



Évaluation des pratiques professionnelles concernant la tenue du partogramme de la maternité d'Albertville sur la période du mois d'août 2014

Delphine Broussalian

► To cite this version:

Delphine Broussalian. Évaluation des pratiques professionnelles concernant la tenue du partogramme de la maternité d'Albertville sur la période du mois d'août 2014. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01175978

HAL Id: dumas-01175978

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01175978>

Submitted on 13 Jul 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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
MEDECINE GRENOBLE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT MAIEUTIQUE

Evaluation des pratiques professionnelles
concernant la tenue du partogramme de la
maternité d'Albertville sur la période du mois
d'Août 2014

Evaluation of professional practices regarding the Albertville maternity
ward partograph on August 2014

Mémoire soutenu le:

10 Juin 2015

Par: BROUSSALIAN Delphine

Née le 11/04/1991 à Annecy

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

Année universitaire de la soutenance : 2015

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT MAIEUTIQUE

Evaluation des pratiques professionnelles
concernant la tenue du partogramme de la
maternité d'Albertville sur la période du mois
d'Août 2014

Evaluation of professional practices regarding the Albertville maternity
ward partograph on August 2014

Mémoire soutenu le:

10 Juin 2015

Par: BROUSSALIAN Delphine

Née le 11/04/1991 à Annecy

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

Année universitaire de la soutenance : 2015

Résumé:

But : Cette étude a eu pour but de mesurer le degré de conformité du remplissage des partogrammes à la maternité d'Albertville. *Matériels et méthodes :* Il s'agit d'une étude mono centrique, descriptive, rétrospective (mois d'août 2014). L'étude a porté sur 63 dossiers, dont chaque partogramme a fait l'objet d'une analyse de conformité pour chacun de ses items selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Résultats : Les résultats furent hétérogènes, néanmoins on peut conclure que les objectifs ne sont que trop rarement atteints.

Les non-conformités sont très majoritairement accompagnées d'une notation de l'item dans le dossier mais pas sur le partogramme. La raison principale semblait être le manque de place sur le partogramme et l'absence de certains items marqués sur le partogramme. Quand l'item était normal, les professionnels avaient tendance à ne pas le noter dans le partogramme.

Conclusion : Des réunions de sensibilisation des équipes, des améliorations de la présentation du partogramme (espace plus grand, cases plus précises) s'imposeraient pour atteindre les objectifs de l'HAS, avant une probable informatisation du partogramme.

Mots clés : partogramme, maternité Albertville, objectifs de la Haute Autorité de Santé.

Objectives: This study evaluated the compliance of the partograph completion within the maternity ward of Albertville. *Materials and methods:* It is a mono-centric, descriptive, retrospective study (August 2014). This study is about 63 files, whose each partograph has been the target of a compliance analysis for each partograph item according to "Haute Autorité de Santé" standards.

Results: Results have been miscellaneous but the "HAS" marks were rarely achieved.

Non-compliances mostly go along with an item scoring in the file but not on the partograph. The main reason seemed to be a lack of space on the partograph. Much non-compliances were linked with a normality of the non-written information.

Conclusion: Awareness team meetings, enhancements of the partograph presentation (larger space, more accurate boxes) are essential to achieve the "HAS" goals, before a likely partograph computerization.

Key words: partograph, maternity ward, Albertville, "Haute Autorité de Santé" goals.

REMERCIEMENTS:

Je remercie les membres du jury:

- Président : Mme N VASSORT ; SF enseignante Département de maïeutique UFR médecine Grenoble

- Co – président : Pr Pascale HOFFMANN ; PU PH HCE CHU de Grenoble

- M. Pierre CARQUILLAT : Sage-femme Enseignant HES Genève

- Monsieur Lionel DI MARCO, SF enseignant Département de maïeutique UFR médecine Grenoble

- Madame le Docteur Stéphanie Boulet, Gynécologue-Obstétricienne à l'hôpital d'Albertville.

Pour leur participation à la réalisation de ce mémoire, je voudrais remercier:

- Monsieur Lionel Di Marco, Sage femme Enseignant de l'école de Grenoble, pour tout le temps qu'il a bien voulu consacrer à mon travail, ses conseils toujours précieux, et son professionnalisme.
- Madame le Docteur Stéphanie Boulet, Gynécologue-Obstétricienne à l'hôpital d'Albertville, pour avoir accepté d'être ma directrice de mémoire, pour son aide dans l'élaboration de mon mémoire
- Madame Laure Riethmuller, Sage femme à l'hôpital d'Albertville, de m'avoir conseillée et de m'avoir permis d'acquérir une vision plus précise sur les pratiques des sages femmes de cette maternité
- Monsieur le Docteur Roger Ghawi, Gynécologue obstétricien et chef de service de la maternité d'Albertville de m'avoir autorisée à réaliser mon mémoire dans son service.
- Le personnel de la Maternité d'Albertville, pour leur disponibilité bienveillante avec une pensée particulière pour les secrétaires qui m'ont facilités l'accès aux dossiers.

Je tiens à remercier plus personnellement tout mon entourage pour votre soutien et votre amour.

Table des matières

Abréviations.....	1
I. <u>Introduction</u>	2
II. <u>Matériel, population et méthode</u>	4
1- Type et lieu d'étude	4
2- Echantillon	5
3- Critères de jugement	5
4- Traitement des données et étude statistique	6
III- <u>Résultats</u>	7
1- Description de la population	7
2- Description du partogramme d'Albertville	7
3- Résultats de l'étude	8
IV. <u>Discussion</u>	12
1- Biais de l'étude	12
2- Analyse des résultats	13
1) Tableau n°1 : Présentation du partogramme.....	13
a . Analyse globale.....	13
b .Analyse des non conformités et propositions d'amélioration.....	13
2) Tableau n°2 : Surveillance du fœtus.....	15
a . Analyse globale.....	15
b .Analyse des non conformités et propositions d'amélioration.....	15
3) Tableau n°3 : Surveillance de la mère.....	17
a . Analyse globale.....	17
b .Analyse des non conformités et propositions d'amélioration.....	17
4) Tableau n°4 : Surveillance des traitements.....	19
a . Analyse globale.....	19
b .Analyse des non conformités et propositions d'amélioration.....	20
5) Tableau n°5 : Actes et marqueurs d'évènements.....	21
a . Analyse globale.....	21
b .Analyse des non conformités et propositions d'amélioration.....	22
6) Tableau n°6 : Naissance et suivi immédiat.....	24
a . Analyse globale.....	24
b .Analyse des non conformités et propositions d'amélioration.....	24
V. <u>Conclusion</u>	27
Références Bibliographiques.....	29
Annexes.....	31

Abréviations

AG : Age Gestationnel

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

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EVA : Evaluation Visuelle Analogique

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

HAS : Haute Autorité de Santé

pH : potentiel Hydrogène

PSE : Pousse Seringue Electrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCF : Rythme cardiaque fœtal

RPDE : Rupture de la Poche Des Eaux

SA : Semaine d'Aménorrhée

I. Introduction :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans un article du Lancet de 1994 [1], déclare que « le partogramme est considéré comme l'une des plus grandes avancées en obstétrique moderne ». L'OMS considère le partogramme comme un outil nécessaire dans la prise en charge du travail et préconise son utilisation universelle pendant le travail de l'accouchement [12]. En effet, le partogramme regroupe tous les éléments de surveillance maternelle et fœtale pendant le travail de l'accouchement, afin de pouvoir réaliser un suivi optimal des femmes et des fœtus [2][16].

