



**HAL**  
open science

## Audit clinique cible portant sur le dossier obstétrical informatisé (partie partogramme, accouchement et post-partum immédiat)

Emma Robail

### ► To cite this version:

Emma Robail. Audit clinique cible portant sur le dossier obstétrical informatisé (partie partogramme, accouchement et post-partum immédiat). Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01558107

**HAL Id: dumas-01558107**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01558107>**

Submitted on 7 Jul 2017

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

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



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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DE  
CLERMONT-FERRAND**

**Université d'Auvergne – Clermont 1**

**AUDIT CLINIQUE CIBLE PORTANT SUR LE  
DOSSIER OBSTETRICAL INFORMATISE**

**(PARTIES PARTOGRAMME, ACCOUCHEMENT  
ET POST-PARTUM IMMEDIAT)**

**MEMOIRE SOUTENU ET PRESENTE PAR  
Emma ROBAIL  
Née le 27.11.1993  
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
Année 2016**

**Sous la direction de Mme VENDITTELLI Françoise  
Praticien Hospitalier en gynécologie obstétrique  
Professeur associé honoraire en Santé Publique**



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE



**ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DE  
CLERMONT-FERRAND**

**Université d'Auvergne – Clermont 1**

**AUDIT CLINIQUE CIBLE PORTANT SUR LE  
DOSSIER OBSTETRICAL INFORMATISE**

**(PARTIES PARTOGRAMME, ACCOUCHEMENT  
ET POST-PARTUM IMMEDIAT)**

**MEMOIRE SOUTENU ET PRESENTE PAR  
Emma ROBAIL  
Née le 27.11.1993  
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
Année 2016**

**Sous la direction de Mme VENDITTELLI Françoise  
Praticien Hospitalier en gynécologie obstétrique  
Professeur associé honoraire en Santé Publique**



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE



## Remerciements

Je remercie tous ceux qui ont permis la réalisation de ce mémoire et particulièrement :

Madame le Professeur VENDITTELLI pour sa rigueur,  
Sylvain GONY pour sa patience et sa disponibilité sans égales,  
l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand.

Je remercie également la promotion sage-femme 2011-2016,  
mes parents, pour m'avoir permis de faire des études,  
ma sœur, pour sa présence dans ces cinq années d'étude,  
mon frère, pour son sens de la réalité et son optimisme.

Pour finir, j'adresse un grand merci à mes amies :

Rachel, pour son humour,  
Lucile, pour son ambition,  
Camille, pour sa bienveillance,  
Isabelle, pour son soutien au cours de ces deux ans de recherche et son amitié indicible,  
Marie, toujours présente malgré la distance et à qui je dois beaucoup...

*« La théorie, c'est quand on sait tout et que rien ne fonctionne.  
La pratique, c'est quand tout fonctionne et que personne ne sait pourquoi.  
Ici, nous avons réuni théorie et pratique : Rien ne fonctionne... et personne ne sait  
pourquoi ! »*

Albert Einstein

# **GLOSSAIRE**

OMS : Organisation mondiale de la santé

HAS : Haute autorité de santé

APP : Analyse des pratiques professionnelles

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AUDIPOG : Association des utilisateurs du dossier informatisé de pédiatrie, obstétrique, gynécologie

CHU : Centre hospitalier universitaire

IPAQSS : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

NA : Non adapté

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

RCF : Rythme cardiaque fœtal

DA – RU : Délivrance artificielle – Révision utérine

RU : Révision utérine

PPI : Post-partum immédiat

SFMP : Société française de médecine périnatale

CME : Commission médicale d'établissement

HES-SO : Haute école spécialisée de Suisse occidentale

# **SOMMAIRE**

## INTRODUCTION

## REVUE DE LA LITTERATURE

1. Historique ..... 3
2. Construction du partogramme..... 8
3. Les différents rôles du partogramme..... 11
4. Analyse des pratiques professionnelles..... 13

## POPULATIONS ET METHODES

1. Objectifs ..... 17
2. Généralités..... 17
3. Populations..... 17
4. Méthodes ..... 19

## RESULTATS

1. Comparaison des résultats entre les deux évaluations ..... 25
2. Les actions d'amélioration ..... 40
3. Mesure de l'impact des actions d'amélioration ..... 42

## DISCUSSION

1. Critiques de l'étude ..... 44
2. Analyse des résultats et comparaison avec ceux publiés ..... 47
3. Projet d'action ..... 588

## CONCLUSION

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## ANNEXES

# **INTRODUCTION**

Depuis quelques années, le risque médico-légal encouru apparaît de plus en plus important pour les professionnels acteurs de la périnatalité [1].

Le partogramme est, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un outil indispensable à la surveillance du travail actif partout dans le monde. Son principal rôle est de donner un signal d'alarme en cas d'anomalie de la progression du travail. Il permet ainsi de limiter les retards diagnostiques et de mettre en place rapidement les actions correctives nécessaires. De cette manière, il participe à assurer une certaine sécurité des parturientes et du (des) fœtus en favorisant la prise des bonnes décisions, en temps voulu, par l'équipe obstétricale [2]. En somme, il permet de réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Sa bonne tenue est, par ailleurs, considérée comme le reflet de la qualité des soins prodigués aux femmes. La sage-femme engage donc sa responsabilité personnelle et médicale lors du remplissage du partogramme [3].

Ce rôle d'alarme du partogramme n'est pas reconnu que par l'Organisation mondiale de la santé, il est aussi un outil considéré comme fondamental par la Haute autorité de santé (HAS) et par les assureurs des hôpitaux. Ces instances placent le partogramme au cœur des préoccupations de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en salle d'accouchement. Le partogramme s'il est renseigné au fur et à mesure du travail, doit jouer un rôle d'alerte auprès du professionnel pour qu'il mette en place, en temps opportun, les actions utiles qui permettront de réduire la morbi-mortalité materno-fœtale et néonatale. Dans une démarche de qualité qui correspond à une véritable gestion des risques a priori, il est par ailleurs demandé - dans le cadre de la certification des établissements de santé et du développement professionnel continu qui concerne également les sages-femmes - aux professionnels de réaliser des analyses des pratiques professionnelles (APP) [4, 5].

L'objectif principal de cet audit était d'optimiser la qualité de la tenue du partogramme.

L'objectif secondaire était d'optimiser la qualité de la tenue du chapitre accouchement et post-partum immédiat du dossier obstétrical.

Dans une première partie, l'histoire du partogramme sera reprise ainsi que la construction d'un partogramme et ses différents rôles.

Dans une autre partie, la population et la méthode de cette étude seront détaillées.

Ensuite, les résultats de l'audit seront exposés ainsi que les actions d'amélioration mises en place et leurs impacts.

Pour finir, cette étude sera critiquée et comparée aux résultats de la littérature, avant de terminer sur des pistes d'amélioration.

**REVUE DE LA  
LITTERATURE**

## 1. Historique

C'est en 1954 que le premier partogramme (initialement nommé « cervicographe ») a vu le jour, grâce aux travaux de Friedman [2]. Ce dernier souhaitait évaluer la progression du travail. Pour cela, il a étudié les modifications cervicales d'une centaine de primipares, puis a confirmé ses travaux par une étude statistique portant sur 10 000 dossiers [2].

De ses travaux, il a pu distinguer l'existence de deux phases bien différentes au cours du travail :

- La première est la phase de latence. Elle correspond à l'effacement et au début de la dilatation du col (jusqu'à trois cm). Elle dure de huit à dix heures pour une primipare (courbe rouge de la figure 1), et de cinq à six heures pour une multipare (courbe jaune de la figure 1).
- Faisant suite à cette première étape, Friedman a identifié une phase plus rapide que l'on appelle encore aujourd'hui, la phase active. Elle aboutit à la dilatation complète du col. Elle dure en moyenne cinq heures ( $\pm$  trois heures) pour une primipare (courbe rouge) et deux heures et demie ( $\pm$  une heure et demi) pour une multipare (courbe jaune).

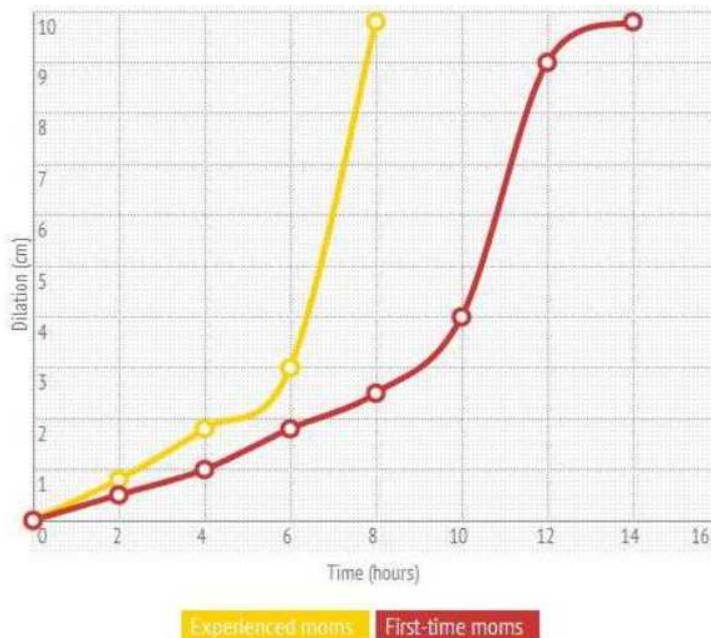


Figure 1 : Les deux phases de la première partie du travail chez la primipare versus chez la multipare, selon Friedman [2].

La figure 2 illustre le partogramme de Friedman avec la présence de deux courbes [2]. Une courbe ascendante qui illustre la dilatation cervicale, l'autre descendante qui illustre la descente du fœtus.

De plus, Friedman identifie quatre périodes au cours de la phase active [2, 6].

- La première est caractérisée par une accélération de la vitesse de la dilatation cervicale et de la progression du mobile fœtal.
- La deuxième, se définit par une accélération encore plus importante de ces deux paramètres. Cette période se termine lorsque la parturiente est à dilatation complète.
- La troisième reflète plutôt une décélération de la progression du travail (ou phase d'inertie).
- La dernière phase correspond à l'expulsion du fœtus hors des voies génitales maternelles.

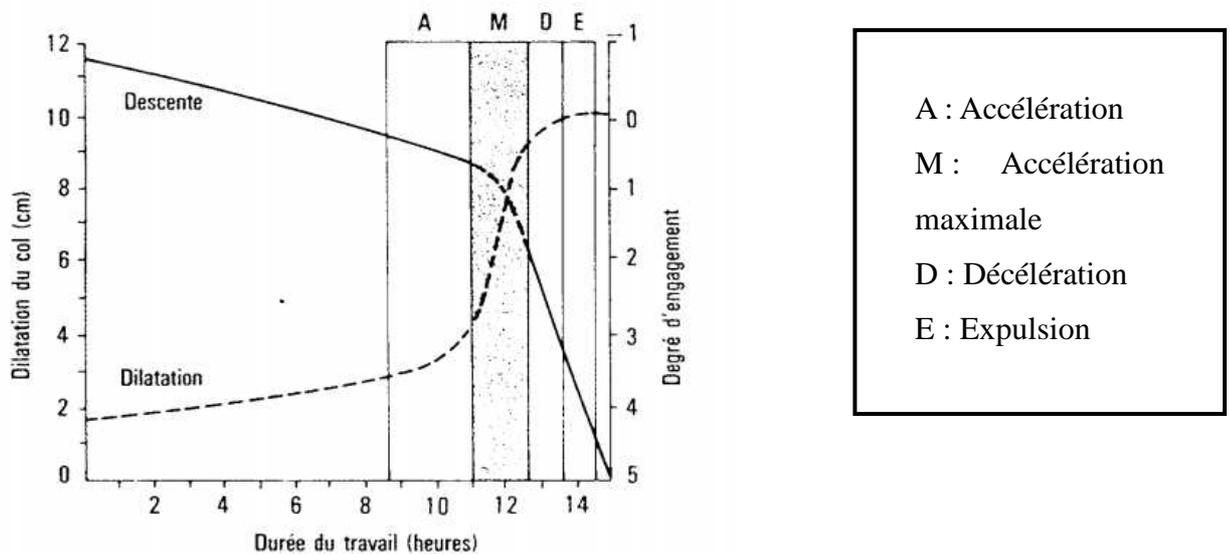


Figure 2 : Les différents temps du travail d'après Friedman [2].

Puis en 1960, Lacomme a ajouté au partogramme de Friedman des éléments de surveillance materno-fœtale [2]. Ainsi, comme le montre la figure 3, outre la dilatation cervicale et la progression du mobile fœtal, on trouve des renseignements sur l'état de la

poche des eaux, les contractions utérines, la présence des bruits du cœur fœtal et les diverses thérapeutiques éventuellement utilisées pendant le travail.

Heures	après début du travail de la journée		1	2	3	4	5	6	7
	Midi		13	14	15	16	17	18	19
Dilatation (en centimètres)						7cm	9cm	C	
Présentation			tête fixée			sommet engagé	appuie sur le col	descendu sur le périnée	
Poche des eaux									
Rythme			8'		4'	3'½	3'½	3'	
Contractions	Début								
Bruits du cœur			+		+	+	+	+	
Thérapeutique									

Figure 3 : Diagramme de Lacomme [2].

En 1972, Philpott a créé le partogramme à deux lignes dans le but de dépister précocement les disproportions fœto-pelviennes et les inerties utérines, principale cause de mortalité dans les pays du tiers-monde [2]. Une première ligne correspond à la « ligne d'alerte ». Elle est basée sur la vitesse minimale de la dilatation du col (c'est-à-dire un cm par heure). La seconde, parallèle à la première mais décalée de quatre heures sur la droite, est la « ligne d'action ». Tout croisement entre la courbe de dilatation et la ligne d'action impose une action immédiate.

C'est à partir des années 1970 que le partogramme devient le support principal et indispensable de l'obstétrique dans les pays occidentaux.

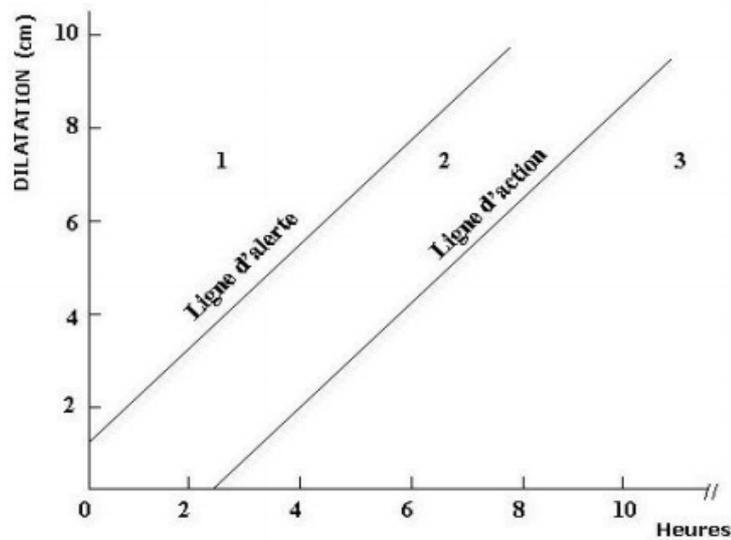


Figure 4 : Partogramme à deux lignes d'après Philpott [2].

Par ailleurs, en 1987 a eu lieu la première conférence internationale sur la maternité sans risques. C'est lors de cette conférence que le concept de « maternité sans risques » a été défini pour la première fois. A la suite de cette conférence, l'Organisation mondiale de la santé s'est donnée comme objectif de diminuer de moitié la mortalité maternelle sur un période de dix ans. Pour y parvenir, elle a travaillé à l'élaboration et à la diffusion d'un partogramme [7].

Ci-dessous (figure5), le partogramme tel qu'il est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé.

En plus des informations concernant la dilatation et la progression du mobile fœtal, s'ajoute le modèle de Philpott avec :

- la présence des deux lignes (ligne d'alerte et ligne d'action),
- des renseignements concernant le rythme cardiaque fœtal et les contractions utérines,
- les éventuelles thérapeutiques (dont une zone dédiée à l'ocytocine),
- les constantes maternelles et des informations sur la diurèse maternelle [2, 3, 8 - 9].

Ce partogramme est, aujourd'hui encore, largement répandu dans les pays en voie de développement.



## 2. Construction du partogramme

L'Organisation mondiale de la santé, dans le cadre de son programme de santé maternelle, explique que le partogramme ne peut être rempli que par des professionnels habilités, ayant de l'expérience dans la surveillance du travail et des accouchements eutociques. Ils doivent également être qualifiés dans l'évaluation de l'état du col et de la descente du fœtus dans l'excavation pelvienne [7].

Aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la santé donne du partogramme la définition suivante : « *enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus* » [1].

Il est recommandé de ne pas inscrire la phase de latence sur le partogramme car cela risquerait d'entraîner une augmentation des interventions intempestives de la part des professionnels [2].

En effet, plusieurs études – dont un mémoire sur l'impact de l'informatisation du partogramme en salle de naissances de Boivent C. - ont montré que « *la façon dont l'information médicale est présentée peut influencer les décisions des médecins* ». Cela se voit particulièrement lorsque la phase de latence est retranscrite sur le partogramme. Les interventions sont plus fréquentes si les courbes de progression du travail apparaissent plus plates or, inclure la phase de latence sur le partogramme donne une impression de courbes plus plates [2, 10].

Ainsi, pour débiter le partogramme, le diagnostic de début de travail doit être établi. Celui-ci est posé devant l'apparition de contractions utérines douloureuses, régulières en intensité et en fréquence (au minimum deux contractions par dix minutes), associées à des modifications cervicales franches (effacement et dilatation du col de plus de trois centimètres pour la primipare, quatre centimètres pour la multipare) [2].

En cas de déclenchement artificiel du travail, le partogramme doit être débuté au moment de la rupture artificielle de la poche des eaux ou lors de l'administration d'ocytociques. De même, lorsqu'une analgésie péridurale est posée, le partogramme doit être initié.

Schéma de la progression du travail, le partogramme permet donc de faire une synthèse des éléments de surveillance maternelle et foetale.

Le partogramme manuscrit utilisé en France aujourd'hui ressemble dans la majorité des maternités à celui présenté dans la figure 6.

