Viennent ensuite des questions destinées à explorer les facteurs intrinsèques et extrinsèques en cause dans un remplissage non exhaustif du partogramme. Enfin une question ouverte est posée pour clôturer le questionnaire. Elle donne aux sages-femmes, désirant s'améliorer, l'occasion d'exprimer leurs souhaits ou non d'une information ou d'une formation complémentaire.

2.1.2 Type d'étude

Nous avons effectué une étude rétrospective monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles dans la maternité de niveau III du centre hospitalier d'Argenteuil Victor Dupouy.

2.1.3 Période d'évaluation

Un recueil de données des partogrammes a été réalisé sur une période allant du 1er septembre au 31 octobre 2013 et elle correspond également à la période d'évaluation de notre population témoin.

2.1.4 Méthode d'échantillonnage

Selon les recommandations de la HAS, les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux tirés au sort manuellement à la fréquence d'un dossier sur 5 à l'aide du cahier d'accouchements.

2.1.5 Critères d'inclusion

Dans cette étude ont été inclues toutes les patientes ayant accouché dans le service.

2.1.6 Critères d'exclusion

Nous avons retenu pour les critères d'exclusion les césariennes programmées ou avant le travail ainsi les accouchements inopinés effectués à l'extérieur de la maternité car seule l'issue de l'accouchement et la surveillance post-natale y sont retranscrits.

2.1.7 Critères de jugement principal

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

2.1.8 Taille de l'échantillon

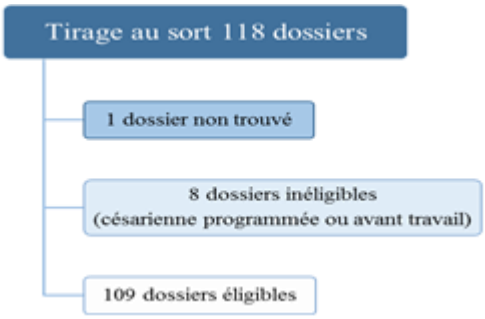
Nous avons choisi de tripler l'effectif de 2013 par rapport à celui de 2006 afin de garantir la puissance statistique de notre étude. Ainsi nous avons recruté 109 dossiers.

2.1.9 Tests statistiques

L'exploitation des données de notre étude a été réalisée à l'aide du logiciel Excel version 2013 et du CD-Rom HAS mis à disposition par la HAS.

2.2 Résultats

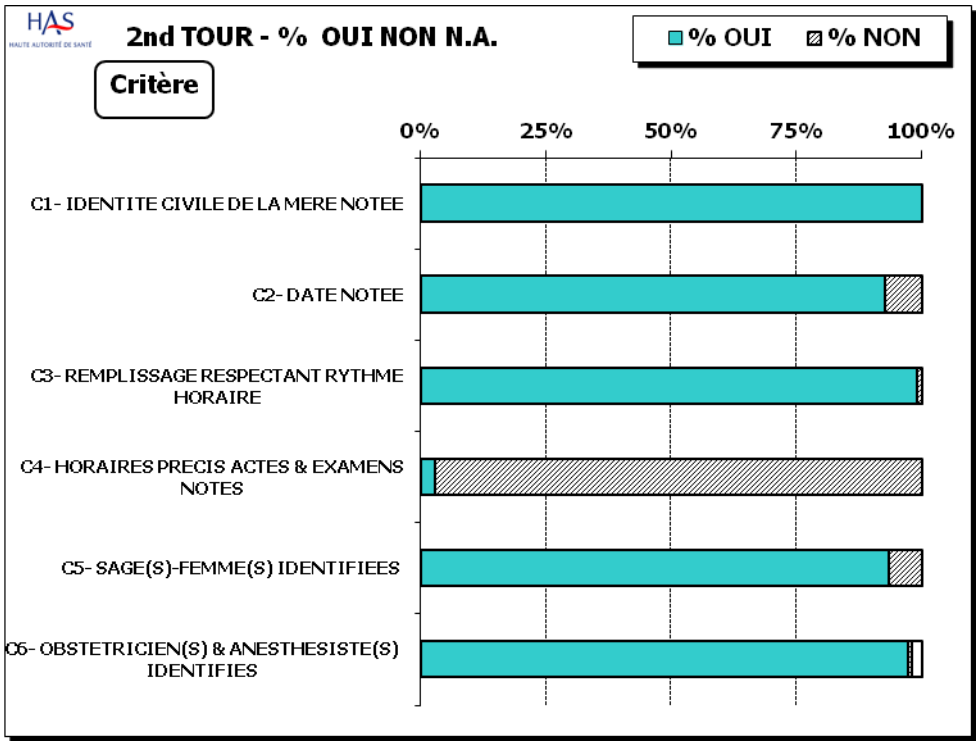
2.2.1 Description de la population



2.2.2 Présentation des résultats de l'audit clinique ciblé 2013

2.2.2.1 ACC n° 1 « tenue du partogramme » (PARTOten)

Figure 5: Présentation des résultats de notre évaluation de l'ACC n° 1 PARTOten au CHA



Le critère 1 *«L'identité civile de la mère est notée : date de naissance, nom marital, nom de jeune fille, prénom (une étiquette administrative d'identité*

acceptée).» est satisfait à 100% et dans la totalité des cas grâce à une étiquette administrative.

Le critère 2 *«la date est notée»* est satisfait pour 93% des partogrammes analysés. En effet pour huit partogrammes, le changement de date, lors d'une garde de nuit, n'est pas notifié. Cependant celle-ci est notée dans 100% des cas grâce au volet issue de l'accouchement se trouvant à la fin du partogramme qui récapitule le travail, l'accouchement et la délivrance ainsi que la surveillance du post-partum immédiat jusqu'à l'heure de transfert de la patiente de la salle de naissance vers la maternité.

Le critère 3 *«Respect du rythme horaire : l'allure du graphe pouvant intervenir dans la prise décision, l'échelle de temps est importante. En cas d'accompagnement rapide (durée inférieure à 1heure) cocher OUI.»* atteint les 99%, un partogramme ne répond pas à la définition car nous avons trouvé un décalage de trente minutes et ceci dans le cas d'un travail rapide.

Le critère 4 *«Horaire précis de chaque acte»* est largement insatisfait car nous constatons que 3% des partogrammes s'en acquittent.

Le critère 5 *«Identité de(s) la sage(s)-femme(s)»* et des étudiants sages-femmes est représenté dans 94% des cas. Nous remarquons donc que sept partogrammes ne répondent pas au critère. Cette situation a été observée pour trois d'entre eux lors d'un changement de garde où le nom de la sage-femme relevant l'équipe n'apparaît pas au cours de la retranscription du travail mais est néanmoins présent sur le volet résumant de l'issue de l'accouchement. Pour un partogramme, nous n'avons pas réussi à retrouver le nom de la sage-femme ayant réalisé l'accouchement (dans le cadre d'un travail très rapide inférieur à une heure). Trois partogrammes ne permettent pas d'identifier le nom de la sage-femme ayant effectué la surveillance du post-partum immédiat lors d'un changement de garde.

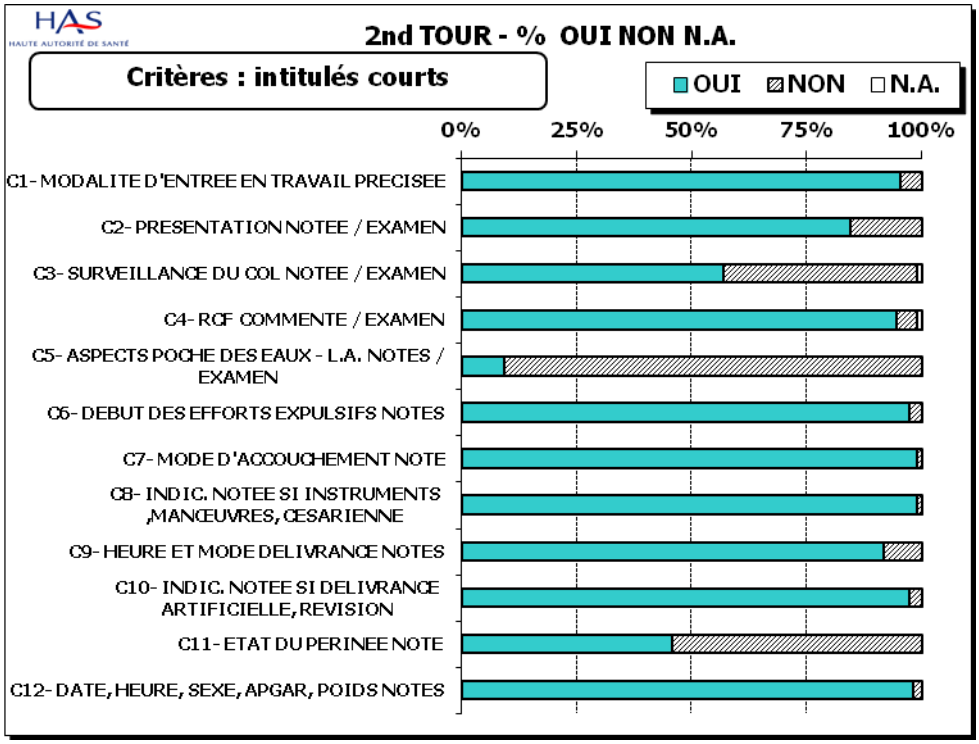
Le critère 6 *«Le partogramme permet de retrouver le(s) nom(s) de(s) obstétricien(s) et/ou anesthésiste(s) intervenants. Cocher NA si l'accouchement n'a nécessité l'intervention d'aucun spécialiste.»* est réalisé à 97%. Pour un

partogramme, rien ne permet de retrouver le nom de l'anesthésiste ayant procédé à l'acte de l'analgésie péridurale. Pour 2 % d'entre eux, le critère était non applicable car l'accouchement s'est effectué sans péridurale et sans l'intervention d'un autre spécialiste. Cependant dans les 97% des partogrammes répondant au critère, une petite proportion n'a pas non plus nécessité la présence de spécialistes mais nous avons tout de même constaté que leurs noms étaient notés dans l'encart dédié aux professionnels de garde le jour en question.

Pour résumer les critères 1-2-3-5-6 sont remplis à plus de 90%. Le critère 4 concernant l'horaire précis de chaque acte atteint un taux très insatisfaisant de 3%.

2.2.2.2 ACC n°2 « obstétrique » (PARTOobs)

Figure 6: Présentation des résultats de notre évaluation de l'ACC n°2 PARTOobs au CHA



Le critère 1 *« Modalité d'entrée en travail : le partogramme comprend la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel du travail et son indication).»* La modalité d'entrée en travail est décrite dans 95% des cas. Elle consiste à cocher l'une des deux cases prévues à cet effet : *«travail spontané ou déclenchement pour»*, qu'il est nécessaire de compléter.

Le critère 2 *«Présentation du fœtus, variété et niveau»* est précisé ainsi par la HAS : *«Cet item comprend les différents types de présentation (sommet, face, bregma, front, siège complet ou décomplété) en fonction du fléchissement et de l'asynclitisme en phase active du travail et l'apparition d'une bosse sérosanguine. Un schéma représentant la présentation et la variété est accepté. Le niveau ou la hauteur de la présentation : mobile, appliquée, fixée, engagée, partie haute, moyenne ou basse.»* Tous les critères exigés par la HAS sont représentés pour chaque examen à 84% et ceci grâce au diagramme qui donne par le biais de l'ordonnée la hauteur de la présentation. Un schéma est dessiné pour renseigner sur la variété de la présentation dans l'ensemble des cas. En revanche pour 16% des partogrammes non satisfaits, c'est la variété qui manque.

Le critère 3 *«La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : position, longueur, consistance et dilatation. Cochez OUI si tous les éléments suivants figurent au moins au premier examen. Lors des examens suivants, il est toléré que ne figurent que la dilatation et la consistance du col. Si l'accouchement est imminent à l'admission, cocher NA.»* est exécuté pour 57 % des partogrammes où tous les éléments exigés par la HAS sont retrouvés au moins à l'entrée de la patiente en salle de naissance. Pour 42% d'entre eux, au moins une des caractéristiques du col est omise (la longueur et la position sont les plus courantes). Enfin, nous avons coché NA pour un partogramme car l'accouchement était imminent à l'admission.

Le critère 4 est développé ainsi par la HAS *«Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen sauf en cas de MFIU (cocher NA) : normal ou anomalies notées en clair : bradycardie, tachycardie, amplitude des oscillations, ralentissements précoces, tardifs ou variables.»*
Le RCF est analysé dans 94% des cas à chaque examen, cependant cela n'était pas le cas pour cinq partogrammes dont l'une des raisons est la rapidité du travail. Pour un partogramme, nous avons choisi NA car il s'agissait une interruption médicale de grossesse.

Le critère 5 *«L'état et l'aspect de la poche des eaux doivent être décrits à chaque examen (intacte, rompue, fissurée). L'aspect et l'estimation de la quantité du*

liquide amniotique sont notés lors de la rupture des membranes à chaque examen. En cas d'élément inchangé accepter « idem »» est approuvé dans 9% des partogrammes qui décrivent les pertes soit par une absence de liquide amniotique soit par une mesure de l'abondance.

Le critère 6 *«Début des efforts expulsifs»* est noté sur le partogramme explicitement sur le diagramme à l'aide d'une flèche et/ou de manière indirecte avec la durée des efforts expulsifs et l'heure de l'accouchement qui nous permettent d'en déduire le début des efforts expulsifs. Cela concerne 97% des partogrammes. Pour les 3% restants, le début des efforts expulsifs n'est indiqué d'aucune sorte.

Le critère 7 : le mode d'accouchement *« doit préciser : expulsion spontanée, extraction instrumentale (spatules, forceps, ventouse), césarienne, manœuvres (s'il y en a).»* Il est retranscrit pour 99% des partogrammes, un partogramme ne correspond pas au critère, il s'agit du cas de l'interruption médicale de grossesse où l'expulsion n'est pas précisée.

Pour le critère 8, *«l'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée dans le partogramme et pour les césariennes si CRO (compte-rendu opératoire) dans le dossier cocher OUI».* Nous avons retrouvé une justification des actes à chaque fois.

Le critère 9 *«Heure et modalité de la délivrance : cocher OUI si l'heure et les modalités de délivrance (dirigée, naturelle, complète, incomplète, artificielle ou manuelle) sont notées.»* est satisfait pour 92%. Pour six des partogrammes, nous avons coché «non» car le mode de délivrance manuelle n'avait pas été détaillé car il s'agissait de césariennes en urgence. Pour trois autres partogrammes, l'heure avait été oubliée d'être notée.

Pour le critère 10, *«l'indication de la délivrance artificielle ou de la révision utérine est notée.»*, nous n'avons pas récupéré cette information pour trois partogrammes, ce qui amène la satisfaction de ce critère à 97%.

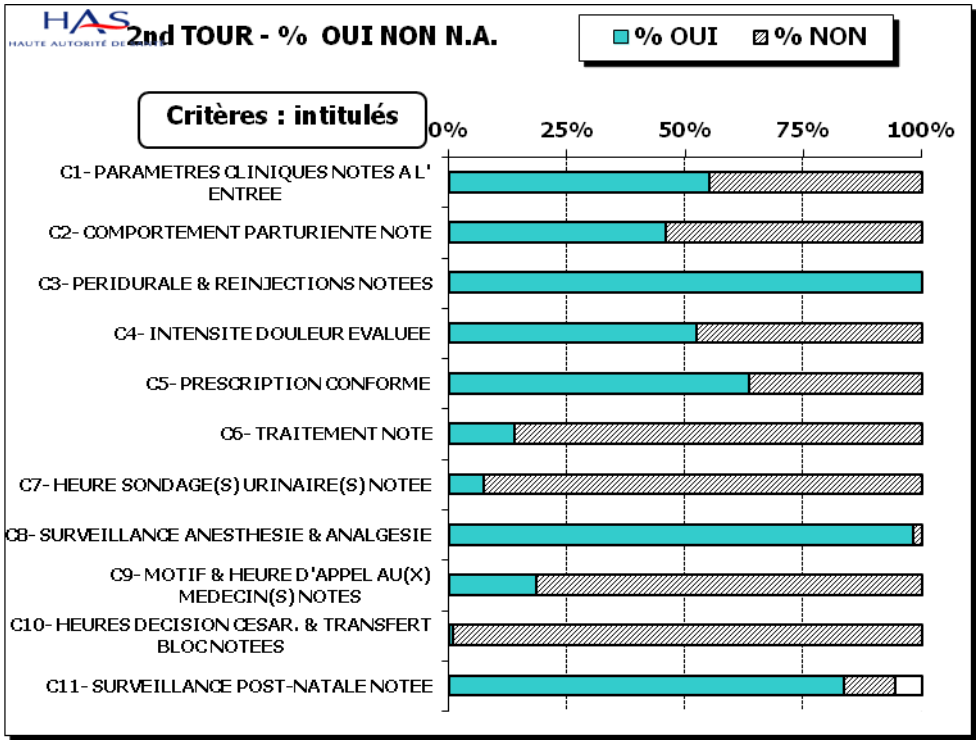
Le critère 11 impose une description de l'état du périnée. *«Cet item doit préciser : intact, le type de déchirure, l'épisiotomie, les modalités de réfections.»* Dans 46 % des partogrammes, l'ensemble des éléments demandés est réuni. Pour 6%, l'absence de caractérisation du périnée est due à la pratique d'une césarienne en urgence. Enfin 48% des partogrammes ne satisfont pas le critère principalement dû à l'absence de description de la suture ou réfection effectuée.

