

GLOSSAIRE

AC : Audit Clinique

ACC : Audit Clinique Ciblé

APD : Analgésie Péridurale

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

CSP : Code de la Santé Publique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DA : Délivrance artificielle

DPC : Développement Professionnel Continu

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAPDE : Rupture Artificielle de la Poche des Eaux

RU : Révision Utérine

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES	10
1 Historique du partogramme.....	11
2 Construction du partogramme.....	15
3 Synthèse des éléments de surveillance materno-foetale.....	16
4 Les rôles du partogramme.....	17
4.1 Aide à la communication.....	17
4.2 Aide à la décision.....	17
4.3 Support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et le développement professionnel continu.....	17
4.4 Document médico-légal.....	18
5 La démarche qualité dans le système de santé.....	19
5.1 Principe	19
5.2 L'Évaluation des Pratiques Professionnelles et les sages-femmes.....	19
6 Les recommandations de l'ANAES sur le partogramme.....	20
6.1 Présentation du partogramme.....	20
6.2 Surveillance fœtale.....	21
6.3 Surveillance maternelle.....	21
6.4 Traitement.....	22
6.5 Actes et marqueurs d'événements.....	22
6.6 Naissance et surveillance immédiate.....	23
MATERIEL ET METHODE	24
1 Population de l'audit clinique ciblé de 2009.....	25
2 Population de l'évaluation des pratiques professionnelles de 2012.....	25
3 Méthode.....	26
4 Analyse statistique du recueil de données.....	27

RESULTATS	28
DISCUSSION	34
1 Analyse de la méthode.....	35
1.1 Les points forts.....	35
1.2 Les points faibles.....	35
2 Analyse des résultats de l'EPP de 2012 versus ACC de 2009.....	37
2.1 Les améliorations non significatives.....	37
2.2 Les améliorations significatives.....	37
2.3 Les diminutions non significatives.....	38
2.4 Les diminutions significatives.....	38
3 Revue de la littérature : analyse EPP 2012 versus AC de l'ANAES.....	39
4 Revue de la littérature : analyse EPP 2012 versus AC Poitiers.....	44
5 Propositions d'amélioration.....	45
5.1 Poursuite de la démarche qualité.....	45
5.2 Formation continue des professionnels.....	46
5.3 Informatisation du partogramme.....	46
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	54
Annexe 1 : Grille de recueil des données.....	55
Annexe 2 : Guide d'utilisation de la grille des critères.....	59
Annexe 3 : Partogramme du CHU d'Angers.....	62

INTRODUCTION

Discipline à haut risque médico-légal, l'obstétrique fait aujourd'hui, de plus en plus, l'objet d'expertises par le monde juridique. Volonté des professionnels, demande croissante des patients de sécurité, c'est dans ce contexte que les démarches de qualité des établissements de santé ont pris leur essor. Ainsi, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (*ANAES*) a promu, dès 2001, un plan d'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme, sous forme d'audit clinique ou d'évaluation des pratiques professionnelles (*EPP*).

Sensibilisée à l'importance de ce document par les sages-femmes, au cours de mes études, j'ai été surprise du manque d'uniformisation entre les professionnels pour son remplissage, avec un nombre important de discordances, quant aux éléments devant y figurer. La réalisation de ce mémoire sur le partogramme, reflet de la qualité de notre travail, m'est apparue comme une opportunité, à la fois pour ma pratique professionnelle future, que pour celle de mes collègues, de remettre à jour les connaissances de chacun. A travers la réalisation d'une *EPP*, me permettant ainsi d'approcher la démarche de recherche, partie intégrante des nouvelles compétences des sages-femmes, c'est, pour moi, l'opportunité d'inscrire cette démarche dans celle de la Formation Médicale Continue (*FMC*), obligation déontologique et médicale de notre profession.

L'étude, que nous avons menée a pour objectif d'évaluer la qualité de la tenue du partogramme, au Centre Hospitalier Universitaire (*CHU*) d'Angers. Suite à un audit clinique ciblé réalisé en 2009, elle fait un constat des pratiques actuelles pour mieux apprécier la progression de la maternité, et pérenniser la démarche de qualité, mise en place en 2009, auprès des professionnels de la maternité.

Après avoir exposé la méthodologie de notre étude, nous en analyserons les résultats, et discuterons de nos pratiques, en nous comparant à deux études, l'une réalisée par l'*ANAES* au niveau nationale, l'autre réalisée au *CHU* de Poitiers, dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme.

RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

1 Historique du partogramme

En 1954, l'obstétricien américain E. Friedman est le premier à s'intéresser à l'analyse graphique de l'évolution du travail (1). Ses recherches, se basant sur près de 10000 dossiers ont permis d'évaluer les modifications cervicales en fonction de la durée du travail et d'aboutir à l'élaboration du premier graphique de travail : *le cervicographe* (2).

C'était, pour lui, une manière simple, objective et reproductible d'évaluer la progression du travail.

De ses travaux, il a ainsi divisé le travail en deux phases:

- **la phase de latence**, au cours de laquelle le col s'efface et se dilate jusqu'à 3cm. La durée moyenne est de 8 à 10 heures chez la primipare, et de 5 à 6 heures chez la multipare ;
- **la phase active**, caractérisée par l'accélération de la dilatation de 3 à 10 cm, à laquelle suit une période de décélération (ou *d'inertie*) qui précède l'expulsion. En moyenne, elle dure 5 heures (+/- 3 heures) pour la primipare, et 2 heures 30 (+/- 1 heure 30) pour la multipare. Le stade d'inertie fera, par la suite, l'objet de contestation par ses confrères (3).

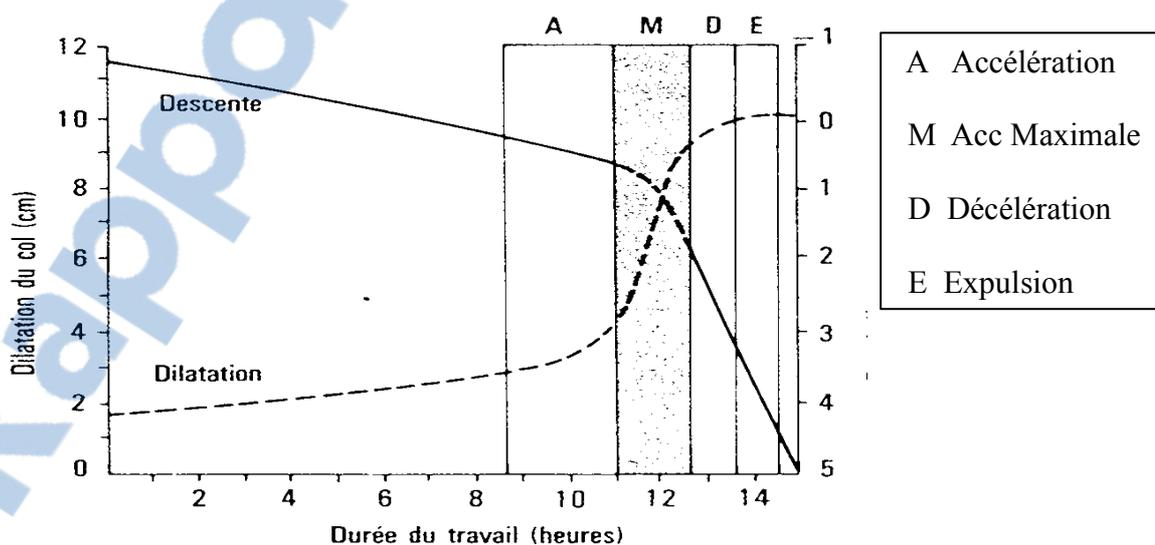


Figure 1: Les différents temps du travail d'après Friedman (4)

En 1960, l'obstétricien français Michel Lacomme (5) ajoute au *cervicographe* les éléments de surveillances maternelles et fœtales. C'est ainsi qu'il prend le nom de *diagramme d'accouchement*.

Outre la dilatation cervicale, il s'agit d'un tableau contenant des informations relatives à :

- la présentation fœtale ;
- l'état de la poche des eaux ;
- l'analyse des contractions utérines ;
- les bruits du cœur fœtal ;
- l'emploi de thérapeutiques,

en fonction du temps écoulé.

Le remplissage horaire, à travers les examens successifs, permet « une vue d'ensemble de la marche du travail » et d'enregistrer les éléments susceptibles d'avoir une incidence sur son évolution.

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)			presque effacé			7cm	9cm	C		
Présentation		tête fixée				sommet engagé	appuié sur le col	descendu sur le périnée		
Poche des eaux						Rupture des membranes				
Rythme		8'			4'	3' 1/2	3' 1/2	3'		
Contractions	Début									
Bruits du cœur		+			+	+	+	+		
Thérapeutique										

Figure 2: Le diagramme de Lacomme (5)

Par la suite, Philpott conçoit, en 1972 avec ses travaux élaborés en Rhodésie (6), un nouveau partogramme seulement composé de la représentation graphique de la surveillance du travail : **le monogramme à deux lignes**.