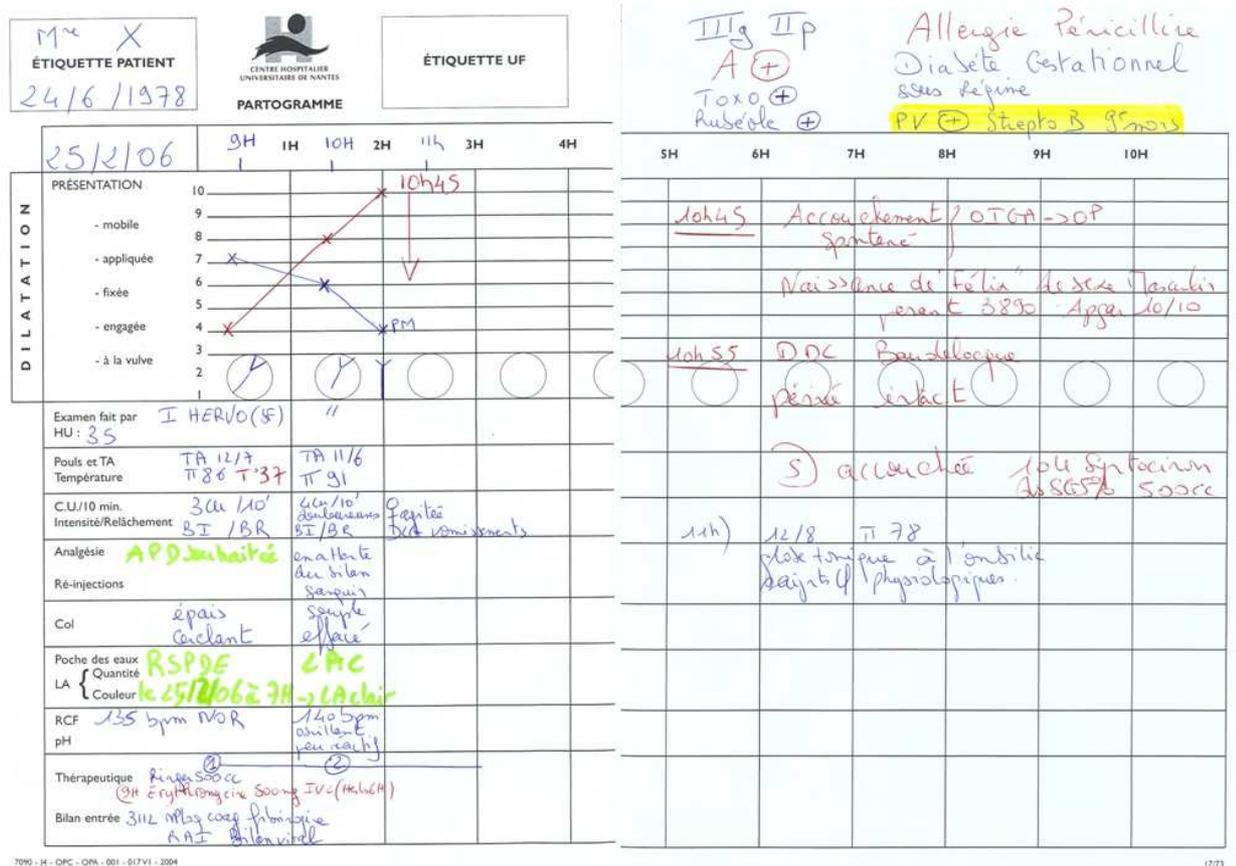


Figure 6 : Exemple de partogramme utilisé en France.

Il est constitué d'une partie purement graphique, sur laquelle on retrouve :

- La courbe ascendante illustrant la dilatation cervicale. L'abscisse correspond au temps, l'ordonnée renseigne sur la dilatation. Classiquement, une unité sur l'axe des abscisses correspond à une heure ; une unité sur l'axe des ordonnées correspond à un centimètre de dilatation.

- La courbe descendante représente la progression du mobile foetal dans le bassin maternel. L'abscisse représente le temps selon la même échelle que pour la courbe de dilatation. L'ordonnée permet de définir les différents niveaux de la présentation, selon

une échelle validée : présentation haute, mobile, appliquée, fixée, engagée partie haute, moyenne ou basse.

Au cours de ses différents examens, le professionnel va reporter les données de son examen sur le partogramme, permettant ainsi la construction des courbes en temps réel. D'autres paramètres vont entrer en compte et seront également retranscrits sur le partogramme. Tout cela va permettre d'avoir une traçabilité précise de la surveillance materno-fœtale globale durant toute la durée du travail.

En plus de la partie graphique, on retrouve des renseignements :

- généraux (identité de la patiente, nom des professionnels prenant en charge la parturiente, date et heure de début du partogramme),

- concernant le fœtus (rythme cardiaque fœtal (RCF), le type et la variété de la présentation fœtale),

- concernant la mère (le mode de début de travail, le comportement de la mère avec une évaluation de la douleur, d'autres éléments de surveillance cervicale tels que la position, la consistance et la longueur du col, l'état de la poche des eaux ainsi que la couleur et la quantité de liquide en cas de rupture des membranes, une analyse des contractions utérines et les constantes maternelles),

- concernant les thérapeutiques (le nom des médicaments avec la posologie, la voie d'administration et le nom du prescripteur),

- concernant les actes et les marqueurs d'évènements (notamment la pose d'une éventuelle analgésie péridurale, les sondages urinaires, l'heure d'appel des médecins, le motif et leur heure d'arrivée, l'heure d'un éventuel transfert au bloc, etc...).

Bien que le graphique se termine à la dilatation complète du col, il paraît pertinent d'y ajouter les renseignements concernant la naissance et la délivrance (l'heure de début des efforts expulsifs, le mode d'accouchement, l'heure de naissance, le mode et l'heure de la délivrance, l'état du périnée, le sexe, le poids, le score d'Apgar et le pH du nouveau-né). L'ensemble de ces informations permet de retracer a posteriori le déroulement de l'accouchement.

Le partogramme informatisé du logiciel Icos® utilisé à la maternité de niveau III de la région Auvergne est présenté en annexe I.

### **3. Les différents rôles du partogramme**

Malgré l'importance du partogramme, il n'existe actuellement pas de texte réglementaire précis définissant et encadrant les éléments obligatoires devant figurer sur le partogramme.

Les recommandations actuelles de la tenue du partogramme se basent sur les grilles d'audits réalisés par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et sur une réflexion de l'association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG) [2, 11-13].

#### **3.1. Rôle d'alarme et outil d'aide à la décision**

Comme expliqué plus haut, le partogramme permet aux professionnels de santé intervenant pendant la parturition de dépister de façon précoce toute anomalie éventuelle, notamment les risques de disproportion fœto-pelvienne ou d'inertie utérine.

Il a pour but d'aider à la prise de décision en matière d'intervention directe ou de transfert vers une autre maternité [2].

Des études ont montré que l'introduction du partogramme dans les pays en voie de développement a permis de réduire le risque de stagnation du travail et donc de diminuer la morbi-mortalité materno-fœtale [14].

#### **3.2. Outil d'aide à la communication**

Le partogramme est un outil précieux permettant d'assurer le lien entre les différents professionnels qui interviennent au cours du travail obstétrical d'une parturiente (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres). Il permet également d'assurer les transmissions entre ces différents professionnels et de faciliter le travail en équipe [6, 15].

### 3.3. Support pour l'enseignement, la recherche clinique et l'analyse des pratiques professionnelles

Le partogramme est un outil indispensable pour l'enseignement des étudiants sages-femmes, des externes et internes en médecine. Il est un support pour l'enseignement au cours du travail, mais également pour une analyse rétrospective des dossiers, lors d'une revue de morbi-mortalité ou encore lors d'un staff.

De même, il est le support de nombreuses recherches cliniques en raison de la richesse des informations qu'il renferme. Il permet aussi la réalisation d'analyse des pratiques professionnelles, via la comparaison des taux de certaines pratiques à d'autres établissements de santé ou via des audits ou des revues de pertinence.

Le partogramme est un des reflets de la qualité de la prise en charge materno-fœtale pendant le travail : un partogramme bien tenu, clair, précis et exhaustif témoigne de soins attentifs et consciencieux. Alors qu'un partogramme mal tenu voire inexistant, témoignerait de soins a priori peu rigoureux voire inattentifs [6, 11, 16,17].

Aux yeux de la loi, l'inattention est considérée comme une faute et peut être à l'origine d'un certain nombre de décisions erronées.

### 3.4. Document médico-légal

L'obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal. La responsabilité médicale est l'obligation morale ou juridique de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences. Pour que la responsabilité médicale soit engagée, cela nécessite l'existence de trois éléments :

- une faute commise par l'équipe soignante,
- un préjudice causé au patient,
- un lien de causalité entre la faute et le préjudice [18].

La sage-femme a, entre autres, la responsabilité du déroulement de l'accouchement normal du début du travail jusqu'à la délivrance. Elle peut prescrire les thérapeutiques et les examens nécessaires à son bon déroulement, selon les conditions définies par la loi [19].

La sage-femme exerce une profession médicale. Sa responsabilité médicale peut donc

être engagée après une expertise médico-légale. Le partogramme est le support de référence en cas d'expertise du dossier obstétrical dans la recherche de la responsabilité médicale au cours de l'accouchement [2, 3].

Il ne faut pas oublier que le partogramme est l'une des pièces du dossier médical et il doit y être présent. Le partogramme bien tenu est le seul document permettant la synthèse de la surveillance interprofessionnelle lors de la parturition [11].

Toutefois de nombreux autres documents doivent figurer dans le dossier obstétrical :

- données administratives de la patiente (nom, prénom, date de naissance, adresses, coordonnées téléphoniques, personne de confiance, autorisation de soins lorsque la femme est une mineure, etc.),
- consultation médicale (nom et qualification des consultants, date et motif de la consultation, résultats d'examens si besoin, conclusion de la consultation),
- hospitalisations de la patiente (date d'entrée, de sortie, modalités d'entrée, observations médicales, nom et qualification des professionnels intervenants),
- courriers, etc. [12].

#### **4. Analyse des pratiques professionnelles**

Une étude de Lansac parue en 2007 s'interroge sur la qualité des soins en obstétrique et met en évidence les conséquences d'un remplissage « routinier » du partogramme. Il semblerait que cela soit responsable d'une moins grande rigueur dans la tenue du partogramme. [11, 13, 18]

L'analyse des pratiques professionnelles portant sur le partogramme permet d'objectiver les dysfonctionnements et de faire un rappel sur les oublis les plus fréquents [20].

Pour rappel, un audit clinique se déroule en plusieurs temps :

- première évaluation,
- mise en place des actions d'amélioration,
- deuxième évaluation,
- mesure de l'impact des actions d'amélioration,
- mise en place de nouvelles actions d'amélioration, si besoin.

Ces différentes étapes s'intègrent dans la roue de Deming qui illustre la méthode de gestion de la qualité (Figure 7).

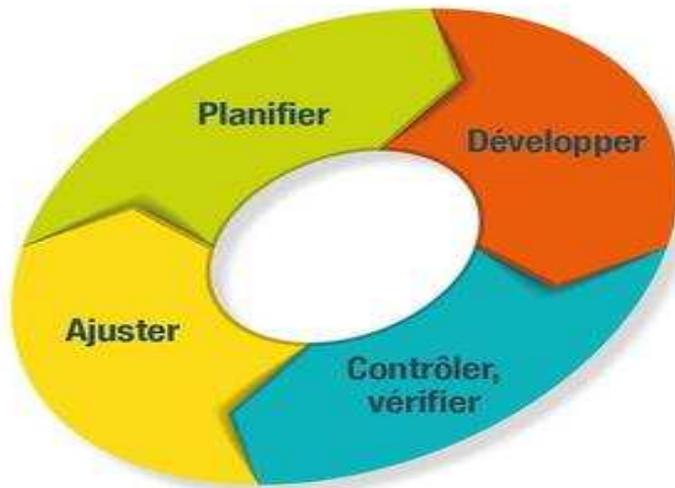


Figure 7 : Roue de Deming.

Quelques audits ont déjà été réalisés sur le sujet :

- L'Organisation mondiale de la santé dans les années 1980 [7],
- La Haute autorité de santé : audit clinique ciblé de 2006 sur l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme [13].

Ainsi que des mémoires d'étudiantes sages-femmes :

- Chapuis, avec une étude sur l'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme sous la forme d'un audit clinique de 2012 [21]<sup>1</sup>,
- Mottier, avec une étude sur l'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme selon les recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, sous la forme d'un audit clinique parue en 2013 [6]<sup>2</sup>,
- Grüss, dans une étude sur l'analyse critique du partogramme grâce à la technique d'un audit clinique de 2006 [3]<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Besançon

<sup>2</sup> Angers

<sup>3</sup> Hôtel Dieu = ancienne maternité CHU de Clermont-Ferrand

L'Organisation mondiale de la santé estime que 99 % des décès maternels surviennent dans les pays en développement. A ce titre, lors de sa campagne dans le cadre de la santé maternelle, elle a réalisé plusieurs études, dont une multicentrique (Malaisie, Thaïlande et Indonésie) afin d'évaluer l'intérêt du partogramme, en particulier dans les pays en développement. Les résultats ont montré qu'avec l'introduction généralisée du partogramme, une diminution de la durée du travail était observée. Plus précisément, il s'agissait d'une diminution du nombre de travail ayant une durée supérieure à 24 heures, ce qui entraîne une diminution du nombre de césariennes en raison des mesures correctives mises en place. Cette diminution de la durée du travail a également entraîné une baisse de la morbi-mortalité périnatale [7].

De même, l'Organisation mondiale de la santé a démontré l'importance de la ligne d'action. En effet, celle-ci facilite la prise de décision en cas d'anomalies de la progression du travail.

Parmi les études citées ci-dessus, on note une amélioration lors de la deuxième évaluation de la majorité des critères concernant les renseignements généraux, obstétricaux, ainsi que pour la partie actes et marqueurs d'évènements [6, 13]. Néanmoins, cette amélioration ne s'applique pas à tous les items et n'est pas forcément significative. D'autres critères présentent une détérioration comme la réinjection de l'analgésie péridurale, ces détériorations ne sont, pour autant, pas toujours significatives [6, 12].

Les différents critères qui connaissent une amélioration ou une détérioration entre les deux évaluations varient selon les études. Seule la partie concernant les renseignements généraux semble montrer une amélioration quasi constante.

Les principales actions proposées pour le plan d'amélioration relevaient d'une meilleure accessibilité à certains matériels, à l'élaboration de protocoles et à la participation à des formations [13]. Les formations peuvent intéresser différents sujets (analyse du rythme cardiaque fœtal, bonne tenue des dossiers, gestion des risques a priori, etc...). Tous ces thèmes abordés participeront de façon directe ou indirecte, à l'amélioration de la tenue du partogramme.

Un mémoire de maïeutique a mis en évidence différents résultats dont les principaux sont les suivants [21] :

- les modalités de déclenchement n'étaient notées que dans 17 % des cas,
- le nom des obstétriciens et des étudiants étaient notés dans environ 75 % des cas, celui des pédiatres, dans 17 % des cas,
- le rythme cardiaque fœtal n'était commenté que dans seulement 16 % des cas,
- l'évaluation de la douleur était renseignée une fois sur deux,
- l'estimation de la quantité de liquide lors de la rupture n'était renseignée que dans 6 % des cas,
- la surveillance du col utérin n'était renseignée que dans 40 % des cas,
- l'analyse des contractions utérines était commentée dans 73 % des cas,
- les constantes maternelles n'étaient notées que dans 55 % des cas,
- les heures d'appel et d'arrivée des médecins (anesthésistes, pédiatres, obstétriciens) étaient renseignées dans moins de 10 % des cas,
- l'état du périnée et les modalités de réfection périnéale n'étaient renseignés que dans moins de 40 % des cas [21].

En 2006, un audit du partogramme a été réalisé à la maternité de l'Hôtel Dieu à Clermont-Ferrand (ancienne maternité, remplacée aujourd'hui par la maternité de niveau III de la région Auvergne, site Estaing) [3].

Deux évaluations ont été faites. Les actions d'amélioration mises en place ont permis d'obtenir une amélioration lors du deuxième tour sur les critères suivants :

- L'identité civile de la mère,
- le nom des stagiaires,
- les modalités de déclenchement,
- la variété de la présentation fœtale,
- l'estimation de la quantité de liquide amniotique,
- le nom du prescripteur,
- la posologie des médicaments utilisés,
- l'heure de transfert au bloc opératoire si besoin,
- la date et l'heure de naissance,
- l'heure et le mode de délivrance,
- le volume des pertes sanguines.

**POPULATIONS ET  
METHODES**

## **1. Objectifs**

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude était d'optimiser la qualité de la tenue du partogramme.

L'objectif secondaire était d'optimiser la qualité de la tenue du chapitre accouchement et post-partum immédiat du dossier obstétrical.

## **2. Généralités**

### 2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale de type audit clinique.

### 2.2. Date de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de deux ans : de juin 2014 à juin 2016.

### 2.3. Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée à la maternité de niveau III du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la région Auvergne.

## **3. Populations**

### 3.1. Population de l'étude

La population de notre étude était les femmes ayant eu un accouchement par voie basse acceptée à la maternité de niveau III de la région Auvergne.

### 3.2. Description de l'échantillon

Les critères d'inclusion de l'échantillon étaient :

- femme admise pour travail spontané ou déclenchement artificiel du travail, ayant accouché à la maternité de niveau III de la région Auvergne,
- accouchement par voie basse spontanée ou instrumentale,
- parturiente ayant eu une césarienne en cours de travail,
- enfant né vivant ou mort-né.

Les critères d'exclusion étaient :

- femme ayant accouché dans une autre maternité que celle de niveau III de la région Auvergne,
- femme ayant accouché à domicile,
- femme ayant eu une césarienne programmée et/ou avant travail.

## 4. Méthodes

### 4.1. Construction de la grille d'audit

#### 4.1.1. Construction de notre référentiel

La grille de cet audit (cf. Annexe II) a été construite à partir de trois référentiels :

- L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : évaluation de la qualité de la tenue du partogramme (cf. Annexe III) [2].
- La Haute autorité de santé : audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme (cf. Annexe IV) [13].
- La grille des Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) sur l'hémorragie du post-partum (cf. Annexe V) [22].

#### 4.1.2. Description de la grille d'audit

Certains critères prévus par les grilles de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et de la Haute autorité de santé ont été supprimés.

A contrario, d'autres critères ont été ajoutés d'après la grille des Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sur l'hémorragie du post-partum.

- Critères prévus par le référentiel de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé non évalués :
- Critères prévus pour le partogramme manuscrit mais non adaptés au partogramme informatisé :
  - - le support papier est en bon état,
  - - les écrits sont tous lisibles,
  - - les écrits sont tous indélébiles,
  - - le partogramme est fixé dans le dossier,
  - - l'étiquette administrative tenant lieu d'identification.

- Actes non réalisés à la maternité de niveau III de la région Auvergne :
  - la tocographie interne,
  - l'oxymétrie de pouls fœtal,
  - l'amnio-infusion.
  
- Critères ajoutés d'après le référentiel Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins:
  - trace d'une délivrance dirigée,
  - trace de l'injection prophylactique d'ocytocine,
  - trace de l'heure d'injection d'ocytocine, de la dose, et de la voie d'administration en cas de délivrance dirigée,
  - conclusion de l'examen du placenta,
  - trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissances.

Ces critères ont été ajoutés en raison de l'importance du thème.

En effet, l'hémorragie du post-partum est l'une des complications obstétricales les plus redoutées et reste la première cause de mortalité maternelle en France [23].

La grille d'évaluation comporte au total sept grandes parties regroupant les différents critères :

- la tenue du partogramme,
- les renseignements concernant le fœtus,
- les renseignements concernant la mère,
- les thérapeutiques,
- les actes et marqueurs d'évènements,
- la naissance et la délivrance,
- la surveillance du post-partum immédiat.

Les différents critères de la grille d'audit sont explicités dans un lexique (cf. Annexe II).

#### 4.2. Critère de jugement

Le critère de jugement est le taux de conformité aux recommandations.