Enfin le critère 12 mentionne la date, l'heure, le sexe, l'APGAR *(«La naissance : l'APGAR est mentionné à une minute et à cinq minutes.»)*, le poids. Grâce à la conception du partogramme et ses lignes à compléter, nous atteignons un taux de réussite de 98%. Malgré tout, 2% n'appliquent pas le critère (naissance d'un enfant né sans vie et oubli de notation du poids de l'enfant).

En résumé, les critères 1-4-6-7-8-9-10-12 réalisent un bon de taux de réussite en terme de remplissage puisque s'élevant à plus de 90%. Le critère 2 est assez satisfaisant car se situant à 84%. Les critères 3 *« surveillance du col »* et 11 *« état du périnée »* sont satisfaits à des taux moyens de 50%. Le critère 5 *« aspect de la poche des eaux »* représente le paramètre le moins bien appliqué avec un pourcentage de bon remplissage inférieur à 10%.

2.2.2.3 ACC n°3 « événements » (PARTOeve)

Figure 7: Présentation des résultats de notre évaluation de l'ACC n°3 PARTOeve au CHA



Le critère 1 *«Paramètres cliniques à l'entrée : au début du partogramme, on doit trouver la pression artérielle, le pouls, la température. Puis tenir compte du contexte clinique (rupture de la PDE, hyperthermie, hyper ou hypotension et des habitudes de service)»* est rempli pour 55% des partogrammes. Le paramètre manquant pour les autres est majoritairement la température.

Le critère 2 *«Le comportement de la mère : pouvant nuire à sa sécurité est noté au moins une fois. Exemple : calme, agitée, coopérante…»* est décrit par un de ces qualitatifs dans 46% des cas.

Concernant le critère 3 *«La péridurale et ses réinjections sont notées»,* nous avons pris la décision de l'affirmer même lorsque la patiente ne bénéficiait pas de péridurale (n = 15) car pour ce critère, l'option «non applicable» n'était pas accessible. Cocher NON n'aurait pas été objectif et n'aurait pas reflété la réalité qui est que ce critère est toujours correctement rempli à 100% comme l'en témoigne ici le résultat.

Pour le critère 4 *«L'intensité de la douleur est évaluée»* dans 52% des partogrammes, nous avons retrouvé une échelle de la douleur validée et sous forme numérique. En revanche dans 48% des cas, nous avons été confrontés à des qualifications telles que *«algique»* ou *«soulagée»* ne nous permettant pas de connaître d'un examen à l'autre l'évolution concrète de la douleur.

Le critère 5 correspond à la conformité de la prescription médicamenteuse régie par une réglementation qui comprend le nom du prescripteur, le nom du médicament, la posologie et la voie d'administration. De plus il est stipulé que *«le nom des médicaments est noté en clair […] La posologie du médicament doit être explicitée sous la forme suivante : unité, dilution, débit. […]La dilution peut être indiquée au début, puis seul le débit est noté.»* Nous avons coché «oui» en ce qui concerne le nom du prescripteur car le nom de la sage-femme intervenante et inscrite sur le partogramme fait directement office de prescripteur. Ainsi, 63% des partogrammes répondent à cette description, nous avons dénoté pour 47% des partogrammes, des manquements à ces règles dont le plus répandu était l'absence de dilution.

Pour le critère 6 *«Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement : signature et heure d'administration.»*, nous avons jugé que l'échelle horaire était insuffisante à une bonne traçabilité du médicament, nous avons ainsi comptabilisé seulement 14% des partogrammes qui respectent ce bon enregistrement.

Le critère 7 *«Heure du sondage urinaire»* est largement insatisfait avec un faible pourcentage de «oui» s'élevant à 7% contre 93% de «non» du fait de l'absence d'horaire précisée. Par ailleurs, nous avons remarqué que la notification du sondage à demeure n'était pas systématique lors d'un transfert au bloc opératoire pour une césarienne en urgence. L'option «NA» n'étant pas disponible, nous avons choisi de cocher «non» pour les patientes n'ayant pas nécessité cet acte car dans le choix contraire cela aurait altéré la réalité qui est que ce critère est rarement bien rempli, nous aurions créé de faux positifs. Cela ne concerne qu'une minorité de nos partogrammes.

De même pour le critère 8 *«La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme. La trace de la surveillance doit se trouver dans le dossier du patient.»*, nous n'avons pas eu le choix du critère «NA» proposé par la grille d'évaluation, c'est pourquoi même pour les patientes n'ayant pas bénéficié de péridurale (n=15), nous avons pris la décision de cocher «oui» car ce critère étant bien appliquée, nous nous serions de la réalité si l'on avait coché par défaut «non». Nous avons ainsi retrouvé cette surveillance de l'analgésie pour 98% de nos partogrammes. Cette feuille était présente dans le dossier médical du patient et associée au partogramme.

Le critère 9 prend en compte deux paramètres que sont *«le motif et l'heure exacte de l'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) (obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres)»* qui sont représentés dans 18% des partogrammes. En effet, pour cet item, nous avons constaté que pour 82% des partogrammes, il n'existait soit aucun appel telle que pour la pose de la péridurale, soit l'heure et le motif étaient absents ainsi que le nom et seule la fonction était désignée. Pour ce critère également, nous avons dû faire le choix de cocher «non» par défaut lorsque la patiente en question n'avait pas nécessité l'intervention d'un spécialiste. En effet, la sélection «NA» n'était pas possible ; cocher «oui» par défaut n'aurait pas été représentatif de la réalité. Ce choix concerne principalement les patientes ayant accouché normalement par voie basse sans péridurale et sans complications, elles constituent une minorité de la population étudiée (quinze patientes).

En ce qui concerne le critère 10 *«Heure de décisions de la césarienne et transfert au bloc opératoire notés»*, nous avons dénombré six partogrammes concernés, sur l'un d'eux est inscrit l'heure de décision et de transfert au bloc. Cependant pour toutes les raisons citées précédemment, l'option «NA» n'était pas disponible pour ce critère et nous avons pris la décision de cocher «non» y compris pour les patientes non concernées par ce critère pour être au plus près de la réalité observée. Ainsi nous avons dénoté un taux de 99% d'absence de retranscription de ces informations.

A propos du critère 11 *«La surveillance post-natale de l'accouchée est notée (durant les 2 heures qui suivent l'accouchement). Cocher NON si un des éléments manque : le globe de sécurité, le pouls, pression artérielle, le volume des pertes sanguines. Cocher NA si la patiente est surveillée en SSPI par IADE.»* 6% (césariennes en urgence) ont été considérés comme «NA» comme le préconise la HAS car ils ont donc par la suite fait l'objet d'une surveillance par une infirmière anesthésiste diplômée d'Etat (IADE) en salle de soins post-interventionnels (SSPI). Pour 83% des partogrammes, tous les paramètres exigés sont présents pour réaliser une surveillance correcte du post-partum. Parmi ces surveillances, nous avons accepté la feuille «dynamap» photocopiée des prises de tension artérielle et des pulsations informatisées, lorsque cette dernière était agrafée au partogramme. Cela implique 11 suivis de post-partum. Nous avons également accepté la feuille de surveillance spécifique des hémorragies du post-partum immédiat quand celle-ci était jointe au dossier médical de la patiente. Cela concernait quatre patientes, et pour toutes, cette feuille de suivi était présente dans leur dossier respectif. Onze pourcent seulement des partogrammes (n = 12) présentent des carences : trois ne renseignent pas sur les pertes sanguines, huit omettent l'écriture des constantes dont plus de la moitié concerne l'absence de pouls, une feuille «dynamap» était non jointe au partogramme.

En résumé, trois critères seulement sont remplis à quasiment à plus de 80%. Ce sont les critères 3, 8 et 11 qui correspondent respectivement : à *«la pose de la péridurale et ses réinjections»*, *«la surveillance de l'anesthésie et analgésie»* et enfin la surveillance du post-partum immédiat. Quatre critères obtiennent des taux de bon remplissage variant entre 45-65%, ce sont les critères : 1 (paramètres cliniques maternels notés à l'entrée), le 2 (comportement de la parturiente noté), le 4 (intensité de la douleur évaluée) et le 5 concernant la conformité de la prescription. Le critère 6 sur l'enregistrement des médicaments et le critère 9 traitant du motif et de l'heure d'appel aux médecins ne sont satisfaits qu'à 14 et 18% respectivement. Enfin le critère 10 qui doit faire noter l'heure de la décision de césarienne et de transfert au bloc n'est valide que pour un partogramme sur six.

2.2.3 Comparaisons des résultats des audits cliniques ciblés de 2006 et 2013

2.2.3.1 Comparaison des résultats de l'ACC n°1 PARTOten 2006 VS 2013

Le tableau suivant présente une comparaison des résultats du 3ème tour de l'ACC effectué en 2006 et des résultats de notre évaluation de 2013. Les résultats sont exprimés en pourcentages de satisfaction des critères. Le premier tableau correspond aux six critères de la première partie de l'audit sur la tenue du partogramme PARTOten.

Tableau 4: Comparaison des résultats de l'ACC n°1 PARToten 2006 VS 2013

	Résultats en % OUI	**2006**	**2013**
	Critères :	**3ème Tour**	**1er Tour**
C1	Identité civile de la mère notée	100%	100%
C2	Date notée	100%	93%
C3	Remplissage respectant le rythme horaire	100%	99%
C4	Horaires précis actes et examens notés	100%	3%
C5	Sage(s)-femme(s) identifiées	87%	94%
C6	Obstétricien(s) et Anesthésiste(s) identifiés	80%	97%

Les critères 1 et 3 restent stables. Nous pouvons noter que les critères 5 et 6 connaissent une amélioration de respectivement sept et dix-sept points. Nous remarquons que le critère 2 a subi une légère diminution de sept points. Enfin le critère 4 est quant à lui effondré avec un taux actuel de 3%.

2.2.3.2 Comparaison des résultats de l'ACC n°2 PARTOobs 2006 VS 2013

Le second tableau correspond aux douze critères de la deuxième partie de l'audit sur les critères obstétricaux, appelés PARTOobs.

Tableau 5: Comparaison des résultats de l'ACC n°2 PARTOobs 2006 VS 2013

	Résultats % OUI	**2006**	**2013**
	Critères :	**3ème Tour**	**1er Tour**
C1	Modalité d'entrée en travail précisée	93%	95%
C2	Présentation notée/examen	90%	84%
C3	Surveillance du col notée/examen	90%	57%
C4	RCF commenté/examen	97%	94%
C5	Aspect poche des eaux – L.A notés/examen	90%	9%
C6	Début des efforts expulsifs noté	83%	97%
C7	Mode d'accouchement noté	100%	99%
C8	Indication notée si instruments, manœuvres, césarienne	100%	99%
C9	Heure et mode de délivrance notés	70%	92%
C10	Indication notée si délivrance artificielle, révision	100%	97%
C11	Etat du périnée noté	87%	46%
C12	Date, heure, sexe, APGAR, poids notés	100%	98%

Les critères 1-2-4-7-8-10 et 12 demeurent inchangés. En revanche, les critères 6 et 9 montrent chacun une sensible augmentation de 14 et 22 points. La surveillance du col utérin (critère 3) et l'état du périnée (critère 11) souffrent d'une diminution avec une différence de 33 et 41 points de pourcentage respectivement. Nous observons que l'un des critères rencontre un taux de réussite en matière de remplissage 10 fois inférieur à celui analysé il y a 7 ans. Il s'agit du critère 5 abordant l'aspect de la poche des eaux et du liquide amniotique ; en effet nous pouvons noter une variation de 90% en 2006 à 9% en 2013.

2.2.3.3 Comparaison des résultats de l'ACC n°3 PARTOeve 2006 VS 2013

Le tableau ci-après regroupe les résultats de la troisième parte de l'audit clinique ciblé sur les 11 critères liés aux événements ainsi qu'aux actes, traitements et surveillances, appelés PARTOeve.

Tableau 6: Comparaison des résultats de l'ACC n°3 PARTOeve 2006 VS 2013

	Résultats % OUI	**2006**	**2013**
	Critères :	**3ème Tour**	**1er Tour**
C1	Paramètres cliniques notés à l'entrée	57%	55%
C2	Comportement de la parturiente notée	93%	46%
C3	Péridurale et réinjections notées	100%	100%
C4	Intensité douleur évaluée	97%	52%
C5	Prescription conforme	70%	63%
C6	Traitement noté	37%	14%
C7	Heure sondage(s) urinaire(s)notée	79%	7%
C8	Surveillance anesthésie & analgésie	100%	98%
C9	Motif et heure d'appel au(x) médecin(s) notés	70%	18%
C10	Heures décision césarienne et transfert au bloc	50%	1%
C11	Surveillance post-natale notée	100%	83%

Le critère 1 qui indique les paramètres cliniques maternels à l'entrée de la parturiente en salle de naissance reste fixe à 7 ans d'intervalle avec un taux inférieur à 60%. Il en est de même pour le critère 5 de la conformité des prescriptions. Les deux critères les mieux remplis en 2006 sont les mêmes que ceux retrouvés en 2013, il s'agit des critères traitant de la pose de la péridurale et des réinjections ainsi que de la surveillance de l'analgésie avec des taux à 100% ou presque. Tous les autres critères supportent des baisses plus ou moins importantes de leurs taux de remplissages dont les plus alarmants sont les critères 7 «heure des sondages urinaires» et 10 «heure de décisions de césarienne et transfert au bloc» inférieurs à 10%.

Nous vous proposons donc d'essayer de comprendre ces résultats en tâchant d'identifier les facteurs influençant l'exhaustivité des remplissages des partogrammes.

2.2.4 Causes mises en jeu dans la bonne tenue du partogramme : résultats du questionnaire

2.2.4.1 Méthode

Cinquante-deux questionnaires ont été distribués sur la période du 15 décembre 2013 au 19 janvier 2014 auprès des sages-femmes exerçant au centre hospitalier d'Argenteuil (CHA).

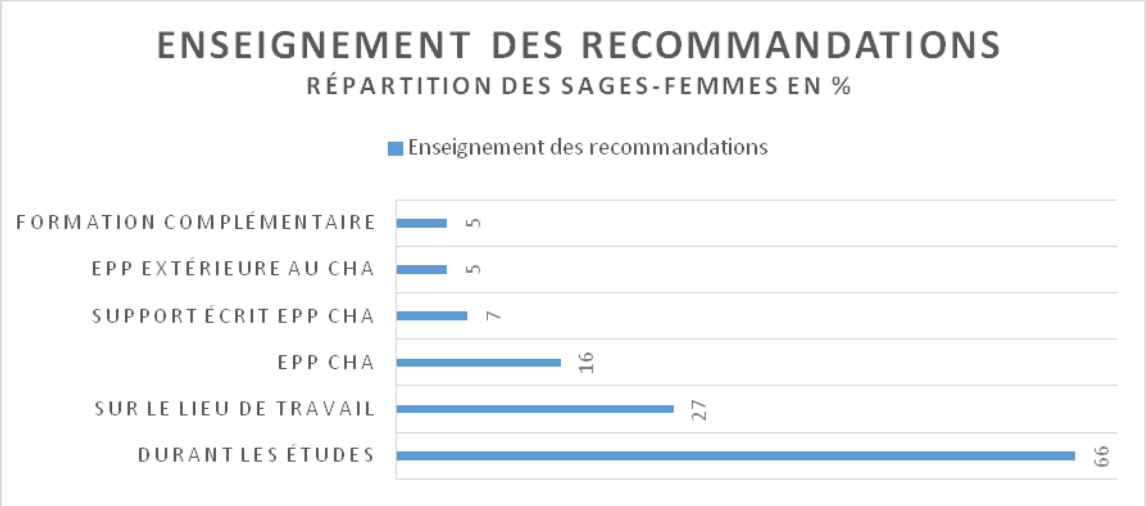
Quarante-quatre questionnaires ont été recueillis sur les cinquante-deux prévus. Cela représente 85% des sages-femmes.

2.2.4.2 Caractérisation des sages-femmes ayant répondu aux questionnaires

A partir des réponses aux questionnaires des sages-femmes ayant participé à cette étude, nous avons fait un calcul qui place l'année moyenne d'obtention du diplôme en 2007. Elles travaillent au CHA depuis six ans en moyenne.