Il comprend:

- **une ligne d'alerte**, basée sur la vitesse minimale de la dilatation du col de 1 cm par heure. Cette ligne interpelle les professionnels de la présence d'une anomalie ;
- **une ligne d'action**, parallèle à la première et décalée de 4 heures. Tout croisement avec la courbe de dilatation impose une intervention immédiate.

Par ce seul moyen visuel, Philpott cherche à fournir un moyen de diagnostic simple, fiable et facilement compréhensible par le personnel des « maternités de brousse » souvent peu formé pour dépister, au plus tôt, les éléments pathologiques du travail. Il a ainsi permis de diminuer l'incidence de la prolongation du travail ainsi que le taux de mortalité périnatale.

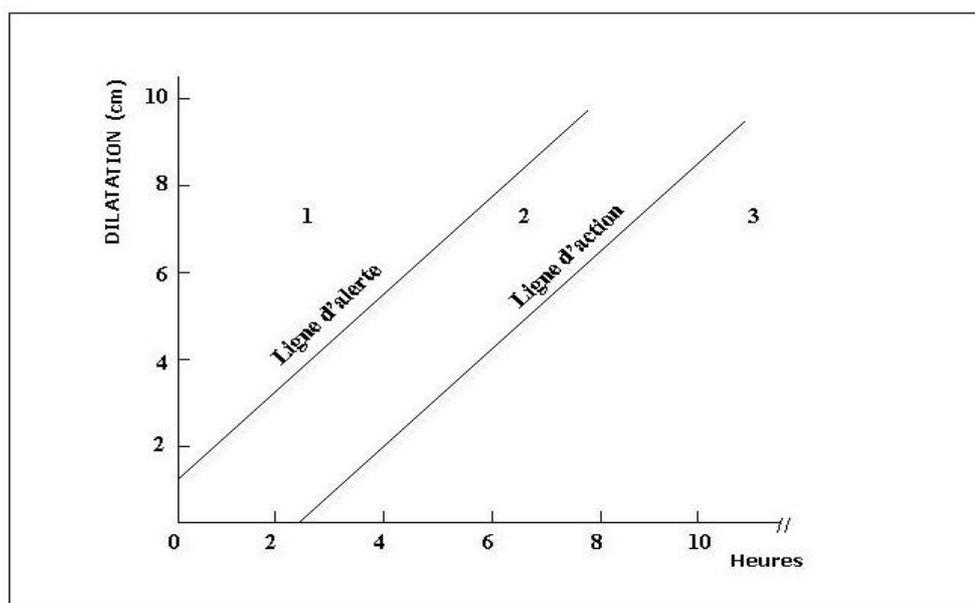


Figure 3: Le partogramme à deux lignes d'après Philpott (6)

Ses travaux inspirèrent de multiples partogrammes, dont celui proposé par , en 1975, à une seule ligne d'alerte (7), et celui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (8) dans le cadre de son programme de santé maternelle, actuellement, très répandu dans les pays du tiers-monde.



Dans les pays occidentaux, le partogramme s'est étendu dans les années 70, variant dans le fond et la forme selon les maternités. C'est désormais un outil indispensable dans la pratique actuelle de l'obstétrique.

2 Construction du partogramme

Le diagnostic de début de travail a toute son importance pour une prise en charge obstétricale adaptée. Il permet de débiter la partogramme au moment opportun. On le pose devant l'apparition de contractions utérines douloureuses régulières en intensité, en fréquence (minimum, deux par 10 minutes), associées à des modifications cervicales franches (*effacement du col et dilatation à 3 cm pour la primipare, 4 cm pour la multipare*) (5,11).

En effet, plusieurs études (9,10) ont démontré que « *la façon dont l'information médicale est présentée peut influencer les décisions des médecins. Ainsi, en modifiant les échelles des axes et en prenant en compte la phase de latence, les conduites à tenir changent* » (9). Autrement dit, les interventions sont plus fréquentes si les courbes de progression du travail apparaissent plus plates et si la phase de latence est incluse. Il est ainsi admis, par de nombreux , qu'elle ne doit pas figurer sur le partogramme.

C'est pourquoi l'OMS et l'ANAES ont établis des recommandations sur la mise en place du partogramme, soit :

- **à partir de 3 cm** de dilatation cervicale (début de la phase active du travail) ;
- au début du **déclenchement artificiel du travail** (rupture artificielle de la poche des eaux **RAPDE** ou mise en place d'ocytociques) ;
- à la pose de **l'analgésie péridurale**.

La partie graphique du partogramme est constituée de deux courbes:

- **une courbe ascendante**, représentant la dilatation cervicale, où l'abscisse correspond à l'échelle du temps du travail.(*habituellement, 1 cm correspond à 1 heure*). L'ordonnée exprime la dilatation cervicale en cm (*1 graduation= 1 cm de dilatation*) ;
- **une courbe descendante**, représentant la progression du mobile fœtal dans le bassin maternel. L'axe des ordonnées est gradué avec différents niveaux, espacés par des intervalles réguliers (*présentation haute et mobile, appliquée, fixée, engagée partie haute, partie moyenne, partie basse*).

A chaque examen, le professionnel reporte ses résultats sur le graphique, construisant les deux courbes au fur et à mesure.

Élément de diagnostic précoce d'une dystocie au cours du travail, le partogramme implique un remplissage rigoureux, pour une « juste » interprétation (5).

3 Synthèse des éléments de surveillance materno-foetale

Outre la partie graphique, le partogramme est constitué d'un tableau permettant le recueil horaire des principales données sur l'état de la mère et du fœtus.

Il n'existe pas de texte réglementaire précis définissant et encadrant les éléments obligatoires devant figurer sur la partogramme. Souvent, ils varient selon les équipes médicales. L'article R.710-2-1 du Code de la Santé Publique (*CSP*) (12) ne mentionne que l'obligation d'un compte rendu opératoire dans le dossier médical.

Cependant, dans la bibliographie et selon l'avis des professionnels, un certain consensus est retrouvé sur les éléments de surveillance (13,14).

On retrouve usuellement des observations concernant:

- l'état de la mère ;
- l'état du fœtus ;
- la surveillance obstétricale ;
- les thérapeutiques et actes réalisés ;
- les événements majeurs.

Ces éléments seront explicités dans la partie concernant la présentation des critères d'évaluation de l'ANAES.

Le graphique se termine à la dilatation complète, mais il paraît pertinent d'y inscrire l'expulsion, la délivrance et la surveillance obstétricale du post-partum immédiat.

4 Les rôles du partogramme

4.1 Aide à la communication

Comme tout élément du dossier médical, le partogramme permet de faire le lien entre les nombreux intervenants en salle de naissance (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, internes, pédiatres et étudiants). Support des transmissions, il se veut être un témoin fidèle et objectif du travail.

4.2 Aide à la décision

Comme cité précédemment, le partogramme, de part les éléments qu'il renseigne et son aspect graphique, permet une visualisation rapide, globale et synthétique de la progression du travail de chaque patiente.

Il permet de vérifier le bon déroulement du travail et d'en dépister précocement toute anomalie. C'est un outil d'aide à la prise en charge optimale, à la pose de conduite à tenir, gage de la qualité et garantissant la sécurité materno-fœtale.

Plusieurs études (9,15) ont démontré que l'introduction du partogramme dans les pays en voie de développement a permis de diminuer le nombre de prolongation excessive du travail et ainsi de réduire la mortalité et la morbidité materno-foetale.

4.3 Support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et le développement professionnel continu

Le caractère pédagogique du partogramme a pu être démontré, par le succès des campagnes de l'OMS sur la formation des personnels de maternité dans les pays du tiers-monde (16).

Que ce soit de part son analyse au cours du travail ou bien de manière rétrospective lors de réunions d'équipes, c'est un support majeur dans l'enseignement des étudiants (sages-femmes et médecins)

De plus, c'est une source d'informations pour la recherche clinique (17, 18) et le Développement Professionnel Continu (DPC) (19, 20, 21), point important de la démarche scientifique de la profession médicale, par laquelle le corps des sages-femmes doit se distinguer.

4.4 Document médico-légal

L'obstétrique est aujourd'hui une discipline à haut risque médico-légal. Le partogramme est le support principal d'expertise du dossier obstétrical en matière de responsabilité médicale.

Bien qu'il n'y ai aucun texte réglementaire précis définissant et encadrant le partogramme, il semble trouver un fondement juridique dans les dispositions du Code de la Santé Publique régissant le dossier médical du patient, et notamment dans l'article R.1112-2 (22) :

"Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

- *les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment : [...]*
- *les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ; [...]*
- *le compte rendu opératoire ou d'accouchement ».*

Le Pr Southoul, expert dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique, considérait le partogramme comme « *un des moyens de protection et de démonstration, a posteriori d'un art obstétrical irréprochable* » (23).