#### 4.3. Pré-test du questionnaire

Un pré-test a été réalisé sur quatre dossiers du mois de juin 2014 afin d'estimer le temps nécessaire pour l'audit d'un dossier et de juger ainsi de la faisabilité de l'étude portant sur l'ensemble des dossiers du mois de juin.

Le but de ce pré-test était aussi de corriger d'éventuels critères inutiles, difficiles à colliger ou à évaluer.

Par ailleurs, il a été vérifié que la liste des dossiers à auditer ne comportait pas de doublons.

#### 4.4. Calendrier de l'étude

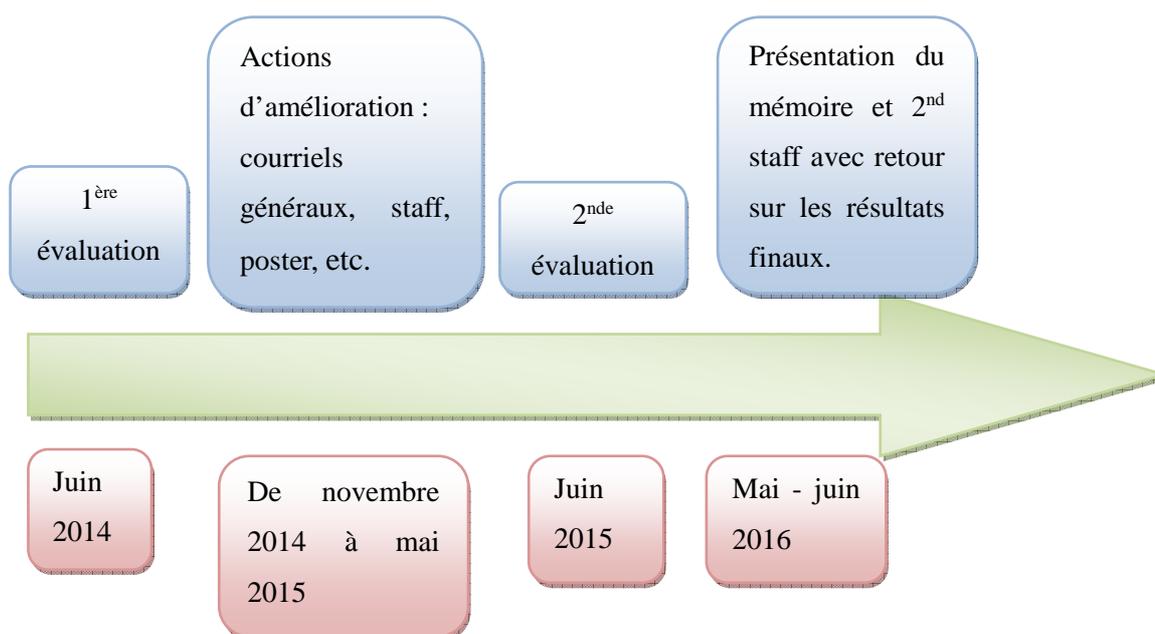


Figure 8 : Calendrier des différentes démarches concernant l'étude sur l'audit du partogramme.

## 4.5. Recueil des données

### 4.5.1. Sources et mode de recueil des données

Les dossiers des parturientes ont été repérés via le dossier informatisé de la maternité (dossier Icos® de la société IcoGem®).

Les données ont été recueillies, de façon rétrospective, à partir des pièces du dossier des femmes (à partir du logiciel métier Icos® : partie admission, partogramme, partogramme sous forme P.D.F., et résumé d'accouchement sous forme P.D.F.).

L'analyse des dossiers du mois de juin 2014 a été réalisée en juillet 2014, celle portant sur les dossiers de juin 2015, en juillet 2015.

Les femmes dont le partogramme avait débuté le 30 juin 2014 mais ayant accouché après ce jour n'ont pas été prises en compte dans l'audit des dossiers lors de la première évaluation. Celles dont le partogramme avait débuté le 30 juin 2015 mais ayant accouché après ce jour n'ont pas été prises en compte dans l'audit des dossiers de la seconde évaluation.

Une vérification des critères d'éligibilité était réalisée avant chaque audit de dossier.

A noter que pour chaque accouchement, le partogramme P.D.F. et le résumé d'accouchement P.D.F. doivent être imprimés et être rangés dans le dossier papier de la patiente dans le service. Ces documents sont utilisés le matin pour le staff d'obstétrique par les externes qui présentent les dossiers, en même temps le dossier informatisé est disponible en lecture sur un grand écran.

### 4.5.2. Modalité des réponses et support utilisé

Pour compléter la grille d'audit, trois modalités de réponses étaient possibles pour la plupart des critères.

- La réponse « OUI » lorsque le critère audité correspondait aux attentes.
- La réponse « NON » lorsque le critère audité ne correspondait pas aux attentes.
- La réponse « NON ADAPTE (NA) » lorsque le critère audité ne pouvait être évalué. Le « lexique » prévoit les situations où cette réponse est possible (Annexe II).

La grille d'évaluation a été saisie sur tableur Excel®. Les données ont été codées de la façon suivante :

- 1 lorsque la réponse était « oui »
- 2 lorsque la réponse était « non »
- 3 lorsque la situation était « non adaptée (NA) »

Les données ont été recueillies par l'auteur du mémoire.

#### 4.6. Analyse statistique des données

##### 4.6.1. Calcul des résultats

Une fois les données recueillies, le pourcentage de oui et de non a été calculé.

Les non adaptés n'entraient pas en compte dans le calcul des pourcentages.

##### 4.6.2. Comparaison aux recommandations

Les résultats de chaque évaluation ont été comparés aux taux attendus compte-tenu du référentiel choisi, soit 100 % de oui attendus pour tous les critères.

Comme les non adaptés n'entraient pas en compte dans le calcul des pourcentages, le pourcentage de « non » correspondait, en fait, au pourcentage d'écart aux recommandations.

##### 4.6.3. Comparaison des deux évaluations

Le test du chi-2 (avec la correction de Yates en cas de besoin) a été utilisé pour comparer les variables qualitatives via le logiciel Biostatgv®, pour les deux vagues d'évaluation.

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

#### 4.7. Aspects éthiques et réglementaires

Les données ont été saisies de façon anonyme sur le tableur Excel®.

Le logiciel métier Icos® est déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

L'ensemble des analyses a été réalisé au sein de la maternité de niveau III de la région Auvergne.

# **RESULTATS**

## 1. Comparaison des résultats entre les deux évaluations

En 2014 : 256 dossiers ont été retenus parmi les 312 accouchements enregistrés à la maternité de niveau III de la région Auvergne durant le mois de juin.

En 2015 : 312 dossiers ont été retenus parmi les 349 accouchements enregistrés à la maternité de niveau III de la région Auvergne durant le mois de juin.

Les dossiers retenus sont ceux qui répondent aux critères d'éligibilité.

Tous les tableaux sont construits de la même manière : pour chaque critère audité et pour chaque évaluation, correspond un pourcentage de dossiers conformes aux recommandations ainsi que le nombre de dossiers pour lesquels l'évaluation n'était pas possible (NA). La p-value – fixée à 0,05 - permet de juger de la significativité ou non de l'évolution des résultats entre 2014 et 2015 (NA exclus pour le calcul statistique).

Les résultats sont présentés comme suit :

- en gras, lorsqu'un écart de plus de 10 % par rapport aux recommandations est observé, soit un taux inférieur à 90% de oui
- en vert, lorsqu'il existe une amélioration significative entre les deux évaluations
- en rouge lorsqu'il existe une détérioration significative entre les deux évaluations.

## 1.1. La tenue du partogramme

Concernant la tenue du partogramme, seuls deux items se sont statistiquement améliorés entre les deux évaluations : les noms des professionnels notés dont le nom des obstétriciens (Tableau I).

**Tableau I : Comparaison des résultats entre les deux évaluations concernant la tenue du partogramme.**

Items grille d'audit	1 <sup>ère</sup> évaluation		2 <sup>ème</sup> évaluation		p-value
	% oui	NA (nb)	% oui	NA (nb)	
L'identité civile de la mère est notée.	100	(0)	100	(0)	.
La date et heure de début de partogramme sont notées.	100	(0)	99,36	(0)	0,57
La date et heure de début de partogramme sont notées.	100	(1)	98,39	(2)	0,11
Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.	91,53	(8)	90,61	(3)	0,71
Le partogramme permet de retrouver le nom des professionnels.	90,52	(0)	95,19	(0)	9,00*10 <sup>-4</sup>
➤ Le nom de la (des) sage(s)-femme(s) est noté.	100	(0)	99,04	(0)	0,57
➤ Selon les cas, le nom du (des) médecins(s) obstétricien(s) est noté.	<b>85,60</b>	(6)	99,30	(0)	1,87*10 <sup>-9</sup>
➤ Selon les cas, le nom de l' (des) anesthésiste(s) est noté.	99,56	(27)	98,27	(23)	0,34
➤ Selon les cas, le nom du (des) pédiatre est noté.	<b>76,92</b>	(243)	<b>70,97</b>	(281)	0,97

NA : Non Adapté

La figure 9 illustre les résultats généraux de la tenue du partogramme. En réunissant tous les critères, 96,98% des pratiques observées étaient conformes aux recommandations lors de la première évaluation, 97,21% pour la seconde.

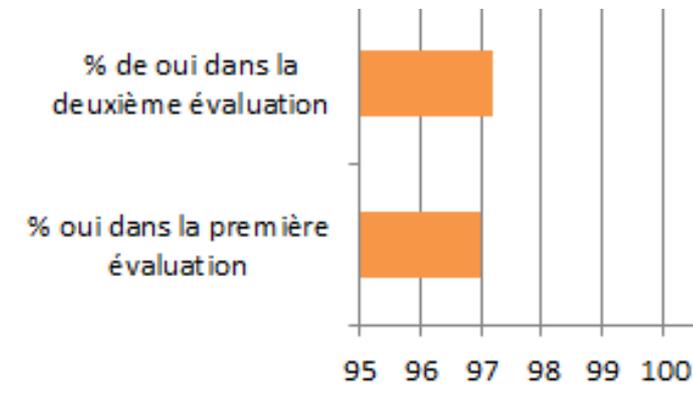


Figure 9 : Résultats de la tenue du partogramme.

Entre les deux évaluations, la tenue du partogramme n'a pas montré d'amélioration significative ( $p=0,64$ ).

## 1.2. Le fœtus

Concernant le fœtus, seuls deux items se sont statistiquement améliorés entre les deux évaluations : la variété de la présentation notamment au moment de la rupture de la poche des eaux (Tableau II).

Tableau II : Comparaison des résultats entre les deux évaluations pour le fœtus.

Items grille d'audit	1 <sup>ère</sup> évaluation		2 <sup>ème</sup> évaluation		p-value
	% oui	NA (nb)	% oui	NA (nb)	
La présentation du (des) fœtus est notée.	100	(0)	98,08	(0)	0,07
La variété de la présentation est notée ou commentée.	<b>36,12</b>	(29)	<b>57,93</b>	(3)	$8,12 \cdot 10^{-7}$
➤ A la rupture de la poche des eaux	<b>35,24</b>	(27)	<b>57,93</b>	(3)	$2,06 \cdot 10^{-7}$
➤ A chaque examen après la rupture	<b>64,89</b>	(31)	<b>69,58</b>	(3)	0,25
Le niveau de présentation est noté à chaque examen.	98,02	(4)	97,12	(0)	0,49
Le Rythme Cardiaque Fœtal (R.C.F.) est commenté à chaque examen.	<b>43,65</b>	(4)	<b>42,11</b>	(8)	0,71

NA : Non Adapté

La figure 10 illustre les résultats des items concernant les renseignements du fœtus.

En réunissant tous les critères, 64,07% des pratiques observées étaient conformes aux recommandations lors de la première évaluation et 70,62% pour la seconde évaluation.

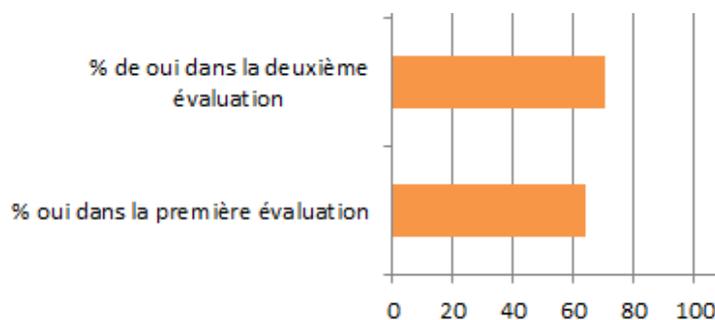


Figure 10 : Résultats des renseignements concernant le fœtus.

Lors de la réévaluation, cette partie présente une amélioration significative ( $p=6,67 \cdot 10^{-5}$ ).

### 1.3. La mère

Concernant la mère, seulement un item s'est statistiquement amélioré entre les deux évaluations : le comportement de la mère. Quatre critères se sont statistiquement détériorés : la surveillance du col utérin, l'analyse des contractions dont la fréquence et la tension artérielle (Tableau III).

Tableau III : Comparaison des résultats entre les deux évaluations pour la mère.

Items grille d'audit	1 <sup>ère</sup> évaluation		2 <sup>ème</sup> évaluation		p-value
	% oui	NA (nb)	% oui	NA (nb)	
Les modalités d'entrée en travail sont notées.	100	(0)	98,72	(0)	0,19
En cas de déclenchement artificiel les indications sont notées.	95,16	(194)	97,40	(235)	0,80
Le comportement de la mère est noté au moins une fois.	<b>87,50</b>	(0)	94,53	(1)	3,0*10 <sup>-3</sup>
Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen.	<b>35,16</b>	(0)	<b>33,12</b>	(1)	0,61
La surveillance du col utérin est notée à chaque examen.	97,64	(2)	<b>85,53</b>	(1)	5,86*10 <sup>-7</sup>
➤ La position du col utérin est notée.	92,46	(4)	90,35	(1)	0,38
➤ La longueur du col utérin est notée.	93,65	(4)	<b>89,71</b>	(1)	0,37
➤ La consistance du col utérin est notée.	90,87	(4)	<b>88,75</b>	(1)	0,41
➤ La dilatation du col utérin est notée.	97,64	(2)	97,11	(1)	0,06
L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture.	98,44	(0)	96,46	(1)	0,23
Les informations concernant le liquide amniotique sont notées à chaque examen.	<b>79,03</b>	(8)	<b>72,37</b>	(8)	0,07
➤ La couleur du liquide amniotique est notée à la rupture et à chaque examen.	<b>79,03</b>	(8)	<b>73,03</b>	(8)	0,08
➤ L'estimation de la quantité de liquide est notée à chaque examen.	<b>76,42</b>	(10)	<b>72,37</b>	(8)	0,28
L'analyse des contractions utérines est notée à chaque examen.	<b>72,83</b>	(2)	<b>46,95</b>	(1)	5,14*10 <sup>-10</sup>
➤ La fréquence des contractions est notée.	<b>71,54</b>	(3)	<b>65,59</b>	(1)	2,79*10 <sup>-8</sup>
➤ L'intensité des contractions est notée.	<b>58,50</b>	(3)	<b>52,41</b>	(1)	0,15
➤ La durée des contractions est notée.	<b>58,10</b>	(3)	<b>52,09</b>	(1)	0,15
Le pouls est noté.	<b>63,33</b>	(0)	<b>55,63</b>	(1)	0,20
La tension artérielle est notée.	<b>76,56</b>	(0)	<b>68,39</b>	(1)	0,03
La température est notée.	<b>67,19</b>	(0)	<b>62,70</b>	(1)	0,27

NA : Non Adapté

La figure 11 représente les résultats des renseignements relatifs à la mère.

En réunissant tous les critères, 78,82% des pratiques cliniques observées étaient conformes aux recommandations lors de la première évaluation, contre 73,78% lors de la réévaluation.

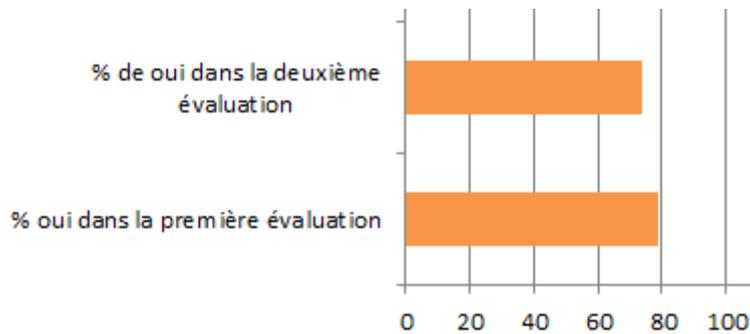


Figure 11 : Résultats des renseignements concernant la mère.

Lors de la réévaluation, cette partie présente une détérioration significative ( $p=9,49*10^{-10}$ ).

#### 1.4. Les thérapeutiques

Concernant les thérapeutiques, seuls deux items se sont statistiquement améliorés entre les deux évaluations : l'heure de la pose de la voie veineuse périphérique et le nom des médicaments en dénomination commune internationale. Quatre items se sont statistiquement détériorés : la voie d'administration des médicaments dont la posologie, la dilution et le débit des médicaments (Tableau IV).

Tableau IV : Comparaison des résultats entre les deux évaluations concernant les thérapeutiques.

Items grille d'audit	1 <sup>ère</sup> évaluation		2 <sup>ème</sup> évaluation		p-value
	% oui	NA (nb)	% oui	NA (nb)	
L'heure de la pose de la voie veineuse périphérique est notée.	<b>49,22</b>	(0)	<b>75,00</b>	(0)	2,21*10 <sup>-10</sup>
Le nom du prescripteur est noté pour chaque prescription.	99,57	(24)	99,65	(23)	0,58
Le nom des médicaments administrés est noté en clair.	98,26	(26)	98,95	(26)	0,77
Le nom des médicaments est noté avec la D.C.I.	<b>2,23</b>	(77)	<b>35,21</b>	(28)	3,20*10 <sup>-16</sup>
La voie d'administration des médicaments est notée en clair.	<b>81,42</b>	(30)	<b>72,18</b>	(105)	0,01
La posologie est notée en clair.	98,30	(80)	<b>57,49</b>	(105)	2,67*10 <sup>-20</sup>
➤ L'unité des médicaments administrés est notée.	98,64	(110)	98,07	(105)	0,99
➤ La dilution des médicaments est notée.	99,32	(110)	<b>66,18</b>	(105)	5,78*10 <sup>-14</sup>
➤ Le débit est noté.	98,63	(110)	<b>63,29</b>	(105)	9,03*10 <sup>-15</sup>

NA : Non Adapté

La figure 12 illustre les résultats des renseignements concernant les thérapeutiques.

En réunissant tous les critères, 79,29% des pratiques observées sont conformes aux recommandations pour la première évaluation, contre 74,46% lors de la réévaluation.