De plus, il constitue un support pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [3]

Enfin, la qualité de sa tenue est primordiale d'un point de vue médico-légal pour les professionnels des services d'obstétriques comme l'expliquait le Professeur Southoul qui écrivait que le partogramme est « un des moyens de protection et de démonstration, a posteriori, d'un art obstétrical irréprochable » [4].

L'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est développée à partir des publications de Friedman en 1954, instaurant le concept d'un partogramme décrivant graphiquement la dilatation cervicale durant le travail [5].

En 1960, l'obstétricien français Michel Lacomme ajoute au cervicographe les éléments de surveillances maternelles et fœtales. C'est ainsi qu'il prend le nom de diagramme d'accouchement. Outre la dilatation cervicale, il s'agit d'un tableau contenant des informations

relatives à la présentation fœtale, l'état de la poche des eaux, l'analyse des contractions utérines, les bruits du cœur fœtal et l'emploi de thérapeutiques notées en fonction de l'heure.

En 1972, Philpott et Castle ont développé le concept de Friedman en en faisant un outil de surveillance du travail par l'ajout au graphique de ce qu'on appelle les lignes «d'action» et «d'alerte»[6].

Le partogramme actuel est un tracé de données, support des transmissions, permettant aux professionnels de santé intervenant en salle de naissance (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, internes, pédiatres et étudiants) de dépister de façon précoce toute anomalie et permettant d'aider à la prise de décision en matière d'intervention directe ou de transfert au bloc opératoire [13].

Le partogramme est un outil très largement utilisé à travers le monde, sous des présentations diverses [7], [11].

L'évolution constante des progrès de la médecine, mais aussi les exigences économiques, sociales et juridiques, ont imposé aux professionnels de santé l'acquisition croissante de connaissances et le perfectionnement de leurs compétences. On recherche dans tous les domaines à optimiser une démarche qualité dans le système de santé. C'est dans ce contexte que la Haute Autorité de Santé (HAS) a créé des recommandations, en 2000 [8], relatives à la tenue du partogramme et a réalisé un audit clinique pour identifier des dysfonctionnements et apporter des axes d'amélioration [14]. La mission principale de ces recommandations est de favoriser des actions d'auto-évaluations des professionnels et des établissements. C'est dans cet esprit d'obligation déontologique de Formation Professionnelle Continue et d'amélioration de la qualité que s'inscrivent les objectifs de ce mémoire.

L'objectif principal de l'étude a été d'analyser l'utilisation du partogramme de la maternité de type 2 d'Albertville avec comme référentiel les recommandations de la HAS [9], en vérifiant si chaque item est renseigné correctement et dans quelle proportion.

L'objectif secondaire a été de proposer, si besoin, des moyens d'amélioration de la tenue du partogramme de l'hôpital d'Albertville, pour les items qui ne sont pas correctement remplis ou dans une trop faible proportion.

II. Matériel, population et méthode :

1. Type et lieu d'étude :

Il s'agit d'une étude mono centrique, descriptive, rétrospective sur les dossiers médicaux de l'Hôpital d'Albertville. Cette étude a porté sur 4 semaines, en étudiant les partogrammes de tous les accouchements survenus durant le mois d'Août de l'année 2014 dans la Maternité du Centre Hospitalier d'Albertville.

Il s'agit d'une maternité de type 2 B. C'est-à-dire qu'elle peut assurer la prise en charge de grossesses à risque fœtal identifié ou suspecté. Elle prend en charge les enfants qui ont un poids de naissance supérieur ou égal à 1500 g et un AG supérieur à 32SA.

Le recueil des données a été rétrospectif et a été effectué dans un cahier d'observation papier avec pour chaque dossier la grille référentielle d'évaluation de l'HAS [9]. J'ai effectué personnellement le recueil des données.

2. Echantillon :

Critère d'éligibilité : tous les dossiers d'accouchement du mois d'Août 2014 survenus dans la maternité d'Albertville.

Critère d'exclusion : les césariennes programmées et les accouchements effectués à l'extérieur de la maternité.

3. Critères de jugement :

Les critères de jugements seront de quantifier le taux de conformité de chaque item du partogramme en prenant comme référentiel ceux formulés par l'ANAES dans sa publication « Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme » en 2000 [8].

Un critère conforme entraîne une réponse « oui ».

Un critère non conforme entraîne une réponse « non » ; ce sera aussi le cas pour les items remplis de manière incomplète ou imprécise.

Un critère ne pouvant être évalué, parce que la situation clinique n'a pas présenté ces circonstances (par exemple, absence de péridurale dont l'horaire n'est donc pas noté) est codé « 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 [8] pour le recueil des informations.

Cette grille d'évaluation se divise en 6 catégories ou 6 tableaux :

n°1 : Présentation du partogramme

n°2 : Surveillance du fœtus

n°3 : Surveillance de la mère

n°4 : Surveillance des traitements

n°5 : Surveillance des actes et marqueurs évènementiels

n°6 : Naissance et surveillance immédiate

4. Traitement des données et analyse statistique :

L'analyse des données donnera un pourcentage de conformité. Pour obtenir ce pourcentage, j'ai utilisé le logiciel statistique « Statview ».

Pour les items qui ont un faible pourcentage de conformité, nous avons d'abord tenté d'en comprendre la cause en relisant les dossiers concernés. Puis, nous sommes retournés plusieurs jours à la maternité d'Albertville pour interroger oralement les professionnels de santé sur leur pratique quotidienne et sur l'existence d'un éventuel protocole propre au service.

III. Résultats :

1. Description de la population :

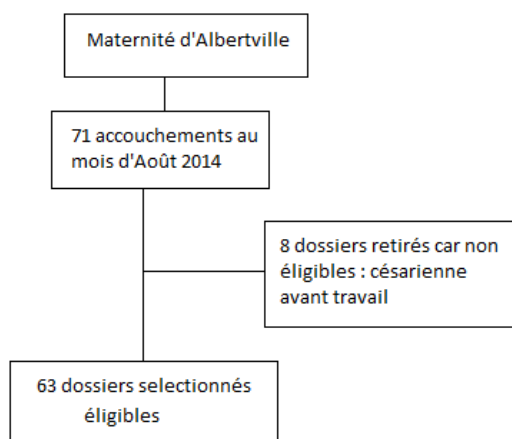


Figure A : diagramme d'inclusion de l'étude réalisée

2- Description du partogramme d'Albertville :

La feuille d'hospitalisation reprend les données du premier examen à l'admission de la patiente jusqu'au passage en salle de naissance où on utilise ensuite le partogramme. (cf Annexe 1). Sur cette feuille, il y a suffisamment de place pour marquer toute la surveillance en pré-travail (verso vierge). Le partogramme permet un suivi maximal de 15 heures en salle de naissance (Cf. Annexe 2). La feuille « suites de couches » est utilisée en cas de réadmission de la patiente après sa sortie de l'hôpital (ce n'est pas la feuille de sortie de suites de couches). La feuille « nouveau-né » en salle de naissance (cf. Annexe 3) permet de synthétiser l'adaptation de l'enfant à la naissance et les soins qui lui ont été administrés. Il est à noter que la sage-femme de salle de naissance est toute seule pour s'occuper de toutes les femmes qui viennent accoucher et qu'elle doit aussi s'occuper des consultations en urgence.