La rigueur de sa tenue est essentielle pour permettre la compréhension des faits et retracer la chronologie des événements par les experts judiciaires.

5 La démarche qualité dans le système de santé

L'évolution constante des progrès de la médecine, mais aussi les exigences économiques, sociales et juridiques, ont imposé aux professionnels de santé l'acquisition croissante de connaissances et le perfectionnement de leurs compétences.

5.1 Principe

Ayant pour rôle d'encadrer et de pérenniser la dynamique de qualité dans les établissements de santé, la Haute Autorité de Santé (*HAS*, initialement l'ANAES) a pour mission principale de favoriser ces actions d'auto-évaluations des professionnels et des établissements, en ayant recours notamment à l'accréditation des établissements de santé et à la FMC (24,25). Ces procédures sont à la fois encadrées par le CSP (26) et le Code de Déontologie de la profession (27), comme « *une obligation déontologique et [...] elle relève de la responsabilité individuelle de chaque sage-femme et de la responsabilité collective de la profession* ».

Les méthodes pour y satisfaire sont multiples : publication d'articles scientifiques, revue de dossiers, formation individuelle ou en groupe, réalisation d'audits cliniques et évaluation des pratiques professionnelles... (28)

5.2 L'Évaluation des Pratiques Professionnelles et les sages-femmes

L'EPP est défini comme : « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et [qui] inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.* » (29).

Profession médicale, la sage-femme se doit de répondre aux exigences, à la fois déontologique et réglementaire (20,21), en mettant en œuvre des démarches d'amélioration des pratiques, individuelles ou collectives, uni ou pluridisciplinaires.

C'est à elles qu'il est notamment revenu le soin de veiller à la tenue du partogramme, outil essentiel d'un point de vue médico-légal. Il est un des reflets de la qualité de la prise en charge materno-foetale. A ce titre, il intervient en première ligne dans les démarches d'EPP et d'amélioration de la qualité des soins. Son étude permet d'identifier objectivement les dysfonctionnements et d'envisager des solutions d'améliorations.

Menée sous la forme d'audit, elle permet aussi à la profession d'accéder à la recherche scientifique, démarche à laquelle les sages-femmes se doivent de s'investir.

6 Les recommandations de l'ANAES sur le partogramme

Aucun texte juridique ne définit les éléments de surveillance devant figurer sur le partogramme. Devant ce manque, l'ANAES a établi, en Janvier 2000, des recommandations précises (30). Trente six critères ont été identifiés et validés par des experts du milieu obstétrical, et classés par items (Annexe 1) comme suit :

6.1 Présentation du partogramme

■ **Critères 1,2 et 3 :**

Ils évaluent le bon état du support papier et sa lisibilité. Les écrits doivent être à l'encre indélébile, et il ne doit pas y avoir de trace de camouflage.

■ **Critère 4 :**

S'il ne fait pas partie intégrante du dossier médical, le partogramme doit y être solidement fixé et comporter l'identité de la mère.

■ **Critère 4bis :**

L'identité civile de la mère doit toujours y être inscrite, c'est-à-dire son nom de jeune fille, son nom marital, sa date de naissance. Une étiquette administrative comportant tous ces éléments peut être utilisée.

■ **Critère 5 :**

Le nom de tous les intervenants doit y figurer « *y compris lors des changement d'équipes* » afin de « *faciliter une éventuelle recherche de responsabilité* » (30).

■ **Critère 6 :**

Il doit figurer sur le partogramme la date, l'heure du début de travail et les modalités de mise en travail (spontané ou artificiel), qui auront ici leur intérêt pour expliquer l'allure graphique du partogramme qui peut s'en trouver modifiée.

■ Critères 7 et 8 :

Le graphique du partogramme est un élément important pour la prise de décisions au cours du travail. Ainsi, les examens respecteront un rythme horaire et leurs heures seront notées précisément afin de pouvoir construire des courbes fiables.

L'ANAES précise que « *en cas de déclenchement avec un score de Bishop défavorable, l'ensemble de la surveillance doit pouvoir figurer sur le partogramme* » (30).

6.2 Surveillance fœtale

■ Critères 9 à 11 :

La surveillance fœtale s'effectue par l'évaluation de la progression du mobile fœtale, le diagnostic de présentation et de variété tout au long du travail. L'ANAES précise que « *son degré de flexion et d'asynclitisme [...] sont eux aussi mentionnés sur la partogramme. Un schéma représentant la variété de présentation est accepté* » (30).

■ Critère 12 :

L'enregistrement et l'analyse du rythme cardiaque fœtal permet de juger de la vitalité fœtale. A chaque examen, le professionnel doit préciser « *la normalité de ce tracé ou les anomalies trouvées* » (30). L'ANAES précise que des scores peuvent être utilisés afin d'en faciliter l'interprétation.

6.3 Surveillance maternelle

■ Critères 13 à 20 :

Elle est à la fois physique et psychique, et comprend des élément concernant :

- l'état général et la prise des constantes (*température, pouls et pression artérielle*). Elles doivent être notées à chaque examen, après la pose de péridurale, ou bien en fonction du contexte clinique, mais au moins une fois pour toute la durée du travail ;
- l'analyse de la dynamique utérine (*fréquence, intensité et durée des contractions, relâchement utérin*) ;
- l'appréciation du col (*position, degré d'effacement, consistance et dilatation*) ;
- l'état de la poche des eaux, à chaque examen et ce jusqu'à la rupture. Le liquide sera qualifié en fonction de son abondance, sa couleur et si besoin de son odeur.

Devront aussi figurer des mentions concernant le comportement maternel, son état d'anxiété et sa tolérance à la douleur (avec une évaluation de la douleur à chaque examen).

6.4 Traitement

■ Critères 21 à 25 :

Le nom du prescripteur doit figurer pour chaque prescription, avec le nom du médicament, sa posologie (explicitée sous la forme suivante : unité, dilution et débit) et sa voie d'administration clairement notée. Ceci est encadré par un texte de loi précisant que « *toute prescription doit être signée, et la signature authentifiable* » (31). Les sages-femmes sont compétentes à satisfaire à cette obligation dans la limite de leur droit de prescription des médicaments (31).

L'ANAES précise que les abréviations, usuellement utilisées dans le service, peuvent être inscrites sur le partogramme.

L'heure de la pose de la voie veineuse périphérique doit aussi y être mentionnée.

6.5 Actes et marqueurs d'événements

■ Critères 26 et 27 :

Les actes et les moyens de surveillance mis en place au cours du travail doivent-être consignés sur la partogramme :

- le sondage urinaire ;
- la rupture de la poche des eaux (spontanée ou artificielle) ;
- la pose d'une tocographie interne ;
- la pose d'électrode de scalp, le pH in utéro, l'oxymétrie de pouls fœtal ;
- l'amnio-infusion ;
- l'analgésie péridurale, l'anesthésie générale, les autres analgésies.

Les heures d'appels et d'arrivées des médecins, l'heure de décision et l'indication de la césarienne et l'heure de transfert au bloc opératoire doivent aussi être notées.

6.6 Naissance et surveillance immédiate

■ Critères 28 à 36 :

Il doit figurer sur le partogramme :

- l'heure de début des efforts expulsifs ;
- la date, l'heure et le mode d'accouchement (expulsion spontanée, extraction instrumentale et son indication, césarienne et son indication, manœuvres obstétricales si nécessaires) ;
- le mode de délivrance, avec l'indication de la délivrance artificielle et/ou de la révision utérine si nécessaire ;
- l'état du périnée et les modalités de réfection ;
- le sexe, le poids, l'Apgar et le prénom du nouveau-né (*pH au cordon selon les protocoles du service*) ;
- la surveillance de l'accouchée (*globe utérin, état général avec les constantes, volume des pertes sanguines*).

L'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme, au C.H.U d'Angers, s'est réalisée à partir des recommandations citées ci-dessus. Elles ont servi de support de base et de référence à l'étude qui va suivre.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons effectué une étude rétrospective d'évaluation des pratiques professionnelles, dans la maternité de niveau III du CHU d'Angers. Cette évaluation fait suite à l'audit clinique ciblé (ACC) mené en 2009, dans la même maternité.

Ces deux études avaient pour but d'évaluer la qualité de la tenue du partogramme, c'est-à-dire le graphique de la progression du travail et les éléments de surveillance materno-fœtale, selon les critères validés par l'ANAES.

Dans un premier temps, un recueil de données a été réalisé sur une période de 4 mois allant du 1er mai au 31 août 2012, et correspondant à la période d'évaluation de notre population témoin. Puis, les résultats obtenus ont été confrontés à ceux de l'ACC de 2009.