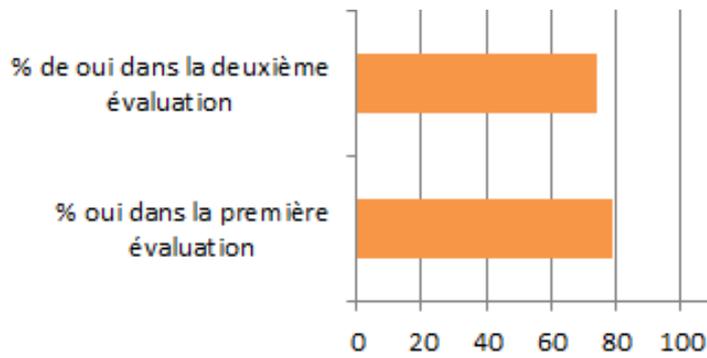


Figure 12 : Résultats concernant les thérapeutiques.

Entre les deux évaluations, cette partie se détériore de manière significative ( $p=3,49*10^{-4}$ ).

### 1.5. Les actes et marqueurs d'évènements.

Concernant les actes et les marqueurs d'évènements, trois items se sont statistiquement améliorés entre les deux évaluations : l'heure d'arrivée des médecins dont les obstétriciens et les anesthésistes. Seulement un critère s'est statistiquement détérioré : le motif et l'heure d'appel des médecins (Tableau V).

Tableau V : Comparaison des résultats entre les deux évaluations concernant les actes et marqueurs d'évènements.

Items grille d'audit Critères	1 <sup>ère</sup> évaluation		2 <sup>ème</sup> évaluation		p-value
	% oui	NA (nb)	% oui	NA (nb)	
Les actes et leur heure de réalisation sont notés en clair sur le partogramme.	99,16	(19)	97,22	(24)	0,20
- Le sondage urinaire évacuateur est noté.	98,91	(72)	100	(91)	0,40
➤ Le sondage urinaire à demeure est noté.	<b>61,54</b>	(243)	<b>71,43</b>	(284)	0,53
➤ La rupture artificielle de la poche des eaux est notée.	100	(142)	100	(176)	.
➤ Le pH au scalp est noté. (acte + valeurs).	100	(250)	100	(306)	.
➤ L'électrode de scalp est notée.	0	(256)	0	(312)	.
➤ L'analgésie péridurale est notée.	100	(239)	100	(44)	.
➤ Les réinjections de l'analgésie péridurale sont notées.	<b>50,00</b>	(254)	<b>40,00</b>	(302)	0,60
➤ L'anesthésie générale est notée.	<b>60,00</b>	(251)	100	(308)	0,53
➤ Les autres analgésies sont notées.	<b>87,50</b>	(240)	<b>88,89</b>	(303)	0,59
Le motif et l'heure d'appel des médecins sont notés.	<b>35,90</b>	(22)	<b>14,55</b>	(37)	2,23*10 <sup>-8</sup>
➤ Le motif et l'heure d'appel de l'obstétricien sont notés.	<b>78,16</b>	(169)	<b>70,73</b>	(230)	0,27
➤ Le motif et l'heure d'appel de l'anesthésiste sont notés.	<b>12,28</b>	(28)	<b>14,65</b>	(39)	0,44
➤ Le motif et l'heure d'appel du pédiatre sont notés.	<b>50,00</b>	(244)	<b>30,43</b>	(289)	0,26

L'heure d'arrivée des médecins est notée.	<b>4,78</b>	(26)	<b>79,93</b>	(38)	$7,50 \cdot 10^{-64}$
➤ L'heure d'arrivée de l'obstétricien est notée.	<b>15,48</b>	(172)	<b>40,51</b>	(233)	$3,00 \cdot 10^{-4}$
➤ L'heure d'arrivée de l'anesthésiste est notée.	<b>86,28</b>	(30)	95,96	(40)	$1,10 \cdot 10^{-4}$
➤ L'heure d'arrivée du pédiatre est notée.	<b>8,33</b>	(244)	<b>45,45</b>	(290)	0,07
L'heure de décision de césarienne est notée.	<b>63,16</b>	(237)	<b>82,14</b>	(284)	0,14
L'heure de transfert au bloc opératoire est notée.	<b>42,86</b>	(235)	<b>62,96</b>	(285)	0,17

NA : Non Adapté

La figure 13 illustre les résultats des items concernant la partie actes et marqueurs d'évènements.

En réunissant tous les critères, 61,99% des pratiques observées sont conformes aux recommandations lors de la première évaluation et 71,14% lors de la seconde évaluation.

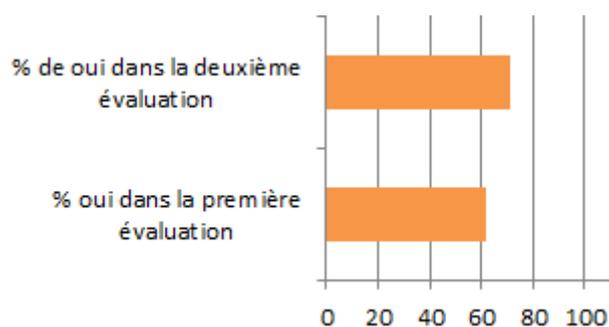


Figure 13 : Résultats concernant les actes et marqueurs d'évènements.

Cette partie présente donc une amélioration significative lors de la réévaluation ( $p=2,43 \cdot 10^{-10}$ ).

## 1.6. La naissance et la délivrance

Concernant la naissance et la délivrance, seul un item s'est statistiquement amélioré entre les deux évaluations : l'indication de l'épisiotomie. Un seul critère également s'est statistiquement détérioré : l'état du périnée (Tableau VI).

Tableau VI : Comparaison des résultats entre les deux évaluations concernant la naissance et la délivrance.

Items grille d'audit Critères	1 <sup>ère</sup> évaluation		2 <sup>ème</sup> évaluation		p-value
	% oui	NA (nb)	% oui	NA (nb)	
L'heure de début des efforts expulsifs est notée.	92,37	(20)	<b>88,11</b>	(26)	0,11
Le mode d'accouchement est noté.	100	(3)	99,02	(6)	0,32
En cas de voie basse instrumentale, l'indication est notée.	100	(219)	96,77	(281)	0,93
En cas de voie basse instrumentale, le niveau de présentation fœtale au moment de l'intervention est noté.	100	(219)	90,32	(281)	0,18
En cas de césarienne, l'indication est notée.	100	(236)	100	(283)	.
La date et l'heure de naissance sont notées.	98,83	(0)	99,04	(0)	0,87
Le sexe, le poids et le prénom de l'enfant sont notés.	99,21	(3)	98,72	(0)	0,88
La valeur du pH artériel au cordon est notée.	96,05	(3)	97,70	(7)	0,26
L'état du périnée est noté.	98,82	(2)	95,51	(0)	0,04
En cas d'épisiotomie, l'indication est notée.	<b>4,76</b>	(193)	<b>21,57</b>	(261)	0,02
Les modalités de réfections périnéales sont notées.	<b>85,05</b>	(62)	<b>80,00</b>	(87)	0,18
En cas de déchirure périnéale ou d'épisiotomie, le nom de l'opérateur de la réfection est noté.	<b>20,96</b>	(64)	<b>26,55</b>	(86)	0,54
Les valeurs de l'Apgar à 1, 5 et 10 mn sont notées.	99,60	(3)	97,70	(7)	0,13
L'heure de la délivrance est notée.	97,66	(0)	96,47	(0)	0,41
Le mode de délivrance est noté.	99,61	(0)	98,40	(0)	0,32
En cas de délivrance dirigée, la trace d'injection d'ocytocine est notée.	<b>0,43</b>	(24)	<b>0</b>	(36)	0,93
➤ L'heure d'injection est notée.	<b>0</b>	(24)	<b>0</b>	(36)	.
➤ Le nombre d'unités d'ocytocine est noté.	<b>0,43</b>	(24)	<b>0</b>	(36)	0,93

➤ La voie d'administration d'ocytocine est notée.	<b>0</b>	(24)	<b>0</b>	(36)	.
En cas de DA - RU, l'indication est notée.	<b>73,33</b>	(226)	100	(302)	0,17
En cas de RU isolée, l'indication est notée.	<b>47,37</b>	(237)	<b>66,67</b>	(297)	0,26
La conclusion de l'examen du placenta est notée.	99,61	(0)	98,07	(1)	0,21
La conclusion de l'examen du cordon est notée.	99,22	(0)	98,40	(0)	0,62

NA : Non Adapté

La figure 14 illustre les résultats des items concernant la naissance et la délivrance.

En réunissant tous les critères, 71,51% des pratiques observées sont conformes aux recommandations lors de la première évaluation, 71,35% pour la réévaluation.

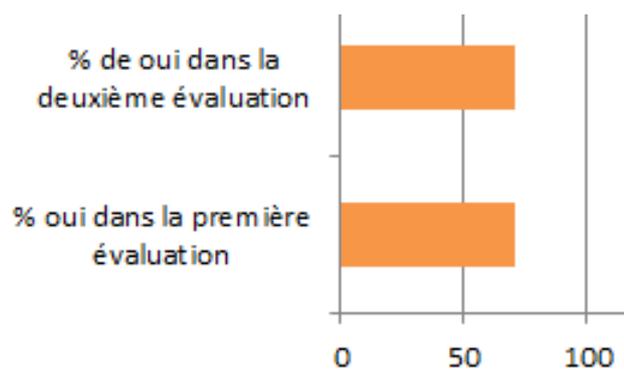


Figure 14 : Résultats concernant la naissance et la délivrance.

Ces résultats ne permettent pas la mise en évidence d'une différence statistiquement significative entre les deux évaluations ( $p=0,87$ ).

## 1.7. La surveillance du post-partum immédiat

Concernant la surveillance du post-partum immédiat, deux items se sont statistiquement améliorés entre les deux évaluations : la dénomination commune internationale et la voie d'administration des médicaments. Huit critères se sont statistiquement détériorés : le pouls au moins une ou deux fois dans le post-partum immédiat, la tension artérielle au moins une ou deux fois dans le post-partum immédiat, l'évaluation de la qualité du globe utérin, des pertes sanguines, la posologie des médicaments ainsi que l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissances (Tableau VII).

Tableau VII : Comparaison des résultats entre les deux évaluations concernant la surveillance du post-partum immédiat.

Items grille d'audit	1 <sup>ère</sup> évaluation		2 <sup>ème</sup> évaluation		p-value
	% oui	NA (nb)	% oui	NA (nb)	
Le pouls est noté au moins une fois dans les deux heures PPI.	93,67	(19)	<b>85,56</b>	(28)	2,9*10 <sup>-3</sup>
➤ Si oui, au minimum deux fois.	<b>87,71</b>	(20)	<b>79,93</b>	(28)	0,02
La tension artérielle est notée au moins une fois dans les deux heures PPI.	96,61	(20)	90,49	(28)	5,5*10 <sup>-3</sup>
➤ Si oui, au minimum deux fois.	92,37	(20)	<b>86,97</b>	(28)	4,6*10 <sup>-2</sup>
La température est notée au moins une fois dans les deux heures du PPI	<b>86,86</b>	(20)	<b>83,80</b>	(28)	0,33
Une évaluation de la qualité du globe utérin est notée au moins une fois dans les deux heures du PPI.	96,61	(20)	92,58	(28)	4,6*10 <sup>-2</sup>
➤ Si oui, au minimum deux fois.	91,91	(20)	<b>88,03</b>	(28)	0,15
Une évaluation qualitative et quantitative des pertes sanguines est notée au moins une fois dans les deux heures du PPI.	96,61	(20)	92,61	(28)	4,7*10 <sup>-2</sup>
➤ Si oui, au minimum deux fois.	91,95	(20)	<b>88,03</b>	(28)	0,14
Les thérapeutiques sont notées.	93,07	(25)	<b>89,67</b>	(41)	0,18
➤ Le nom du prescripteur est noté pour chaque prescription.	93,94	(25)	92,08	(46)	0,42

➤ Le nom des médicaments administrés est noté en clair.	93,94	(25)	91,39	(45)	0,28
➤ Le nom des médicaments est noté selon la DCI.	<b>0</b>	(48)	<b>19,48</b>	(45)	$4,2*10^{-11}$
➤ La voie d'administration des médicaments est notée en clair.	<b>80,79</b>	(27)	90,98	(46)	$6,0*10^{-4}$
➤ La posologie est notée en clair.	<b>89,47</b>	(47)	<b>77,00</b>	(99)	$6,0*10^{-4}$
Les actes sont notés.	92,70	(78)	90,91	(81)	0,52
Une évaluation de la douleur est notée au moins une fois dans les deux heures du PPI.	<b>2,97</b>	(20)	<b>1,06</b>	(28)	0,21
La trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissances est notée.	<b>87,71</b>	(19)	<b>51,41</b>	(28)	$1,1*10^{-18}$

NA : Non Adapté

La figure 15 illustre l'ensemble des résultats des renseignements relatifs à la surveillance du post-partum immédiat.

En réunissant tous les critères, 81,91% des pratiques sont conformes aux recommandations pour la première évaluation contre seulement 77,20% lors de la réévaluation.

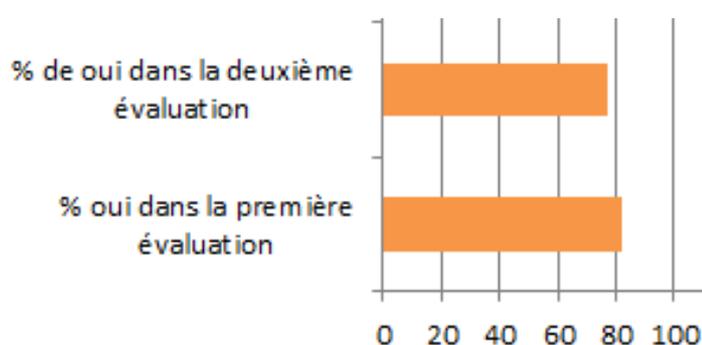


Figure 15 : Résultats concernant la surveillance du post-partum immédiat.

Ces résultats mettent en évidence une détérioration significative de cette partie lors de la réévaluation ( $p=4,16*10^{-8}$ ).

## 2. Les actions d'amélioration

Entre les deux périodes d'évaluation, des actions d'amélioration ont été mises en place.

### ➤ **Information des professionnels :**

- Novembre 2014 : envoi d'un courriel général à tous les professionnels acteurs du remplissage du partogramme et du dossier obstétrical informatisé - sur leur adresse professionnelle - pour qu'ils puissent prendre connaissance de l'étude en cours et des résultats.
  
- Février 2015 : staff au sein du pôle femme et enfant où les principaux résultats ont été exposés aux professionnels. Seuls les items présentant un écart de plus de 10% par rapport aux recommandations ont été abordés.
  
- Mai 2015 : nouveau courriel général sur les adresses professionnelles - identique à celui de novembre 2014 - pour faire un rappel de l'audit en cours avant de faire la seconde évaluation.
  
- Présentation des résultats de l'audit le 16 septembre 2015 à la journée qualité du CHU de la région Auvergne (Annexe VI).
  
- Présentation en session plénière à la 26<sup>ème</sup> journée de la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) à Brest, le 16 octobre 2015 : Audit du partogramme. Session Audipog « qualité, sécurité, évaluation des pratiques et gestion des risques en périnatalité ».
  
- Démarches présentées en Commission médicale d'établissement (CME) le 25 janvier 2016 au CHU de la région Auvergne.
  
- Audit ayant servi d'exemple afin d'illustrer, lors d'une conférence réalisée par Vendittelli F. sur les analyses des pratiques professionnelles en maternité : méthodologies et expériences [Journée scientifique HES-SO. Filière Sage-femme. Sécurité et qualité en milieu intra et extra hospitalier : le rôle de la sage-

femme. Le vendredi 29 mai 2015 à Genève, Suisse].

- **Rédaction d'un poster** en février 2015 : qui a été affiché en salle de naissances à la maternité de niveau III de la région Auvergne. Celui-ci reprend les principaux résultats présentant un écart important par rapport aux recommandations (Annexe VII).

Une période de cinq mois a laissé un temps suffisant aux professionnels pour s'habituer aux modifications de leurs pratiques de remplissage du logiciel Icos®.

- **Autres actions d'amélioration envisagées** : modifications du logiciel Icos® initialement prévues avant la seconde évaluation mais retard à la mise à jour du logiciel (date de livraison prévue en 2016).

### 3. Mesure de l'impact des actions d'amélioration

La figure 16 illustre l'ensemble des améliorations et détériorations lors de la réévaluation, par comparaison avec la première évaluation.

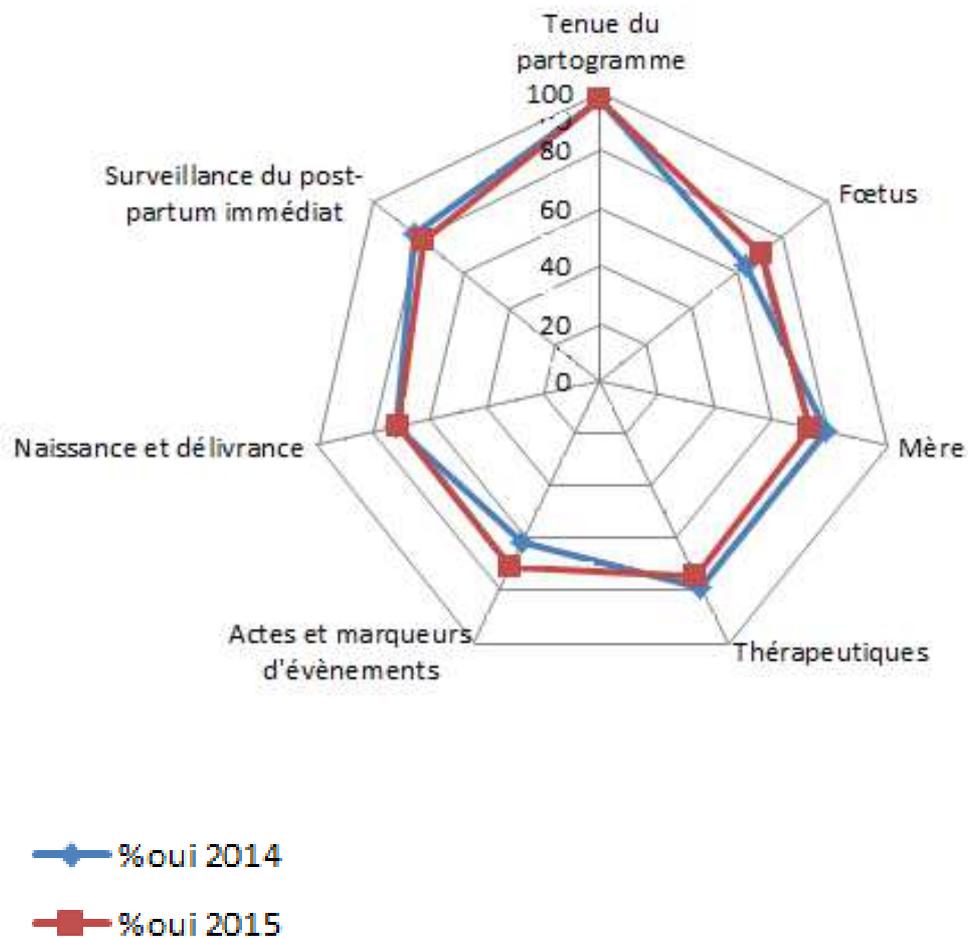


Figure 16 : Comparaison des deux évaluations.

Au total, entre les deux évaluations 12 critères se sont améliorés significativement et 18 se sont détériorés de façon significative.