3-Résultats de l'étude :

Dans tous les tableaux, nous désignons par « taux de conformité » le rapport exprimé en pourcentage du nombre de dossiers conformes divisés par le nombre total des dossiers concernés (soit 63 dossiers moins les dossiers NA).

Tableau n°1 : la présentation du partogramme :

Eléments étudiés	Taux de conformité (N/63-NA)
Le support papier est en bon état	96,8% (61/63)
Les écrits sont tous lisibles	82,5% (52/63)
Les écrits sont tous indélébiles	90,5% (57/63)
Le partogramme est fixé dans le dossier	100% (63/63)
L'identité civile de la mère est notée	81,0% (51/63)
Le partogramme permet de retrouver le nom des intervenants : - Les sages-femmes - Les médecins obstétriciens - Les anesthésistes - Les pédiatres - Les stagiaires	87,3% (55/63) 97,3% (36/37) 98% (49/50) 100% (9/9) 100% (2/2)
Le partogramme comprend : - la date, l'heure - la modalité de déclenchement	77,8% (49/63) 11,1% (7/63)
L'horaire de chaque examen est noté précisément sur le partogramme	96,8 (61/63)
Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire	92% (58/63)

Tableau n°2: la surveillance du fœtus :

Eléments étudiés	Taux de conformité (N/63-NA)
La présentation du fœtus est notée	77,8% (49/63)
La variété de présentation est notée à la rupture	46% (29/63)
La variété de présentation est notée à chaque examen	42,9%(27/63)
Le niveau de la présentation est noté à chaque examen	77,8% (49/63)
Le rythme cardiaque est commenté à chaque examen	58,7% (37/63)

Tableau n° 3 : la surveillance de la mère :

Eléments étudiés	Taux de conformité (N/63-NA)
Le comportement de la mère est noté au moins une fois	87,3% (55/63)
Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen	7,9% (5/63)
La surveillance du col utérin comporte : -la position, -la longueur, -la consistance, - la dilatation	17,4% (11/63) 82,5% (52/63) 63,5% (40/63) 92,0% (58/63)
L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture	85,7% (54/63)
L'aspect du liquide amniotique est noté à l'entrée ou à la rupture	90,5% (57/63)
L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée	61,9% (39/63)
L'analyse des contractions utérines est effectuée à chaque examen	65% (41/63)
Sont notés : - la pression artérielle, - la température, -le pouls	76,2% (48/63) 14,3% (9/63) 52,4% (33/63)

Tableau n°4 : Surveillance du traitement :

Eléments étudiés	Taux de conformité (N/63-NA)
L'heure de la pose de la voie d'abord veineuse est notée	22,2% (14/63)
Le nom du prescripteur est noté pour chaque prescription	47,6% (30/63)
Le nom des médicaments est noté en clair	49,2% (31/63)
La voie d'administration des médicaments est notée en clair	49,2 (31/63)
La posologie est notée en clair	31,7% (20/63)

Tableau n°5 : Les actes et marqueurs d'événements :

Eléments étudiés	Taux de conformité (N/63-NA)
Les actes sont notés en clair : - les sondages - les RPDE - pour la péridurale et les réinjections - pour les Anesthésie générale - pour les autres analgésies	37,7% (20/53) 73,0% (46/63) 90,9% (40/44) 100% (3/3) 100% (6/6)
Les marqueurs d'événements sont notés en clair sur le partogramme : - L'heure d'appel et d'arrivée de l'obstétricien - L'heure d'appel et d'arrivée de l'anesthésiste - L'heure d'appel et d'arrivée du pédiatre - L'heure de décision de la césarienne - L'heure du transfert au bloc	51,7% (15/29) 22,9% (11/48) 50% (2/4) 63,6% (7/11) 58,3% (7/12)

Tableau n°6 : La naissance et la surveillance immédiate :

Eléments étudiés	Taux de conformité (N/63-NA)
Le début des efforts expulsifs est noté	81% (51/63)
Le mode d'accouchement est noté	100% (63/63)
L'état du périnée est noté	95,2% (60/63)
La date et l'heure de naissance sont notées	74,6% (47/63)
Le sexe, le poids, l'Apgar et le prénom du nouveau-né sont notés	46% (29/63)
Le ph au cordon est noté	60,3% (38/63)
L'heure et le mode de délivrance sont notés	82,5 (52/63)
Délivrance artificielle et révision utérine sont notées ainsi que l'indication	80% (8/10)
Révision utérine et son indication sont notées	100% (3/3)
La surveillance de l'accouchée est notée et comprend : - le globe de sécurité, - le pouls, la pression artérielle, la température - le volume des pertes sanguines	73% (46/63) 7,9% (5/63) 73,0% (46/63)

IV Discussion

1 . Biais de l'étude

Rappelons tout d'abord qu'une étude mono centrique ne peut amener que des indications sur une pratique locale et qu'elle ne doit pas faire l'objet d'une généralisation.

L'évaluation rétrospective des partogrammes entraîne des difficultés d'interprétation dans l'étude. Ainsi, l'absence d'une donnée peut signifier le manque d'action, mais aussi le manque de traçabilité. C'est l'essai de la distinction entre les deux qui a été recherché et développé dans notre objectif secondaire.

La période de recueil pendant le mois d'Août entraîne un autre biais de sélection car nous avons eu très probablement des partogrammes remplis par les mêmes sages-femmes en raison des systèmes de planning. La période de vacances estivales conduit un nombre plus réduit que le reste de l'année du nombre de sages-femmes présentes.

Or, un même professionnel de santé présente forcément des habitudes personnelles qui vont influencer sur les résultats du taux de conformité des partogrammes remplis.

Enfin, le recueil de données n'a pas été contrôlé, ce qui a induit un biais d'appréciation sur la conformité ou la non-conformité des items.

2 . Analyse des résultats

Nous avons analysé les tableaux de résultats les uns après les autres, du tableau n°1 au tableau n°7.

Nous avons traité d'abord l'objectif principal, c'est-à-dire l'analyse globale du tableau concerné du partogramme. Cela nous a amené à étudier tous les taux de conformités qui ne sont pas de 100%. Dans un second temps, nous nous sommes penchés sur l'objectif secondaire, soit des propositions d'amélioration du partogramme pour les items insuffisamment conformes. Enfin, nous avons proposé des outils pour améliorer le taux de conformité des items concernés.