1 Population de l'audit clinique ciblé de 2009

La méthodologie de notre population témoin reprend l'évaluation en trois temps d'un audit clinique :

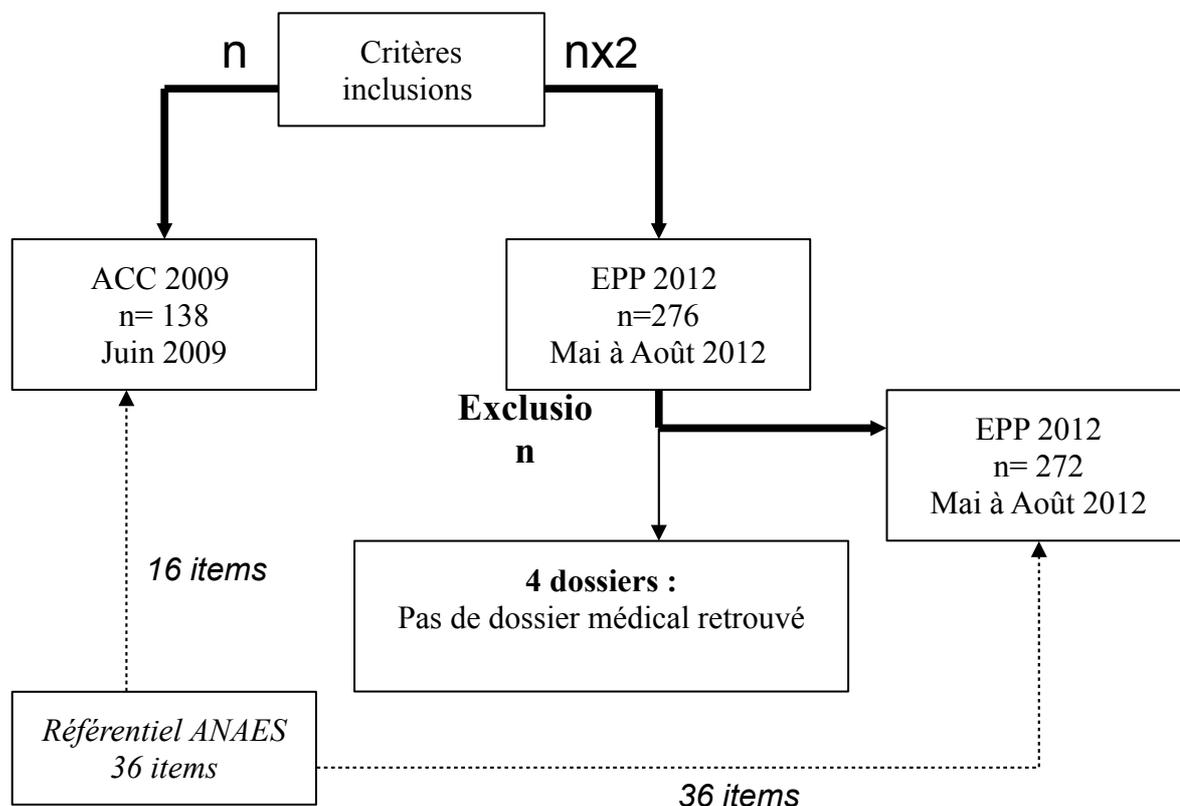
- Une première évaluation sur 152 dossiers avait permis de mettre en avant et de prendre conscience des lacunes qui existaient sur le partogramme d'étude ;
- Le deuxième temps consistait à informer l'équipe de la maternité des résultats. C'est ce qui a été réalisé le 07 mai 2009 grâce à un « *staff* », qui avait permis de déboucher sur la réalisation d'un partogramme plus exhaustif ;
- Enfin, une réévaluation à distance, sur 138 dossiers, a permis d'évaluer la pertinence de ce nouveau document, toujours utilisé aujourd'hui à la maternité. Les 36 items édités par l'ANAES n'ont pas été repris en totalité : seuls 16 références ont été jugées lors de cette réévaluation.

C'est cette seconde population qui nous servira de population témoin pour notre étude.

2 Population de l'évaluation des pratiques professionnelles de 2012

Afin de pouvoir comparer les deux études, nous avons choisi d'utiliser les mêmes critères d'inclusion que ceux de 2009. Ainsi, toutes les patientes incluses devaient être primipares ayant une grossesse monofoetale avec un fœtus en présentation céphalique. Le travail devait débiter de manière spontanée avec une issue par voie basse. Tous les dossiers ne répondant pas à l'ensemble de ces critères étaient exclus.

Nous avons choisi de doubler l'effectif de 2012 par rapport à celui de 2009 afin de garantir la puissance statistique de notre étude. Le recrutement a été réalisé par le cadre de gestion du pôle Femme Mère Enfant après communication des critères d'inclusion. Trois cent cinquante quatre (354) dossiers correspondaient à nos critères dans la période donnée. Pour constituer notre population d'étude nous avons sélectionné les 276 premiers de la liste.



3 Méthode

Le guide d'évaluation de l'ANAES et le référentiel qu'il contient sur la tenue du partogramme ont servi de support à notre étude (annexes I et II). Nous avons étudié les 36 paramètres figurant sur ce guide. La réponse à certains critères pouvait parfois nécessiter l'analyse du dossier de la patiente (dossier médical, l'Enregistrement du Rythme Cardiaque Foetal *ERCF* et le dossier pédiatrique) si leur absence sur le partogramme semblait anormale, au moment du recueil.

Pour compléter la grille, 3 réponses étaient proposées pour chaque critère :

- « OUI » quand le critère évalué correspondait aux attentes ;
- « NON » quand le critère évalué ne correspondait pas aux attentes ;
- « NA » (Non Adapté) quand le critère n'était pas représenté sur le partogramme.

4 Analyse statistique du recueil de données

Le recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel « *Open Office Calc* », version 3.3.

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel d'épidémiologie en ligne « OpenEpi ». Pour comparer deux valeurs qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi Square et le test exact de Fisher, lorsqu'une valeur attendue était inférieure à 5.

Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives, pour une valeur de p inférieure à 0,05.

RESULTATS

Les résultats significatifs apparaissent :

- en gris foncé, lorsqu'il y a une amélioration des pratiques ;
- en gris clair, lorsqu'il y a une détérioration des pratiques.

Les cases non remplies pour l'ACC de 2009 correspondent à une absence de données pour les critères concernés.

Tableau I : Présentation du partogramme

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	P
Le support papier est en bon état	(96) 260/272		
Les écrits sont tous lisibles	(94) 255/272		
Les écrits sont tous indélébiles	(87) 236/272	(87) 120/138	NS
Le partogramme est fixé dans le dossier	(57) 156/272		

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
dc : Effectif total pour chaque critère

Tableau II : Identifications des personnes

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	P
L'identité civile de la mère est notée	(94) 255/272	(93) 120/138	NS
Le nom de la sage-femme est noté	(58) 159/272	(98) 135/138	<0,005
Le nom de l'anesthésiste est noté	(84) 202/240	(65) 68/105	<0,005
Le nom du pédiatre est noté	(5) 2/37	(0) 0/0	
Le nom du stagiaire est noté	(94) 100/106	(81) 92/114	<0,005

Ici, le critère « *nom du pédiatre* » renseigné à hauteur de 0% s'explique par le fait que lors de l'ACC de 2009, le pédiatre n'a été requis dans aucun dossier.