- Critères améliorés de façon significative :

- Le partogramme permet de retrouver le nom des professionnels, en particuliers celui des obstétriciens.
- La variété de la présentation, principalement au moment de la rupture de la poche des eaux.
- Le comportement de la mère.
- L'heure de la pose de la voie veineuse périphérique.
- Le nom des médicaments selon la dénomination commune internationale.
- L'heure d'arrivée des médecins, particulièrement concernant les obstétriciens et les anesthésistes.
- L'indication de l'épisiotomie.
- Le nom des médicaments et la voie d'administration dans le post-partum immédiat.

• Critères détériorés de façon significative :

- La surveillance du col utérin à chaque examen.
- L'analyse des contractions utérines, principalement leur fréquence.
- La tension artérielle notée dans le dossier.
- La voie d'administration des médicaments au cours du travail, leur posologie, dilution et débit d'administration.
- Le motif et l'heure d'appel des médecins notés dans le dossier.
- L'état du périnée.
- Le pouls, la tension artérielle, l'évaluation qualitative du globe utérin et l'évaluation qualitative et quantitative des pertes sanguines pendant le post-partum immédiat.
- La posologie des médicaments pendant le post-partum immédiat.
- La trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissances.

# **DISCUSSION**

## 1. Critiques de l'étude

### 1.1. Puissance de l'étude

D'après l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, le nombre de dossiers à auditer devrait être compris entre 50 et 100 selon le moment de l'évaluation et/ou la précision souhaitée [2].

Dans cette étude, 256 dossiers ont été audités parmi les 312 accouchements enregistrés à la maternité de niveau III de la région Auvergne au mois de juin 2014 et 312 dossiers audités parmi 349 accouchements comptés dans cette même maternité au mois de juin 2015.

Durant la première évaluation 36 sages-femmes ont travaillé en salle de naissances, lors de la seconde évaluation 37 ont été comptées. En estimant que chaque sage-femme de salle de naissances a rempli au moins une fois un dossier audité, cela permet d'éviter un biais de sélection en ayant un nombre suffisant de professionnels.

### 1.2. Forces et limites de l'étude

Le recueil des données a été réalisé, dans ce travail, de façon « rétrospective », conformément aux recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Ce qui implique que les professionnels n'ont pas pu modifier leurs pratiques spécialement au moment de l'audit des dossiers, ce qui aurait pu être le cas dans une démarche avec un recueil prospectif des données et aurait ainsi entraîné un biais. Par contre, entre les deux évaluations, une amélioration des pratiques était espérée suite aux actions d'amélioration.

Le fait que le recueil des données utiles à l'étude ait été réalisé de façon rétrospective ne permet pas de vérifier si les critères non renseignés avaient été omis d'être renseignés ou non réalisés.

Dans les deux évaluations, les dossiers ont été audités par une seule et même personne, permettant un recueil homogène des données sur la grille de recueil de l'audit. Cela permet d'assurer une certaine cohérence dans l'analyse des dossiers et limite le risque d'erreurs de classification.

On dénombre une centaine de sages-femmes à la maternité de niveau III de la région Auvergne. L'échantillon était restreint à une période d'un mois pour chaque évaluation. Par conséquent, dans les deux évaluations seulement 36 et 37 sages-femmes étaient respectivement présentes en salle de naissances au mois de juin 2014 et en juin 2015. Ce qui implique que l'analyse n'a pas pu prendre en compte l'ensemble des sages-femmes travaillant en salle de naissances et que celle-ci était limitée à une courte période sur l'année.

En 2014, il y a eu 3794 accouchements enregistrés à la maternité de niveau III de la région Auvergne, soit 6,75% des dossiers accouchements de l'année qui ont été audités ; en 2015, 3732 accouchements ont été enregistrés, soit 8,36% des dossiers accouchements de l'année qui ont été audités.

Par ailleurs, l'équipe de sages-femmes en salle de travail n'est pas tout à fait la même pendant les deux périodes d'évaluation concernées du fait de l'existence de roulements d'équipes entre les différents secteurs de la maternité et du fait des congés (vacances, maladie, maternité, etc.), sans oublier les sages-femmes fixes de salle de naissances et les nouvelles sages-femmes ayant intégré l'équipe. On ne peut donc pas conclure sur les modifications observées entre les deux évaluations : sont-elles dues au changement d'équipe ? Aux actions d'amélioration ? A une surcharge de travail ? Etc.

### 1.3. Difficultés rencontrées

Pour certains critères, il existe un pré remplissage informatique. Pour exemple, l'échelle visuelle analogique de la douleur est pré remplie sur Icos® à une valeur de zéro. Ce qui signifie que même lorsque les professionnels ne prennent pas soin de réaliser une évaluation de la douleur, celle ci apparait dans le dossier comme étant égale à zéro. La difficulté se présentait principalement après la pose de l'analgésie péridurale car avant celle-ci, on peut admettre qu'une valeur égale à zéro est une valeur non renseignée. En effet, il semble rare d'accoucher sans ne ressentir aucune douleur...

De plus, si l'évaluation de la douleur est égale à zéro, alors il ne semble pas logique de bénéficier d'une analgésie péridurale ; hormis dans les cas de déclenchement à l'ocytocine où l'analgésie péridurale est proposée d'emblée mais cela ne représente qu'une petite proportion des accouchements.

Lors de la seconde évaluation, deux erreurs ont été remarquées à propos de la première évaluation. La première concerne la variété de la présentation avec une surestimation de la bonne tenue. En effet, si la variété n'était pas remplie conformément aux recommandations dans l'un des deux sous critères (au moment de la rupture ou de chaque examen suivant la rupture de la poche des eaux), il fallait cocher « non » au critère « la variété de la présentation est notée ».

La seconde concerne l'heure d'arrivée de l'anesthésiste. L'heure de pose de l'analgésie péridurale a été acceptée comme heure d'arrivée de l'anesthésiste dans la seconde évaluation, mais ne l'avait pas été dans la première. L'heure de pose de l'analgésie péridurale a donc été acceptée comme heure d'arrivée de l'anesthésiste a posteriori dans la première évaluation, corrigée et recalculée dans les résultats.

Pour d'autres critères, la difficulté était liée à un défaut de recommandations.

Par exemple, on ne retrouve pas de recommandations précises quant à la fréquence du toucher vaginal ou de l'analyse du rythme cardiaque fœtal.

La plupart des auteurs sont d'accord pour dire qu'un toucher vaginal toutes les deux heures avant cinq centimètres de dilatation cervicale est suffisant. Au-delà de cinq centimètres de dilatation ou après la rupture de la poche des eaux, il est recommandé de réaliser un toucher vaginal horaire, en l'absence de toute anomalie qui nécessiterait une surveillance particulière [24-26].

A contrario, une étude de Downe S et al. compare les examens vaginaux - en association ou non à un partogramme – à d'autres stratégies pour l'évaluation de la progression du travail. Cette étude ne permet pas de conclure sur l'utilité ou non du toucher vaginal de routine pendant le travail [27].

L'enregistrement continu augmenterait le nombre d'extractions instrumentales et de césariennes sans diminuer la morbi-mortalité périnatale. L'auscultation intermittente entraînerait une augmentation du taux de convulsions néonatales mais sans conséquences sur le devenir neurologique à long terme [28, 29]. La surveillance en continue reste recommandée en cas de facteurs de risques, dès la rupture de la poche des eaux en phase active du travail, ou dès la pose d'une analgésie péridurale. A savoir, pour une analyse correcte du rythme cardiaque fœtal pendant le travail, il est recommandé d'avoir une sage-femme par parturiente [24, 25, 28].

En somme, par manque d'adéquation entre les effectifs des sages-femmes et le nombre de femmes en travail dans les maternités, du fait de l'absence de traçabilité en cas d'auscultation intermittente et au vu du risque médico-légal, les recommandations actuelles demeurent en faveur de l'auscultation continue [28].

En outre, certains des items ont rendu difficile l'analyse des résultats. Le nombre de dossiers « non adapté » était parfois trop important et ne permettait pas d'obtenir des résultats significatifs (le nombre de situation non adaptées n'entrent pas en compte dans le calcul des pourcentages). Ainsi, pour certains items, moins de dix dossiers seulement pouvaient être audités.

Le remplissage du dossier informatique n'est pas toujours effectué en temps réel (surcharge de travail, urgence médicale, etc...). Il est possible de modifier a posteriori les horaires de remplissage sur le logiciel Icos®, or le rôle ultime du partogramme est d'envoyer un signal d'alarme en temps réel aux professionnels. Il entre dans une politique de gestion des risques a priori et non a posteriori !

## **2. Analyse des résultats et comparaison avec ceux publiés**

Dans cette partie les résultats de l'audit sont discutés, les résultats de la deuxième évaluation sont comparés à ceux retrouvés dans la littérature, notamment avec la deuxième évaluation de l'audit de la Haute autorité de santé de 2006 réalisé sur 38 établissements, ainsi que la deuxième évaluation de l'audit réalisé à l'Hôtel Dieu à Clermont-Ferrand en 2006 [3, 30].

En 2006, à la maternité de l'Hôtel Dieu, 2656 accouchements ont été enregistrés.

Les valeurs exactes des résultats ne sont pas retrouvées dans l'audit clinique de la Haute autorité de santé. Ceux-ci étant présentés sous forme de diagramme, seule une approximation des valeurs réelles permet de comparer les résultats. Parfois, plusieurs critères de la grille d'évaluation de cet audit sont regroupés en un seul item dans la grille de la Haute autorité de santé.

En ce qui concerne l'audit de Clermont-Ferrand réalisé en 2006, il faut souligner qu'entre les deux audits, de nombreuses modifications ont eu lieu :

- la maternité de niveau III de la région Auvergne a déménagé dans une structure plus récente que celle de l'Hôtel Dieu,
- les équipes ne sont plus les mêmes qu'en 2006,
- les deux maternités ont été fusionnées<sup>4</sup>,
- le support du partogramme n'est plus le même : en 2006, il s'agissait d'un partogramme manuscrit, aujourd'hui l'audit porte sur le partogramme et le dossier obstétrical informatisés.

## 2.1. La tenue du partogramme

Le partogramme est relativement bien tenu puisqu'il est conforme à 97,21% aux recommandations.

On note une détérioration du rythme horaire en 2015 par rapport à l'audit réalisé en 2006 à l'Hôtel Dieu (Tableau VIII). Pourtant cet item est un élément primordial puisqu'il intervient dans l'allure des courbes qui influence la prise de décision en matière d'intervention obstétricale. Cet écart aux recommandations témoigne probablement plus d'une surcharge de travail en salle de naissances que d'une volonté délibérée d'espacer les examens obstétricaux. En effet, les sages-femmes gèrent parfois trois voire quatre parturientes en même temps, ce qui rend plus difficile le respect du rythme horaire recommandé.

Bien que les noms des pédiatres soient encore trop peu renseignés, ils le sont davantage en 2015 qu'en 2006, y compris le nom des anesthésistes. Ceci peut s'expliquer par le fait que le pédiatre est souvent appelé lors de situations d'urgences, le remplissage du nom du pédiatre sur le partogramme n'est alors plus la priorité. La responsabilité en cas de litiges est pourtant problématique.

---

<sup>4</sup> Avant la construction de la nouvelle maternité de niveau III de la région Auvergne, il existait deux maternités qui ont été fusionnées pour former une seule équipe : la maternité et la polyclinique qui formaient l'Hôtel Dieu.

Tableau VIII : Confrontation des résultats à la littérature pour la tenue du partogramme.

Critères	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de la HAS (2006) en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de l'Hôtel Dieu en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de cette étude en % de oui
L'identité civile de la mère est notée.	87	100	100
L'horaire de chaque examen est noté.	90	100	100
Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.	90	100	90,61
Le partogramme permet de retrouver le nom des sages-femmes.	*	95	99,04
Le partogramme permet de retrouver le nom des obstétriciens.	*	100	99,30
Le partogramme permet de retrouver le nom des anesthésistes.	*	76	98,27
Le partogramme permet de retrouver le nom des pédiatres.	*	0	70,97

## 2.2. Le fœtus

En 2015, à la maternité de niveau III de la région Auvergne, les renseignements concernant le fœtus sont conformes à 70,62% aux recommandations (Tableau IX).

La variété de la présentation, particulièrement au moment de la rupture de la poche des eaux présente de moins bons résultats lors de la seconde évaluation de cet audit que ceux publiés par la Haute autorité de santé ou que ceux de l'audit de 2006 de l'Hôtel Dieu. Ce manquement est probablement lié à une méconnaissance de la présentation elle-même. En effet, en cas de rupture prématurée de la poche des eaux et/ou lorsque le fœtus est haut situé par rapport au bassin maternel, il peut être difficile d'identifier convenablement la variété de la présentation. Pour autant, le logiciel Icos® offre la possibilité de renseigner la variété de la présentation comme « inconnue ». Pourtant, dans la majorité des cas la variété de la présentation n'était pas renseignée du tout.

L'analyse du rythme cardiaque fœtal présente une détérioration non significative mais montre des résultats nettement moins bons lors de la seconde évaluation de cet audit en comparaison aux résultats de la littérature. Cela pose un véritable problème au vu de l'importance de l'analyse du rythme cardiaque fœtal dans l'évaluation du bien-être fœtal et au vu du risque médico-légal encouru. La plupart du temps, cet item était renseigné comme « normal » mais il n'y avait aucun commentaire, alors que devraient figurer au

minimum le rythme de base, la variabilité et la réactivité. De plus, l'analyse du rythme cardiaque fœtal n'était pas retranscrite systématiquement pour chaque évaluation clinique ou au minimum une fois par heure. Cet écart pourrait s'expliquer par une surcharge de travail, mais plus probablement et principalement par un défaut de sensibilisation des professionnels à l'importance du remplissage de cet item. Un staff sur le rythme cardiaque fœtal a pourtant eu lieu entre les deux évaluations au sein du pôle femme et enfant de la maternité de niveau III de la région Auvergne et il était rappelé de renseigner les caractéristiques du rythme cardiaque fœtal sur le poster affiché en salle de naissances lors de chaque analyse.

Tableau IX : Confrontation des résultats à la littérature pour le fœtus.

<b>Critères</b>	<b>Résultats du 2<sup>nd</sup> tour de l'audit de la HAS (2006) en % de oui</b>	<b>Résultats du 2<sup>nd</sup> tour de l'audit de l'Hôtel Dieu en % de oui</b>	<b>Résultats du 2<sup>nd</sup> tour de cette étude en % de oui</b>
La présentation fœtale et la variété sont notées.	82	85	76,20
Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen	87	100	42,11

### 2.3. La mère

En 2015, à la maternité de niveau III de la région Auvergne, les renseignements concernant la mère sont conformes à 73,78% aux recommandations (Tableau X).

Les modalités d'entrée en travail, le comportement de la mère et l'estimation de la quantité de liquide amniotique sont largement mieux renseignés dans la seconde évaluation de cet audit, en comparaison aux résultats de la Haute autorité de santé et de l'audit de 2006 réalisé à Clermont-Ferrand.

L'évaluation de la douleur est très disparate selon les études, allant de 11% de conformité à plus de 50%. Une attention toute particulière a été portée à cet item après la première évaluation puisque celle-ci n'était notée que dans 35% des cas. Pour autant, le fait que cet item ne soit pas relevé dans le dossier ne signifie pas que la douleur n'est

pas prise en compte dans la prise en charge globale materno-fœtale au cours de la parturition. D'autant que la feuille d'anesthésie sur laquelle figure l'évaluation de la douleur est remplie par les anesthésistes et les infirmières anesthésistes et ne fait pas partie du dossier Icos®.

Malgré cela, en vu de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de la généralisation de l'informatisation des dossiers et surtout parce qu'il est possible de le remplir sur le dossier Icos®, il paraît important de considérer davantage la douleur comme un élément important de la surveillance du travail et de retranscrire l'échelle visuelle analogique sur le dossier informatisé.

La surveillance du col utérin et l'analyse des contractions utérines ne sont pas toujours retranscrites sur le partogramme, ce qui ne signifie pas pour autant que ces éléments ne sont pas surveillés au cours du travail. Néanmoins, il est important de rappeler que tout ce qui a été fait pendant le travail doit apparaître sur le partogramme.

La couleur du liquide amniotique est moins bien renseignée lors de la seconde évaluation de 2015 que lors de celle de 2006 à Clermont-Ferrand, information pourtant primordiale pour l'évaluation du bien être fœtal.

De même pour le pouls et la température, paramètres tout aussi indispensables pour la surveillance materno-fœtale. Une anomalie des constantes peut être la cause ou la conséquence d'une souffrance fœtale.

Tableau X : Confrontation des résultats à la littérature pour la mère.

Critères	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de la HAS (2006) en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de l'Hôtel Dieu en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de cette étude en % de oui
Les modalités d'entrée en travail sont notées.	78	26	98,72
Le comportement de la mère est noté.	55	53	94,53
Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen.	51	11	33,12
La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée.	82	84	90,29
L'état de la poche des eaux est noté.	82	100	96,46
L'aspect du liquide amniotique est noté.	82	89	73,03
L'estimation de la quantité de liquide est notée.		32	72,37
Les paramètres cliniques sont notés (pouls, tension artérielle, température).	60	82	62,23

#### 2.4. Les thérapeutiques

En 2015, à la maternité de niveau III de la région Auvergne, les renseignements concernant les thérapeutiques sont conformes à 74,46% aux recommandations (Tableau XI).

L'heure de la pose de la voie veineuse périphérique, le nom du prescripteur, le nom des médicaments sont soit semblables, soit mieux renseignés lors de la seconde évaluation de cet audit en comparaison aux deux autres.

L'article L5121-1-2 du code de la santé publique rend obligatoire la prescription en dénomination commune internationale pour tous les médicaments à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 [5, 31].

Cette amélioration pourrait s'expliquer par les actions d'amélioration mises en place mais aussi (et peut-être surtout) par la récente obligation légale.

Les renseignements concernant la posologie et la voie d'administration des médicaments se sont améliorés lors de l'évaluation de 2015 en comparaison avec celle de 2006 de Clermont-Ferrand.

**Tableau XI : Confrontation des résultats à la littérature pour les thérapeutiques.**

Critères	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de la HAS (2006) en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de l'Hôtel Dieu en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de cette étude en % de oui
L'heure de la pose de la voie veineuse périphérique est notée.	*	8	75
Le nom du prescripteur est noté.	75	74	99,65
Le nom des médicaments est noté en clair.	75	100	98,95
La voie d'administration est notée.	75	16	72,18
La posologie est notée.	75	37	57,49

## 2.5. Les actes et marqueurs d'évènements

Cette partie représente la plus grande amélioration. Il est possible que cette augmentation soit la conséquence de la certification du CHU de la région Auvergne qui a eu lieu en février 2015 (Tableau XII).

Les réinjections de l'analgésie péridurale sont, a priori, notées moins fréquemment sur le dossier Icos® que lors de la seconde évaluation de l'audit réalisé en 2006 à Clermont-Ferrand.

Pour cet item, il faut souligner le nombre important de non adapté dans chaque évaluation.

Au total, en 2014, seulement deux dossiers ont pu être audités pour ce critère, en 2015, cela concernait dix dossiers.