La majorité (66%) a eu un apprentissage théorique du remplissage du partogramme enseigné durant les études de sages-femmes (n=29) et/ou sur leur lieu de travail (27%). Deux se démarquent par une approche atypique de leur apprentissage (recours à une formation professionnelle, revue professionnelle). Deux sages-femmes ont reçu un enseignement complémentaire via la participation à une EPP autre qu'au CHA. Sept étaient présentes au moment l'évaluation des pratiques professionnelles débutée il y a dix ans et six ont eu l'opportunité d'y participer. Peu ont bénéficié d'un retour écrit de cette EPP menée entre 2004 et 2006 et comportant 3 tours (n=3).

Figure 8: Accès aux recommandations



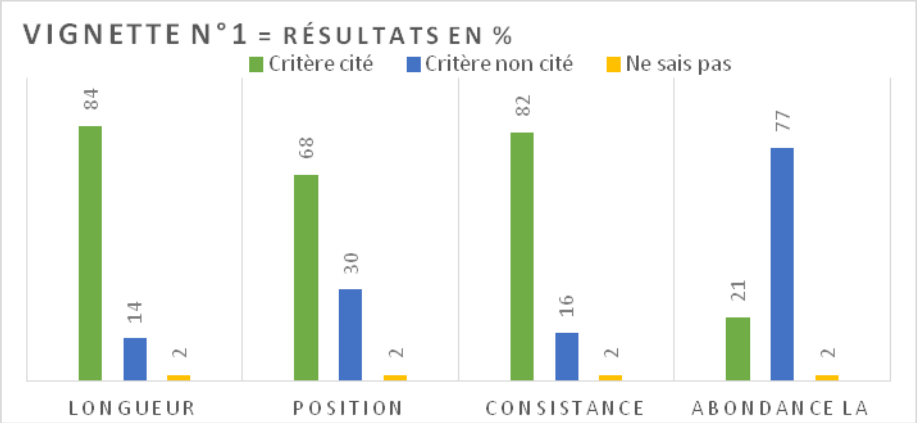
2.2.4.3 Etat des lieux des connaissances des recommandations professionnelles sur le partogramme

Pour procéder à cette évaluation des connaissances, nous avons décidé de construire des vignettes cliniques car elles nous ont parues être le bon compromis pour faire appel à une réflexion un peu plus poussée sans que cela ne soit trop chronophage et plus ludique. Nous avons volontairement axé ces vignettes sur les six critères les moins bien remplis lors de notre évaluation EPP 2013 : la surveillance du col et du liquide amniotique, l'appel aux médecins, la surveillance de l'analgésie péridurale, le sondage urinaire, la conformité de la prescription de médicament et l'état du périnée.

2.2.4.3.1 Vignette n°1 sur la surveillance du col et du liquide amniotique

Sur notre vignette, nous pouvions lire uniquement deux informations : la dilatation en centimètre et la présence d'un liquide amniotique clair après une rupture spontanée des membranes. Quatre paramètres étaient manquants : la longueur du col, sa position, sa consistance et enfin l'abondance du liquide amniotique.

Figure 9: Résultats de la vignette n°1

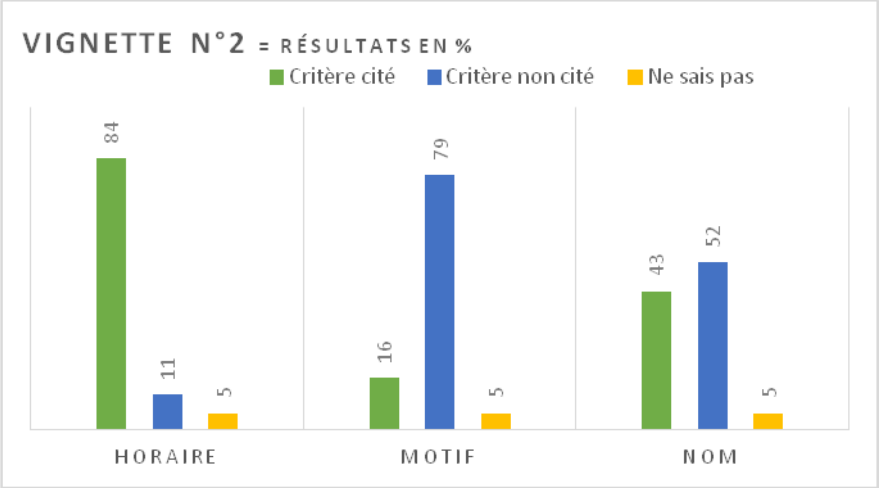


Les critères décrivant le col (longueur, position, consistance) sont bien connus des sages-femmes car nous en retrouvons la citation dans plus 65% des questionnaires contrairement à l'abondance du liquide amniotique qui n'est évoqué que dans 21% des cas.

2.2.4.3.2 Vignette n°2 sur l'appel au médecin

Concernant cette vignette, l'heure d'appel au médecin, le motif ainsi que le nom de l'intervenant étaient absents, en effet l'appel au spécialiste était seulement signalé par « Appel ARE ».

Figure 10: Résultats de la vignette n°2



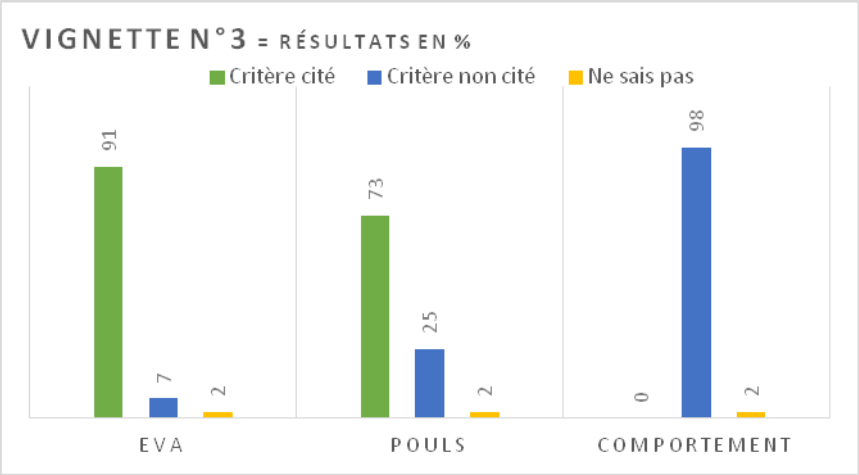
Concernant l'appel au médecin spécialiste, l'horaire est l'information qui est le plus souvent mentionnée avec un taux de 84%. Le nom de l'intervenant est signalé dans la moitié des questionnaires, approximativement. Le motif est quant à lui le

renseignement qui est le plus souvent oublié, seulement 16% des sages-femmes savent qu'il faut le mentionner.

2.2.4.3.3 Vignette n°3 sur la surveillance de l'anesthésie péridurale

L'évaluation numérique de la douleur (EN), le pouls ainsi que le comportement de la patiente manquaient à cette vignette qui ne comprenait qu'une tension artérielle et deux adjectifs qualifiant la douleur ressentie : «algique» puis «soulagée» suivant la pose de l'analgésie péridurale.

Figure 11: Résultats de la vignette n°3

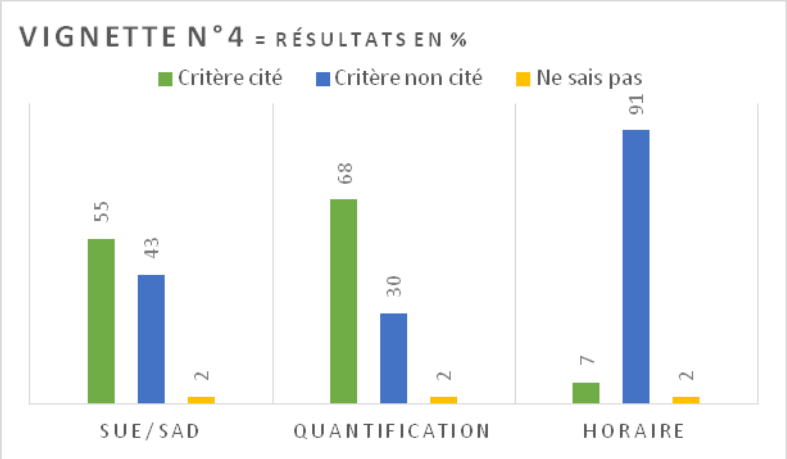


L'évaluation de la douleur occupe une place primordiale dans la surveillance de l'analgésie péridurale, c'est ce que l'on peut constater avec un taux atteignant à 91%. Le pouls et de manière plus générale les constantes sont ensuite évoquées dans 73% des questionnaires. Enfin, nous remarquons que le comportement de la patiente au décours du travail est le paramètre qui est absent de la totalité des questionnaires.

2.2.4.3.4 Vignette n°4 sur le sondage urinaire

Nous avons construit cette vignette en indiquant l'acte par « sondage urinaire». Il était donc omis la nature de ce sondage (aller-retour ou à demeure), la quantification des urines et enfin l'heure exacte de l'acte.

Figure 12: Résultats de la vignette n°4

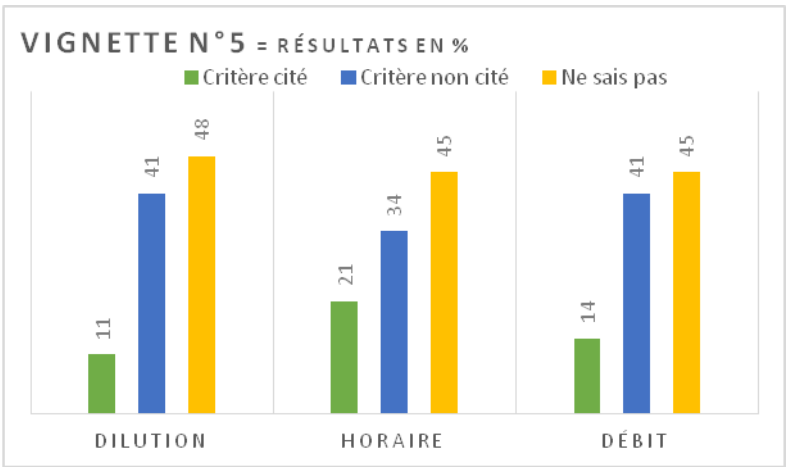


Nous pouvons constater que la nature du sondage urinaire ainsi que la quantification sont reprécisées dans plus de la moitié des cas. En revanche, la datation horaire exacte du sondage urinaire n'est rappelée que pour 7% des vignettes.

2.2.4.3.5 Vignette n°5 sur la conformité de la prescription médicamenteuse

Nous avons construit cette vignette en prenant l'exemple de l'administration de l'AMOXICILLINE que nous avons notifié par un triangle accompagné de «CLAMOXYL deux grammes»

Figure 13: Résultats de la vignette n°5



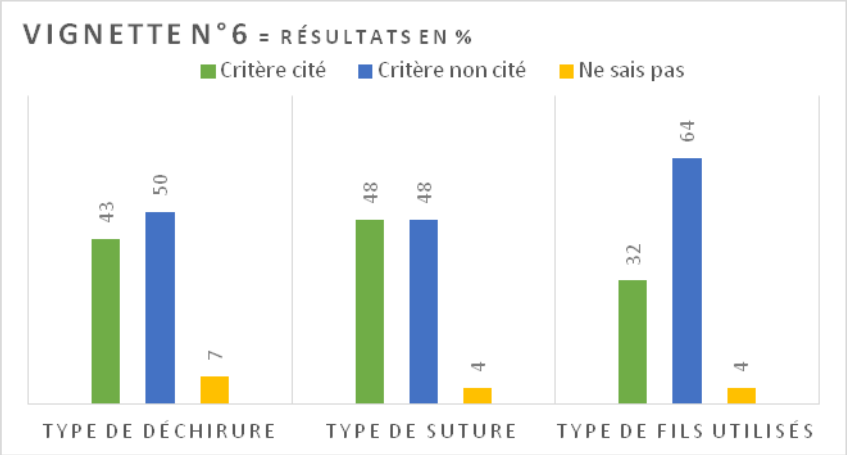
Nous observons que la vignette concernant la prescription conforme des médicaments a posé quelques difficultés aux sages-femmes interrogées car les taux de réponse «ne sais pas» ont largement été plébiscités (50%) pour chacun des

paramètres : dilution, horaire, débit. Plus précisément, la dilution ainsi que le débit du médicament administré ne sont associés à la vignette présentée que dans 11% et 14% respectivement. Enfin le taux de notification de l'heure d'administration est doublé par rapport aux critères précédents.

2.2.4.3.6 Vignette n°6 sur l'état du périnée

Nous avons décrit l'état du périnée sur la vignette clinique par «Déchirure» à laquelle est associée deux cases pré-imprimées cochées correspondant aux touchers vaginal et rectal de contrôle.

Figure 14: Résultats de la vignette n°6



Les sages-femmes ont trouvé nécessaire de décrire avec plus de détails le type de déchirure et de suture dans 50% des cas. Le type de fils utilisés est quant à lui moins évoqué devant la vignette proposée, seuls 32% des questionnaires le recensent.

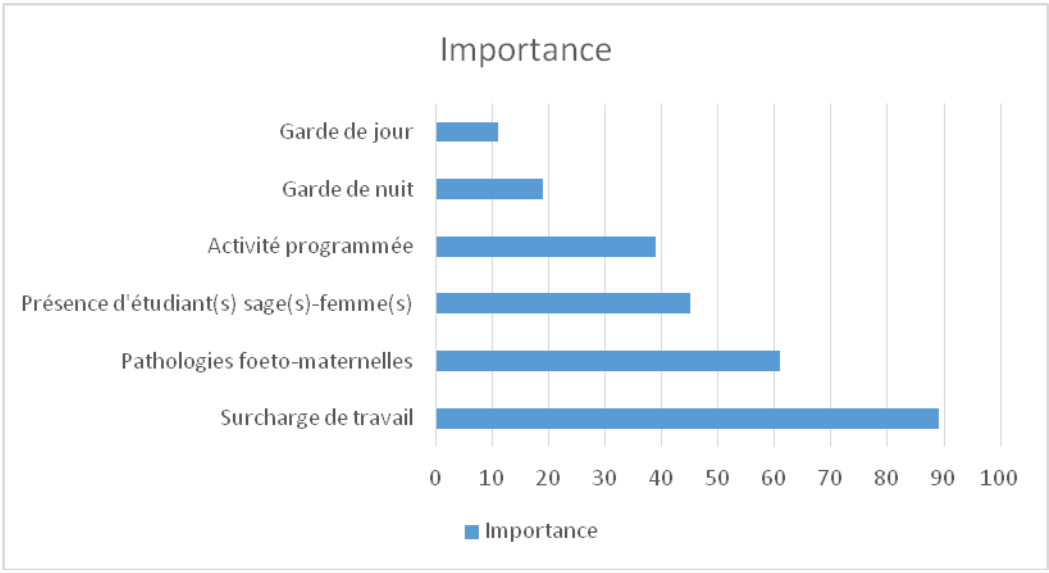
2.2.4.4 Facteurs influençant la bonne tenue du partogramme

2.2.4.4.1 Causes externes

Nous avons tenté d'identifier les causes impactant le remplissage du partogramme en proposant des situations qui nous ont semblées plausiblement impliquées. Nous avons ensuite décidé de laisser la liberté aux sages-femmes de hiérarchiser leurs importances à l'aide de cinq options de «pas du tout important», à «très important».

La surcharge de travail représentée par le nombre d'accouchement sur la garde ainsi que le nombre de consultations en urgence semblent être les paramètres auxquels les sages-femmes octroient le plus d'importance dans l'impact sur la tenue du partogramme. En effet la moitié de la population interrogée s'accorde pour déclarer ce critère comme «important» ou «très important», ils réunissent 89% des réponses (n=39). La présence de pathologies affectant la mère ou le fœtus est le deuxième paramètre qui obtient le plus d'approbations des sages-femmes (61%). La présence d'étudiant(e)s sage(s)-femme(s) en salle de naissance intervient en troisième position dans cette classification d'importance décroissante avec un taux «important» s'élevant à 45%. L'activité programmée paraît départager l'opinion des sages-femmes, quatorze soit 32 % considèrent ce critère comme «important» contre dix-huit (41%) se disant égales à ce surplus de travail. Enfin, que la garde se passe en journée ou de nuit n'interfère aucunement sur la tenue du partogramme, d'après les pourcentages observés pour l'option «cela ne change rien» (60%), 15 % environ déclarent même que ce n'est pas du tout important.