Tableau III : Chronologie du travail

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
La date et l'heure sont notées sur le partogramme	(98) 266/272		
La modalité de déclenchement est notée	(49) 132/272		
L'horaire de chaque examen est noté	(87) 233/267	(85) 117/138	NS
Respect rythme horaire	(88) 240/269	(75) 104/138	<0,005

Tableau IV : Surveillance du fœtus

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
La présentation du fœtus est notée	(76) 206/272		
La variété de présentation est notée à la RPDE	(76) 125/164		
La variété de présentation est notée après la RPDE	(87) 221/255	(25) 35/138	<0,005
Le niveau de présentation est noté	(100) 272/272	(100) 138/138	1
Le rythme cardiaque fœtal est commenté	(95) 259/272	(86) 119/138	<0,005

Tableau V : Surveillance de la mère

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
Le comportement de la mère est noté	(94) 255/272		
L'évaluation de la douleur est notée	(37) 101/272	(12) 17/138	<0,005
La pression artérielle est notée	(84) 225/267		
La température est notée	(44) 120/267	(14) 19/138	<0,005
Le pouls est noté	(84) 222/267		

Tableau VI : Surveillance obstétricale :

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	P
L'état de la PDE jusqu'à la rupture est noté	(89) 123/178		
L'aspect du liquide amniotique est noté	(99) 264/268		
L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée	(22) 60/267		
L'analyse des contractions utérines est notée	(97) 261/270	(94) 130/138	NS
La surveillance du col utérin est notée	(84) 229/270		

Tableau VII: Les thérapeutiques

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	P
L'heure de pose de voie veineuse est notée	(63) 170/269		
Le nom du prescripteur est noté	(93) 212/225	(100) 88/88	<0,005
Le nom des médicaments est noté	(97) 218/225	(61) 54/88	<0,005
La voie d'administration des médicaments est notée	(79) 178/225		
La posologie est notée	(49) 110/225	(62) 55/89	NS

Tableau VIII: Les actes réalisés au cours du travail

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	P
Le sondage urinaire est noté	(79) 168/213		
La rupture des membranes est notée	(94) 152/161		
La pose de tocographie interne est notée	(100) 11/11		
Le pH in utéro est noté	(80) 4/5		

Tableau VIII: Les actes réalisés au cours du travail (suite)

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
L'analgésie péridurale et ses réinjections sont notées	(94) 228/242		
L'anesthésie générale est notée	(60) 3/5		
Les autres analgésies sont notées	(76) 16/21		

N'apparaissent pas dans ce tableau les données concernant la pose d'électrode de scalp, l'oxymétrie de pouls fœtal, et l'amnio-infusion car aucun dossier n'a été évalué sur ces critères en 2009 et 2012.

Tableau IX: Chronologie des événements

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
L'heure d'appel et d'arrivée de l'obstétricien sont notées	(8) 7/97		
L'heure d'appel et d'arrivée de l'anesthésiste sont notées	(3) 1/38		
L'heure d'appel et d'arrivée du pédiatre sont notée	(0) 0/24		

Tableau X: La naissance

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
Le début des efforts expulsifs est noté	(54) 144/269	(69) 91/132	<0,005
L'expulsion spontanée est notée	(97) 256/265		
L'extraction instrumentale et son indication sont notées	(25) 1/4		
Les manœuvres sont notées	(100) 4/4		
L'état du périnée est noté	(13) 36/272		

Tableau XI : Le nouveau-né

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
La date et l'heure de naissance sont notés	(85) 232/272		
Le sexe, le poids et l'Apgar sont notés	(44) 119/272		
Le pH au cordon est noté	(89) 234/264		

Tableau XII : La délivrance

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
L'heure et le mode de délivrance sont notés	(78) 212/272		
L'indication de DA/RU est notée	(65) 11/17		
La révision utérine est notée	(76) 29/38		
L'indication de la RU est notée	(74) 28/38		

Délivrance artificielle (*DA*)

Révision utérine (*RU*)

Tableau XIII : La surveillance immédiate

	EPP 2012 (%) n/dc	EPP 2009 (%) n/dc	p
La surveillance de l'utérus de l'accouchée est notée	(4) 10/272		
La surveillance des saignements de l'accouchée est notée	(2) 5/272		
La surveillance des constantes de l'accouchée est notée	(9) 24/272		

DISCUSSION

1 Analyse de la méthode

1.1 Les points forts

Notre étude a permis de faire une réévaluation de la qualité de la tenue du partogramme suite à celle de 2009, temps indispensable dans la démarche de sécurité et de qualité des établissements de santé. Elle permet aussi de juger, à posteriori, de la pertinence des actions de correction qui avaient été mises en place, à la suite de la diffusion de l'ACC aux professionnels de la maternité.

Pour une telle étude, l'ANAES recommandait dans son guide de prendre un échantillon de 50 à 100 dossiers. Nous avons choisi d'évaluer 276 dossiers, afin d'avoir une comparabilité 2/1 par rapport à l'ACC de 2009 et ainsi garantir la puissance statistique.

Cette évaluation était menée de manière rétrospective, conformément aux recommandations de l'ANAES. Ainsi, par cette méthode, les sages-femmes n'ont pas pu modifier leurs pratiques, comme cela aurait pu être le cas dans une démarche prospective, biaisant les résultats.

De plus, étant seul juge dans l'appréciation des dossiers, l'interprétation des différents critères conserve une certaine cohérence.

Il est important aussi de rappeler que les conditions de travail depuis 2009 se sont améliorées. Deux postes de sages-femmes ont été créés pour assurer la régulation au sein du réseau de périnatalité et la gestion des césariennes au bloc obstétrical. La restructuration des salles de naissance offre désormais un espace de travail à la hauteur des 4300 naissances annuelles.

1.2 Les points faibles

La méthodologie utilisée peut être soumise à la critique. Notamment, la représentativité de notre population choisie peut-être discutée sur les critères d'inclusion restrictifs et sur l'absence d'une méthode d'échantillonnage. Nous n'avons pas réalisé d'étude prospective n'a été réalisée afin de tester la grille et le guide d'évaluation. Ceci a pu entraîner une mauvaise appréciation de notre part des critères et/ou des données du partogramme.

On peut aussi se demander si les critères d'évaluation étaient suffisamment précis afin que l'opérateur ne fasse pas intervenir sa propre subjectivité. Cela a pu avoir un impact sur les résultats, tant vers une amélioration qu'une dégradation de la tenue du partogramme. Pour exemple, concernant l'item « *nom de la sage-femme* », celui-ci était considéré comme valide, dès lors que figurait la qualité de sage-femme (« *SF* ») avec soit son nom complet ou ses initiales.

Il faut noter le turn-over important, depuis 3 ans, au sein de l'équipe de sages-femmes, suite à la création de plusieurs postes. La population recrutée est constituée de « jeunes » sages-femmes, récemment diplômées. Toutes n'ont pas bénéficié des actions correctives de 2009, quant à la tenue du partogramme. On peut donc se demander, si les résultats constatés sont dus aux changements d'équipe ou bien à la pérennité des actions correctives de 2009. Cependant, cela peut aussi être un atout, avec des professionnels récemment formés aux recommandations, lors de leur formation initiale.

Le contexte d'urgence et la surcharge de travail peuvent être des facteurs défavorables à un remplissage soigneux du partogramme. Or l'étude porte en partie sur une période de forte activité avec un pic de naissance en juillet et en août. On peut donc penser que les résultats s'en sont trouvés modifiés. D'autant plus, que la charge de travail assignée à chaque sage-femme a augmenté depuis 2009, avec l'introduction du dossier informatique. En effet, il revient à la sage-femme de salle de naissance de « créer » et compléter l'identité et les informations concernant la patiente et son nouveau-né pour le suivi du dossier informatisé en suites de couches.

2 Analyse des résultats de l'EPP de 2012 versus ACC de 2009

2.1 Les améliorations non significatives

Par ordre décroissant, il s'agit de:

- *l'horaire des examens*, passé de 85% à 87% en 2012 ;
- *les écrits indélébiles*, inchangé à 87% en 2009 et 2012 ;
- *l'identité civile de la mère*, passée de 93% à 94% en 2012, en lien avec le projet d'établissement lancé avant 2009, et signe d'une bonne observance de la part des professionnels ;
- *l'analyse des contractions utérines*, passée de 94% à 97% en 2012 ;
- *le niveau de la présentation*, inchangé et présent dans tous les dossiers.

2.2 Les améliorations significatives

Neuf critères évalués ont bénéficié d'une amélioration significative et sont de bonne qualité :

- *Le nom de l'anesthésiste quand la situation le nécessite*, passé de 65% à 84% en 2012 ($p=0,00003$) ;
- *Le nom du stagiaire, quand la situation le nécessite*, passé de 81% à 94% en 2012 ($p=0,001$) ;
- *Le remplissage du partogramme respectant un rythme horaire*, passé de 75% à 88% en 2012 ($p=0,0001$) ;
- *La variété de la présentation notée à chaque examen après la rupture*, passé de 25% à 87% en 2012 ($p<0,0000001$) ;
- *Le rythme cardiaque fœtal commenté à chaque examen*, passé de 86% à 95% en 2012 ($p=0,0007$) ;
- *Le nom des médicaments noté en clair*, passé de 61% à 97% en 2012 ($p<0,0000001$).

Toutefois, sur ces neuf critères, trois paramètres restent encore insuffisants, malgré leur amélioration significative :

- *Le nom de l'obstétricien, quand la situation le nécessite*, passé de 9% à 23% ($p=0,004$) ;
- *L'évaluation horaire de la douleur maternelle*, passée de 12% à 37% en 2012 ($p<0,0000001$), signe de la volonté du service de travailler sur la mise en évidence de la douleur par un graphique en plus de celui de la dilatation et de la progression du mobile fœtal, pour une meilleure prise en charge de celle-ci ;
- *La température*, passée de 14% à 44% en 2012 ($p<0,0000001$).

Notre étude a aussi mis en avant une perte dans la qualité des pratiques professionnelles, avec 4 critères évalués qui subissent une diminution, qu'elle soit significative ou non.