1) Tableau n°1 : présentation du partogramme

a. Analyse globale

L'étude du tableau n°1 est caractérisée par une homogénéité des taux de conformité de 77,8 à 100% à une exception près. Il s'agit de la bonne notation de la modalité de déclenchement qui ne montre qu'un score de 11,1% de taux de conformité. Ces items sont importants car ils posent les bases de l'utilisation ultérieure du partogramme.

b. Analyse des non conformités et propositions d'amélioration

L'hypothèse de recherche complémentaire concernant le faible taux de conformité pour l'item sur la modalité de l'accouchement a été que la modalité d'accouchement se trouvait précisée dans le dossier. Après réexamen des 56 dossiers concernés, on a pu, effectivement, en retrouver l'indication dans le dossier sur la feuille d'hospitalisation dans 54 cas.

Les 2 dossiers, où la modalité n'était retrouvée sur aucun document concernaient des accouchements qualifié « d'extrêmement rapide ». Bien que cela n'ait été noté sur aucun support, il s'agissait donc très probablement de travail spontané.

En incluant ces 2 dossiers, son pourcentage était donc ré évaluable à 96,8 %. La raison principale du non renseignement est qu'il n'existe pas d'emplacement spécifique pour l'indication de la modalité de l'accouchement sur le partogramme. Il faudrait concevoir une case spécifique pour remédier à cet oubli fréquent.

Le taux de conformité sur les personnes présentes à l'accouchement est non conforme. Si on rajoutait une case permettant de marquer l'équipe de garde cela permettrait d'éviter ce genre d'oubli.

L'item de « l'identité de la patiente » est non conforme et est du à un oubli de coller l'étiquette donnant l'identité de la patiente sur le partogramme. Même si tous les partogrammes sont fixés dans les dossiers. Cependant, l'identification formelle de la mère apposée sur le partogramme directement reste importante d'un point de vue médico-légal [4] et ne devrait pas faire l'objet d'oubli. Il faudrait donc peut être faire une réunion dans le service de sensibilisation et/ ou rajouter en haut de la feuille du partogramme une case marquée « étiquette patiente » qui permettrait d'éviter les oublis.

L'item « les écrits sont tous lisibles » n'est pas conforme car le partogramme est sous forme manuscrite et donc surajoute le risque que les écrits soient peu lisibles selon l'écriture de chacun.

L'item « le remplissage respecte le rythme horaire » devrait être conforme car il permet de diagnostiquer une stagnation [1], [2], [6]. L'interrogatoire des professionnels a permis de savoir que c'était parfois du à un manque de personnels car il n'y a qu'une sage femme pour

le service salle de naissance et urgences obstétricales. Ce qui fait que parfois, elle n'a pas le temps de voir toutes les patientes à chaque heure fixe.

2) Tableau n°2 : la surveillance du fœtus

a. Analyse globale

Dans le tableau n°2, les 5 items sont non conformes.

Les deux items qui ont le meilleur taux de conformité sont en relation avec le niveau de présentation du fœtus.

Compte tenu de l'importance pronostique d'une variation de l'ERCF au cours du travail, les résultats bas des taux de conformité sont étonnants et doivent être améliorés.

b. Analyse des non conformités et propositions d'amélioration

La relecture des 26 partogrammes avec une analyse de l'ERCF absente a permis de montrer que dans 70 % des cas l'ERCF avait été noté au premier examen. Mais, cette notation n'avait pas été effectuée systématiquement lors des examens ultérieurs.

Il n'y avait qu'un dossier qui montrait qu'il y avait eu une anomalie de rythme qui était marquée sur le partogramme, mais qui n'était explicitée et décrite que sur la feuille d'hospitalisation.

Au total, la non indication à chaque examen de l'ERCF est assez fréquente sur le partogramme. Ces absences sont peut-être en lien avec une case insuffisamment grande pour pouvoir la remplir de manière suffisamment précise, comme une autre étude a pu le montrer [15]. On a surtout pu constater que l'ERCF n'était pas décrit à chaque examen. Selon le témoignage des sages femmes, c'est la surcharge de travail en salle d'accouchement qui explique qu'en cas d'ERCF normal, ce critère ne soit rempli qu'une fois au début du

partogramme, et puis par la suite uniquement dans les cas où il deviendrait anormal. En pratique, le service bénéficie d'une centrale permettant de voir l'ensemble des ERCF des patientes en salle de naissance. Le but est que ces tracés soient analysés régulièrement par les professionnels. C'est une analyse de routine pour les professionnels [15] ce qui peut expliquer que quand le tracé est normal ils oublient de le marquer. Pourtant en remplissant cette case on montre qu'on a bien analysé le tracé. Un audit des pratiques permettrait de savoir s'il s'agit d'un manque de traçabilité ou d'une analyse non faite.

La variété de présentation n'est pas conforme et cela s'explique par le fait que ce n'est pas marqué à chaque examen, et que parfois même si la poche des eaux est rompue, il est difficile de donner une variété de présentation si la dilatation est faible et si la hauteur de la présentation est haute. On peut supposer que la non-conformité est due à une impossibilité de déterminer le type de présentation. Cependant, il revient aux professionnels de pouvoir prouver qu'il a fait l'examen de façon conforme donc il faudrait l'indiquer même quand on n'a pas trouvé de quel type de présentation il s'agissait. D'autre part le partogramme d'Albertville ne permet pas de montrer la descente fœtale sous forme graphique, il serait peut être judicieux que cela apparaisse sur un diagramme inverse à la dilatation. L'HAS ne donne pas clairement de recommandations à ce sujet mais dans de nombreux ouvrages, il est indiqué que cette pratique est indispensable pour détecter une stagnation [5], [6], [8], [16].

Pour espérer un meilleur taux de renseignement de l'ensemble des items du tableau n°2, il faudrait que les professionnels soient plus sensibilisés sur l'importance d'analyser les tracés et de pouvoir amener la preuve que cela a été fait.

Tableau n°3 : la surveillance de la mère

a. Analyse globale

Dans le tableau n°3, aucun des critères n'est totalement conforme. Le taux extrêmement faible de renseignement sur l'évaluation de la douleur de la mère pourrait sembler être le reflet d'un manque de prise en compte de ce critère par l'équipe.

Pour le critère « la position du col », cela s'explique par le fait que le partogramme de la Maternité d'Albertville ne comporte pas cette mention de manière explicite.

L'item de la température de la mère est particulièrement non conforme Or, l'ANAES recommande la prise de la température à chaque examen en cas de péridurale. Cette mesure n'est presque jamais respectée dans le service sans que nous ayons pu en déterminer la raison.

b. Analyse des non conformités et propositions d'amélioration

La notification de l'appréciation de la douleur de la mère n'a été relevée comme conforme que dans 5 dossiers, il était apparu comme plus logique de chercher à comprendre s'il était possible de trouver la caractéristique commune à ces 5 dossiers. Mais, la relecture des 5 dossiers n'a pas permis de mettre en évidence un point commun. Il ne s'agissait ni du même personnel, ni du même jour, ni de parturientes particulièrement algiques. La pose ou l'absence de pose d'une péridurale n'est pas apparue comme un critère explicatif.