Figure 15: Importance donnée aux causes externes

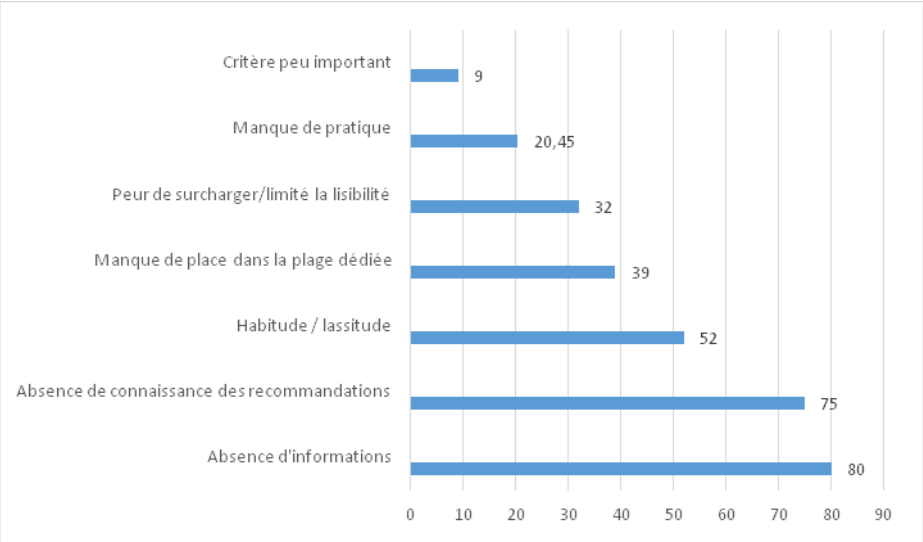


2.2.4.4.2 Causes internes

Après un essai d'identification des facteurs extérieurs pouvant avoir un effet sur la tenue du partogramme, nous avons eu un intérêt à chercher les causes qui étaient d'un ordre plus personnel. De la même manière que précédemment, nous avons avancé des causes et les sages-femmes selon qu'elles se sentaient concernées ou non, devaient cocher «oui» ou «non».

De la même façon, nous pourrions établir un classement selon le pourcentage de sages-femmes concernées par la situation.

Figure 16: Causes internes



Les trois-quarts des sages-femmes reconnaissent ne pas avoir eu connaissance des recommandations et 80% d'entre elles n'ont pas reçu d'informations à ce propos. La moitié décrit la prise de mauvaises habitudes plus que de lassitude expliquant la tenue du partogramme dont nous avons fait l'observation. Un tiers environ exprime un désir d'orienter les examens en évitant les répétitions non pertinentes pouvant surcharger le partogramme et donc en limiter la lisibilité. Enfin un cinquième explique l'incomplétude des partogrammes par un manque de pratique lié à une absence prolongée de la salle de naissance soit du fait d'un roulement particulier dans d'autres services, soit du fait d'un arrêt maladie ou congé maternité. 9% des sages-femmes reconnaissant que certains critères leur semblaient peu importants argumentent leur réponse d'exemples tels que la répétition d'un

critère dans une situation inchangée, le positionnement de la patiente ou encore le désir d'orienter les examens selon le contexte pour mieux en faire ressortir l'essentiel.

A la question ouverte «autre» pouvant influencer la tenue du partogramme, une sage-femme commente en accentuant l'impact des mauvaises habitudes ainsi que la surcharge de travail. Une autre sage-femme met en avant la proposition de remplacer le terme «comportement» par «position».

Enfin une dernière partie du questionnaire constituée de deux questions, l'une appelle une réponse « oui – non » tandis que l'autre est une question ouverte donnant aux sages-femmes l'occasion de proposer la forme d'information qui leur semble la plus adaptée. Nous avons obtenu 77% de réponses positives en faveur d'une envie de perfectionnement contre 23% de refus (n=10). Les réponses aux vignettes cliniques ainsi qu'un retour des résultats du mémoire par rapport à l'observation des partogrammes sont les plus prisés. Une sage-femme précise que ce retour soit fait sous forme d'une présentation orale rapide d'environ 30 minutes tandis qu'une autre exprime le besoin d'un support écrit. A ces demandes sont associés également un rappel des recommandations en vigueur ainsi qu'une sensibilisation au caractère médico-légal du partogramme.

3 Troisième partie : Discussion

3.1 Forces de l'étude

Le thème de notre EPP dans l'hôpital d'Argenteuil a été un atout car cette pratique n'a pas été réétudié depuis plusieurs années et il a ainsi récolté l'enthousiasme des cadres, dont l'une a émis l'éventualité d'exploiter nos résultats dans le cadre d'une prochaine démarche de certification.

Sur huit semaines, nous avons procédé, en respectant les règles du tirage au sort, à la relecture de cent neuf partogrammes, ce qui a donné plus de puissance à nos résultats par rapport aux anciennes évaluations (30 dossiers étudiés).

La motivation et le goût du perfectionnement dont ont fait part les sages-femmes nous ont permis d'obtenir un bon taux de participation au questionnaire s'élevant à 85%.

L'étude des partogrammes ainsi que les questionnaires ont permis de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes quant aux recommandations émises par l'ANAES sur le partogramme.

Les questionnaires ont également donné l'occasion aux sages-femmes d'exprimer leurs désirs de progresser, d'en apprendre plus sur les recommandations et de s'auto-évaluer.

3.2 Limites de notre étude

La nature rétrospective de notre étude a pu être un biais dans l'exploitation et la description de nos résultats. En effet, nous ne pouvions pas juger du remplissage des partogrammes en temps réel et dire si la qualité de la tenue du partogramme dépend de la non exécution de certains actes ou d'une négligence d'un point de vue de la traçabilité.

Par ailleurs, les évaluations des pratiques professionnelles de 2006 et de 2013 ont été effectuées par des personnes différentes, certaines d'entre elles appartenaient au centre hospitalier d'Argenteuil pour ce qui est de la première évaluation tandis que la seconde équipe émanait d'une intervention extérieure. Même si la méthode de l'ACC permet d'avoir des critères objectivement reproductibles dans l'analyse, il peut exister des divergences d'interprétation de certains critères entraînant une plus ou moins grande «sévérité» de l'analyse, provoquant alors des différences de notations. Ainsi certains critères ont vu leur pourcentage de satisfaction revu très fortement à la baisse entre les analyses de 2006 et de 2013, comme par exemple les horaires précis des actes et examens passé de 100% de satisfaction à 3% dans notre analyse ; l'aspect de la poche des eaux et du liquide amniotique (90% vs 9%), l'état du périnée (87% vs 46%) ou l'heure du sondage urinaire (79% vs 7%). Pour ce qui est des horaires des actes et examens, nous pouvons nous demander si les évaluateurs de 2006 n'ont pas considéré comme satisfaisant le fait que l'acte soit écrit dans la case du partogramme en essayant de respecter au plus près l'échelle horaire avec le quadrillage comme il est écrit dans l'annexe III alors que nous avons exigé que l'horaire précis soit notifié à côté de l'acte et du sondage urinaire. Nous pouvons aussi nous demander si l'abondance du liquide amniotique avait réellement fait partie des critères de l'analyse de 2006 et si l'accent n'avait pas plutôt été porté uniquement sur l'aspect du liquide et de la poche des eaux ; alors que nous avons décidé de rechercher une notification sur l'évaluation de la quantité de liquide amniotique dans chaque partogramme. Enfin concernant l'aspect du périnée, les critères ANAES ne s'attachent pas uniquement au type de déchirure/épisiotomie, mais également aux modalités de sa réfection (type de suture) et nous pouvons supposer que lors de l'analyse de 2006 seule le type de plaie obstétricale avait été recherché.

Du fait de l'organisation des plannings des sages-femmes en termes de roulement dans les différents services et de la courte période sur laquelle s'est étendue notre étude, nous reconnaissons que les résultats ont pu être biaisés car nous avons retrouvé plusieurs partogrammes remplis par les mêmes sages-femmes.

Entre autre, nous avons eu quelques difficultés à remplir les grilles d'évaluation de l'ANAES qui propose comme choix « oui-non » pour chaque critère et parfois «non applicable» pour certains critères seulement. Or nous avons trouvé que certaines situations ne prêtaient pas à un «oui» ou un «non» et nous aurions préféré avoir le choix du «non applicable» pour tous les critères. En effet, parfois certaines de nos patientes n'étaient pas concernées par le critère analysé et nous avons dû faire le choix de les catégoriser malgré tout en créant un biais qui a été à chaque fois exprimé et justifié. Ainsi pour être le plus représentatif de la réalité, nous avons pris la décision de ranger les «non applicables» dans la majorité observée.

3.3 Analyse des résultats dossiers confrontés aux réponses des questionnaires

Pour la majorité des sages-femmes, leur activité au CHA représente leur premier et seul poste occupé à la suite de leurs études, ce qui traduit une sédentarité sur le plan professionnel. Cela peut expliquer une certaine habitude du partogramme utilisé et donc une certaine homogénéité dans leurs manières de remplir les partogrammes.

3.3.1 ACC n°1 PARTOten

Nous avons pu constater que cinq critères sur six bénéficiaient d'un taux de remplissage excellent à plus de 90%. Ce qui est très satisfaisant d'un point de vue médico-légal car ces critères permettent une traçabilité des intervenants (sages-femmes, obstétriciens, anesthésiste) mais aussi des dates et de la dynamique des différents travails avec un grand respect du rythme horaire observé. Ce dernier critère permet une gestion optimale des risques inhérents à l'accouchement.

Nous avons vu aussi que l'identito-vigilance était bien respectée et ceci grâce à l'utilisation d'étiquettes administratives permettant de ne pas omettre toutes les informations nécessaires à la bonne identification de la patiente et éviter le risque d'erreur en partie lié aux homonymes qui sont largement répandus dans les populations fréquentant cet hôpital.

Cependant l'absence de datation horaire exacte de chaque acte est largement répandue. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous avons considéré que l'échelle horaire ne suffisait pas à remplir avec exactitude le critère tel qu'il est annoncé dans les recommandations. Par ailleurs, la plage dédiée au commentaire pour certains actes est trop étalée par rapport à l'échelle horaire pour définir avec précision l'heure de l'acte en question.

3.3.2 ACC n°2 PARTOobs

Trois critères retiennent notre attention : «la surveillance du col», «l'aspect du liquide amniotique» et «l'état du périnée».

En effet, ces critères connaissent des lacunes de remplissage du fait qu'ils nécessitent plusieurs informations pour être validés. La surveillance du col comprend non seulement la dilatation qui est une caractéristique qui n'est jamais omise car elle apparaît sur le diagramme mais aussi parce qu'elle représente le paramètre par excellence pour qualifier l'évolution du travail avec la progression du mobile fœtal. Cependant la description du col ne s'arrête pas là. Les autres adjectifs ont aussi une importance pour analyser le bon déroulement du travail et peuvent faire la différence entre stagnation ou ralentissement de la dilatation et influencer une décision interventionniste. Cette constatation est surprenante car elle n'est pas corrélée aux connaissances des sages-femmes sur cet item comme en témoigne le taux de bonnes réponses (supérieurs à 68%) à la vignette clinique n°1. Nous pouvons supposer, d'après certaines réponses du questionnaire, que cette négligence relève d'une intention volontaire pour éviter les répétitions ou de surcharger le partogramme par exemple.

L'aspect du liquide amniotique comporte la couleur, importante pour dépister une souffrance fœtale mais il est souvent oublié d'estimer son volume. Nous expliquons ce constat par le fait que les équipes ignorent son caractère obligatoire sur le partogramme comme nous l'ont prouvés les résultats des questionnaires où ce critère n'est évoqué que dans 21% des cas.

Enfin le manque d'informations à propos du périnée nous a particulièrement interpelés. En effet, le type de déchirure, le type de suture ainsi que les fils font défaut pour la moitié des partogrammes. Nous faisons ainsi face à une absence de traçabilité sur le plan médico-légal des actes dirigés sur la plaie engendrée. Cet état des lieux coïncide avec les 50% ou moins de bon remplissage de la vignette clinique n°6 nous suggérant que les professionnels ont oublié les éléments nécessaires à la bonne description du périnée. Et pourtant le dernier volet du partogramme correspondant à l'accouchement précise en toutes lettres dans une sorte de «texte à trou» : type de suture.

Néanmoins, de nombreux points forts avec neuf critères sur douze sont satisfaits à plus de 80%, notamment en ce qui concerne le bien-être fœtal avec une particulière attention au rythme cardiaque fœtal.

La constitution du partogramme est telle qu'elle permet de ne pas négliger de nombreux renseignements essentiels du post-partum et spécialement concernant l'issue de l'accouchement spontané ou instrumentalisé sans en oublier le motif, la délivrance, période critique du post-partum immédiat avec type, horaire détaillés, le sexe, le poids et l 'APGAR du nouveau-né.

3.3.3 ACC n°3 PARTOeve

L'ACC n°3 représente la partie qui concentre le plus de difficultés de remplissage semble-t-il. En effet, il présente les moins bons taux de remplissage par rapport aux deux autres ACC n°1 et 2. Et c'est sur cet ACC principalement que la tenue du partogramme s'est sensiblement dégradée depuis sept ans. Or la traçabilité des événements est au cœur de cet ACC. Il est donc primordial sur le plan juridique.

Seulement trois critères valident avec des taux satisfaisants. Quatre critères n'atteignent pas les 20%. L'administration des médicaments, l'heure des sondages urinaire, l'appel au médecin et le transfert au bloc sont les items qui posent le plus de problème.

La traçabilité est un élément très important en médecine mais encore plus lorsqu'il s'agit de l'administration de substances aux patients. Ces médicaments apparaissent bien dans les partogrammes mais les équipes ignorent avec exactitude les règles de bonne notation, c'est ce que nous avons pu constater en observant les partogrammes et les réponses à la vignette clinique n°5 n'atteignant qu'un taux de 21% concernant la datation horaire et des taux inférieurs à 15% pour la dilution et le débit. Pourtant un travail important sur le partogramme d'Argenteuil concernant l'administration des traitements a été fait au cours des années et axé sur les thérapeutiques les plus fréquemment administrées : la perfusion de base par Ringer Lactate, le Syntocinon et le Tagamet. En revanche aucune aide à la traçabilité de l'injection d'Amoxicilline n'existe, et les sages-femmes ignorent les modalités exactes de notification comme l'ont montré les réponses du questionnaire. C'est essentiellement pour cette administration d'Amoxicilline dont la traçabilité ne respecte pas les règles admises que le taux de satisfaction du critère de la conformité des prescriptions atteint seulement 63%.

En ce qui concerne, la notification des heures des sondages urinaires, la vignette clinique 4 où l'heure n'est citée comme information manquante que dans 7% des cas nous indique clairement que celle-ci ne fait apparemment pas partie des habitudes de remplissages car les sages-femmes pensent que l'échelle horaire suffit à la traçabilité de cet événement. Il leur semble donc vain de répéter une information déjà présente et de surcharger le partogramme. Certaines expliquent aussi qu'elles ne comprennent pas l'utilité d'un horaire précis, pour le sondage urinaire particulièrement. Toujours à propos du sondage urinaire, la moitié des sages-femmes ne détaille pas la nature du sondage urinaire évacuateur ou à demeure comme nous l'indique la vignette clinique associée. Pourtant ces deux gestes invasifs ne comportent pas les mêmes conséquences du point de vue du risque infectieux et il serait recommandable de le préciser pour aider au diagnostic en cas de tableau infectieux à postériori. Néanmoins, nous pouvons remarquer que 70% sages-femmes expriment un intérêt à estimer la productivité des sondages urinaires. Ceci nous paraît important car cela permet non seulement de faire des bilans des entrées et sorties mais aussi d'expliquer un défaut de progression du mobile fœtal

par exemple ou encore un défaut de contractilité utérine en cas de globe vésical qui pourrait par ailleurs léser la vessie.

Concernant le critère intitulé «appel aux médecins», il comporte plusieurs éléments : l'heure de l'appel, le motif de l'appel et enfin le nom du médecin appelé et de manière générale, l'appel au médecin fait souvent référence à celui d'un obstétricien chef de garde ou de l'interne ou encore de l'anesthésiste lorsqu'il existe des complications. La retranscription de l'appel au médecin anesthésiste-réanimateur pour la demande d'une analgésie loco-régionale demeure exceptionnelle. Lorsqu'un appel est passé, l'heure est, comme la plupart des actes, non reprécisée car implicitement donnée par l'échelle horaire du diagramme, ce qui explique qu'elle manque quasi-systématiquement. Pourtant cette observation ne coïncide pas avec ce que nous pouvons remarquer dans la vignette clinique correspondante car l'heure de l'appel est mentionnée à 84%. La justification de ce constat réside en son caractère hautement médico-légal qui une fois extrait de son partogramme prend tout son sens et vise à se protéger en cas de litiges, le défaut d'appel au médecin ainsi que le retard à la prise en charge étant judiciairement punissables pour les sages-femmes. Le médecin appelé est souvent réduit à sa fonction comme nous le prouve les réponses à la vignette avec un taux moyen de 40%. Cependant les noms des intervenants sont aisément retrouvés grâce à l'encart prévu à cet effet, se situant sur le partogramme et précisant le personnel de garde d'une part et le personnel intervenu à un moment ou un autre du travail. Ceci nous prouve encore que le partogramme utilisé est bien conçu.

Le troisième paramètre de ce critère correspond au motif de l'appel. Ce dernier est rarement retrouvé sur le partogramme et il n'est pas connu, seulement 16% des sages-femmes l'évoquent en réponse au questionnaire. Nous supposons que l'absence de motif réédité provient du fait que les raisons de l'appel sont implicitement données par le reste du partogramme.