2.3 Les diminutions non significatives

Ceci concerne deux items pour lesquels les données étaient disponibles en 2009 et 2012 :

- *La posologie*, passée de 62% à 49% en 2012. Cet item devait être explicité sous la forme suivante : unité, dilution et débit. Dans les dossiers, ces informations étaient souvent incomplètes, d'où une diminution de sa qualité.
- *Le nom du prescripteur*, qui bien que soit tout de même très satisfaisant, est passé de 100% à 93% en 2012.

2.4 Les diminutions significatives

Il s'agit de :

- *Le nom de la sage-femme*, passé de 98% à 58% en 2012 ($p<0,0000001$). Il est important de préciser que pour ce critère, le nom était très souvent noté sur le partogramme, mais pas la qualité de sage-femme. Or ces deux éléments étaient nécessaires afin de valider l'item. Une attention particulière doit y être portée par les étudiants sages-femmes, qui bien souvent à partir d'un certain niveau d'étude remplissent la plus part des partogrammes.
- *Le début des efforts expulsifs*, passé de 69% à 54% en 2012 ($p=0,002$).

Au total, nous pouvons affirmer que la qualité de la tenue du partogramme, au CHU d'Angers, s'est significativement améliorée et est globalement satisfaisante, bien que certains critères doivent l'objet d'efforts supplémentaires.

Les lacunes persistantes semblent dues, vraisemblablement, à un manque de connaissance des recommandations (certains critères n'étaient remplis que partiellement au vue des exigences attendues) qu'à un manque de volonté des équipes.

Il faut, tout de même, porter attention aux éléments primordiaux au vue de la judiciarisation de la profession : la perte des dossiers obstétricaux (4 dans mon étude), l'absence d'identification des sages-femmes lors de la relève voire même l'absence totale de nom sur le partogramme (retrouvé au cours de l'étude de 2012).

Toutefois, les bons résultats et le nombre important d'améliorations laissent à penser que les sages-femmes, suite aux actions correctives de 2009, ont su remettre en cause leurs pratiques quotidiennes, gage de professionnalisme, afin de tendre vers ces objectifs de sécurité et de qualité.

3 Revue de la littérature : analyse EPP 2012 versus AC de l'ANAES

Si l'on compare les résultats obtenus à ceux des autres maternités ayant participé à l'étude de l'ANAES de 2000-2001, on s'aperçoit que globalement, la tenue du partogramme, au CHU d'Angers, est de bonne qualité. Cette étude rétrospective évaluait 30 partogrammes pour chacune des 43 maternités participant à cette évaluation, en utilisant la même grille d'évaluation que celle que nous avons utilisé. Seuls étaient exclus les dossiers de parturientes ayant accouchés à domicile ou bien ayant une césarienne programmée. Dans cette étude, les résultats étaient exprimés sous forme d'intervalle.

Sur les 59 critères évalués au CHU d'Angers, 31 sont en concordances avec les résultats de l'ANAES et de bonne qualité :

- ***Présentation du partogramme :***

- *Le support papier est en bon état, à 96% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
- *Les écrits sont tous lisibles, à 94% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
- *Les écrits sont indélébiles, à 87% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
- *L'identité civile de la mère est indiquée, à 94 en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*

- *Le nom de l'anesthésiste, lorsque la situation le nécessite, à 84% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
- *La date et l'heure sont renseignées sur la partogramme, à 98% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
- *L'horaire des examens est noté, à 87% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
- *Les examens respectent le rythme horaire, à 88% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES.*
-
- ***La surveillance foetale :***
 - *Le niveau de présentation est notée à chaque examen, à 100% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *Le rythme cardiaque fœtal est noté à chaque examen, à 95% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES.*
-
- ***La surveillance maternelle :***
 - *La pression artérielle est notée, à 84% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *L'aspect du liquide amniotique est noté, à 99% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *L'analyse des contractions utérines est noté à chaque examen, à 97% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *La surveillance du col utérin est notée à chaque examen, à 84% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES.*
- ***Le traitement :***
 - *Le nom du prescripteur est renseigné, à 93% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *Le nom des médicaments est noté, à 97% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES.*
- ***Les actes et marqueurs d'événements :***
 - *La rupture des membranes est indiquée, à 94% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *La pose de tocographie interne est notée, à 100% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*

- *Le pH in utéro est noté, à 80% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
- *La péridurale et ses réinjections sont notées, à 94% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES.*

- ***La naissance et la surveillance immédiate :***
 - *L'expulsion spontanée est notée, à 97% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *Les manœuvres sont notées, à 100% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *La date et heure de naissance sont notées, à 85% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;*
 - *Le pH au cordon est noté, à 89% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES.*

Tableau XIV : Critères évalués en corrélation avec les résultats de l'ANAES mais dont l'amélioration est à poursuivre

	EPP 2012 (% OUI)	EPP HAS [% OUI]
Nom du pédiatre	(5)	[0-19]
Heure d'appel et d'arrivée de l'obstétricien	(8)	[0-19]
Heure d'appel et d'arrivée de l'anesthésiste	(3)	[0-19]
Heure d'appel et d'arrivée du pédiatre	(0)	[0-19]
Surveillance de l'utérus de l'accouchée	(4)	[0-19]
Surveillance des saignements de l'accouchée	(2)	[0-19]
Surveillance des constantes de l'accouchée	(9)	[0-19]

Lors de notre analyse, il est aussi apparu que 11 critères sur les 59 évalués au sein du CHU d'Angers, sont supérieurs aux résultats de l'ANAES :

- **Présentation du partogramme :**
 - *Le nom du stagiaire, à 94% en 2012 vs [0-19%] pour l'ANAES.*

- **La surveillance foetale :**
 - *La variété de présentation est notée à la RPDE, à 76% en 2012 vs [40-59%] pour l'ANAES ;*
 - *La variété de présentation est notée à chaque examen après la RPDE, à 87% en 2012 vs [40-59%] pour l'ANAES.*

- **La surveillance maternelle :**
 - *Le comportement de la mère est noté au moins une fois, à 94% en 2012 vs [0-19%] pour l'ANAES ;*
 - *L'évaluation de la douleur est notée à chaque examen, à 37% en 2012 vs [0-19%] pour l'ANAES ;*
 - *Le pouls est noté, à 84% en 2012 vs 0-19% pour l'ANAES ;*
 - *L'état de la PDE est renseigné jusqu'à la rupture, à 89% en 2012 vs [60-79%] pour l'ANAES;*
 - *L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée à a rupture, à 22% en 2012 vs [0-19%] pour l'ANAES.*

- **La naissance et la surveillance immédiate :**
 - *L'heure et le mode de délivrance sont notés, à 78% en 2012 vs [0-19%] pour l'ANAES ;*
 - *L'indication de DA/RU est notée, à 65% en 2012 vs [0-19%] pour l'ANAES ;*
 - *L'indication de RU est notée, à 74% en 2012 vs [0-19%] pour l'ANAES.*

Mais, là encore, des efforts sont à poursuivre afin d'améliorer la qualité de certains de ces critères.

Enfin, 16 critères évalués sont en-dessous des résultats de l'ANAES, certains de manière peu importante :

- *La présentation du fœtus*, à 76% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;
- *La voie d'administration des médicaments*, à 79% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;
- *Les autres analgésiques ,utilisées au cours du travail*, à 76% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;
- *La révision utérine*, à 76% en 2012 vs [80-100%] pour l'ANAES ;

D'autres le sont de manière plus marquée :

Tableau XV : Critères évalués dont les résultats sont nettement inférieurs à ceux de l'ANAES

	EPP 2012 (% OUI)	EPP HAS [% OUI]
Partogramme fixé dans dossier	(57)	[80-100]
Nom de la sage-femme	(58)	[80-100]
Nom de l'obstétricien	(23)	[80-100]
Modalité de déclenchement	(49)	[80-100]
Température	(44)	[60-70]
Heure pose de la voie veineuse	(63)	[80-100]
Posologie	(49)	[80-100]
Anesthésie générale	(60)	[80-100]
Extraction instrumentale et indication	(25)	[80-100]
État du périnée	(13)	[80-100]
Sexe, poids, Apgar	(44)	[80-100]

4 Revue de la littérature : analyse EPP 2012 versus AC Poitiers

Afin d'affiner notre évaluation, nous avons souhaité comparer notre étude à un audit clinique, réalisé en 2001, par une étudiante sage-femme, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

Celle-ci a souhaité faire une évaluation de la tenue du partogramme en deux temps, en évaluant d'abord les pratiques professionnelles, avant diffusion des recommandations de l'ANAES. Puis, quelques mois plus tard, après leur diffusion.