Pourtant, la prise en compte de la douleur de la mère et son ressenti est une préoccupation importante pendant l'accompagnement de la parturiente. Sa non retranscription vient peut-être du fait que cela ne peut être noté que dans une case indiquée « *autre* ». La mise en place d'une case spécifiquement dédiée à la douleur, par exemple notée sur une échelle de 0 à 10, appelée

échelle EVA, ne nécessiterait qu'une petite place et serait surement très incitatif à la remplir correctement.

La surveillance du col est divisée en 4 items : position, longueur, consistance et dilatation. Une relecture des 52 partogrammes incomplets a eu pour but de vérifier que cette notion était notée, au minimum lors du premier examen sur la feuille d'hospitalisation. C'était effectivement le cas pour 48 dossiers. Quand les patientes vont en salle de naissance, le col est quasi systématiquement effacé et centré, les sages femmes ont donc parfois l'impression que ce n'est plus utile de le repreciser pendant la suite du travail.

La dilatation du col est presque conforme, car pour les professionnels, c'est un indicateur important qui nous permet de détecter une stagnation de la dilatation. Mais une stagnation de la descente fœtale doit aussi être détectée, il est donc important que ces items soient plus conformes. On pourrait penser qu'une réunion d'information pourrait être utile.

L'analyse des contractions utérines est non conforme pourtant sur les partogrammes, on peut tout décrire. Peut être par un manque de temps les professionnels privilégient d'autres informations à marquer. Cet item n'est pas rempli à chaque examen sans doute car il y a une bonne dynamique et le professionnel oublie de l'inscrire. On peut imaginer que les professionnels pensent à marquer l'analyse de contractions utérines quand il y a une anomalie, ou pour justifier l'utilisation d'ocytocine par exemple. Pourtant il est important d'analyser les contractions car elles sont un repère pour déterminer les anomalies du rythme cardiaque fœtal. Une réunion permettrait de souligner que c'est pourtant important de le faire, y compris lorsqu'il n'y a aucune anomalie. La réunion d'équipe pourrait aboutir à des groupes de travaux sur l'amélioration des pratiques ce qui permettrait que les professionnels se sentent plus concernés par cette traçabilité.

Pour que les taux concernant les constantes soient conformes, il fallait que tous les éléments soient retrouvés au premier examen et à chaque examen en cas de péridurale. Le faible taux de conformité s'explique par le caractère strict de ce critère. En cas de pose de péridurale, la tension et le pouls de la mère sont systématiquement monitorés, d'après les témoignages des professionnels de la maternité d'Albertville. On ne retrouve pas ces données dans le dossier. Les professionnels disent oublier de retranscrire ces données sur le partogramme parce qu'ils les voient en direct sur l'appareil. Le monitoring de ces constantes peut être imprimées, certains professionnels le font mais il faudrait que ce soit systématique. En salle de naissance, certains gestes sont automatiques, et en deviennent une routine, quand les constantes sont normales, les professionnels peuvent avoir tendance à oublier de les noter [15].

Par ailleurs, le taux de non-conformité de la température reste inexplicable. C'est donc un manquement dans la pratique des professionnels qui ne pensent pas à le tracer voire à la prendre à chaque examen selon les propos rapportés par certaines sages femmes. On peut penser que s'il y avait un contexte infectieux ou une hyperthermie maternelle, le professionnel le marquerait car cela changerait la prise en charge de la patiente et amènerait des examens complémentaires.

4) Tableau n°4 : Surveillance du traitement

a) Analyse globale

Tous les critères sont très peu conformes. Ils doivent impérativement être améliorés. Dans la pratique de la maternité d'Albertville, l'heure de la pose de la voie veineuse périphérique apparaît sur la feuille d'hospitalisation au moment où le bilan d'entrée est prélevé selon l'organisation du service et donc où la voie veineuse est posée. Beaucoup d'informations soient déjà notées sur cette feuille d'hospitalisation le professionnel peut donc trouver cela

fastidieux de le marquer à nouveau sur le partogramme. On pourrait penser à revoir la forme de cette feuille ou à l'intégrer au sein du partogramme. Parfois, l'heure de pose est très antérieure au début du partogramme, ce qui explique son absence de notation sur le partogramme. Cependant, il faudrait la noter en début de partogramme.

La faible conformité des autres critères se caractérisait surtout par un manque de précision rendant l'item entier non conforme. Nous avons retrouvé ainsi des annotations partiellement conformes avec une posologie correctement renseignée, mais sans que la voie d'administration soit explicitée. Dans la pratique, cette omission est souvent peu impactant car le mode d'administration est évident.

En ce qui concerne l'heure de pose de la voie veineuse périphérique, il faudrait que le partogramme permette de cocher une case si sa pose est antérieure au début du partogramme. C'est, en grande partie, le caractère médico-légal du partogramme qui justifie une plus grande sensibilisation des équipes à l'obligation de le remplir précisément et complètement [4], [8]. Le partogramme ne doit pas être compréhensible uniquement par les membres de l'équipe.

b. Analyse des non conformités et propositions d'amélioration

Compte tenu de l'importance de la bonne traçabilité des informations concernant les traitements et au vue de leur taux de conformité moyen, les dossiers où le partogramme était incomplet sur ce point, ont été relus. Le but était de quantifier la proportion où ces informations étaient notées dans le dossier, mais pas sur le partogramme.

Une lecture de tous les dossiers a permis de vérifier l'hypothèse : sur les 63 dossiers, il n'a été retrouvé que 3 dossiers où le traitement n'était noté ni sur le partogramme, ni sur la feuille

d'hospitalisation. Dans ces 3 cas, il s'agissait d'une omission de l'heure de pose de la voie veineuse.

Au total, le traitement est insuffisamment noté de manière conforme sur le partogramme, tout en étant dans la quasi-totalité des accouchements noté sur la feuille d'hospitalisation. Donc le taux de conformité paraît plus élevé en prenant en compte la feuille d'hospitalisation, mais il faudrait que ce soit fait de manière plus ciblée sur le partogramme.

5) Tableau n°5 : Les actes et marqueurs d'événements

a) Analyse globale

C'est conforme pour la notation d'une Anesthésie générale ou d'une autre analgésie.

Pour l'item concernant spécifiquement la péridurale et ses temps de réinjection, l'élément manquant est l'heure de réinjection.

Pour l'item non conforme sur les sondages, j'ai spécifiquement interrogé le personnel sur la fréquence du geste de sondage. Leurs réponses étaient concordantes pour affirmer que le sondage est un acte quasiment systématique durant un travail ou avant l'accouchement. Dans la case « autre » du partogramme actuel d'Albertville on pourrait rajouter « sondage » pour que le professionnel pense plus à le marquer.

L'heure de décision des césariennes et l'heure de transfert au bloc devraient être plus conformes, c'est un élément qui doit être noté car cela permet de voir si on a été suffisamment rapide selon l'indication de la césarienne et son urgence.

Le taux de conformité de l'appel des médecins est bas alors que c'est un élément clef médico-légal.