L'heure du transfert au bloc est le critère le moins bien rempli. Cependant il a été évalué sur un faible échantillon car cette situation s'est présentée seulement six fois par le tirage au sort. Le transfert au bloc marque une situation d'urgence vitale

que cela soit pour l'enfant ou la mère. Or le délai entre la décision et le transfert au bloc n'est guère formulé, et cela nous a marqué car il n'y a de situation plus importante pour faire preuve de rigueur dans la traçabilité des événements. Par ailleurs, cette heure est aisément retrouvable pour que les sages-femmes puissent le noter sur le partogramme, puisque cela correspond à l'heure notée à l'arrêt de monitoring lors du passage au bloc opératoire.

En dehors de ces quatre critères, nous en retrouvons entre autre trois autres correctement remplis à 50% ; ce sont « les constantes maternelles à l'entrée » et les paramètres de surveillance de l'analgésie péridurale. Les paramètres cliniques figurent pourtant sur la légende du partogramme où il est précisé : tension artérielle, pouls et température. Le fait d'avoir un détail des informations devant être inscrites dans la case ne suffit à avoir un taux de remplissage que de 55%. En ce qui concerne la péridurale et ses réinjections sont toujours bien notées, en revanche si nous nous s'inquiétons trop de la sécurité des patientes, ces taux nous indiquent que le confort de la patiente et le bien-être sont relayés au second plan. Pourtant, la prise en charge de la douleur fait partie intégrante de la réglementation hospitalière en appartenant à la charte du patient hospitalisé et doit être omniprésente dans notre prise en charge globale des patientes. Les résultats nous montrent effectivement que ce paramètre conserve toute notre attention mais la notation demeure insuffisante malgré une case dédiée à ce critère et le fait que cet item soit inscrit volontairement sur le patogramme 2h et 4h après l'admission en salle de naissance pour semble-t-il penser à le noter et à évaluer l'efficacité suffisante de l'analgésie péridurale. Nous devons recourir à une échelle de la douleur validée, les qualificatifs employés pour juger de l'efficacité de la péridurale ne permettent pas une distinction dans l'évolution de la douleur ou de l'apaisement.

De même, le comportement de la patiente doit être décrit car il rentre en compte dans la prise en charge de la sécurité non seulement de la patiente mais de l'équipe entière. Cependant, nous avons constaté que l'ignorance que cachait le mot «comportement» était la cause principale du mauvais remplissage. En effet, nous nous sommes rendu compte que les sages-femmes faisaient la confusion entre

l'EVA et le comportement et rassemblaient les deux critères par «algique» ou «soulagée».

Par ailleurs, nous avons retrouvé par trois fois dans trois questionnaires différents en réponse à la question «certains critères vous apparaissent pas ou peu importants» une explication à ce remplissage partiel des constantes par la volonté de ne pas surcharger inutilement le partogramme et de noter des examens qui étaient orientés. C'est-à-dire noter la température à chaque fois si contexte d'hyperthermie ou infection, noter la tension artérielle si il y a eu un épisode hypotensif nécessitant une surveillance particulière, ou encore la notation du pouls après une hémorragie.

Pour expliquer objectivement l'origine de ces mauvais remplissages, nous avons retrouvé le défaut de connaissances des recommandations ainsi que les mauvaises habitudes qui prennent le dessus dans les raisons personnelles évoquées par les sages-femmes. Ce qui justifierait le manque d'application des recommandations professionnelles en pratique puisque méconnues sur le plan intellectuel. D'après nos observations, les sages-femmes interrogées ont obtenu leur diplôme en 2007 en moyenne, or les recommandation sont apparues en 2000. Ces sages-femmes ont donc toutes eu accès à un enseignement théorique, pourtant seulement 66% ont déclaré avoir eu connaissance des recommandations durant leurs études. Nous pouvons nous poser la question de la qualité de l'information en formation initiale. Une deuxième hypothèse irait dans le questionnement de la prépondérance de la formation par les pairs en salle de naissance lors des stages malgré un bon apport théorique universitaire. Cela implique que les étudiants prennent les mauvaises habitudes de remplissage des sages-femmes encadrant en stage qui elles n'ont peut-être pas eu d'apport théorique à jour et ignorent les recommandations et les règles de remplissage des partogrammes. Cependant ces sages-femmes diplômées depuis 2007 en moyenne n'étaient pas présentes lors de l'EPP de 2006 au CHA, elles n'ont donc pas bénéficié, contrairement à sept sages-femmes recensées, d'une formation complémentaire pratique des dernières recommandations en vigueur.

Par ailleurs, au-delà d'un examen des connaissances sur les recommandations, le questionnaire a également l'objectif d'identifier les causes de la mauvaise tenue de certains partogrammes. Nous avons proposé de catégoriser certaines situations en fonction de leur influence dans le remplissage des partogrammes et il s'avère que la surcharge de travail en salle de naissance arrive en première position, les sages-femmes s'accordent à 90% pour déclarer cette situation comme impactant le plus négativement la retranscription de leurs actes dans le partogramme. Vient ensuite la présence de pathologies maternelles ou fœtales imposant une plus grande vigilance et rigueur chronophage mais qui serait contrairement à la situation précédemment décrite, en faveur de meilleur remplissage. Il en est de même pour la situation de «la présence d'étudiant(s) sage(s)-femme(s) en salle de naissance» qui oblige les sages-femmes à plus d'exigences personnelles dans la tenue de leurs partogrammes par devoir d'encadrement et de transmission d'un savoir-faire qui se veut irréprochable. L'activité programmée divise les avis en ne recensant que la moitié des sages-femmes pour «important» tandis que l'autre moitié ne semble pas affectée par ce surplus de travail. En revanche, le jour ou la nuit réunissent la majorité des sages-femmes pour dire que ce critère ne rentre pas en ligne de compte pour le bon remplissage du partogramme.

Donc pour résumer, si nous devions incriminer, à la vue des résultats obtenus, une cause interne et une cause externe, cela correspondrait à un défaut de connaissance et d'informations des recommandations professionnelles et la surcharge de travail en salle de naissance.

Soixante-dix-sept pourcent des sages-femmes répondent positivement à la proposition d'une formation complémentaire sur le partogramme dont le type s'adaptera à leur besoin selon les propositions qu'elles ont formulées. Cela montre la motivation de cette équipe à s'inscrire dans une démarche de perfectionnement de leurs pratiques professionnelles.

3.4 Comparaison avec l'ACC mené par la HAS 2006.

Nous avons voulu vérifier si les difficultés de remplissage rencontré dans notre étude à Argenteuil correspondaient aux difficultés relevées au niveau national lors de l'audit d'octobre 2006 figurant dans le rapport de l'expérimentation. Les résultats sont présentés en annexe. (Annexe VII) Tous les chiffres de la HAS utilisés ici concernent l'évaluation avant la mise en œuvre des plans d'améliorations c'est-à-dire les résultats du premier tour. [26] Globalement, comparé aux résultats obtenus dans les autres maternités ayant participé à l'étude de la HAS de 2006, on s'aperçoit que la tenue du partogramme au CHA, est de bonne qualité. La majorité des critères faisant défaut en 2006 bénéficient d'une nette amélioration au CHA avec taux de satisfaction excellent. On peut citer par exemple l'analyse du RCF qui obtient un taux de satisfaction des critères seulement de 68% pour l'analyse de la HAS en 2006 et de 94% en 2013 à Argenteuil, la modalité d'entrée en travail (58% en 2006 pour la HAS et 95% à Argenteuil en 2013), l'indication de DA ou RU (60% vs 97%), l'heure du début des efforts expulsifs (51% vs 97%) et l'indication de l'extraction instrumentale ou césarienne (65% vs 99%).

Il y a cependant des critères qui présentent malgré tout des taux de satisfaction meilleurs à Argenteuil en 2013 mais qui restent médiocre aux alentours de 50% seulement, on peut alors se dire qu'il s'agit de critères qui présentent des difficultés de remplissage au niveau national et sur lesquels il conviendrait d'insister lors d'actions d'information. Il s'agit des paramètres cliniques notés à l'entrée (38% pour la HAS et 55% à Argenteuil en 2013), de l'évaluation de la douleur (23% vs 52%) et de la conformité des prescriptions (44% vs 63%).

Néanmoins, nous constatons des divergences où les résultats au CHA sont inférieurs aux taux antérieurs de la HAS et cela concerne essentiellement les écarts observés et expliqués lors cette étude : horaires précis des actes et examens (85% de satisfaction pour l'audit HAS 2006 et 3% à Argenteuil en 2013), l'aspect de la poche des eaux et du liquide amniotique (77% HAS vs 9% Argenteuil), l'état du périnée (90% vs 46%), l'heure du sondage urinaire (55% vs 7%), les traitements notés (62% vs 14%), les motifs et heures d'appels aux médecins (44% vs 18%) ainsi que l'heure de transfert au bloc opératoire (56% vs 1%).

3.5 Propositions d'action d'amélioration

3.5.1 Suggestion d'amélioration du partogramme

Nous reconnaissons que le partogramme est bien pensé car il a été conçu avec des paramètres pré-imprimés ce qui permet aux sages-femmes de ne pas faire l'impasse sur des critères obligatoires et d'appliquer les recommandations exigées par la HAS. Il a considérablement évolué depuis 2004 et le premier tour de l'EPP. Il est actuellement un outil de qualité qui a été travaillé au plus près des recommandations, c'est pourquoi il ne nécessite que peu d'améliorations aujourd'hui.

Cependant, nous émettons une suggestion qui relève du détail. Elle concerne la surveillance post-natale car nous trouvons qu'il devrait y figurer une ligne en plus des horaires imprimés «30 min, 45min …» précisant l'heure exacte afin d'améliorer la traçabilité de la surveillance du post-partum qui représente la période majeure à risque d'hémorragie et qui nécessite une vigilance accrue.

Nous avons vu notamment concernant le mode de suture du périnée, les paramètres cliniques et l'EVA que le fait d'avoir une sorte de «légende» établie des critères indispensables à remplir ne suffisait pas à ce que le remplissage soit effectif. Ainsi, nous pouvons encore améliorer ce partogramme, par exemple en précisant à côté de l'item PDE «quantité de LA» ou à côté de l'item Appel : heure, nom, motif ou encore les précisions : position, longueur, consistance en dessous du col. Nous conseillons aussi d'expliciter le critère «comportement» en proposant de manière très brève une liste d'adjectifs qui faciliterait la validation de remplissage du critère telle que «calme», «agitée», «anxieuse», «coopérante». Nous pensons toutefois que l'axe principal d'amélioration des pratiques passe par une information large de l'équipe sur les recommandations de l'ANAES plutôt que sur une énième modification du support partogramme.

3.5.2 Communication des résultats de l'EPP sur partogramme 2013

Notre étude a révélé un cruel manque de connaissance des recommandations des règles de remplissage du partogramme selon les critères ANAES puisque 75% des sages-femmes interrogées à Argenteuil le déclarent et que 80% affirment ne pas avoir reçu d'information théorique sur celles-ci. Il nous paraît donc primordial afin d'améliorer l'accès à l'information, de se servir de cette évaluation qui a rencontré un grand intérêt de la part des sages-femmes d'Argenteuil, pour leur proposer un retour sur les résultats obtenus ainsi que sur les bonnes pratiques, comme elles l'ont d'ailleurs demandé à 77% dans les questionnaires. Il ne s'agit pas uniquement de leur présenter les résultats sous forme de pourcentage de conformité, mais d'expliciter pourquoi tel ou tel critère ne respecte pas les règles de remplissages, car il est sûr que certaines sages-femmes pensent bien faire car elles s'attachent à remplir toutes les cases du partogramme le mieux possible. Cela leur permettrait de s'auto-évaluer.

D'après la question ouverte à la fin de notre questionnaire, les sages-femmes sont favorables à une réunion d'information d'environ trente minutes. Il est tout à fait possible de mettre cela en place, d'autant plus que les cadres sages-femmes ont également été très enthousiastes à la réalisation de notre étude. On pourrait même imaginer de réaliser deux réunions d'information, toutes n'étant pas disponibles le même jour (ne serait-ce que parce qu'il y en a un certain nombre de garde) afin de pouvoir informer un plus grand nombre de sages-femmes. Nous prévoyons que les résultats de notre étude ainsi que les recommandations de l'ANAES soient envoyés par mail à l'équipe et soient mis à disposition en salle de naissance dans le cahier des protocoles ce qui permettra un accès facile pour une mise à jour ou des vérifications ponctuelles au cours de la garde.

Nous pouvons également nous demander si une ré-actualisation des connaissances au moyen d'une réunion tous les deux ou trois ans pourrait être bénéfique afin de pérenniser les acquis et les efforts fournis, et afin de limiter les oublis. Nous pouvons nous dire que des réunions à distance pourraient toucher des sages-femmes nouvellement arrivées au CHA (venant d'un autre établissement

hospitalier ou nouvellement diplômées), ce qui permettrait de sensibiliser l'ensemble de l'équipe malgré les rotations et le renouvellement du personnel inéluctable au fil des années.

La comparaison de l'analyse des résultats de l'expérimentation nationale menée par la HAS en octobre 2006 à notre étude ayant montré que la plupart des manquements au remplissage sont semblables en France, il pourrait être intéressant d'informer toutes les sages-femmes hospitalières du Réseau Périnatal du Val d'Oise (R.P.V.O.) sous forme d'une intervention lors d'une journée/soirée de formation du réseau comme il en existe plusieurs dans l'année, afin de toucher un plus grand nombre de sages-femmes du Val d'Oise.[27] Un des objectifs annoncés des réseaux de périnatalité étant de participer à la formation professionnelle des professionnels de la périnatalité, cette action pourrait s'inscrire dans le cadre de cette démarche.

On peut aussi imaginer réaliser un modèle de partogramme au remplissage «parfait» selon les règles de l'ANAES concernant un accouchement voie basse avec et sans instrumentation, ainsi qu'un modèle avec accouchement par césarienne ; qui pourrait être placé soit dans le cahier des protocoles soit en affichage par «poster» dans le bureau en salle de naissance et qui puisse servir d'étalon-mesure aussi bien pour les sages-femmes du CHA que pour les étudiants sages-femmes en stage. Ceci pourrait permettre l'émergence de questionnements inter-professionnels ainsi qu'entre les étudiants et leurs tuteurs de stage qui pourraient participer à la recherche d'information dans le classeur des protocoles et à l'actualisation des connaissances.

Conclusion

Outil incontournable de notre pratique quotidienne en salle de naissance, le partogramme est l'illustration du suivi du travail, de l'accouchement et de la surveillance du post-partum. Son intérêt est multiple, aussi bien pour garantir une prise en charge materno-fœtale optimale, que pour fournir une aide décisionnelle, pédagogique et de recherche clinique. La HAS a choisi d'en faire un thème d'évaluation des pratiques professionnelles c'est ainsi qu'il s'incorpore dans une démarche de qualité des soins. L'audit clinique paraît alors comme la méthode de première intention, la plus adaptée pour évaluer la tenue du partogramme et permettre la mise en œuvre de mesures d'amélioration.

Notre étude nous a permis de noter que le partogramme est globalement bien tenu, les critères obstétricaux sont majoritairement conformes aux recommandations. Cependant nous avons pu mettre en lumière des défauts de traçabilité des événements du travail (l'administration des médicaments, l'heure des sondages urinaire, l'appel au médecin et le transfert au bloc), ce qui coïncide avec les conclusions de la HAS. Ainsi de nombreuses améliorations restent à accomplir tout en maintenant les acquis dont la mise en place plus régulière d'EPP pourrait œuvrer en ce sens.

Par ailleurs, la sage-femme doit se soumettre à son obligation déontologique de qualité dans les soins qu'elle dispense à ses patientes. Par conséquent elle a le devoir de s'informer de l'émergence de nouvelles recommandations et réglementations, de la mise en place de nouveaux protocoles et pratiques. Elle doit sans cesse réactualiser ses connaissances théoriques et pratiques et s'adapter au progrès médical. Et ceci d'autant plus dans les maternités de niveau III, lieu de haute technicité et de prise en charge des grossesses pathologiques. Le partogramme répond à cette exigence et c'est ce qui fait de lui un gage de qualité et de sécurité dans la prise en charge des patientes. Or c'est ce qui a manqué comme l'ont exposé les réponses aux questionnaires dans la rubrique d'identification des causes

influençant la tenue du partogramme : le défaut de connaissances des recommandations ajouté à la surcharge de travail ainsi qu'une part de mauvaises habitudes.

Néanmoins, comme nous l'avons fait remarquer dans nos limites, ce type d'étude rétrospective ne nous permet pas d'évaluer pleinement les facteurs impactant le remplissage du partogramme en direct. En effet, une étude prospective permettrait d'évaluer les pratiques professionnelles avec plus de réalisme et de comprendre écarts que nous avons rencontrés.

Références bibliographiques

[1] Dictionnaire Larousse

[2] World Health Organization. The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of WHO multicentre study, 1990-1991. Geneva: WHO; 1994.