En regard du nombre de dossiers audités, il faut se poser la question suivante : y avait-il, en 2014, réellement seulement deux patientes ayant bénéficié d'une réinjection de

l'analgésie péridurale ? La même question se pose pour 2015.

Comme expliqué plus tôt pour la mère, la feuille d'anesthésie est remplie par les anesthésistes et les infirmières anesthésistes, et ne fait pas partie du dossier Icos®. Au vu des résultats il semble que les réinjections soient notées sur le dossier anesthésie et non sur le dossier Icos®. Ce qui rend l'analyse de cet item difficile.

Le motif, l'heure d'appel et d'arrivée des médecins sont des éléments fondamentaux en cas d'expertise médico-légale, il paraît donc important d'améliorer ces critères.

On assiste à une détérioration du remplissage de l'heure de transfert au bloc opératoire en comparaison à la seconde évaluation de l'audit de 2006 de Clermont-Ferrand.

Tableau XII : Confrontation des résultats à la littérature pour les actes et les marqueurs d'évènements.

Critères	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de la HAS (2006) en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de l'Hôtel Dieu en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de cette étude en % de oui
La rupture artificielle des membranes est notée.	*	84	100
La pose de l'analgésie péridurale et les réinjections sont notées.	87	100	97,84
Le motif et l'heure d'appel des médecins sont notés.	65	63	51,31
L'heure de décision de césarienne est notée.	68	80	82,14
L'heure de transfert au bloc opératoire est notée.	68	100	62,96

## 2.6. La naissance et la délivrance

Cette partie présente plusieurs améliorations entre les deux évaluations (Tableau XIII).

L'heure de début des efforts expulsifs est plus souvent renseignée lors de la seconde évaluation de cet audit que lors des réévaluations des deux autres audits comparés.

L'état du périnée est un item très important qui devrait toujours être renseigné. Bien que celui-ci soit moins bien renseigné lors de la réévaluation, il reste très bien rempli (95% de conformité).

L'heure et le mode de délivrance sont beaucoup mieux renseignés en 2015 qu'en 2006 à Clermont-Ferrand.

L'indication de l'épisiotomie reste difficile car la majorité de celles-ci se font de manière concomitante à une extraction instrumentale, malgré le fait que la voie basse instrumentale ne soit plus une indication pour réaliser une épisiotomie de façon systématique [32].

Généralement, lorsque la réfection est réalisée par un médecin ou un interne, le nom de celui-ci est noté en clair. En revanche, si elle est réalisée par la sage-femme, souvent le nom n'est pas renseigné. Ce défaut pourrait provenir de l'évidence que peut supposer la sage-femme selon laquelle une sage-femme qui assure la surveillance du travail et/ou réalise l'accouchement, assure également la réfection périnéale (tant que cela reste dans l'exercice de ses compétences).

Néanmoins, la plupart du temps un(e) étudiant(e) sage-femme accompagne la sage-femme et l'étudiant(e) peut être amené à réaliser la réfection sans que son nom soit mentionné.

Ou encore, parfois un médecin réalise l'accouchement (pour diverses raisons : dystocie, extraction instrumentale, etc...) mais la sage-femme assume la réfection périnéale, et inversement en cas d'accouchement eutocique et de déchirure périnéale complète.

En somme, le professionnel qui pratique l'accouchement n'étant pas forcément le même que celui qui réalise la réfection périnéale, il est impératif de retracer dans le dossier, de façon claire et précise, le nom de l'opérateur de la réfection périnéale et le nom du stagiaire éventuellement présent.

Le logiciel Icos® n'est pas encore adapté au remplissage des renseignements concernant la délivrance dirigée (heure d'injection, nombre d'unités et voie d'administration), ce qui peut expliquer qu'on ne retrouve quasiment jamais les informations relatives à celle-ci (mise à jour en cours). Pourtant, toute injection médicamenteuse doit être consignée clairement dans le dossier de la patiente.

Tableau XIII : Confrontation des résultats à la littérature pour la naissance et la délivrance.

Critères	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de la HAS (2006) en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de l'Hôtel Dieu en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de cette étude en % de oui
L'heure de début des efforts expulsifs est notée.	73	61	88,11
Le mode d'accouchement est noté.	95	100	99,02
En cas d'extraction instrumentale, l'indication est notée.	80	100	96,77
La date et l'heure de naissance, le sexe, le poids et l'Apgar du nouveau-né sont notés.	95	92	98,49
L'état du périnée est noté.	95	100	95,51
L'heure et le mode délivrance sont notés.	70	6	97,44
En cas de DA – RU ou RU isolée, l'indication est notée.	80	50	80

## 2.7. La surveillance du post-partum immédiat

Les renseignements concernant le pouls, la tension artérielle, l'évaluation qualitative du globe utérin, l'évaluation qualitative et quantitative des pertes sanguines et la trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissances présentent de meilleurs résultats dans la seconde évaluation de cet audit que ceux retrouvés dans la littérature (Tableau XIV).

Même en cas d'analgésie péridurale, la douleur dans le post-partum immédiat n'est pas négligeable. Pourtant elle n'apparaît pas dans les dossiers.

Ce manquement peut résulter de trois hypothèses :

- Les sages-femmes questionnent les femmes à propos de la douleur ressentie mais ne le retranscrivent pas dans le dossier.

- Les sages-femmes ne demandent pas aux accouchées d'évaluer leur douleur.
- C'est un moment où les femmes sont généralement avec leur nouveau-né et se plaignent peu donc peut-être que les sages-femmes ne les considèrent pas comme algiques et ne retranscrivent pas sur le dossier « évaluation de la douleur égale à zéro ».

Tableau XIV : Confrontation des résultats à la littérature pour la surveillance du post-partum immédiat.

Critères	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de la HAS (2006) en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de l'audit de l'Hôtel Dieu en % de oui	Résultats du 2 <sup>nd</sup> tour de cette étude en % de oui
La surveillance post-natale (pouls, tension artérielle, température, évaluation qualitative du globe utérin, évaluation qualitative et quantitative des pertes sanguines) est notée.	70	10,33	87,55

En somme, ces tableaux mettent en évidence des résultats globalement meilleurs lors de la seconde évaluation de cette étude que ceux observés par la Haute autorité de santé en 2006 et une amélioration de la majorité des items, ou au moins des taux a priori semblables, à ceux observés lors de la seconde évaluation de l'audit réalisé en 2006 à Clermont-Ferrand.

Les cinq principaux items qui nécessitent encore des efforts de la part des professionnels sont :

- l'analyse du rythme cardiaque fœtal à chaque examen,
- l'évaluation de la douleur à chaque examen,
- l'aspect du liquide amniotique,
- le motif et l'heure d'appel des médecins tracés dans le dossier,
- l'heure de transfert au bloc opératoire en cas de césarienne.

### **3. Projet d'action**

#### **3.1. Réalisation d'un audit clinique régulier**

La réalisation d'audit clinique sur le partogramme permet de faire un rappel aux professionnels à propos des oublis les plus fréquents. Cela permet d'améliorer un certain nombre de critères.

Le fait que le nombre d'items ayant subi une détérioration au cours de la seconde évaluation soit plus important que le nombre de critères améliorés, doit renforcer la motivation de la réalisation de ces audits ainsi que leur fréquence, toujours afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

#### **3.2. Diffusion des résultats définitifs à l'équipe de la maternité de niveau III de la région Auvergne**

La diffusion des résultats de l'audit, via un courriel par exemple, permettra aux professionnels d'être conscients des dysfonctionnements et de mettre en œuvre les dispositions nécessaires à la correction de ces imperfections.

Un rappel à chaque roulement de sages-femmes en salle d'accouchement serait sans doute fort utile ainsi qu'un rappel aux gynécologues-obstétriciens et internes qui sont amenés à remplir parfois une partie du dossier obstétrical informatisé (rythme cardiaque fœtal pathologique, extraction instrumentale, etc.).

#### **3.3. Réalisation d'un staff**

Un nouveau staff organisé avec l'équipe chargée du remplissage du partogramme, de la partie accouchement et post-partum immédiat, avec les sages-femmes en particulier, semble indispensable.

Le staff serait l'occasion de diffuser les recommandations de la bonne tenue du partogramme de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Il permettrait en même temps de souligner les points positifs, de mettre en avant les améliorations, d'insister sur le fait que l'amélioration du remplissage du partogramme à

propos de certains items ne doit pas faire baisser la vigilance sur les autres données. Les faibles taux de concordance aux recommandations comme le remplissage de l'analyse du rythme cardiaque fœtal, semble nécessiter une sensibilisation des professionnels à l'importance majeure de ces données sur le partogramme.

#### 3.4. L'enseignement pendant la formation de sage-femme des critères de remplissage du partogramme

Durant les études de sage-femme, il faudrait insister davantage sur l'importance de la bonne tenue du partogramme, notamment en cas d'expertise médico-légale. Pendant les stages les étudiants peuvent prendre modèle sur des sages-femmes qui ne remplissent pas le partogramme selon les recommandations. Une formation plus approfondie sur le bon remplissage du partogramme pourrait permettre aux futures sages-femmes de mieux l'appréhender.

#### 3.5. Les modifications du logiciel Icos®

Deux modifications principales sont à envisager et ont été demandées à l'éditeur. D'une part, la proposition de la dénomination commune internationale dans la liste des médicaments. D'autre part, la demande de modification pour pouvoir remplir de façon simplifiée les modalités de la délivrance dirigée en proposant l'heure d'injection, le nombre d'unités administrées ainsi que la voie d'administration. Il pourrait s'agir de propositions telles que : « 5 UI en intra veineuse directe d'ocytocine au passage de l'épaule antérieur », « injection de 5 UI en intra veineuse directe d'ocytocine après expulsion du fœtus », etc...

# **CONCLUSION**

Le partogramme a vu le jour dans les années 1950, depuis il reste un outil indispensable à la surveillance du travail et du bien-être materno-fœtal. Ses différents rôles d'aide à la communication pour les professionnels, de support pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques professionnelles sont reconnus par les autorités comme la Haute autorité de santé ou l'Organisation mondiale de la santé. Il est le document de référence en cas d'expertise médico-légale.

Les actions d'amélioration mises en place à la suite de la première évaluation ont permis d'améliorer 12 critères mais ont entraîné la détérioration de 18 critères. Au vu des résultats et de l'importance du partogramme, il est indispensable de mettre en place des actions correctives telles que la diffusion de ces résultats à l'équipe et particulièrement aux sages-femmes ou la diffusion des recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en ce qui concerne la bonne tenue du partogramme.

Un enseignement des critères de remplissage du partogramme pendant la formation de sage-femme via la diffusion d'un guide de remplissage participerait à sensibiliser les professionnels et futurs professionnels.

Les résultats de l'étude doivent motiver les sages-femmes à améliorer leurs pratiques car elles sont responsables, aux yeux de la loi, de la bonne tenue du partogramme et des conséquences qui en découlent.

Le partogramme bien tenu, clair, précis et exhaustif témoigne de soins attentifs, rigoureux et consciencieux.

**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Haute autorité de santé. Guide méthodologique. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. [Internet]. Haute autorité de santé ; mars 2014. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide\\_qualite\\_securite\\_secteur\\_naissance.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf)
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. [Internet]. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; janvier 2000. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/partogramme.pdf>
3. Grüss S. Analyse critique du partogramme grâce à la technique d'un audit clinique. [Mémoire sage-femme]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2006.
4. France. Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Titre II : Accès de tous à des soins de qualité. Article L4153-1 du code de la santé publique. 2009-879 juil 21, 2009
5. France. Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale. 2014-1359 nov 14, 2014.
6. Mottier M. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme selon les recommandations de l'ANAES. Étude rétrospective réalisée au CHU d'Angers. [Mémoire sage-femme]. [Internet]. [Angers] : Université d'Angers ; 2013. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20081434/2013MDNSF614/fichier/614F.pdf>
7. Organisation mondiale de la santé. Preventing Prolonged Labour : a practical guide. The partograph. Part I : Principles and Strategy. [Internet]. Organisation mondiale de la santé ; 1993. Disponible sur: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO\\_FHE\\_MSM\\_93.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_FHE_MSM_93.8.pdf)
8. Assorin L. Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble. [Mémoire sage-femme]. [Internet] [Grenoble] : Université de Grenoble. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas->

00743586/document

9. Boivent C. Impact de l'informatisation du partogramme en salle de naissances. [Mémoire sage-femme]. [Internet]. [Nantes]: Universités de Nantes ; 2010. Disponible sur: [https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDcQFjADahUKEwjE\\_vm4zIPIAhVE1hoKHcrRCMY&url=http%3A%2F%2Farchive.bu.univ-nantes.fr%2Fpollux%2Ffichiers%2Fdownload%2F7d42c05b-5639-4042-9eb2-5fd6e2eebdd4&usg=AFQjCNFWQzsKMRuSJ4LPQwT5GaaiG2SgLw&cad=rja](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDcQFjADahUKEwjE_vm4zIPIAhVE1hoKHcrRCMY&url=http%3A%2F%2Farchive.bu.univ-nantes.fr%2Fpollux%2Ffichiers%2Fdownload%2F7d42c05b-5639-4042-9eb2-5fd6e2eebdd4&usg=AFQjCNFWQzsKMRuSJ4LPQwT5GaaiG2SgLw&cad=rja)
10. Tay SK, Yong TT. Visual effect of partogram designs on the management and outcome of labour. Aust N Z J Obstet Gynaecol. nov 1996;36(4):395-400.
11. Lansac J, Carbonne B, Pierre F. Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. In: Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2007 ; 36(1) : 2-7. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/118023>
12. 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. [Internet]. Haute autorité de santé ; octobre 2006. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_final\\_-\\_partogramme.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_final_-_partogramme.pdf)
13. Cartmill R-S-V., Thornton J-G. Effect of presentation of partogram information on obstetric decision-making In : The Lancet. Jui, 1992, 339(8808) : 1520-1522. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014067369291275D>
14. Université virtuelle de maïeutique francophone. Le travail : mécanique obstétricale surveillance partogramme : premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail. [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone. Disponible sur: <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-travailmecanisme.pdf>

15. Haute autorité de santé. Développement professionnel continu des sages-femmes. [Internet]. Haute autorité de santé. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_437729/fr/dpc-des-sages-femmes-ou-maieutique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_437729/fr/dpc-des-sages-femmes-ou-maieutique)
16. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Le développement professionnel. [Internet]. Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
17. Rudigoz R-C. Conduite à tenir en cas de complications obstétricales médico-légales. Professeur Tournaire M. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Tome XXI. 21<sup>ème</sup> journée nationales du CNGOF. Paris ; 1997. Disponible sur: [https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjACahUKEwiSIZOfuIPIAhXHiRoKHaBhDZ4&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.fr%2Fjournees-nationales%2Fanciennes-journees%2Fmaj-en-go%2Fmaj-1997%2Ftelechargement-fichier%3Fpath%3D1997\\_GO\\_213\\_rudigoz.pdf&usg=AFQjCNGpZdx4y4OtrBW5hi7NIH\\_d6kUCHg&bvm=bv.103073922,d.d2s](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjACahUKEwiSIZOfuIPIAhXHiRoKHaBhDZ4&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.fr%2Fjournees-nationales%2Fanciennes-journees%2Fmaj-en-go%2Fmaj-1997%2Ftelechargement-fichier%3Fpath%3D1997_GO_213_rudigoz.pdf&usg=AFQjCNGpZdx4y4OtrBW5hi7NIH_d6kUCHg&bvm=bv.103073922,d.d2s)
18. Hacquin F. La sage femme en maternité et le médico-légal [Internet]. 2007 [cité 19 sept 2015]. Disponible sur: [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=1121](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1121)
19. Protocole médical : « guide d'utilisation du dossier médical d'obstétrique ». [Internet]. Association des utilisateurs du dossier informatisé en pédiatrie, obstétrique et gynécologie ; 1982. Disponible sur: [http://www.audipog.net/pdf/Guide\\_Dossier\\_Obstetrical.pdf](http://www.audipog.net/pdf/Guide_Dossier_Obstetrical.pdf)
20. Altaf S, Oppenheimer C, Shaw R, Whaugh J, Dixon-Woods M. Practices and Views on Fetal Heart Monitoring: A Structured Observation and Interview Study. In : *Obstetric Anesthesia Digest*. 2007 27(1) : p. 23. Disponible sur: [http://journals.lww.com/obstetricanesthesia/Fulltext/2007/03000/Practices\\_and\\_Views\\_on\\_Fetal\\_Heart\\_Monitoring\\_\\_A.34.aspx](http://journals.lww.com/obstetricanesthesia/Fulltext/2007/03000/Practices_and_Views_on_Fetal_Heart_Monitoring__A.34.aspx)
21. Chapuis A-C. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Audit clinique mené au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon à propos de 100 dossiers. [Mémoire sage-femme] [Besançon] : Université de Besançon ; 2012.

22. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Généralisation. Recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les maternités. Consignes de remplissage. Grille de recueil Thème PP-HPP Prévention et prise en charge initiale des HPPI. [Internet]. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; 2013. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/ipaqss\\_consignes\\_pp\\_hpp.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/ipaqss_consignes_pp_hpp.pdf)
23. Haute autorité de santé. Présentation du thème « Prévention et Prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat ». [Internet]. Haute autorité de santé ; 2013. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/ipaqss\\_fiche\\_pp\\_hpp.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/ipaqss_fiche_pp_hpp.pdf)
24. S. Martin. Surveillance clinique et paraclinique du travail normal. In : Lansac J, Teurnier F, Nguyen F. : Traité d'obstétrique. 2010 : p. 98-101.
25. Thoulon J-M., Audra P. Partogramme. In : Oury J-F. Pasquier J-C. La surveillance du travail. 2003 : p 140-142.
26. Audra P., Thoulon J-M. Surveillance clinique et électronique du travail. In : Lansac J., Descamps P, Oury J-F. Pratique de l'accouchement. 5ème édition. 2011 : p. 49-58.
27. Downe S, Gyte G, Dahlen H, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. 2013; 42.
28. Gauge S. Evaluation du bien-être fœtal. In: Analyse pratique du rythme cardiaque fœtal. 2ème édition enrichie. 2013 : p. 1-7.
29. McCartney P, Schmidt J., Atterbury J., Mikkelsen G., Santa Donato A. Intrapartum Fetal Monitoring: A Historical Perspective. Antenatal Fetal Assessment and Testing. In: Fetal Heart Monitoring: Principles and Practices Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. 3ème édition. Kendall Hunt; 1993.
30. Haute autorité de santé - 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 [Internet]. Haute autorité de santé ; octobre 2006. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_final\\_-\\_partogramme.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_final_-_partogramme.pdf)

31. Haute autorité de santé. Révision du référentiel de certification des logiciels d'aide à la prescription de ville. Rapport du 11 décembre 2014. [Internet]. Haute autorité de santé ; 2014. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/binary/octet-stream/2015-01/cadrage\\_v2lap\\_ambu\\_2015-01-14\\_10-41-55\\_870.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/binary/octet-stream/2015-01/cadrage_v2lap_ambu_2015-01-14_10-41-55_870.pdf)
32. De Tayrac R, Faruel-Fosse H, Langer B, Riethmuller D, Vendittelli F, Verspyck E. Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique. [Internet]. Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français ; 2005. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_14.HTM#polit](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM#polit)

# **ANNEXES**

**Annexe I : Partogramme informatisé de la maternité de niveau III de la région Auvergne.**

**Quartier**  
le dossier

**Protection**

Date	Heure	nsutra	T°	Poids	vsystol	diastol	Douleur	Comportement	Toocographie	Fréquence	Amo. contractions	Amplitude	longueur	consistance
05/11/2014	18:01	0,0	0	0	0	0	0	0						

**Administratif**

**Suivi médical**

**Echographies**

**Synthèse du suivi**

**Accouchement**

Date: 05/11/2014 Heure: 18:01:50 Consultant: [ ]

T°: 0,0 Poids: 0 TA systolique: 0 Diastolique: 0 Existence d'anesthésie avant la naissance:

Evaluation douleur: 0 Comportement: [ ]

Toocographie: [ ] Fréquence: [ ] Anomalies des contractions: [ ]

Amplitude: [ ] Position: [ ] Longueur: [ ] Consistance: [ ] Dilatation: [ ]

Col: [ ] Niveau présentation: 0 = engagée partie haute

Présentation: [ ] Orientation: [ ] Commentaire: [ ]

**Partogramme**

**Travail**

**Déclenchement**

**Accouchement**

**Anesth./Delivr. Périné/Pmollies**

**Surveillance post-partum**

Heure	Date	N° Enfant	Stat. des spect. L. Imprimé à l'appt	RCF	Tracé	PH	adrate/ nu scap	sp-O2	SAO2

Date: 05/11/2014 Heure: 18:05:24

Consultant: [ ] Enfant:

Fait des membranes: [ ] RCF: [ ]

Commentaire: [ ]

**Administratif**

**Suivi médical**

**Echographies**

**Synthèse du suivi**

**Accouchement**

Date: 05/11/2014 Heure: 18:05:24

Evènement: [ ] Type évènement: [ ]

à afficher sur partogramme:

Commentaires: [ ]

## Annexe II : Grille d'évaluation

Établissement/service:.....