Un pédiatre a été appelé pour 4 accouchements. Compte tenu du peu de dossier concerné, le taux de conformité de 50% ne peut pas faire l'objet d'une analyse.

b) Analyse des non conformités et propositions d'amélioration

Nous avons réétudié les dossiers à la recherche de l'heure d'appel et d'arrivée des médecins ailleurs que sur le partogramme.

Dans 40% des cas, on a pu retrouver la notion dans le dossier d'hospitalisation. Mais, cela doit être encore pondéré par le fait que l'heure d'appel est restée manquante dans 50% de ces dossiers.

J'ai pu vérifier avec le Docteur Boulet que dans la pratique courante, l'heure d'appel est souvent notée sur le monitoring. Sur les monitorings, on peut d'ailleurs marquer en temps réel les événements en appuyant sur un bouton qui permet d'avoir une flèche sur le monitoring et donc de prouver que la notation a été faite au moment même de l'action et pas à posteriori. D'ailleurs, c'est souvent là où on marque d'abord les événements et ensuite on les marque sur le partogramme. Cela donne aux professionnels, un repère chronologique précis des événements tout en ayant en vu l'ERCF et la tocographie. Les monitorings sont gardés, ils sont mis dans le dossier. Cette pratique plus rapide ne devrait pas conduire à omettre de le noter sur le partogramme. Une formation auprès des professionnels sur l'utilisation optimale du matériel en salle de naissance permettrait sûrement un gain de temps.

L'heure d'appel et d'arrivée du médecin appelé auprès de la parturiente ou de son nouveau né pourraient s'avérer indispensables à connaître de manière précise et indiscutable en cas de litiges [2], [4], [9].

Seule leur consignation immédiate sur le partogramme pourrait éviter des approximations ultérieures. Or parfois dans l'urgence on a des actes à réaliser auprès de la patiente et du nouveau né. Les équipes doivent être plus sensibilisées au caractère médico-légal d'un remplissage irréprochable du partogramme.

Il est à noter que le partogramme utilisé à la maternité d'Albertville ne comporte pas de case spécifique où pourraient être notés les appels et arrivées des intervenants médicaux.

Cette absence est probablement majoritairement responsable de l'oubli et de la disparité de support où sont notées par l'équipe ces informations [16].

Ces notifications pourraient être notées sur un rabat supplémentaire qui serait accolé au partogramme et où on prévoirait des lignes spécifiques au renseignement de ces interventions médicales.

Les réinjections de péridurales sont difficilement quantifiables, quand la péridurale est mise avec un PSE, surtout si c'est la patiente qui gère elle-même les bolus de la péridurale.

En ce qui concerne l'oubli de noter le sondage évacuateur, c'est une omission caractéristique de la systématisation d'un geste technique. Il faudrait attirer l'attention des professionnels sur l'importance de noter tous les gestes pendant l'accouchement sur le partogramme, y compris ceux qui sont systématiques afin d'avoir un partogramme complet, en conformité avec les objectifs de l'HAS, seule manière de pouvoir démontrer à posteriori qu'un geste a bien été effectué et de pouvoir en préciser l'horaire exact.

6) Tableau n° 6 : La naissance et la surveillance immédiate

a) Analyse globale

Il est important de noter que la révision utérine seule ne s'est imposée que dans 3 dossiers, donc l'indication constante sur le partogramme n'est pas réellement exploitable.

Pour l'état du périnée, les 3 cas non renseignés concernaient des césariennes avec des périnées intacts. On peut donc considérer que le taux de conformité est de 100% en estimant ces trois dossiers comme NA pour l'item.

Le début des efforts expulsifs est non conforme, alors que l'item est clairement indiqué sur la dernière page du partogramme.

b) Analyse des non conformités et propositions d'amélioration

L'item « apgar, sexe poids, prénom du nouveau né » est non conforme car si un seul renseignement était absent cela rendait l'item entier non conforme. Nous avons fait l'hypothèse que c'était majoritairement le prénom du nouveau né qui était absent. En effet, les couples décident parfois du prénom après la naissance. Après relecture des 34 dossiers, nous avons obtenu la confirmation de notre hypothèse de travail. C'était bien le prénom qui manquait dans 28 dossiers sur les 34. Mais, nous avons remarqué que dans 4 dossiers ; le prénom était absent du partogramme, alors qu'il était déjà choisi et noté dans la feuille de surveillance du nouveau-né en salle de naissance. Ces items sont aussi repris sur la feuille de surveillance du nouveau-né, cela peut donc paraître redondant pour les professionnels de le marquer à deux endroits. Pour les 6 autres dossiers, c'était le sexe qui n'était pas noté. Dans aucun de ces cas, il ne s'agissait d'ambigüité sexuelle. Nous avons émis l'hypothèse qu'il

s'agissait de cas où le prénom indiquait sans ambiguïté le sexe du nouveau né et donc amenait un oubli du professionnel. On peut aussi penser que cet oubli est dû au fait qu'on doit marquer cette information sur beaucoup de documents: le carnet de santé, la feuille de surveillance du nouveau né, la feuille de déclaration de naissance, dans le livret des accouchements...

En premier lieu, nous rappelons pour l'item du pH du cordon n'a pas un emplacement défini sur le partogramme utilisé à la Maternité d'Albertville. Par habitude de service, les sages femmes vont le noter à la fin du partogramme au moment de la naissance. La mise en place d'une case clairement destinée à noter le pH du cordon augmenterait certainement le taux de conformité.

Par contre, le pH du cordon a été noté sur la feuille de surveillance du nouveau né où il apparaît explicitement. En relisant les 25 dossiers non conformes, nous l'avons trouvé noté dans 23 dossiers. Les 2 dossiers avec le pH du cordon totalement absent étaient en lien avec un dysfonctionnement technique. Dans un cas, la machine de mesure était en panne. Dans l'autre cas, le prélèvement avait coagulé, rendant impossible la mesure. Cet incident était précisé sur la feuille de surveillance du nouveau-né.

L'item concernant la surveillance de l'accouchée a montré une importante disparité dans ces taux de conformité. Il est à noter qu'il n'y a pas de case permettant de marquer la température de l'accouchée. En rajoutant cette case, cela pourrait permettre de sensibiliser plus les professionnels et donc de diminuer les oublis.

Dans notre étude il y a eu 11 césariennes après un début de travail et donc avec un partogramme décrivant ce travail. Dans cette maternité, la surveillance de l'accouchée par césarienne se fait en salle de réveil par les infirmières. Toutes les informations sont marquées sur une autre feuille de surveillance. Ce qui a encore minoré le taux de conformité sur la surveillance de l'accouchée.



V- Conclusion :

Une réunion d'information auprès des professionnels permettrait surement d'améliorer le taux de conformité des partogrammes. L'idéal serait d'organiser une première réunion de sensibilisation, puis de refaire une étude de la tenue des partogrammes, puis de réorganiser une réunion pour cibler les objectifs atteints et ceux qui resteraient perfectibles. Des groupes de travaux entre ces deux réunions permettraient que les professionnels se sentent plus concernés par ce sujet. On peut se demander si ce n'est pas la forme globale du partogramme qui est à revoir. Les sages-femmes ont un rôle majeur dans son utilisation et les intégrer dans des groupes de travaux pourrait permettre de créer un partogramme plus actuelle répondant mieux à leurs besoins et à leurs pratiques. Les sages-femmes sont seules en salles de naissances et ont parfois une surcharge de travail qui fait qu'il peut y avoir des oublis sur le remplissage des partogrammes. On peut penser que si on rend plus complet cet outil de travail, certains oublis pourront être évités.