[3] Cartmill RS, Thornton JG. Effect of presentation of partogram information on obstetric decision. Lancet 1992;339:1520-2

[4] Sharma J.B, Shaxted E.J, Khastgir G. Partogram presentation and obstetric decision-making. Lancet. Vol.340 : July 25, 1992, 240

[5] Tay SK, Yong TT. Visual affect of partogram designs on the management and outcome of labour. Aust N Z J osbtet Gynaecol 1996;36:395-400

[6] République française. Loi n°02-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Paris, Editions du Journal Officiel, paru le 5 mars 2002.

[7] République française. Décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes du Code de la Santé Publique. Journal Officiel, paru le 1er janvier 2012

[8] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Guide pratique, ANAES 2000, 56p.

[9] Friedman EA, M.D., Sachtleben-Murray M.R, Dahrouge D et al. Long-term effects of labor and delivery on offspring: A matched-pair analysis. Am J Obstet Gynecol 1984;150:941-5

[10] Koller T., ABT K. Résultats de l'étude du «diagramme d'accouchement». Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1952,47(5-6), 163-173

[11] Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. The alert line for detecting abnormal labour. J Obstet Gynaecol 1972; 79:592-8.

[12] Khan KS, Rivzi A, Rivzi JH. Risk of uterine rupture after the partographic «alert» line is crossed. An additional dimension in the quest towards safe motherhood in labour following caesaren section. J Park Med Assoc 1996;46:120-2

[13] Dujardin B, De Schampheleire I, Sene H et al. Value of the alert and action lines on the partogram. The Lancet. Vol.339 : May 30, 1992, 1336-38.

[14] Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Effect of Different Partogram Action Lines on Birth Outcomes A Randomized Controlled Trial. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vol. 108, No. 2, Ausgust (2006) 295-302

[15] Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review). The Cochrane collaboration (2009) 1-20

[16] Seffah J.D. Ruptured uterus and the partograph. International Journal of Gynecology and Obstetrics 80 (2003) 169–170

[17] Fahdhy M, Chongsuvivatwong V. Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia. Midwifery (2005) 21, 301-310

[18] Southoul JH, Pierre F. Le déroulement de l'accouchement. La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique. Paris : Maloine ; 1991. p.447-8.

[19] République française. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Journal Officiel, paru le 15 avril 2005.

[20] République française. Article L1121-3 modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5 du code de santé publique. Journal Officiel, paru le 29 décembre 2011.

[21] Haute autorité de santé. Les six méthodes d'amélioration de la qualité à la disposition des professionnels de santé. 2005. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240368/six-methodes-damelioration-de-la-qualite-a-la-disposition- des-professionnels-de-sante (consulté le 06/02/2014)

[22] Haute Autorité de Santé. Audit clinique. Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. 2004. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_2004_4pages.pdf (Consulté le 15/10/2013)

[23] Haute Autorité de Santé – HAS- Audit clinique : bases méthodologiques de l'EPP. 2005. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271904/fr/audit-clinique-bases-methodologiques-de-l-epp (Consulté le 15/10/2013)

[24] Haute Autorité de Santé-HAS- Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, guide 2003-2009. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200910/reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf (Consulté le 17/10/2013)

[25] Haute Autorité de Santé. Audit clinique ciblé. Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. 2006. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200910/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf (Consulté le 15/10/2013)

[26] Haute Autorité de Santé. Evaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la

surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Service d'évaluation des protocoles, HAS Octobre 2006, 35p.

[27] Réseau périnatal du Val d'Oise. Disponible à partir de cet URL : http://www.reseaux-perinat-idf.com/rpvo/index.asp (Consulté le 24/02/2013)

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Annexes

Annexe I : Guide d'évaluation de l'ANAES 2000

Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme

GRILLE D'ÉVALUATION

N° de la grille ☐☐☐☐

Date de l'évaluation : … … … … … … … … … … ..
Service : …
Nom de l'évaluateur : …
Nom de la patiente : ☐ ☐ ☐ les 3 premières lettres

Critère d'inclusion : toutes les patientes accouchées dans le service.
Critère d'exclusion : césariennes programmées, accouchement à domicile.
En cas de mort *in utero*, ne pas tenir compte des critères 12, 33 et l'Apgar à la naissance

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

ANAES / Service évaluation en établissements de santé / Janvier 2000
- 24 -

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

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

Annexe II : Guide d'évaluation de l'HAS 2004

Annexe 2 : Documents de l'expérimentation 2004-2005

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

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

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

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

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

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

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

Critère 1 **La modalité d'entrée en travail est précisée.**
Le partogramme comprend la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel du travail **et son indication**).

Critère 2 **La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés.**
Cet item comprend les différents types de présentation (sommet, face, bregma, front siège complet ou décomplété) en fonction du fléchissement et de l'asynclitisme en phase active du travail et l'apparition d'une bosse sérosanguine. Un schéma représentant la présentation et la variété est accepté. Le niveau ou hauteur de la présentation : mobile, appliquée, fixée, engagée, partie haute, moyenne ou basse.

Critère 3 **La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : position, longueur, consistance et dilatation.**
Cochez « **OUI** » si tous les éléments suivants figurent au moins au premier examen. Lors des examens suivants, il est toléré que ne figurent que la dilatation et la consistance du col.
Si l'accouchement est imminent à l'admission, cocher « **NA** ».

Critère 4 Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen, sauf en cas de MFIU (cocher NA) :
- normal ;
- anomalies notées en clair : bradycardie, tachycardie, amplitude des oscillations, ralentissements précoces, tardives ou variables.

Critère 5 L'état et l'aspect de la poche des eaux doivent être décrits à chaque examen (intacte, rompue, fissurée). L'aspect et l'estimation de la quantité du liquide amniotique sont notés lors de la rupture des membranes puis à chaque examen.
En cas d'élément inchangé accepter « *idem* ».

Critère 7 **Le mode d'accouchement est noté.**
Cet item doit préciser :
- expulsion spontanée ;
- extraction instrumentale (spatules, forceps, ventouse) ;
- césarienne ;
- manœuvres (s'il y en a).

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

Critère 9 **L'heure et le mode de délivrance sont notés.**
Cochez « **OUI** » si l'heure et les modalités de délivrance (dirigée, naturelle, complète, incomplète, artificielle ou manuelle) sont notées.

Critère 11 **L'état du périnée est noté.**
Cet item doit préciser : intact, le type de déchirure, l'épisiotomie, les modalités de réfection.

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

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

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

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

DPA = dossier du patient

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

Critère 1 **Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée.**
Au début du partogramme, on doit trouver la PA, le pouls, la température. Puis tenir compte du contexte clinique (rupture de la PDE, hyperthermie, hyper- ou hypo-TA et des habitudes de service).
Cochez « **NON** » si ce n'est pas le cas.

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

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

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

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

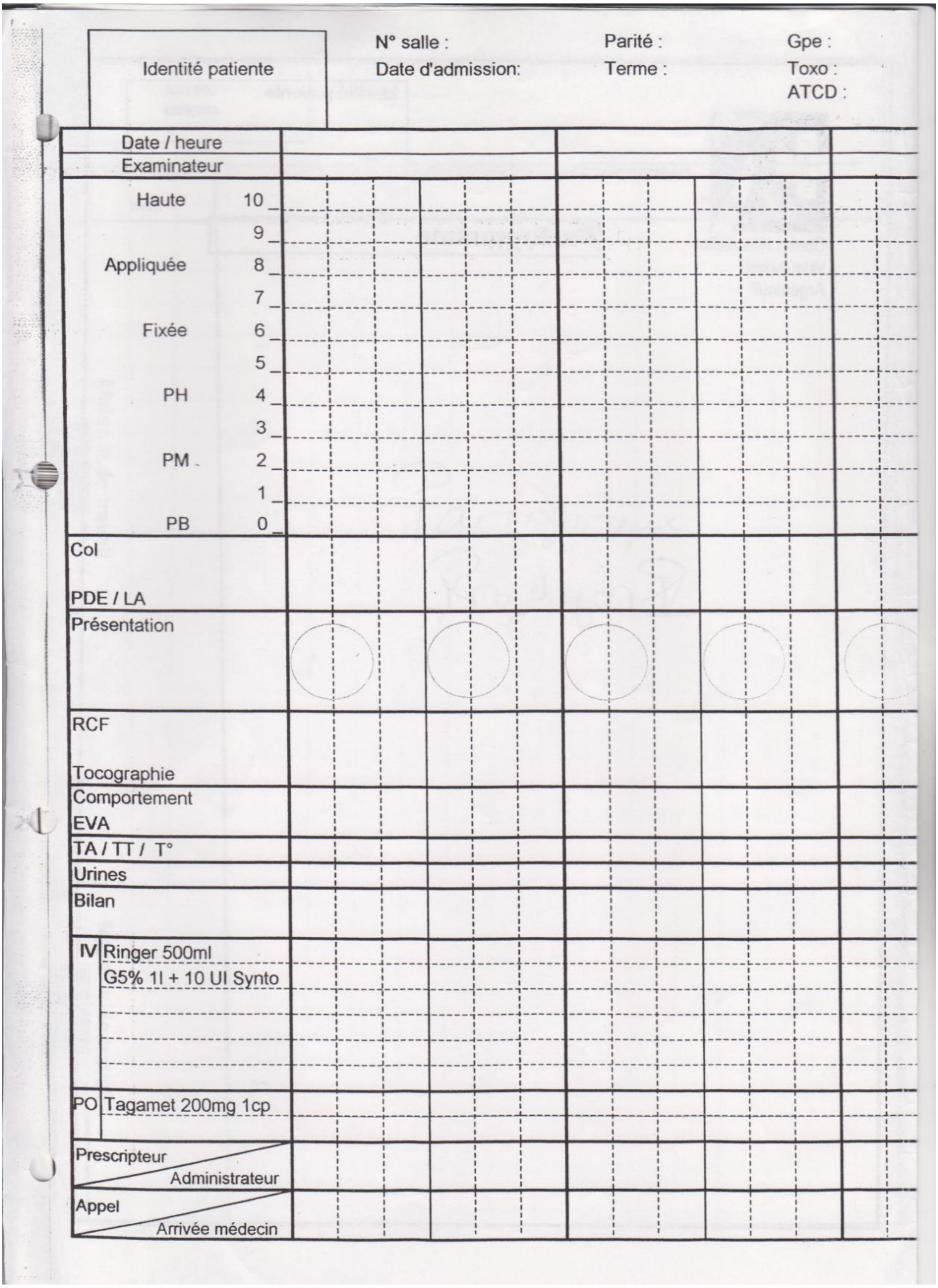
Critère 8 **La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme.**
La trace de la surveillance doit se trouver dans le **dossier du patient**.

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

Cochez **« NON »** si un des éléments manque :
- globe de sécurité ;
- pouls, pression artérielle ;
- volume des pertes sanguines.

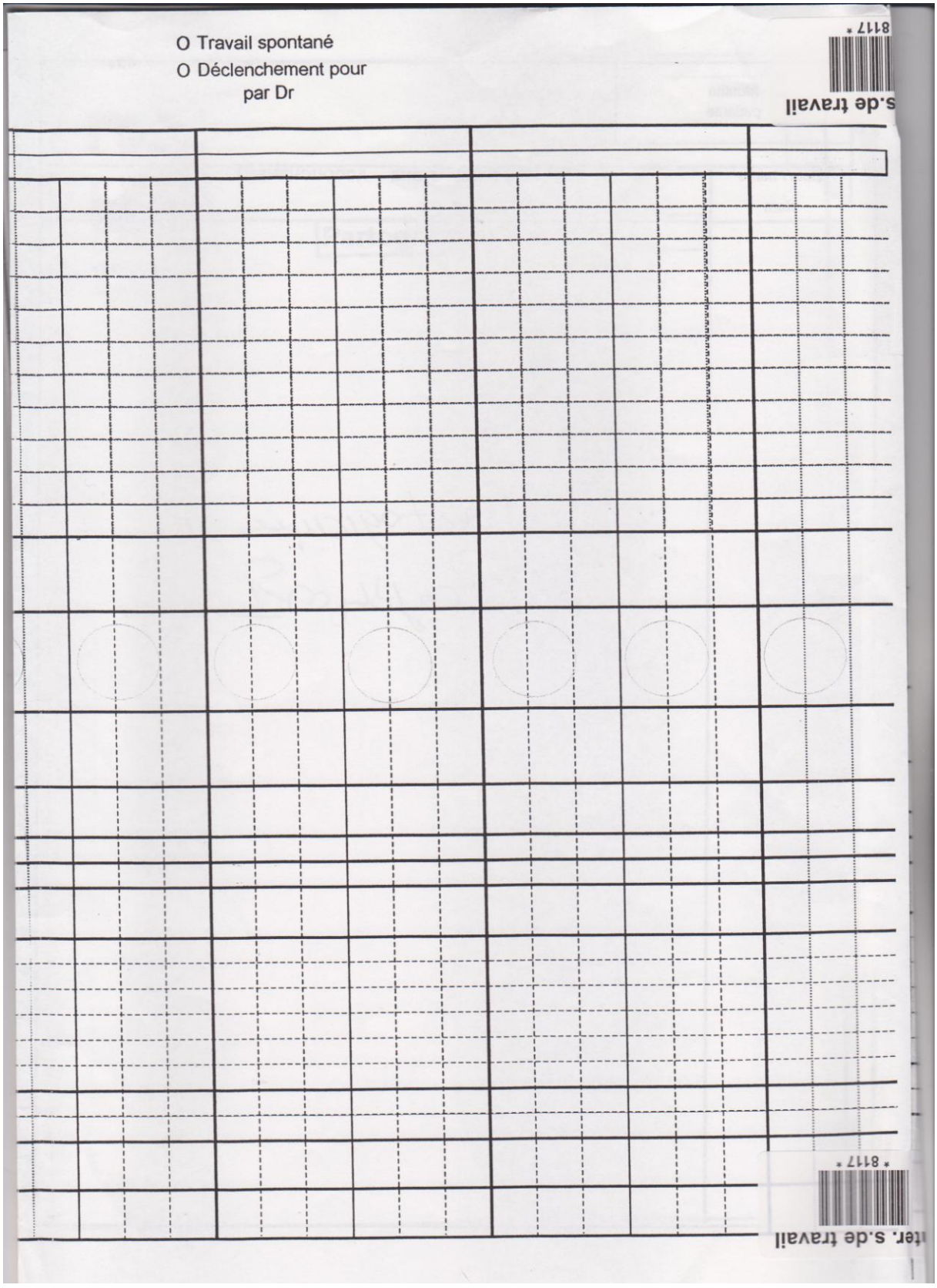
Cochez **NA** si la patiente est surveillée en SSPI par IADE.