Nous avons fait le choix de cette étude, devant la pertinence de sa démarche clinique, sous forme d'audit clinique, et le nombre de dossier audité (150 dossiers). Nous avons comparé les résultats de notre EPP de 2012 avec ceux obtenus avant recommandation, étant donné que leur dernière diffusion au CHU d'Angers date d'il y a 3 ans.

Si l'on compare les résultats des deux évaluations, on s'aperçoit que les deux établissements sont en corrélation sur 37 éléments, 13 items étant de meilleure qualité au CHU d'Angers, et seulement 6 sont de qualité inférieure (sur les 59 étudiés).

Il s'agit des critères :

- *Les écrits sont tous indélébiles ;*
- *Le partogramme est fixé dans le dossier ;*
- *Le nom de la sage-femme est noté ;*
- *Le nom de l'obstétricien est noté ;*
- *Les horaires de chaque examen sont notés ;*
- *Les examens respectent le rythme horaire.*

Ceci nous montre bien que le partogramme du CHU d'Angers est rempli de manière très satisfaisante.

5 Propositions d'amélioration

5.1 Poursuite de la démarche qualité

Malgré les bons résultats observés, trois ans après l'information donnée aux sages-femmes sur la tenue du partogramme, la diminution de certains critères et la nécessité d'en améliorer d'autres incitent fortement à poursuivre cette dynamique de qualité, initiée en 2009. Il serait ainsi intéressant de mener une enquête multidisciplinaire, auprès des membres de l'équipe obstétricale (sages-femmes, étudiants sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres), afin de recueillir ce que chacun attend de ce document et reproche à l'actuel. Lors de cette enquête, il pourrait y être proposé des axes d'amélioration.

- Au vue de notre évaluation des partogrammes, et à travers le dossier obstétrical, plusieurs éléments ressortent :
- la partogramme, tel qu'il existe à la maternité d'Angers, est un document libre, séparé du dossier obstétrical et donc susceptible de s'égarer plus facilement ;
- la multiplicité des documents à remplir et leur redondance [le dossier médical (renseignant déjà sur : le suivi du travail, la délivrance, l'état du périnée, la surveillance du post-partum immédiat), le partogramme, l'ERCF et le dossier informatisé] font une somme non négligeable d'informations qui se perd, au détriment de la qualité du partogramme. On peut se demander la pertinence du dossier obstétricale à reprendre les éléments de surveillance du partogramme ;
- L'absence d'emplacement prévu pour noter des éléments recommandés par l'ANAES (tels que le nom des médecins obstétricien, anesthésiste, pédiatre de garde, la surveillance immédiate de l'accouchée...) ;
- Des cases trop étroites, pour tout renseigner, amènent à des rajouts sur d'autres documents, voir l'absence complète de ces informations, compliquant la lecture du partogramme et le rendant incomplet.

Cette démarche d'amélioration du partogramme doit se faire conjointement par l'ensemble des professionnels intervenants dans la prise en charge des parturientes, afin que chacun soit en adéquation avec cet outil.

Le partogramme « Audipog », répondant déjà aux exigences de l'ANAES, pourrait être utilisé comme support de cet acheminement.

5.2 Formation continue des professionnels

L'exigence de la tenue du partogramme et de sa présentation impose des remises à niveau régulières des connaissances des professionnelles. Dans une démarche pertinente de qualité et de perfectionnement des pratiques, un « *staff annuel* », adressé à l'équipe obstétricale et aux étudiants ainsi que la mise en place d'un document « type », accessible à tous dans les classeurs de protocoles, permettraient de répondre aux interrogations et de pérenniser les connaissances de chacun.

De même que l'affichage d'un poster, en salle de naissance sur la bonne tenue du partogramme, pourrait avoir un impact de sensibilisation pérenne, à la fois sur les sages-femmes (compte tenu du tur-nover important) et sur les étudiants sages-femmes en formation.

Une liste des abréviations utilisées dans les services permettrait d'uniformiser les pratiques et de clarifier les données.

5.3 Informatisation du partogramme

A l'heure de l'informatisation du dossier médical, la question se pose aussi en obstétrique sur celle du partogramme.

Son utilisation nécessite, que toutes les salles d'accouchement soient équipées d'un ordinateur, avec des sages-femmes formées à son utilisation et à l'aise avec l'outil informatique.

Les avantages de ce système sont :

- le remplissage en temps réel ;
- l'uniformisation, l'homogénéisation du remplissage, aboutissant à une lecture facilitée, et à une clarté des informations ;
- La présence de tous les éléments recommandés par l'ANAES.

Une impression papier est possible et souhaitable afin d'en laisser une trace dans le dossier obstétrical.

Les inconvénients sont :

- le coût financier (à la fois du logiciel, mais aussi de la formation à son utilisation) ;
- la nécessité de former le personnel ;
- la faille du système en cas de panne informatique ;
- aucune possibilité de rajouter des éléments nouveaux d'information autres que ceux prédéfinis dans le logiciel.

Plusieurs maternités ont essayé ce support, mais ont fini par l'abandonner. Trop complexe, ne répondant pas aux exigences du personnel, non adapté à la pratique quotidienne, tels sont les reproches principaux qui ont été émis.

CONCLUSION

Outil indispensable dans notre pratique quotidienne, le partogramme est le reflet écrit du suivi du travail, de l'accouchement et de la surveillance du post-partum. Son utilité est multiple, tant pour assurer une prise en charge obstétricale de qualité, que comme support décisionnel, pédagogique ou encore de recherche clinique.

Malgré des efforts à poursuivre afin d'acquérir un niveau égal de satisfaction pour l'ensemble des critères évalués, l'étude réalisée à la maternité d'Angers a montré une amélioration globale de la tenue du partogramme, par les sages-femmes, depuis les actions de sensibilisation de 2009. De plus, le CHU, bien noté dans sa progression personnelle, l'est aussi à plus grande échelle, en comparant à d'autres études, avec une qualité en concordance avec celle des maternités de France participant à l'étude de l'ANAES.

La démarche de qualité en santé est une nouvelle réalité du système de soin. Reflet de la prise en charge materno-foetale, la bonne tenue du partogramme dans les maternités de niveau III, lieu de haute technicité et de prise en charge des grossesses pathologiques, se doit d'être encore plus rigoureuse. L'évolution des structures d'accueil des parturientes en France, avec l'expérimentation des maisons de naissance, doit faire porter aux sages-femmes une attention particulière à ce document. Désormais, seule profession médicale exerçant en ces lieux, cette évolution du métier de sage-femme vers plus d'indépendance et de responsabilités se doit de s'accompagner d'une rigueur accrue dans la tenue des dossiers, et notamment celle du partogramme.

Outil permettant de retracer le chemin de soin du patient, il est le gage de la qualité de nos bonnes pratiques professionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) FRIEDMAN EA. The graphic analysis of labour. Am J Obst Gynecol 1954;68:1568-75.
- 2) FRIEDMAN EA, Neff RK. Labor and delivery : impact on offspring. Littleton : PSG Publishing Company ; 1987.
- 3) HENDRICKS CH, BRENNER WE, Kraus G. Normal cervical dilatation pattern il late pregnancy and labour. Am J Obstet Gynecol 1970;106:1065-82.
- 4) LANSAC J, BODY G. Pratique de l'accouchement. Paris : SIMEP ; 1992.
- 5) LACOMME M. L'accouchement en pratique quotidienne. Pratique obstétricale. Paris : Masson ; 1960, 202-7.
- 6) PHILPOTT RH, CASTLE WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. the alert line for detecting abnormal labour. J Obstet Gynaecol 1972;79:592-8.
- 7) O'DRISCOLL K, MEAGHER D. Duration of labour. In : Active management of labour. The Dublin Experience. London : Baillière Tindall ; 1986.p.20-3.
- 8) World Health Organization. The partograph : the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of WHO multicentre study, 1990-1991. Geneva : WHO;1994.
- 9) CARTMILL RS, Thornton JG. Effect of presentation of partogram information on obstetric decision-making. Lancet 1992;339:1920-2.
- 10) TAY Sk, YONG TT. Visual effect of partogram designs on the management and outcome of labour. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1996;36:395-400.
- 11) MARPEAU L. prise en charge d'une primipare en début de travail spontané. XXVIIe Assises Nationales des sages-femmes ; 19-21 mai 1999 ; Deauville.
- 12) République française. Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la Santé Publique (deuxième partie : décrets du Conseil d'Etat). Journal officiel 1992;4607-8.