A coté de l'amélioration de la tenue du partogramme dans un intérêt purement professionnel, il devient important de sensibiliser les équipes sur les aspects médico-légaux du partogramme. Souvent un item est non conforme car non renseigné et il ne l'a pas été parce qu'il était resté normal, jugé donc peu important à noter. Or l'augmentation des litiges où le professionnel doit faire la preuve de sa bonne pratique, doit amener les professionnels à tout noter pour apporter la preuve de la qualité de leur travail. On remarque qu'il y a des améliorations facilement réalisables sur la présentation du partogramme de la maternité d'Albertville.

Principalement, nous proposons de rajouter 3 cases : une pour le mode de déclenchement, une pour l'évaluation de la douleur, et une pour la température en post-partum immédiat. Le but

de rajouter ces cases seraient de permettre aux professionnels de penser plus facilement à marquer ce qui est fait en routine.

Pour remédier au manque de place sur le partogramme pour marquer les événements marquants (appel du médecin, anomalie de rythme), on pourrait envisager de rajouter un rabat partiel sur le partogramme permettant de tout notifier.

Une partie du dossier notamment les consultations de grossesses, les antécédents de la patiente sont déjà informatisés dans l'hôpital d'Albertville. L'avenir appartient sans doute à l'informatique, qui assurera une identification obligatoire de la parturiente, une lisibilité parfaite [10]. Ainsi, le tableau n°1 (présentation du partogramme) obtiendrait un taux de conformité égal à 100%. L'informatique doit assurer l'impossibilité de pouvoir passer à la page suivante si tous les items ne sont pas remplis. Le logiciel ne fait pas à lui seul l'usage de celui-ci, il faut qu'il corresponde aux attentes des professionnels et qu'ils soient formés à l'utiliser de façon optimale.

Références bibliographiques :

- 1- WHO: “World health Organization partograph in management of labour”
Lancet 1994; 345:1399-1404
- 2- G. Bosse, S. Massawe, A. Jahn :« the partograph in daily practice : it’s quality thaht matters. » International Journal of Gynecology and Obstetrics 77, 2002; 243-244
- 3- Haute Autorité de Santé : « Réussir un audit clinique et son plan d’amélioration. »
guide 2003-2009
- 4- 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.
- 5- Friedman EA. The graphic analysis of labor.Am J ObstGynecol 1954;68:1568-75.
- 6- PHILPOTT RH., CASTLE WM. “Cervicographs in the management of labour in primigravidae II the action line and treatment of abnormal labour”, *J ObstetGynaecol*, 1972,
- 7- 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.
- 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.
- 9- 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.

- 10- ASSORIN Leslie : « Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme par les sages femmes de l’HCE de Grenoble » Mémoire de sage-femme soutenu le 29 Mai 2012
- 11- A. O. Fatusi, O. N. Makinde, A. B. Adeyemi, E. O. Orji, U. Onwudiegwu :
« Evaluation of health workers’ training in use of the partogram »
International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2008.
- 12- Cartmill RS, Thornton JG. « Effect of presentation of partogram information on obstetric decision- making ». Lancet 1992;339:1520-2.
- 13- Soni BL. « Effets de l'utilisation du partogramme sur les résultats en cas de travail spontané à terme: Commentaire de la BSG » Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- 14- LANSAC J., CARBONNE B., PIERRE F. « Le partogramme: un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2007,36(1), 2-7
- 15- DORNEUS Fabienne « Evaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes du groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul concernant la tenue du Partogramme » Mémoire de sage-femme soutenue le 07 Avril 2011
- 16- Stéphane Saint-Léger « Le partogramme : principes et méthodes » Développement et Santé, n° 148, août 2000
-

Annexe

Annexe 1 : Feuille d'hospitalisation

HOSPITALISATION

MOTIF DE L'HOSPITALISATION

Entrée le _____ à _____

Au terme de _____

EXAMEN D'ENTRÉE pratiqué par

A : _____ S : _____ N : _____ T.A. : _____ T° : _____ Poids : _____ (+ _____ kg)

Oedèmes : _____

H.U. : _____

Monitoring : _____ B.D.C. : _____

C.U. : _____

PRÉSENTATION Nature : _____

Hauteur : _____

COL _____ Longueur _____
Dilatation _____
Position _____
Consistance _____

SEGMENT INFÉRIEUR

MEMBRANES

AMNIOSCOPIE

BASSIN

SURVEILLANCE PRÉ-TRAVAIL OU GROSSESSE

Annexe 2 : Le partogramme d'Albertville:

DATE						
Heure		de la journée				
		du début de travail				
RESPONSABLE DE L'EXAMEN						
CONTRACTIONS	Durée et intervalle					
	Intensité (F, M, L)					
	Relâchement (bon, moyen)					
POCHE DES EAUX		Intacte, rompue				
LIQUIDE	Aspect					
	Abondance					
DILATATION	10 cm					
	9					
	8					
	7					
	6					
	5					
	4					
	3					
	2					
	1					
COL	Long-Moyen-Court-presque Eff. - Eff. Souple-Rigide-Cerclé-Odématié					
B.D.C. et R.C.F.		Description				
VARIETE PRESENTATION						
HAUTEUR PRESENTATION M., Am., Fix, Eng.						
MERE	T.A.					
	température					
	Pouls					
	Comportement					
THERAPEUTIQUES ET ANALGESIQUES						
AUTRES						

PRENOM :

EVOLUTION DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

•

၁၁

Durée expulsion :

• •

Position au dégagement :

•

Fait par :

Fait par :

- indication

- CRO

type

Fait par :

DELIVRANCE à

placenta

aspect

 V_{XS}

long

circulaire noeud

HEMORRAGIE :

500<H<1000

TRANSFUSION

LESIONS PERINEALES :

CRO

CRO

LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT :

Pouls :

Etat général :

Saignements :

SUITES DE COUCHES

Gamma globulines anti D faites

Sortie le

• autorisée
contre avis

ALLAITEMENT

Sein ☐
Biberon ☐
Mixte ☐

Contraception prévue

Traitement

Examen de sortie

Annexe 3 : la feuille de surveillance du nouveau-né

Nom : _____

Prénom : *Adrien*

Date : _____

Heure : _____

age gest. : _____

Nouveau-né en salle de naissance

CAT A LA NAISSANCE

Nombre d'enfants nés : _____ ordre de naissance (si grossesse multiple): _____

Sexe : féminin ☐ masculin ☐ indéterminé ☐

	0	1	2	à 1 mn	à 3 mn	à 5 mn
Cœur	Absent	<100	>100			
Respiration	Absente	Hypoventilation, cri faible	Bonne, cri vigoureux			
Tonus	flasque	Légère flexion des extrémités	Bonne flexion			
Réflexes (stimulation)	Pas de réponse	Léger mouvement	Bonne flexion			
couleur	Bleu ou blanc	Corps rose, extrémités cyanosées	Tout rose			
Total						