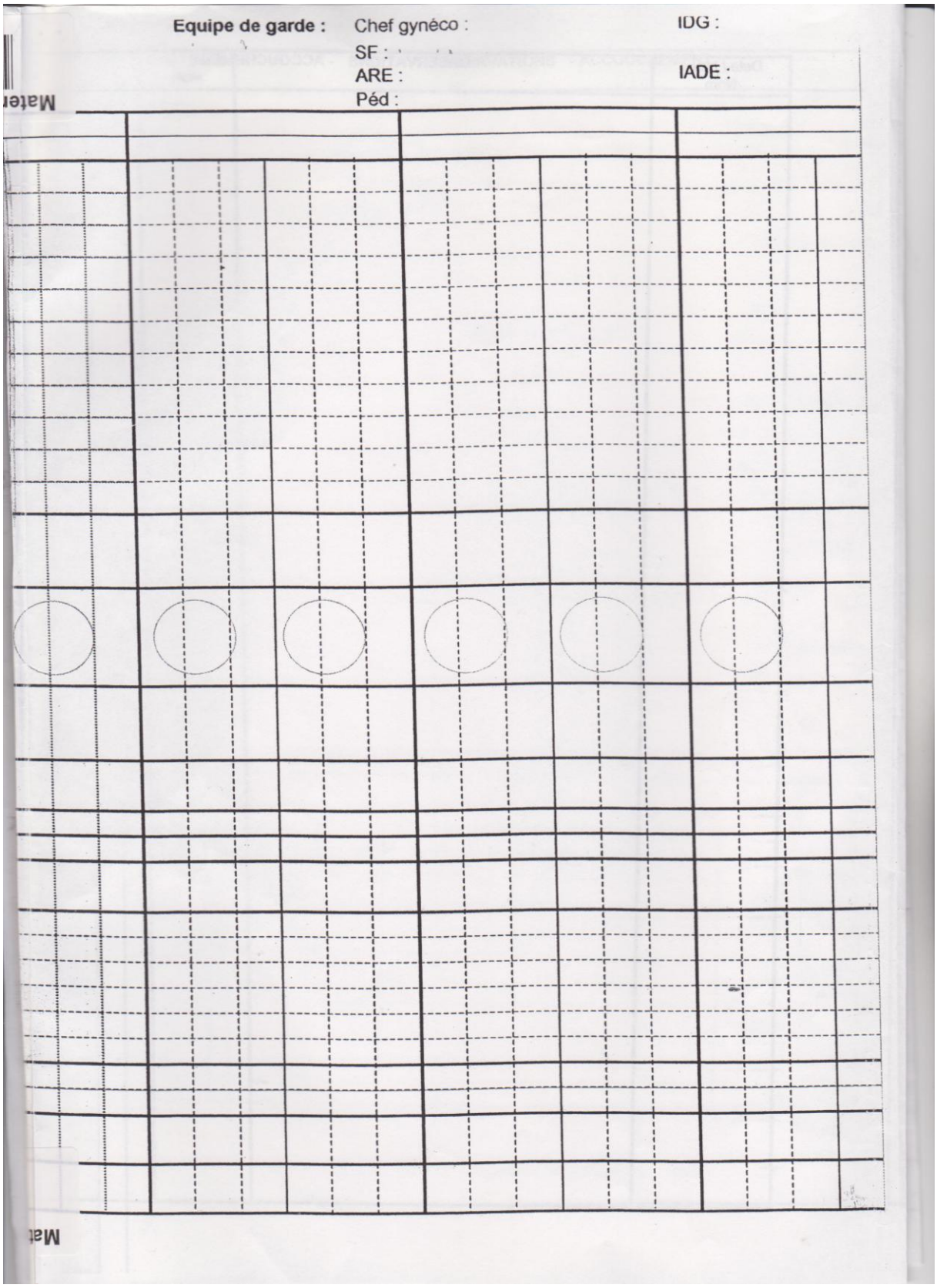
Annexe III: Première version du partogramme du CHA



Identité patiente	N° salle : Date d'admission:	Parité : Terme :	Gpe : Toxo : ATCD :

Date / heure	
Examinateur	
Haute 10	
9	
Appliquée 8	
7	
Fixée 6	
5	
PH 4	
3	
PM 2	
1	
PB 0	
Col PDE / LA	
Présentation	
RCF Tocographie	
Comportement EVA	
TA / TT / T°	
Urines	
Bilan	
IV Ringer 500ml	
IV G5% 1l + 10 UI Synto	
PO Tagamet 200mg 1cp	
Prescripteur / Administrateur	
Appel / Arrivée médecin	


O Travail spontané
O Déclenchement pour
par Dr
s.de travail
* 8117 *
ter. s.de travail
* 8117 *


Equipe de garde :
Chef gynéco :
SF :
ARE :
Péd :
IDG :
IADE :

RESUME D'ACCOUCHEMENT

Equipe de garde à l'accouchement

Chef gynéco : IDG :

SF :

ARE : IADE :

Péd :

Accouchement

le / / à h N° : /

par

après min d'efforts expulsifs

Naissance d'un enfant

de sexe :

de poids :

d'Apgar 1'/5' : /

Délivrance

à h

volume des pertes sanguines :

Périnée

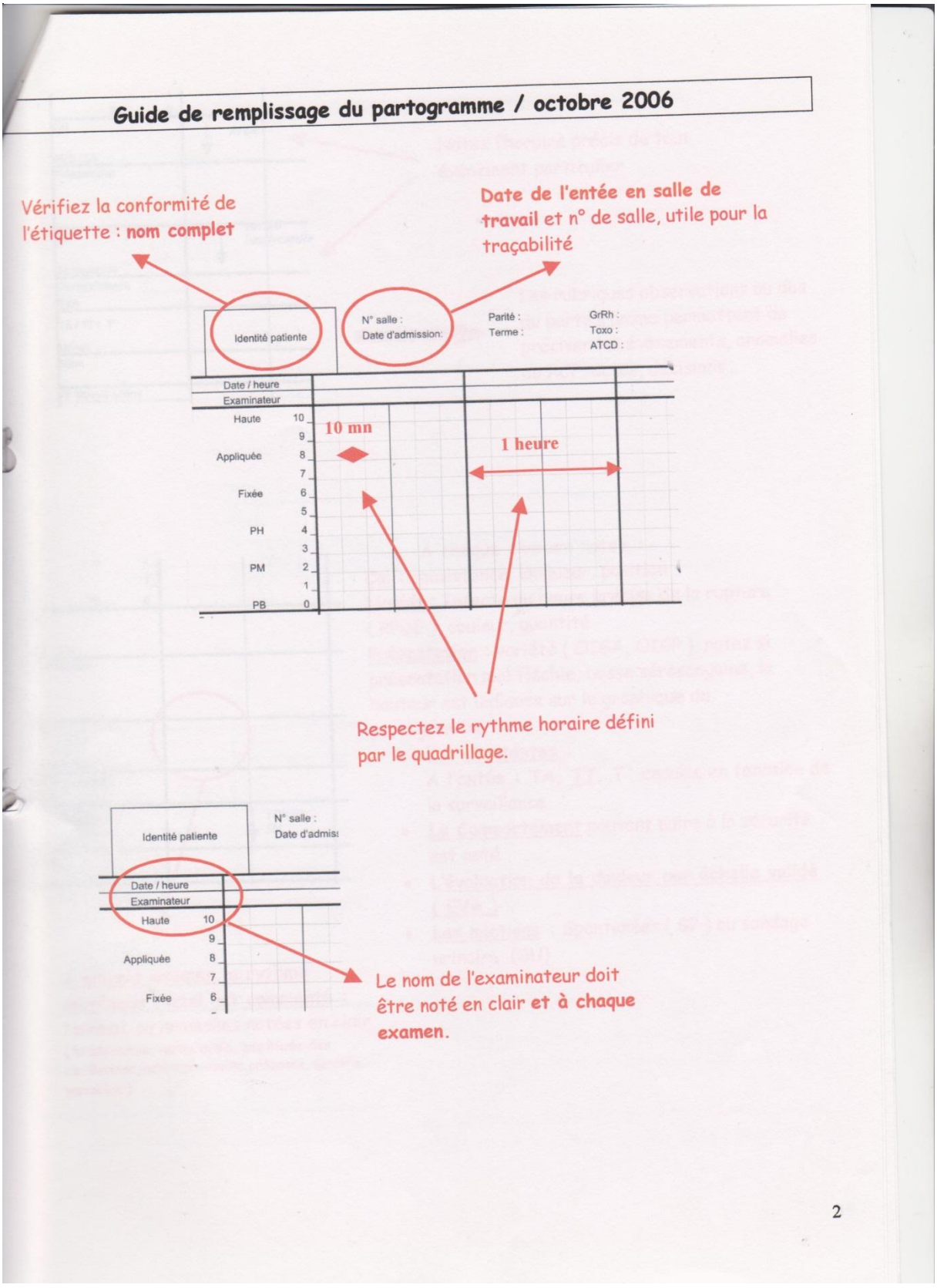
suturé par

SURVEILLANCE POST-PARTUM IMMÉDIAT

	M30	H1	H1 1/2	H2
Utérus				
Métrorragies				
Constantes				
Perfusion				
Actes réalisés				
Signature				

→ Départ de la SDT en Maternité à h

Annexe IV : Guide de remplissage établi par le CHA 2006



Guide de remplissage du partogramme / octobre 2006

Vérifiez la conformité de l'étiquette : **nom complet**

Date de l'entée en salle de travail et n° de salle, utile pour la traçabilité

Identité patiente

N° salle :
Date d'admission:

Parité :
Terme :

GrRh :
Toxo :
ATCD :

Date / heure
Examinateur

Haute 10
9
Appliquée 8
7
Fixée 6
5
PH 4
3
PM 2
1
PB 0

10 mn

1 heure

Respectez le rythme horaire défini par le quadrillage.

Identité patiente

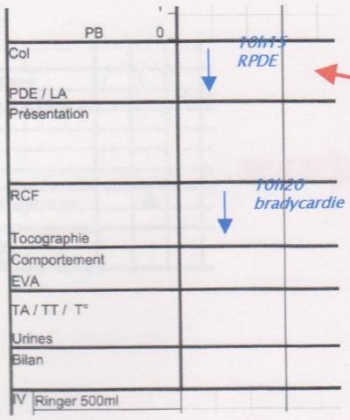
N° salle :
Date d'admis

Date / heure
Examinateur

Haute 10
9
Appliquée 8
7
Fixée 6

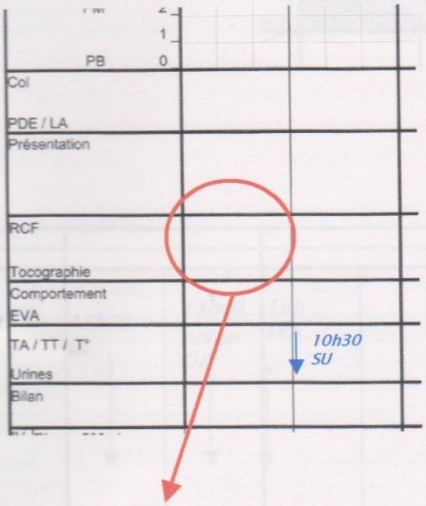
Le nom de l'examinateur doit être noté en clair **et à chaque examen.**

2



Notez l'horaire précis de tout événement particulier

Les rubriques observations au dos du partogramme permettent de préciser les évènements, anomalies du RCF, actes, décisions...



- **A chaque examen notez :**

Col : consistance, longueur, position

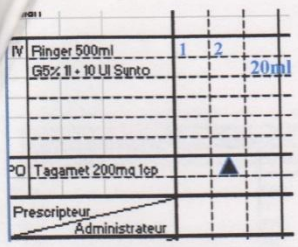
Liquide : Intacte ou heure précise de la rupture (RPDE), couleur, quantité

Présentation : variété (OIGA, OIGP), notez si présentation mal fléchie, bosse sérosanguine, la hauteur est indiquée sur le graphique du partogramme.

- **Les constantes :**
  A l'entée : TA, TT, T° ensuite en fonction de la surveillance
- **Le Comportement** pouvant nuire à la sécurité est noté
- **L'évaluation de la douleur par échelle validé (EVA)**
- **Les mictions** : Spontanées (**SP**) ou sondage urinaire (**SU**)

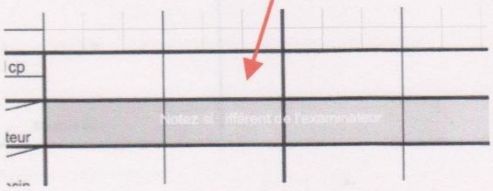
A chaque examen le rythme cardiaque fœtal est commenté :
Normal, ou anomalies notées en clair
(bradycardie, tachycardie, amplitude des oscillations, ralentissements précoces, tardifs, variables)

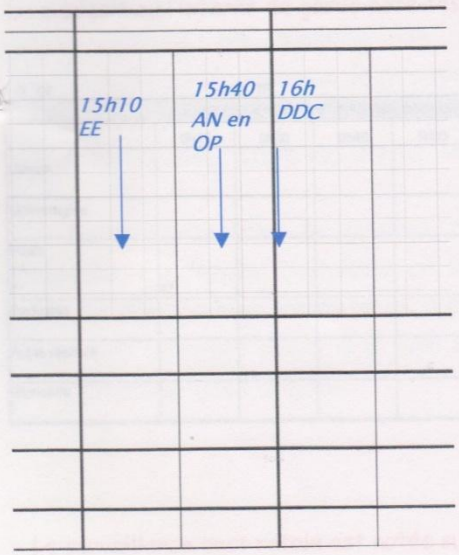
3



Notez les thérapeutiques :

- **Ringer®** : notez le numéro à chaque changement de poche
- **Syntocinon®**: notez la vitesse en ml/heure
- **Tagamet®**: ▲
- **Indiquez le prescripteur ou protocole** (ex : pour le tagamet notez ARE, pour les ruptures prolongées ou strepto B , antibiotiques suivant protocole . Pour tout complément d'information notez au dos du partogramme) **et notez l'administrateur si différent de l'examinateur.**



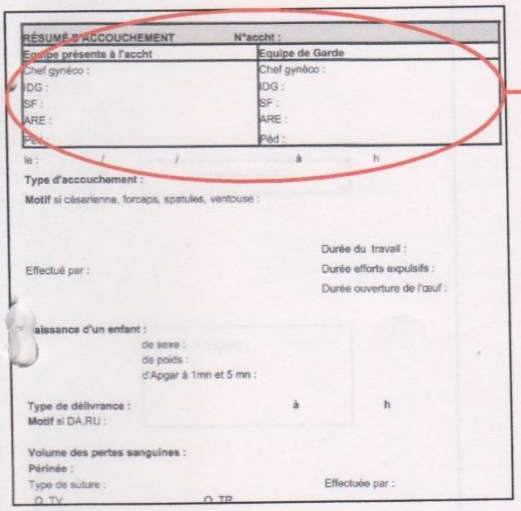


Notez ces évènements par une flèche et une heure précise sur le partogramme :

- Pose péridurale et les bolus
- Décision césarienne
- Passage au bloc opératoire
- Début efforts expulsifs **(EE)**
- Accouchement (**AN en OP**, **en OS**, Siège ...etc)
- Forceps (Tarnier **FT**, Suzor **FS**)
- Ventouse
- Césarienne (**César**)
- Délivrance (délivrance naturelle complète **DNC**, délivrance dirigée complète **DDC**, délivrance artificielle **DA**, révision utérine **RU**)

Les modalités précises de l'accouchement sont notées dans le résumé en fin de partogramme

4



RÉSUMÉ D'ACCOUCHEMENT N°accht :

Equipe présente à l'accht	Equipe de Garde
Chef gynéco :	Chef gynéco :
IDG :	IDG :
SF :	SF :
ARE :	ARE :
Péd :	Péd :

le : / / à h

Type d'accouchement :

Motif si césarienne, forceps, spatules, ventouse :

Effectué par :

Durée du travail :
Durée efforts expulsifs :
Durée ouverture de l'œuf :

aissance d'un enfant :
de sexe :
de poids :
d'Apgar à 1mn et 5 mn :

Type de délivrance : à h
Motif si DA,RU :

Volume des pertes sanguines :
Périnée :
Type de suture : Effectuée par :
O TV O TR

Il est important de pouvoir retrouver facilement et rapidement, à distance de l'accouchement les professionnels qui sont intervenus lors de l'accouchement ainsi que ceux qui étaient de garde.

Remplir le résumé d 'accouchement dans la rubrique prévue à cet effet et non pas sur la courbe du partogramme (voir les consignes plus haut).
Cela ne dispense pas de remplir le résumé d'accouchement du dossier de soins

Le médecin ou l'interne de garde note ses actes au dos du partogramme.

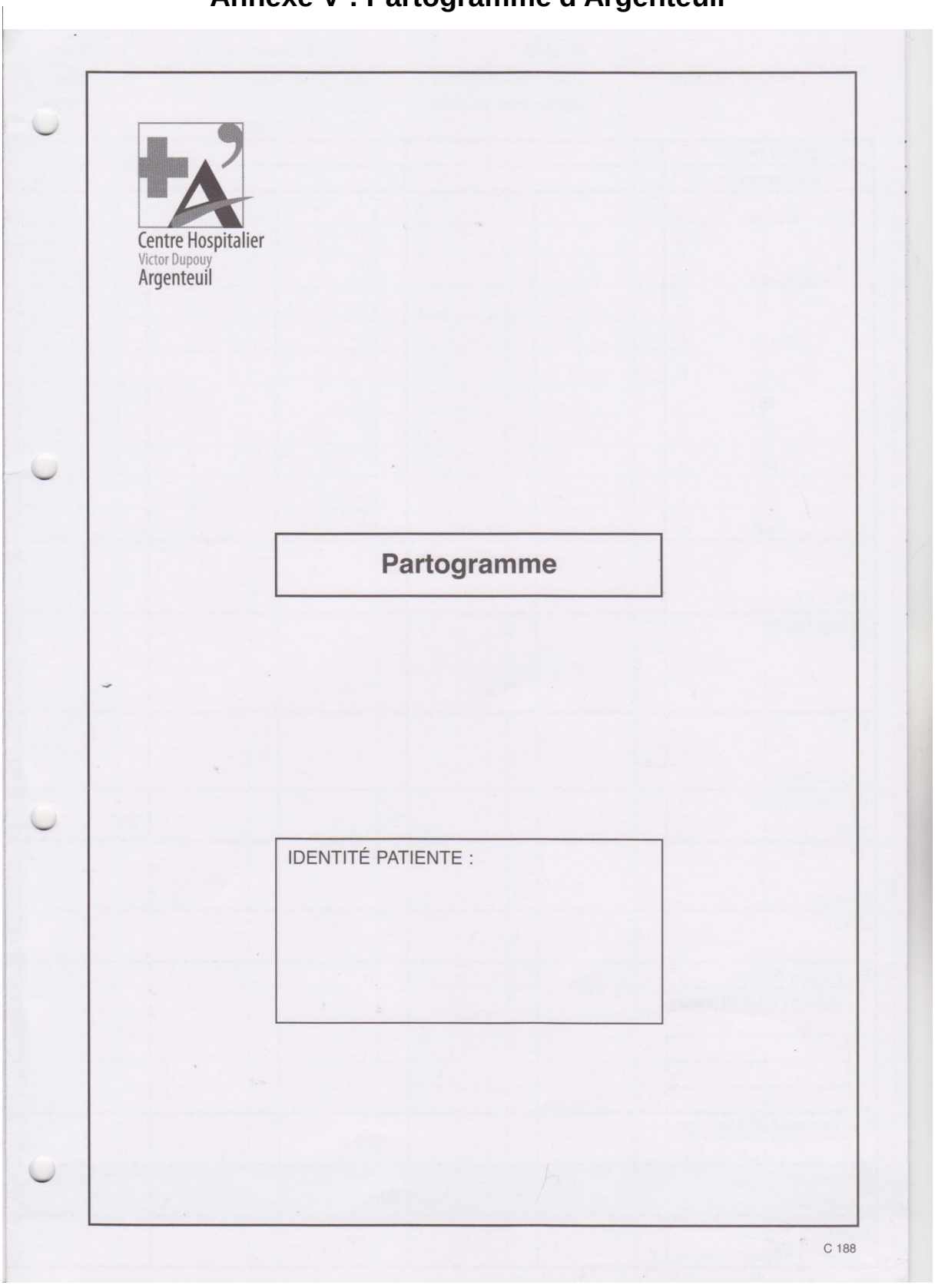
O TV O TR

SURVEILLANCE POST-PARTUM IMMÉDIAT						
	0h15	0h30	0h45	1h00	1h30	2h00
Utérus						
Métrorragies						
Pouls TA T°	T°					T°
Perfusion						
Actes réalisés						
Signature						

La surveillance post natale est notée sur la feuille de résumé. Tous les $\frac{1}{4}$ h la première heure, puis toutes les $\frac{1}{2}$ h ensuite.
Au delà de ces horaires, la surveillance peut être consignée au dos du partogramme.