Date de l'audit : .....

Date de l'accouchement : .....

N° de la grille : .....

Nom de l'évaluateur : .....

N.A. : non adapté

## Critères d'évaluation

Critères	Oui	Non	N.A.
<b><u>A. La tenue du partogramme</u></b>			
1. L'identité civile de la mère est notée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. La date et l'heure de début de partogramme sont notées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. L'horaire de chaque examen est noté précisément sur le partogramme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Le partogramme permet de retrouver le nom des professionnels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.1.Le nom de la (des) sage(s)-femme(s) est noté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2.Selon les cas, le nom du (des) médecin(s) obstétricien(s) est noté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.Selon les cas, le nom du (des) médecin(s) anesthésiste(s) est noté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.Selon les cas, le nom du (des) pédiatre(s) est noté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**B. Le fœtus**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La présentation du (des) fœtus est notée.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La variété de la présentation est notée ou commentée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.1.A la rupture de la poche des eaux                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.2.A chaque examen après la rupture                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Le niveau de présentation est noté à chaque examen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Le R.C.F. est commenté à chaque examen.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**C. La mère**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10. Les modalités d'entrée en travail sont notées.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11. En cas de déclenchement artificiel du travail les indications sont notées.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Le comportement de la mère est noté au moins une fois.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 13. Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14. La surveillance du col utérin est notée et comporte les éléments suivants :    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14.1. La position du col utérin est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14.2. La longueur du col utérin est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14.3. La consistance du col utérin est notée.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14.4. La dilatation du col utérin est notée.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 15. L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 16. Les informations concernant le liquide amniotique sont notées à chaque examen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 16.1. La couleur du liquide est notée à la rupture et à chaque examen.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 16.2. L'estimation de la quantité de liquide est notée à chaque examen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. L'analyse des contractions utérines est notée à chaque examen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.1. La fréquence des contractions est notée.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.2. L'intensité des contractions est notée.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.3. La durée des contractions est notée.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Le pouls est noté.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. La tension artérielle est notée.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. La température est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### **D. Les thérapeutiques**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. L'heure de la pose de la voie veineuse périphérique est notée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Le nom du prescripteur est noté pour chaque prescription.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Le nom des médicaments administrés est noté en clair.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Le nom des médicaments est noté avec la D.C.I.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. La voie d'administration des médicaments est notée en clair.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. La posologie est notée en clair.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.1. L'unité des médicaments administrés est notée.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.2. La dilution des médicaments est notée.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.3. Le débit est noté.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### **E. Actes et marqueurs d'événements.**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Les actes et leur heure de réalisation sont notés en | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

clair sur le partogramme selon le contexte :

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27.1. Le sondage urinaire évacuateur est noté.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.2. Le sondage urinaire à demeure est noté.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.3. La rupture artificielle de la poche des eaux est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.4. Le pH au scalp est noté. (acte + valeur)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.5. L'électrode de scalp est notée.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.6. L'analgésie péridurale est notée.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.7. Les réinjections de l'analgésie péridurale sont notées.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.8. L'anesthésie générale est notée.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.9. Les autres analgésies sont notées.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Le motif et l'heure d'appel des médecins sont notés.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.1. Le motif et l'heure d'appel de l'obstétricien sont notés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.2. Le motif et l'heure d'appel de l'anesthésiste sont notés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28.3. Le motif et l'heure d'appel du pédiatre sont notés.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. L'heure d'arrivée des médecins est notée.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.1. L'heure d'arrivée de l'obstétricien est notée.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.2. L'heure d'arrivée de l'anesthésiste est notée.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.3. L'heure d'arrivée du pédiatre est notée.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. L'heure de décision de césarienne est notée.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. L'heure de transfert au bloc opératoire est notée.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**F. La naissance et la délivrance.**

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32. L'heure de début des efforts expulsifs est notée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Le mode d'accouchement est noté.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 34. En cas de voie basse instrumentale, l'indication est notée.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. En cas de voie basse instrumentale, le niveau de présentation fœtale au moment de l'intervention est noté. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. En cas de césarienne, l'indication est notée.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. La date et l'heure de naissance sont notées.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Le sexe, le poids et le prénom de l'enfant sont notés.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. La valeur du pH artériel au cordon est notée.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. L'état du périnée est noté.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. En cas d'épisiotomie, l'indication est notée.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Les modalités de réfection périnéale sont notées.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. En cas de déchirure périnéale ou d'épisiotomie, le nom de l'opérateur de la réfection périnéale est noté.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Les valeurs de l'Apgar à 1, 5 et 10 mn sont notées.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. L'heure de la délivrance est notée.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Le mode de délivrance est noté.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. En cas de délivrance dirigée, la trace d'injection d'ocytocine est notée.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47.1. L'heure d'injection est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47.2. Le nombre d'unité d'ocytocine est noté.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47.3. La voie d'administration d'ocytocine est notée.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. En cas de D.A. – R.U., l'indication est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. En cas de R.U. isolée, l'indication est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. La conclusion de l'examen du placenta est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. La conclusion de l'examen du cordon est notée.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**G. La surveillance du post-partum immédiat.**

52. Le pouls est noté au moins une fois dans les deux heures du P.P.I.
- 52.1. Si oui, au minimum deux fois.
53. La tension artérielle est notée au moins une fois dans les deux heures du P.P.I.
- 53.1. Si oui, au minimum deux fois.
54. La température est notée au moins une fois dans les deux heures du P.P.I.
55. L'évaluation de la qualité du globe utérin est notée au moins une fois dans les deux heures du P.P.I.
- 55.1. Si oui, au minimum deux fois.
56. L'évaluation qualitative et quantitative des pertes sanguines est notée au moins une fois dans les deux heures du P.P.I.
- 56.1. Si oui, au minimum deux fois.
57. Les thérapeutiques sont notées.
- 57.1. Le nom du prescripteur est noté pour chaque prescription.
- 57.2. Le nom des médicaments administrés et notés en clair.
- 57.3. Le nom des médicaments est noté avec la D.C.I.
- 57.4. La voie d'administration des médicaments est notée en clair.
- 57.5. La posologie est notée en clair.
58. Les actes sont notés.
59. Une évaluation de la douleur est retrouvée au moins une fois dans les deux heures du P.P.I.
60. La trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissances est notée.
-

# Guide de remplissage de la grille d'audit

En cas de mort fœtale in utéro, les critères tels que le rythme cardiaque fœtal, l'électrode, le pH au scalp (27.4 – 27.5), le pH artériel et l'Apgar ne sont pas à prendre en compte.

## **A. La tenue du partogramme**

### Critère 1 : L'identité civile de la mère.

La date de naissance, le nom marital si la femme est mariée, le nom de jeune fille et le prénom doivent figurer. Cocher non si un des critères manque [13].

### Critère 2 : La date et l'heure de début de partogramme

La date et l'heure de début de partogramme doivent figurer sur le partogramme [12].

### Critère 3 : L'horaire de chaque examen est noté précisément sur le partogramme

L'horaire précis de chaque examen doit figurer [12].

### Critère 4 : Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire

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 [13].

A la maternité de niveau III de la région Auvergne, il n'est pas recommandé d'effectuer de toucher vaginal horaire. Toutefois, un toucher vaginal doit être effectué au minimum toutes les deux heures pour éviter toute anomalie de la progression du travail (notamment la stagnation de la dilatation). Cocher non si les touchers vaginaux sont espacés de plus de deux heures.

### Critère 5 : Le partogramme permet de retrouver le nom des professionnels

Cocher NA si l'accouchement n'a nécessité l'intervention d'aucun spécialiste.

5.1 Si plusieurs sages-femmes suivent le travail de la parturiente, les différents noms doivent apparaître.

5.2, 5.3, 5.4 L'abréviation IDG (interne de garde) seule n'est pas acceptée. Le nom de l'obstétricien, du pédiatre, de l'anesthésiste et/ou de l'interne doit être noté. Si plusieurs médecins spécialistes interviennent au cours du travail, les différents noms doivent apparaître.

## **B. Le fœtus**

### Critère 6 : La présentation du (des) fœtus est notée

Le partogramme doit renseigner sur le type de présentation (sommet, face, bregma, front, siège complet ou décomplété) en fonction du fléchissement et de l'asynclitisme en phase active du travail et de l'apparition ou non d'une bosse séro-sanguine [13].

### Critère 7 : La variété de la présentation est renseignée

Le partogramme doit indiquer si le fœtus est dans une variété antérieure, postérieure ou transverse, à la rupture de la poche des eaux et lors de chaque examen après la rupture.

### Critère 8 : Le niveau de la présentation

Cet item doit renseigner sur les différents niveaux : mobile, appliquée, fixée, engagée partie haute, moyenne ou basse [13].

### Critère 9 : Le R.C.F. est commenté :

Quel que soit la qualité du RCF, le rythme de base doit être renseigné. Si des ralentissements sont présents, le type de ces ralentissements doit être décrit (épisodes, précoces, tardifs, variables, prolongés).

Cocher non si le RCF est marqué comme normal sans que soit renseigné le rythme de base.

## **C. La mère**

### Critère 10 : Les modalités d'entrée en travail

Les modalités d'entrée en travail (travail spontané ou déclenchement artificiel du travail) doivent être indiquées dans le dossier [13].

### Critère 11 : en cas de déclenchement artificiel

La cause du déclenchement artificiel doit être notée en clair (rupture de la poche des eaux, dépassement de terme, cause maternelle, cause fœtale...) [13].

### Critère 12 : le comportement de la mère est noté au moins une fois

Le comportement de la mère doit être noté au moins une fois (calme, agitée, anxieuse...) [13]. Puis tout changement de comportement doit être noté.

### Critère 13 : évaluation de la douleur à chaque examen

L'évaluation de la douleur doit se faire grâce à une échelle de la douleur validée. (Exemple Echelle Visuelle Analogique : EVA ou Echelle Verbale Numérique : EVN) [13].

Celle-ci doit être faite à chaque examen.

Sur le logiciel Icos®, la douleur est remplie à 0. Ainsi, même en l'absence de remplissage de cette information, l'échelle visuelle analogique ressort sur le partogramme comme étant égale à 0.

C'est pourquoi, lorsque l'évaluation de la douleur n'a pas été faite à l'entrée en salle de naissances, et/ou avant la pose de la péridurale, cocher non.

Cocher oui lorsqu'une première évaluation a été faite avant la pose de l'analgésie péridurale, et lorsque une (ou plusieurs) valeur(s) suivante(s) est (sont) égales à 0.

#### Critère 14 : la surveillance du col utérin

Les renseignements concernant le col doivent être notés à chaque examen et comprennent les éléments suivants : position, longueur, consistance, dilatation. Cocher oui si tous les éléments sont présents au moins au premier examen. Pour les examens suivants, il est accepté que ne figurent que la dilatation et la consistance du col. Si l'accouchement est imminent à l'admission, cocher NA [13].

#### Critère 15 : l'état de la poche des eaux

Cocher oui si au moins à chaque examen l'état de la poche des eaux est noté (intacte ou fissurée) jusqu'à la rupture [13].

#### Critère 16 : les informations concernant le liquide amniotique

16.1 Cocher non si la couleur du liquide n'est pas notée lors de la rupture et à chaque examen après la rupture de la poche des eaux.

16.2 Cocher non si l'estimation de la quantité de liquide n'est pas remplie à la rupture et à chaque examen après la rupture de la poche des eaux.

#### Critère 17 : l'analyse des contractions

Doivent figurer au minimum la fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines.

#### Critère 18 : le pouls est noté

Le pouls doit être noté au début du partogramme [2, 13]. A la maternité de niveau III de la région Auvergne, le pouls doit être noté toutes les deux heures. Ne pas tenir compte du contexte clinique dans l'audit des dossiers.

#### Critère 19 : la tension artérielle est notée

La tension artérielle doit être notée au début du partogramme [2, 13]. A la maternité de niveau III de la région Auvergne, la tension artérielle doit être notée toutes les deux heures. Ne pas tenir compte du contexte clinique dans l'audit des dossiers.

#### Critère 20 : la température est notée

La température doit être notée au début du partogramme [2, 13]. A la maternité de niveau III de la région Auvergne, la température doit être prise toutes les six heures en l'absence d'anomalies. Ne pas tenir compte du contexte clinique dans l'audit des dossiers.

#### **D. Les thérapeutiques**

##### Critère 21 : l'heure et la pose de la voie veineuse périphérique

L'heure de la pose de la voie veineuse périphérique doit être notée dans le dossier, soit dans la partie admission, soit dans la partie partogramme.

##### Critère 22 : le nom du prescripteur

Pour chaque prescription, le nom du prescripteur doit être inscrit en clair [13].

##### Critère 23 : le nom des médicaments est noté en clair

Les abréviations ne sont pas acceptées. Seule l'abréviation « synto » pour syntocinon est acceptée [13]. Seule l'abréviation RL pour le Ringer Lactate est acceptée. Toutes les autres abréviations ne sont pas acceptées.

##### Critère 24 : le nom des médicaments est noté avec la DCI

Le nom des médicaments doit apparaître selon la DCI

Pour le ringer lactate, cette dénomination est acceptée.

##### Critère 25 : la voie d'administration des médicaments

La voie d'administration des thérapeutiques doit être retrouvée : intra veineuse lente ou directe, sous cutanée, per os, inhalée...

Pour le Pousse Seringue d'ocytocine, il est accepté que la voie d'administration ne soit pas notée, de même pour le ringer lactate.

##### Critère 26 : la posologie

La posologie du médicament doit être notée.

L'abréviation « amp » pour « ampoule » est acceptée. La posologie est acceptée sous une autre forme que le nombre d'unités. Par exemple, la forme : « 3 ampoules de spasfon + 1 ampoule de Mag 2 » est acceptée car il existe une seule forme d'ampoule de ces deux thérapeutiques dans le service.

Pour l'administration d'ocytocine, l'explication de la posologie doit être plus détaillée. Elle doit être écrite sous la forme suivante : unité, dilution, débit.

26.1 L'unité doit être notée. (Exemple : 5 UI de d'ocytocine)

26.2 Si le médicament administré n'a pas nécessité de dilution cocher NA. Sinon la dilution doit être indiquée. (Exemple : 5 UI d'ocytocine dans 500 cc de NaCl)

26.3 Lorsque le médicament est administré par intra veineuse lente le débit doit être noté [13]. Lorsque le médicament est administré en intra veineux direct, cela doit être noté en clair.

### **E. Actes et marqueurs d'événements**

#### Critère 27 : les actes et leur heure de réalisation sont notés

Cocher NA si l'accouchement n'a nécessité aucune de ces interventions.

Le nom des professionnels ayant réalisé les différents actes doit être noté.

#### Critère 28 et 29 : l'heure d'appel et le motif d'appel, l'heure d'arrivée des médecins

Cocher NA si l'accouchement n'a nécessité l'intervention d'aucun spécialiste [2].

Cocher oui pour l'heure d'arrivée de l'anesthésiste lorsque l'heure de pose de l'analgésie péridurale est notée.

#### Critère 30 : l'heure de décision de césarienne

Cocher NA si la césarienne n'a pas eu lieu.

#### Critère 31 : l'heure de transfert au bloc

L'heure de transfert au bloc doit être notée distinctement de l'heure de décision de césarienne. Elle doit être notée parmi les actes et doit donc apparaître sur le partogramme. Dans le cas où elle n'apparaîtrait pas, cocher non [2].

### **F. Naissance et délivrance**

#### Critère 32 : l'heure de début des efforts expulsifs

L'heure précise de début des efforts expulsifs doit figurer sur le partogramme.

#### Critère 33 : le mode d'accouchement

Le mode d'accouchement est noté : voie basse spontanée, voie basse instrumentale (spatules, forceps, ventouse), césarienne. En cas de voie basse la présence de manœuvres obstétricales doit être notée (dystocie des épaules, grande extraction...) [13].

#### Critère 34 : en cas de voie basse instrumentale

L'indication doit être notée en clair [13].

#### Critère 35 : le niveau de présentation fœtale

En cas de voie basse instrumentale, le niveau de présentation fœtale au moment de l'intervention doit être noté.

#### Critère 36 : en cas de césarienne

Pour les césariennes en cours de travail, l'indication doit être notée en clair [13].

Critère 37 : la date et l'heure de naissance

Cocher non si un des éléments manque [13].

Critère 38 : le sexe, le poids et le prénom de l'enfant

Cocher non si un des éléments manque [13].

Critère 39 : la valeur du Ph artériel au cordon

La valeur du Ph artériel au cordon doit être notée dans le dossier informatique [13].

Critère 40 : l'état du périnée

Cet item doit préciser si le périnée est intact, le type de déchirure et s'il y a eu une épisiotomie ou non [13].

Critère 41 : en cas d'épisiotomie

L'indication de l'épisiotomie doit être notée en clair.

La voie basse instrumentale n'étant pas une indication pour réaliser systématiquement une épisiotomie, même lors d'une extraction instrumentale l'indication de l'épisiotomie doit donc être notée.

Critère 42 : les modalités de réfection périnéale

Les informations du dossier doivent permettre de connaître les types de fils utilisés, les types de points réalisés, le nombre de points, ainsi que la localisation des différents points. (Exemple : 3 points simples avec du Vicryl Rapide Résorbable 2/0 au niveau de la fourchette.)