♦ Méconium : oui ☐ non ☐

♦ Urines : oui ☐ non ☐

♦ Température : _____

prélèvements maternels :

toxoplasmose ☐

test kleihauer fait ☐ en attente ☐

♦ passage d'une sonde oesophagienne (systématique) : oui ☐ non ☐
aspiration oui ☐ non ☐

♦ passage d'une sonde nasale (non systématique) : oui ☐ non ☐
aspiration oui ☐ non ☐ narine droite ☐ narine gauche ☐

♦ test à la buée : narine droite ☐ narine gauche ☐

♦ lésions observées : _____

♦ malformations observées : _____

♦ risque infectieux oui ☐ non ☐ PGO fait ☐
cause : _____

Mensurations : poids : _____ taille : _____ PC : _____

Réanimation : oui ☐ non ☐ **Pédiatre présent :** oui ☐ non ☐

(Aspiration et oxygénation de principe ne sont pas considérés comme réanimation)

aspiration sous laryngoscope : oui ☐ non ☐

ventilation au masque oui ☐ non ☐ durée : _____

intubation trachéale oui ☐ non ☐

massage cardiaque oui ☐ non ☐

injection médicamenteuse oui ☐ non ☐

PH au cordon fait oui ☐ non ☐ valeur : _____

Sortie de la salle de naissance : examen normal oui ☐ non ☐

Transfert oui ☐ non ☐

Lieu de transfert : _____

Annexe 4 : Aide à la lecture des critères :

Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme

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

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

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

1. **Le support papier est en bon état.**
Cet item signifie : pas déchiré, pas taché.
2. **Les écrits sont tous lisibles.**
Cochez « non » si l'évaluateur ne peut pas les lire.
3. **Les écrits sont tous indélébiles.**
Si les écrits présentent des traces de gommage ou de camouflage (du type « blanc-typex »), cochez « non ». Le crayon papier ne doit pas être utilisé.
4. **Le partogramme est fixé dans le dossier.**
Si le partogramme ne fait pas partie intégrante du dossier, il doit être fixé dans le dossier et non pas être une feuille « volante ».
- 4 bis. **L'identité civile de la mère est notée.**
Le nom marital, le nom de jeune fille, le prénom et la date de naissance doivent être présents si le partogramme ne fait pas partie intégrante du dossier ; cochez « non » à ce critère s'il manque un élément. Une étiquette imprimée d'identité peut être acceptée, si elle comporte ces 4 éléments.
5. **Le partogramme permet de retrouver les noms de tous les intervenants.**
(obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, internes, étudiants...).
Ils peuvent être écrits dans un cartouche sur le partogramme. Les initiales de chaque intervenant doivent figurer lors de tout acte ou décision.
8. **L'allure du graphe pouvant intervenir dans la prise de décision, l'échelle de temps est importante.**
9. **La présentation du fœtus est notée.**
Cet item comprend les différentes présentations : sommet, face, bregma, front, siège complet, siège décomplet.
10. **La variété de la présentation est notée ou commentée à chaque examen.**
Cet item décrit la présentation en fonction du fléchissement et de l'asynclitisme en phase active du travail et de l'apparition éventuelle d'une bosse séro sanguine.
Un schéma représentant la variété de présentation est accepté.
11. **Le niveau de la présentation est noté à chaque examen.**
Niveau ou hauteur de la présentation (mobile, appliquée, fixée, engagée, partie haute, moyenne ou basse).

12. **Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen, sauf en cas de mort *in utero*.**
- normal ;
- anomalies notées en clair : bradycardie, tachycardie, amplitude des oscillations, ralentissements précoces, tardifs ou variables.
13. **Le comportement de la mère est noté au moins une fois.**
Exemple : calme, agitée, coopérante...
14. **Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen.**
Éventuellement, à partir d'utilisation d'échelle analogique visuelle.
15. **La surveillance du col utérin est notée.**
Cochez « oui » si tous les éléments suivants figurent au moins au premier examen : position, longueur, consistance et dilatation. Lors des examens suivants, il est toléré que ne figurent que la dilatation et la consistance du col.
Si l'accouchement est imminent à l'admission, cocher « NA ».
16. **L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture.**
La poche des eaux doit être décrite : intacte, rompue, fissurée. Un schéma est accepté selon les habitudes du service.
18. **L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée lors de la rupture des membranes.**
Exemple : abondant, peu abondant.
19. **L'analyse des contractions utérines est notée à chaque examen.**
Cochez « oui » si vous retrouvez : la fréquence, l'intensité, les anomalies s'il y en a.
20. **Au début du partogramme, on doit retrouver la pression artérielle, le pouls et la température.**
En cas de péridurale, ces 3 mesures sont notées à chaque examen. Sinon, tenir compte du contexte clinique (rupture de la poche des eaux, hyperthermie, hyper ou hypotension artérielle...) et des habitudes de service. Cochez « non » si ce n'est pas le cas.
23. **Le nom des médicaments est noté en clair.**
L'abréviation « *synto* » pour le Syntocinon® est acceptée.
Attention aux abréviations personnelles incompréhensibles par tous.
- 24/25. **La posologie est notée en clair.**
La posologie du médicament doit être explicitée sous la forme suivante : unité, dilution et débit.
Exemple : 5 unités de Syntocinon dans 500 cc de G5 % - Unité internationale/kg/min ou ml/h (si table de conversion disponible dans le service). La dilution peut être indiquée au début, puis seul le débit est noté.
- 26/27. **Les actes et les marqueurs d'événements sont notés en clair.**
Les abréviations admises localement sont acceptées.
Exemple : anesthésie générale = AG.

Ce critère comprend un certain nombre d'informations ou d'actes qu'il faut noter clairement sur le partogramme.

L'appel aux médecins : obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, autres, doit aussi apparaître en clair.

29. Le mode d'accouchement est noté.

Cet item doit préciser :

- expulsion spontanée ;
- extraction instrumentale (spatule, forceps, ventouse), et son indication ;
- césarienne (et son indication, sauf si le compte rendu opératoire existe dans le dossier) ;
- manœuvres (s'il y en a eu).

30. L'état du périnée est noté.

Cet item doit préciser :

- intact ;
- le type de déchirure ;
- épisiotomie ;
- les modalités de la réfection.

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

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

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

36. La surveillance de l'accouchée est notée.

Cochez « non » si un des éléments manque.

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

Annexe 5 : Les critères de jugements de l'HAS

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'Appgar 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			
<i>et selon le cas :</i>			
- 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 *	☐	☐	

Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme

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)	☐	☐	
<i>et selon le contexte ou protocole de service :</i>			
- la pose d'une tocographie interne	☐	☐	☐
- la pose d'une électrode de scalp	☐	☐	☐
- le pH <i>in utero</i>	☐	☐	☐
- 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 analgésiques	☐	☐	☐

Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme

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	☐	☐	