5

Annexe V : Partogramme d'Argenteuil



Centre Hospitalier
Victor Dupouy
Argenteuil

Partogramme

IDENTITÉ PATIENTE :

C 188

Identité patiente	N° salle : Date d'admission : Vérification identité O	Parité : Terme :	GrRh : Toxo : ATCD :

Date / heure						
Examinateur						
Haute 10 / 9 / Appliquée 8 / 7 / Fixée 6 / 5 / PH 4 / 3 / PM 2 / 1 / PB 0						
Col PDE / LA						
Présentation						
RCF Tocographie						
Comportement EVA						EVA
TA / TT / T° Urines						
Bilan		Hb :	RAI O			
IV Ringer 500ml						
IV G5% 1l + 10 UI Synto						
PO Tagamet 200mg 1cp						
Prescripteur / Administrateur		Notez si différent de l'examinateur				
Appel / Arrivée médecin						

O Travail spontané
O Déclenchement pour :
décision prise par Dr :

EVA

Notez si différent de l'examinateur

RÉSUMÉ D'ACCOUCHEMENT	N° accht :
Equipe présente à l'accht	**Equipe de Garde**
Chef gynéco : IDG : SF : ARE : Péd :	Chef gynéco : IDG : SF : ARE : Péd :

le : / / à h

Type d'accouchement :

Motif si césarienne, forceps, spatules, ventouse :

Effectué par :

Durée du travail :
Durée efforts expulsifs :
Durée ouverture de l'œuf :

Naissance d'un enfant :

de sexe :
de poids :
d'Apgar à 1 mn et 5 mn :

Type de délivrance : **à** **h**

Motif si DA, RU :

Examen du placenta O

Volume des pertes sanguines : en ml

Périnée :

Type de suture :

O TV O TR

DD 5 UI synto O
IV O *IM* O
Heure :
Aux épaules O
Après l'acct O
Par :

Effectuée par :

SURVEILLANCE POST-PARTUM IMMÉDIAT						EXAMEN FINAL
	0h15	0h30	0h45	1h00	1h30	H de départ
Utérus						
Métrorragies						
Pouls TA T°	T°					T°
Perfusion						
Actes réalisés						
Signature						

→ Départ de la SDT en Maternité à h

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Annexe VI : Questionnaire

Bonjour,

Actuellement étudiante sage-femme en dernière année à l'UFR des Sciences Simone Veil et dans le cadre du mémoire de fin d'études, je réalise une évaluation des pratiques professionnelles sur le partogramme à l'aide d'un audit clinique ciblé.

Depuis la mise en place de recommandations professionnelles en 2001 par l'ANAES, 3 audits cliniques ciblés ont été mis en place entre 2004 et 2006 afin d'évaluer la tenue du partogramme au centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil.

Je souhaiterai vous soumettre ce questionnaire afin d'identifier les causes influençant la tenue du partogramme.

Ce mémoire a pour finalité de vous proposer des perspectives d'amélioration et de vous permettre de vous approprier les recommandations professionnelles en vigueur concernant la tenue du partogramme.

Votre participation ne prendra que cinq minutes environ et me sera précieuse pour mener à bien cette étude.

Vos réponses resteront anonymes.

Les résultats de cette étude vous seront communiqués à partir du mois d'avril 2014.

Avec mes remerciements.

FRIHA Soraya, étudiante sage-femme en M2 : sorayafriha@hotmail.fr

Questionnaire

Identification des causes influençant la tenue du partogramme

➢ **Informations vous concernant :**

1) En quelle année avez-vous avez obtenu votre diplôme ? .....

2) Depuis quand travaillez-vous au CHA ? (année) .....

3) Avez-vous reçu une information sur les recommandations du remplissage du partogramme de l'ANAES (ex HAS) de 2001 ? (cochez la case correspondante)

	Oui	Non
Pendant vos études de sage-femme ?		
Sur votre lieu d'exercice ?		
Par le biais d'une formation professionnelle ? (formation courte, congrès, Assises, revue professionnelle…)		
Par le biais d'une participation à 1 EPP* dans un hôpital autre que le CHA ? (*évaluation des pratiques professionnelles)		

4) Concernant l'EPP réalisée comprenant 3 tours au CHA entre 2004 et 2006 :

	Oui	Non
Avez-vous participé à l'une des analyses ?		
Etiez-vous présente lors des analyses ?		
Avez-vous bénéficié d'une information sur les recommandations de remplissage au moment de l'EPP ? (réunion de présentation des résultats, mail, aide au remplissage par une collègue ayant été évaluatrice de l'EPP…)		
Avez-vous eu accès à un support écrit ? (guide de remplissage, affiche, compte-rendu de l'EPP…)		

➢ **Recommandation de l'HAS**

Cherchez les erreurs

Il se pourrait que quelques fautes se soient glissées dans les extraits de partogrammes suivants par rapport aux recommandations de remplissage de la HAS, saurez-vous trouver les erreurs qui s'y cachent ?

Pour chaque vignette :

- **dénombrez les erreurs**
- **et ne citez que celles exigées par l'ANAES:**

- **Vignette n°1 : Surveillance du col utérin et de la PDE/ du LA :**

Col	3 cm	3 cm
PDE / LA RSM à 10h	LAC	LAC

☐ Ne sais pas	

- **Vignette n°2 : L'appel du médecin anesthésiste-réanimateur :**

Appel (Arrivée médecin)	Appel ARE

☐ Ne sais pas	

- **Vignette n°3 : La surveillance de l'analgésie péridurale :**

Comportement EVA	Algique	Soulagée
TA / TT / T°	TA : 135/89	

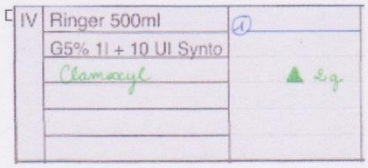
☐ Ne sais pas	

- **Vignette n° 4 : Le sondage urinaire:**

TA / TT / T°	TA : 135/89
Urines	Sondage urinaire

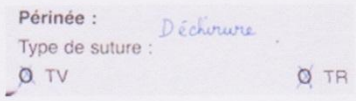
☐ Ne sais pas	

- **Vignette n° 5 : La conformité des prescriptions et l'enregistrement des médicaments :**



□ Ne sais pas	

- **Vignette n°6 : Post-partum**



□ Ne sais pas	

➢ **Facteurs, qui selon vous, peuvent influencer la tenue du partogramme :**

1) Quelle importance accorderiez-vous à ces facteurs ? (cochez la case correspondante)

	Pas du tout important	Peu important	Cela Ne change rien	Important	Très important
La garde se déroule en **journée**					
La garde se déroule de **nuit**					
Le **nombre d'accouchement** sur la garde et de consultations en urgences					
Présence de patientes présentant des **pathologies** ou situation(s) pathologique(s)					
L'activité programmée (césarienne, maturations et déclenchements)					
La présence **d'étudiant(e)(s) sage(s)-femme(s)**					

2) Autres éléments pouvant expliquer la variation de remplissage interprofessionnelle dans la tenue du partogramme :

	Oui	Non
Parce que vous n'avez pas eu connaissance des recommandations		
Par manque d'information		
Par habitude ou lassitude		
Par manque de pratique lié à un roulement dans d'autres services, à une absence (congé maladie/maternité)		
Par manque de place dans la plage dédiée au critère		
Peur de surcharger le partogramme et de limiter la lisibilité		
Certain(s) critère(s) vous semble(nt) pas ou peu important(s)		

- Lesquels :
  .....
  .....
  .....
  .....

- Autre :
  .....
  .....
  .....
  .....

➢ **Concernant des perspectives d'amélioration :**

- Seriez-vous demandeuse d'une information complémentaire : OUI / NON

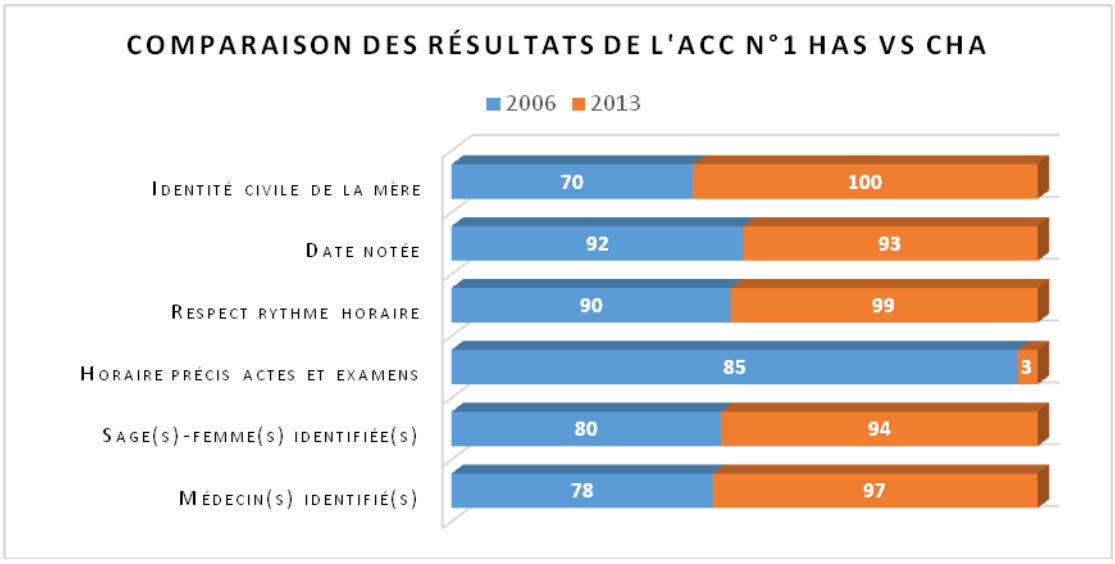
De quel type ?

.....
.....
.....
.....
.....

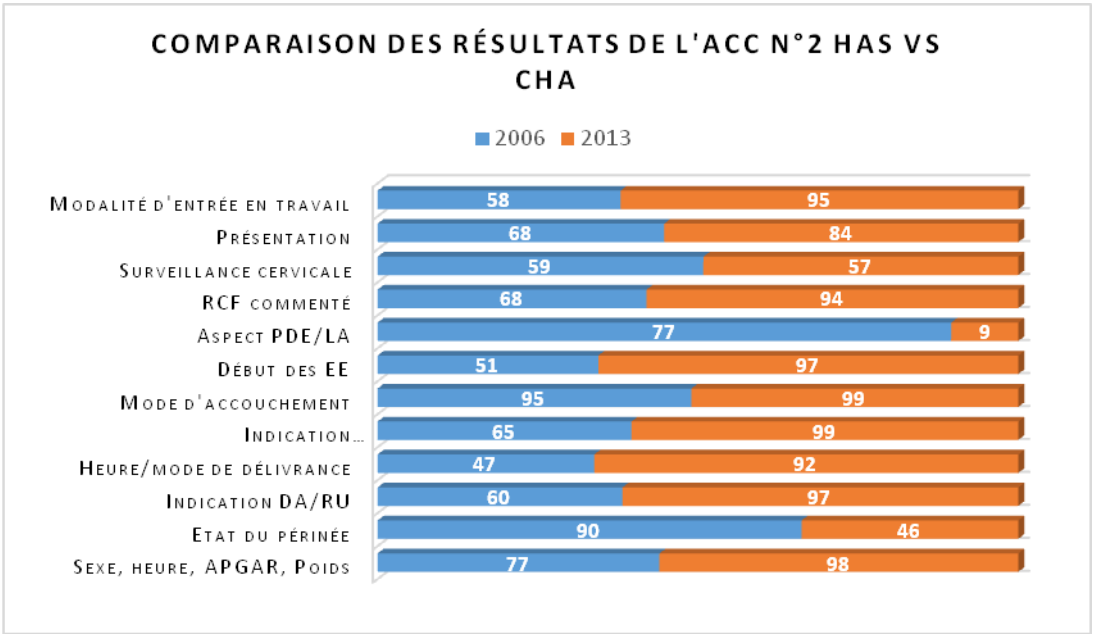
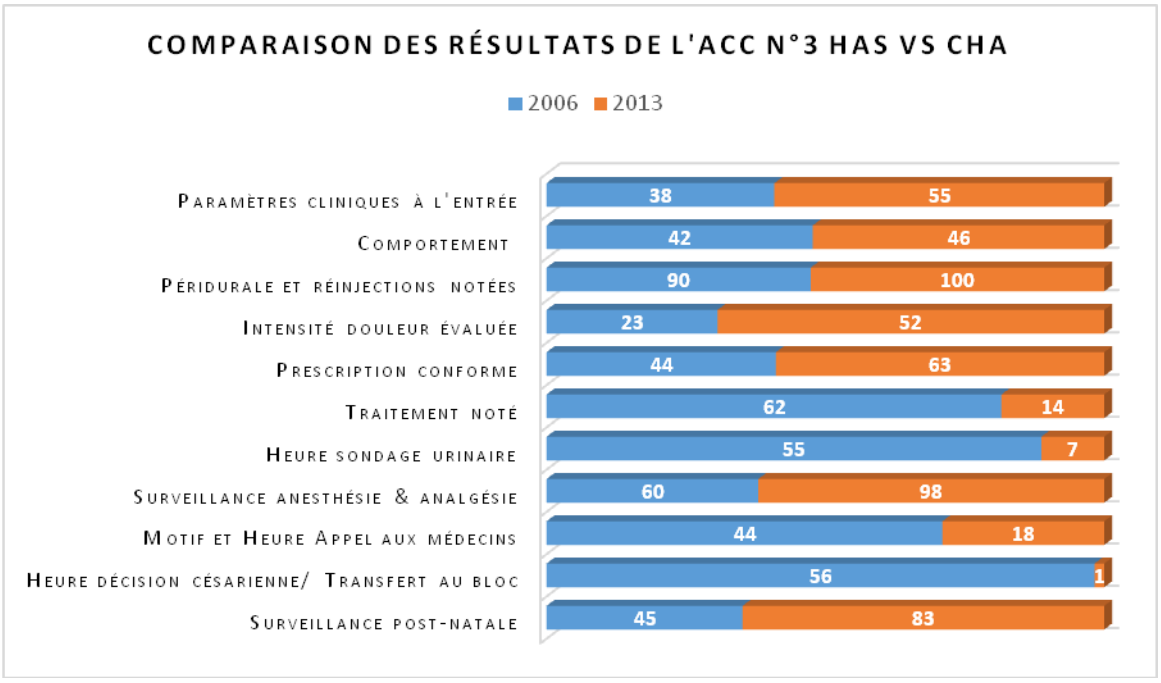
Merci de votre participation

Annexe VII: Comparatif des résultats de la HAS 2006 VS CHA 2013

Cette figure présente les résultats en pourcentage de satisfaction concernant l'ACC n°1 PARTOten du CHA (2013) comparé à ce qui a été observé par l'étude de la HAS (2006)



Cette figure présente les résultats en pourcentage de satisfaction concernant l'ACC n°2 PARTOobs du CHA (2013) comparé à ce qui a été observé par l'étude de la HAS (2006).



Cette figure présente les résultats en pourcentage de satisfaction concernant l'ACC n°3 PARTOeve du CHA (2013) comparé à ce qui a été observé par l'étude de la HAS (2006).