Critère 43 : le nom de l'opérateur de la réfection périnéale

Le nom de l'opérateur de la réfection périnéale peut être différent de celui du professionnel ayant suivi le travail ou réalisé l'accouchement.

Donc, le nom de l'opérateur doit être noté en clair dans le dossier.

Critère 44 : l'Apgar

Les valeurs à 1, 5 et 10 mn doivent apparaître sur le dossier informatique.

Critère 45 : l'heure de la délivrance

L'heure précise de la délivrance doit être notée [13].

Critère 46 : le mode de délivrance

Cet item doit renseigner sur le mode de délivrance : spontanée, naturelle, dirigée, délivrance artificielle – révision utérine [2, 13].

Critère 47 : en cas de délivrance dirigée :

Cocher oui si la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine est retrouvée dans le dossier. Cocher non quand aucune trace d'injection n'a été retrouvée ou quand seule la

mention d'une délivrance dirigée est retrouvée dans le dossier.

L'heure d'accouchement ne peut pas être considérée comme l'heure d'injection. L'heure d'injection, la dose et la voie d'administration doivent être notées en clair [13].

Critère 48 : en cas de DA –RU

L'indication de la DA – RU doit être notée en clair (saignements abondants, rétention placentaire...) **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** [13].

Critère 49 : en cas de RU isolée

L'indication de la RU isolée doit être notée en clair (saignements abondants, atonie utérine, suspicion de cotylédons manquants...) [13].

Critère 50 : la conclusion de l'examen du placenta est notée

Uniquement pour les accouchements par voie basse. L'examen du placenta permet de s'assurer qu'il est complet.

Cocher oui lorsque la conclusion de l'examen du placenta est tracée dans le dossier. La trace d'une délivrance complète (délivrance naturelle complète, délivrance dirigée complète, etc.) est acceptée comme conclusion de l'examen [13].

Critère 51 : la conclusion de l'examen du cordon est notée

Toute anomalie concernant le cordon doit être notée dans le dossier.

### **G. La surveillance du PPI**

En cas de césarienne, la surveillance du PPI n'est pas retranscrite sur le dossier informatique, cocher N.A pour tous les items de cette partie.

Critère 52 à 54 : le pouls et la tension artérielle sont notés au moins une fois dans les deux heures du PPI et la température est notée au moins une fois

Seules les informations relatives à la surveillance en salle de naissances sont à prendre en compte. Dans les deux heures qui suivent l'accouchement cocher NA si la trace de l'élément n'est pas situable dans le temps (ex : heure de la mesure non tracée) [13].

Critère 55 : l'évaluation de la qualité du globe utérin est notée au moins une fois dans les deux heures du PPI

L'évaluation de la qualité du globe utérin avec palpation de l'utérus réalisée dans les deux heures suivant l'accouchement pour vérifier si l'utérus est bien contracté doit être notée [13].

Critère 56 : l'évaluation qualitative et quantitative des pertes sanguines est notée au moins une fois dans les deux heures du PPI

Dans cette partie concernant tous les dossiers d'accouchements, l'évaluation de la perte sanguine peut être quantitative (en ml) ou qualitative : exprimée par des croix (1, 2 ou 3 x), des +, ou des adjectifs (faibles, importantes, physiologiques...) [13].

Critère 57 : les thérapeutiques

Cet item reprend les critères 22 à 27 avec le nom du prescripteur, le nom des médicaments noté en clair, le nom des médicaments selon la DCI, la voie d'administration et la posologie [13].

Concernant la voie d'administration des médicaments dans le PPI, lorsqu'il est noté « 5 UI de Synto dans 250 cc de Nacl » la réponse aux critères est oui, même s'il ne figure pas Intra Veineuse Lente (IVL). Mais lorsque l'on retrouve « RL + 5 UI de Synto », la réponse au critère est non.

Critère 58 : les actes sont notés

Les différents actes du P.P.I. doivent être notés en clair dans le dossier (sondage urinaire évacuateur, expression utérine...) [13].

Critère 59 : évaluation de la douleur

Une évaluation de la douleur doit être notée au moins une fois dans le P.P.I. d'après une échelle de la douleur validée. (Exemple : EVA, EVN) [13, 22].

Critère 60 : examen médical de sortie de salle de naissances

Un examen médical décidant si la patiente peut sortir de la salle de naissances doit être fait systématiquement par un obstétricien ou une sage-femme. Cocher Non s'il est fait mention d'une autorisation de sortie de la patiente de la salle de naissances mais qu'elle n'est pas réalisée par un obstétricien ou une sage-femme, ou si l'information est totalement absente du dossier [13].

Sur cet examen doivent figurer au minimum le pouls, la tension artérielle, l'évaluation de la qualité du globe utérin et l'évaluation des pertes sanguines. Cet examen doit être fait dans les 15 minutes précédant la sortie de la salle de naissances.

Cocher oui lorsque figurent le nom du professionnel, la date et l'heure autorisant la sortie de la salle de naissances.

**Annexe III** : Grille d'évaluation de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (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'Appar à la naissance

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

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 *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III- LA MÈRE</b>			
13. Le comportement de la mère est noté au moins une fois *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Une évaluation de la douleur est notée à chaque examen *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : * - position - longueur - consistance - dilatation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. L'état de la poche des eaux est noté à chaque examen jusqu'à la rupture *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. L'aspect du liquide amniotique est noté à l'entrée ou à la rupture *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. L'analyse des contractions utérines est effectuée à chaque examen *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Sont notés : - la pression artérielle - la température - le pouls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>IV- LE TRAITEMENT</b>			
21. L'heure de la pose de la voie d'abord veineuse est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Le nom du prescripteur est noté pour chaque prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Le nom des médicaments est noté en clair *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. La voie d'administration des médicaments est notée en clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. La posologie est notée en clair *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>V- LES ACTES ET MARQUEURS D'ÉVÈNEMENTS</b>			
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. Les actes sont notés en clair (suite) - l'amnio-infusion - la péridurale et les reinjections - l'anesthésie générale - autres analgésiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



**Annexe IV** : Grille de la Haute autorité de santé (2006).

**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						
<b>OBJECTIF : améliorer la qualité de la tenue du partogramme</b>						
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	

ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)

<b>Date :</b> .....	<b>Établissement/service :</b> .....
<b>N° de la grille :</b> .....	
Nom de l'évaluateur :	
<b>Identification du patient :</b>	<b>les 3 premières lettres</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ou étiquette</b>

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

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

DPA = dossier du patient

**Annexe V : Grille des Indicateurs pour l'amélioration de qualité et de la sécurité des soins (hémorragie du post-partum) (IPAQSS-HPP).**

**GRILLE DE RECUEIL POUR LE THEME PP-HPP**

<b>Informations communes</b>		
PP-HPP 1	Numéro FINESS enquêté	□□□□□□□□
PP-HPP 2	Nom de l'établissement enquêté	_____
PP-HPP 4	Service (ou pôle)	□□□□
PP-HPP 5	Date de la saisie	□□ / □□ / □□□□
PP-HPP 6	Numéro du tirage au sort	□□□
PP-HPP 7	Dossier issu de	<input type="radio"/> la liste accouchement <input type="radio"/> la liste HPP
PP-HPP 8	Age de la patiente	□□□□
PP-HPP DUREE	Durée du séjour	□□
PP-HPP 9	Dossier retrouvé	<input type="radio"/> Retrouvé <input type="radio"/> Non retrouvé (exclusion du thème) <input type="radio"/> Incohérence PMSI (exclusion du thème) <input type="radio"/> Dossier exclu car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées
PP-HPP 10	Date de l'accouchement	□□ / □□ / □□□□ <input type="radio"/> Non retrouvée
PP-HPP 11	Heure de l'accouchement	□□ : □□ <input type="radio"/> Non retrouvée
PP-HPP 12	Type d'accouchement	<input type="radio"/> Voie basse <input type="radio"/> Césarienne
PP-HPP 13	Patiente suivie pour sa grossesse dans l'établissement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
PP-HPP 14	Dossier d'obstétrique informatisé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Partiellement
PP-HPP 15	Si informatisation partielle, préciser	<input type="radio"/> partogramme <input type="radio"/> prescriptions médicamenteuses <input type="radio"/> autres parties

Questionnaire pour les dossiers d'accouchement		
ACC 1	Modalité de la délivrance	O 1 - Délivrance artificielle O 2 - Délivrance non artificielle O 3 - Non retrouvée
ACC 2	Trace d'une Délivrance Dirigée	O Oui O Non
ACC 3	Trace de l'injection prophylactique d'ocytocine	O Oui O Non
ACC 3bis	Vous avez coché non aux deux questions précédentes, est il tracé dans le dossier de la parturiente qu'elle refuse l'injection prophylactique d'ocytocine	O Oui O Non
ACC 4	Si Oui, trace de l'injection au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant ou quelques minutes au maximum après la délivrance	O Oui O Non
ACC 5	Si Oui, trace de :	
ACC 5.1	➤ Heure d'injection	O Oui O Non
ACC 5.2	➤ Dose	O Oui O Non
ACC 5.3	➤ Voie d'administration	O Oui O Non
ACC 6	Conclusion de l'examen du placenta tracée	O Oui O Non
ACC 7	Pouls tracé au moins 1 fois dans les 2h	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 7.1	Si Oui, au minimum 2 fois	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 8	Tension artérielle tracée au moins 1 fois dans les 2h	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 8.1	Si Oui, au minimum 2 fois	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 9	Evaluation de la qualité du globe utérin tracée au moins 1 fois dans les 2h	O Oui O Non O Ne sais pas

ACC 9.1	Si Oui, au minimum 2 fois	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 10	Evaluation qualitative ou quantitative de la perte sanguine tracée au moins 1 fois dans les 2h	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 10.1	Si Oui, au minimum 2 fois	O Oui O Non O Ne sais pas
ACC 11	Trace de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance	O Oui O Non

Questionnaire pour les dossiers d'HPPI		
HPP 1	Trace de l'heure du diagnostic d'HPP	O Oui O Non
HPP 2	Trace en ml de la quantification du saignement au moment du diagnostic	O Oui O Non
HPP 3	L'hémorragie correspondant au diagnostic d'HPP est-elle UNIQUEMENT d'origine cervico-vaginale ?	O Oui O Non O Ne sais pas
Si accouchement par voie basse <b>et suite au diagnostic d'HPP:</b>		
HPP 4	➤ Trace d'une délivrance artificielle	O Oui O Non
HPP 5	➤ Trace d'une révision utérine	O Oui O Non

**Questionnaire établissement  
(à ne remplir qu'une fois)**

Q0	Niveau maternité	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Q1	Présence en secteur de naissance d'un protocole formalisé de prise en charge de l'HPPI	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q2	Mise en place d'une fiche de surveillance rapprochée d'HPP dans les dossiers	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q3	Présence d'un protocole de transfusion disponible au niveau du secteur naissance	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q5	Trace de la mise en œuvre d'une ou plusieurs démarches d'EPP sur le thème d'HPP	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q5.1	Si oui, trace d'un CR précisant la méthode et les étapes réalisées	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q5.2	Si oui, date du dernier CR retrouvé	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Non retrouvée
Q6	Trace de CR de RMM réalisée depuis le 1er janvier 2011 et concernant des dossiers d'obstétrique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q7	Utilisation systématique de sac de recueil lors des accouchements de 2012	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Q7.1	Si oui, sont ils gradués ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Annexe VI : Poster présenté le 16 septembre 2015 à la journée qualité du CHU de la région Auvergne.



# Audit clinique ciblé du dossier obstétrical informatisé (partogramme, accouchement et post-partum immédiat)



ROBAIL Emma (Etudiante sage-femme), GONY Sylvain (Enseignant sage-femme), PERRIER Isabelle (Sage-femme chef de pôle salle de naissances), PERNET Fabien (Sage-femme), LEVMARIE Marie-Christine (Directrice école de sage-femme) VENDITTELLI Françoise (Praticien hospitalier)

## Salle d'accouchement du pôle GORH

### INTRODUCTION

L'obstétrique est un secteur d'activité à risque, et plus particulièrement lors de l'accouchement et de la période du post-partum immédiat. Pour réduire ces risques l'OMS recommande l'utilisation d'outils tels que le partogramme. La Haute autorité de santé, recommande la réalisation d'analyse des pratiques professionnelles sur ces outils.

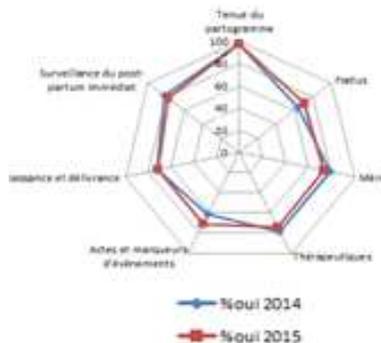


Figure 1 : Comparaison des résultats des deux évaluations.

### Objectif(s) de la démarche

Optimiser la qualité de la tenue du dossier obstétrical informatisé : parties partogramme, accouchement et post-partum immédiat

- > Le critère de jugement est le taux de conformité aux recommandations

### Méthodes utilisées

Audit clinique ciblé (ACC) composé de deux évaluations (la première en juin 2014, la seconde en juin 2015) avec analyse rétrospective réalisée à partir des pièces du dossier obstétrical informatisé.

Toutes les parturientes ayant accouché à la maternité du CHU Estaing au mois de juin 2014 et 2015 ont été incluses. Ont été exclues celles ayant accouché par césarienne avant travail et/ou programmée, ainsi que celles dont le partogramme a débuté le 30 juin mais ayant accouché après ce jour.

#### Référentiels utilisés :

- > Grille de l'ANAES sur l'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme [1].
- > Grille de la HAS : ACC appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme [2].
- > Grille de l'IPAQSS sur l'hémorragie du post-partum [3].

#### Actions d'amélioration entre les deux évaluations (janvier à juin 2015) :

- > Diffusion des résultats de la première évaluation lors d'un staff du pôle GORH.
- > Diffusion des résultats de la première évaluation sur la boîte mail de tous les agents concernés par le remplissage du logiciel Icos®.
- > Affichage en salle de naissance des principaux axes de progression via un poster.

### Résultats

Entre les deux évaluations, on remarque :

- > une amélioration de la tenue du partogramme mais cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,64$ )
- > une détérioration statistiquement non significative des renseignements concernant la naissance et délivrance, ( $p=0,87$ )
- > une détérioration statistiquement significative des renseignements concernant la mère, les thérapeutiques et la surveillance du post-partum immédiat ( $p=9,49 \cdot 10^{-10}$ ;  $p=3,49 \cdot 10^{-4}$ ;  $p=4,16 \cdot 10^{-3}$ )
- > une amélioration statistiquement significative des renseignements concernant le fœtus et les actes et marqueurs d'événements ( $p=6,67 \cdot 10^{-5}$ ;  $p=2,43 \cdot 10^{-10}$ )

### Conclusion

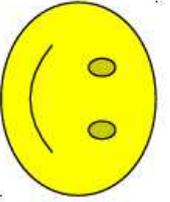
Entre nos deux évaluations ont eu lieu des visites de certification (février 2015), il est possible que celles-ci aient eu un impact sur notre second audit.

Nouvelles actions d'amélioration envisagées : modification du logiciel Icos® en cours, nouveau poster en salle de naissance et staff à la fin de l'étude pour sensibiliser les professionnels.

#### Références :

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Anaes ; Janvier 2000.
2. Haute autorité de santé. Evaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. HAS ; 2006.
3. Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Grille de recueil pour le thème PP-MPP.

**Annexe VII** : Poster affiché en salle de naissances à la maternité de niveau III de la région Auvergne.



**MEMENTO DE LA TENUE DU PARTOGRAMME  
NE PAS OUBLIER ...**

Le comportement de la mère au moins une fois

**À L'ADMISSION**  
L'heure de pose de la VVP

**DANS LE PARTOGRAMME :**

- TA, pouls (V2M) et température (V6M)
- EVA de la douleur (V6)
- L'analyse des contractions (V6)

**Précisez la variété de la présentation**

À chaque examen des la SCDF (sauf si inconscient)

**Précisez (valeur V/heure) :**

- La couleur et la quantité de LA
- Les caractéristiques du RCF

**L'INDICATION DE VOS ACTES**  
(Epistémologie, DVA-EU, RUJ, Leclée, etc)

**En cas d'appel d'un IDG ou du CO de garde, précisez :**

- NOM
- Motif de l'heure d'appel
- Heure d'arrivée

**LES EVENEMENTS**

- Réinjections de VAPP
- Heure du sondage à demeure
- Décision de désarrêter
- Transfert au bloc
- ...

**DANS LE RESUME D'ACCT**

- décrire les modalités de réfection périmétrales et à noter le nom de l'opérateur
- tracer l'évolution, d'origine en cas de DD

**DANS LE PPI**

**JTA 0 thérapeutiques EVA**

Sans oublier de tracer l'examen vaginal déterminant la sortie de la SDN

**NOUVELLES RECOMMANDATIONS :**

Noter les médicaments selon la DCI

## **Résumé :**

Introduction : La Haute autorité de santé demande aux établissements de santé de réaliser des analyses de pratiques professionnelles afin d'améliorer la qualité des soins.

Objectifs : Le but de cette étude était d'optimiser la qualité de la tenue du partogramme. L'objectif secondaire était d'optimiser la qualité de la tenue du chapitre accouchement et post-partum immédiat du dossier obstétrical.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale de type audit clinique menée à la maternité de niveau III de la région Auvergne. Les dossiers analysés de façon rétrospective ont été sélectionnés sur deux périodes (juin 2014 pour la première évaluation, juin 2015 pour la réévaluation). Une grille d'audit a été établie à partir des référentiels de la Haute autorité de santé, de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, et des Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Résultats : 256 dossiers ont été audités pour la première évaluation, 312 pour la seconde. Au total, entre les deux évaluations 12 critères se sont statistiquement améliorés et 18 se sont statistiquement détériorés.

Conclusion : De nombreuses améliorations restent à apporter en termes de qualité de la tenue du partogramme et du chapitre accouchement et post-partum immédiat du dossier obstétrical informatisé, particulièrement pour l'analyse du rythme cardiaque fœtal, l'évaluation de la douleur, l'aspect du liquide amniotique, le motif et l'heure d'appel des médecins, l'heure de transfert au bloc opératoire en cas de césarienne.

## **Summary:**

Introduction: The "Haute autorité de santé" request health establishment facilities to realize professional practicing analysis to improve the quality of their care.

Objective: The purpose of this study was to optimize the quality of the holding of the partogram index card. The secondary objective was to optimize the quality of the holding of the delivery part and immediate post-partum of obstetrical file.

Materials and methods: It was a cross-sectional study (clinical audit) led at the level III maternity unit of Auvergne region. The analyzed files were selected over two periods (June, 2014 for the first assessment, June, 2015 for the reevaluation). An assessment grid was established from the French guidelines : « Haute autorité de santé », « agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé », and « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ».

Results: 256 files were audited for the first assessment, 312 for the second. In total, between the two assessments 12 items improved statistically and 18 deteriorated statistically.

Conclusion: Numerous improvements remain to be made on terms of quality of the holding of the partogram and delivery part and immediate post-partum of computerized obstetrical file, particularly for analysis of the fetal heart rate, evaluation of the pain, aspect of the amniotic fluid, ground and hour-call the physicians and hour-transfer to operating rooms in case of a caesarean.