- 13) AIREDE AI, WEERASINGHE HD. Birth asphyxia : a review. East Afr Med J 1995;72:252-7
- 14) LENNOX CE, KWAST BE, FARLEY TMM. Breech labor on the WHO partograph. Int J Gynaecol Obstet 1998;62:117-27.
- 15) KHAN KS, RIZVI A, RIZVI JH. Risk of uterine rupture after the partographic « alert » line is crossed. An additional dimension in the quest towards safe motherhood in labour following caesaren section. J Park Med Assoc 1996;46:120-2.
- 16) DE GROOF D, VANGEENDERHUYSEN C, JUNCKER T, FAVI RA. Impact de l'introduction du partogramme sur la mortalité maternelle et périnatale. Etude faite dans une maternité à Niamney, Niger. Ann Soc Belg Med Trop 1995;75:321-30.
- 17) JUNTUNEN K, KIRKINEN P. Partogram of a grand multipara : different descent slope compared with an ordinary parturient. J Perinat Med 1994;22:213-8.
- 18) LURIE S, LEVY R, BEN-ARIE A, HAGAY Z. Shoulder dystocia : could it be deduced from the labor partogram ? Am J Perinatol 1995;12:61-2.
- 19) Haute Autorité de Santé. DPC des Sages-femmes ou maïeutique [consulté le 12/12/2012]. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_437729/epp-des-sages-femmes
- 20) Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Développement Professionnel [consulté le 12/12/2012]. Disponible à partir de l'URL: http://www.ordresagesfemmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/le_developpement_professionnel/index.htm
- 21) République française. Décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes du Code de la Santé Publique. JO du 1er janvier 2012.
- 22) République française. Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif au dossier médical du Code de Santé Publique. JO du 7 février 2006.
- 23) SOUTHOUL JH, PIERRE F. Le déroulement de l'accouchement. La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique. Paris : Maloine ; 1991. p.447-8.

- 24) République française. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée du Code de la Santé Publique. JO du 25 avril 1996.
- 25) République française. Décret n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie du Code de Santé Publique. JO du 17 août 2004.
- 26) République française. Décret n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du Code de Santé Publique. JO du 22 juillet 2009.
- 27) Code de déontologie des sages-femmes. Article R 4127-304
- 28) Haute Autorité de Santé. Développement Professionnel Continu des professionnels de santé : la HAS présente la liste des méthodes et des modalités [consulté le 12/12/2012]. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1348527/developpement-professionnel-continu-des-professionnels-de-sante-la-has-presente-la-liste-des-methodes-et-des-modalites.
- 29) République française.. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles du Code de Santé Publique. Journal Officiel du 15 avril 2005.
- 30) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé. Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Paris : ANAES ; 2000.
- 31) Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration. Décret n° 91-779 du 8 août 1991 portant sur le code de déontologie des sages-femmes. Journal Officiel 1991.
- 32) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Paris : ANAES ; 2003.
- 33) Réseau social des étudiants en santé. Direction du Risque Médical. Service Documentation Juridique. MACSF [consulté le 01/12/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.rezoplus.fr>

ANNEXES

Annexe 1 : Grille de recueil des données

N° de la grille

Date : _____

Nom de l'évaluateur : _____

Identification du patient : les 3 premières lettres ou étiquette

N°	CRITÈRES D'ÉVALUATION	OUI	NON	NA*
	I - PRÉSENTATION DU PARTOGRAMME			
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"/>	
4.1	Le partogramme est fixé dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2	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"/>	
	Le partogramme permet de retrouver les noms de l'équipe :			
5.1	- le nom des sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2	- le nom du médecin obstétricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	- le nom de l'anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	- le nom du médecin pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	- le nom du (ou des) stagiaire(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le partogramme comprend :			
6.1	- la date et l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2	- 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"/>	
	II - LE FŒTUS			

* NA : Non Applicable

N°	CRITÈRES D'ÉVALUATION	OUI	NON	NA
	I - PRÉSENTATION DU PARTOGRAMME			
9	La présentation du fœtus est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.1	La variété de présentation est notée ou commentée : - à la rupture de la poche des eaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	- avant l'expulsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Le niveau de la présentation est noté à chaque examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	III- LA MÈRE			
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"/>	
15.1	La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : - position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2	- longueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3	- consistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4	- dilatation	<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"/>
17.1	L'aspect du liquide amniotique est noté : - à l'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2	- à chaque examen après 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"/>	
20.1	La pression artérielle est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.2	La température est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.3	Le pouls est noté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°	CRITÈRES D'ÉVALUATION	OUI	NON	NA*
	IV - LE TRAITEMENT (si accouchement sans traitement, passer au 26)			
21	L'heure de la pose de la voie d'abord veineuse 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"/>

* NA : Non Applicable

N°	CRITÈRES D'ÉVALUATION	OUI	NON	NA
	I - PRÉSENTATION DU PARTOGRAMME			
23	Le nom des médicaments est noté en clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	La voie d'administration des médicaments est notée en clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	La posologie est notée en clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V - LES ACTES ET MARQUEURS D'ÉVÉNEMENTS			
	Les actes sont notés en clair :			
26.1	- le sondage urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.2	- la rupture des membranes (artificielle ou spontanée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.3	- la péridurale et ses réinjections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.4	- l'anesthésie générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.5	- autres analgésies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.6	- la pose d'une tocographie interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.7	- la pose d'une électrode de scalp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.8	- le pH in utero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.9	- l'oxymétrie de pouls fœtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.10	- l'amnio-infusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les marqueurs d'événements sont notés en clair sur le partogramme (selon le contexte)			
27.1	- L'heure d'appel et d'arrivée de l'obstétricien est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.2	- L'heure d'appel et d'arrivée de l'anesthésiste est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.3	- L'heure d'appel et d'arrivée du pédiatre est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.4	- L'heure d'appel et d'arrivée des autres professionnels est notée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.5	- l'heure de la décision de césarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.6	- l'heure de transfert au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N°	CRITÈRES D'ÉVALUATION	OUI	NON	NA*
	VI- LA NAISSANCE ET LA SURVEILLANCE IMMÉDIATE			
28	L'heure de début des efforts expulsifs est noté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le mode d'accouchement est noté :			
29.1	- expulsion spontanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.2	- extraction instrumentale et son indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.3	- césarienne et son indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.4	- manœuvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	L'état du périnée est noté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	La date et l'heure de naissance sont notées (cochez « Non » si un des éléments manque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Les éléments suivants concernant le nouveau-né sont notés			
32.1	- le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32.2	- le poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.3	- l'Apgar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	- le pH au cordon est noté (selon protocole du service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.1	- l'heure et le mode de délivrance sont notés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.2	- si délivrance artificielle-révision utérine, l'indication et son résultat sont notés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.1	La révision utérine isolée est notée (selon contexte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.2	Si révision utérine, l'indication et son résultat sont notés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La surveillance de l'accouchée est notée et comprend les éléments suivants :			
36.1	- globe « de sécurité »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36.2	- pouls, pression artérielle et température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36.3	- volume des pertes sanguines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* NA : Non Applicable

Annexe 2 : Guide d'utilisation de la grille des critères

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

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

1. Le support papier est en bon état

Cet item signifie : pas déchiré, pas taché.

2. Les écrits sont tous lisibles

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

3. Les écrits sont tous indélébiles

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

4. Le partogramme est fixé dans le dossier

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

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

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

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

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

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

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

9. La présentation du fœtus est notée

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

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

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

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

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

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

- normal ;

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

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

Exemple : calme, agitée, coopérante...

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

Éventuellement, à partir d'utilisation d'échelle analogique visuelle.

15. La surveillance du col utérin est notée

Cochez « OUI » si tous les éléments suivants figurent au moins au premier examen : position, longueur, consistance et dilatation. Lors des examens suivants, il est toléré que ne figurent que la dilatation et la consistance du col.

Si l'accouchement est imminent à l'admission, cocher « NA ».

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

La poche des eaux doit être décrite : intacte, rompue, fissurée. Un schéma est accepté selon les habitudes du service.

18. L'estimation de la quantité de liquide amniotique est notée lors de la rupture des membranes

Exemple : abondant, peu abondant.

19. L'analyse des contractions utérines est notée à chaque examen

Cochez « OUI » si vous retrouvez : la fréquence, l'intensité, les anomalies s'il y en a.

20. Au début du partogramme, on doit retrouver la pression artérielle, le pouls et la température

En cas de péridurale, ces 3 mesures sont notées à chaque examen. Sinon, tenir compte du contexte clinique (rupture de la poche des eaux, hyperthermie, hyper ou hypotension artérielle...) et des habitudes de service. Cochez « NON » si ce n'est pas le cas.

23. Le nom des médicaments est noté en clair

L'abréviation « synto » pour le Syntocinon® est acceptée.
Attention aux abréviations personnelles incompréhensibles par tous.

24/25. La posologie est notée en clair

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

26/27. Les actes et les marqueurs d'événements sont notés en clair

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

29. Le mode d'accouchement est noté

Cet item doit préciser :

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

30. L'état du périnée est noté

Cet item doit préciser :

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

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

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

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

36. La surveillance de l'accouchée est notée

Cochez « NON » si un des éléments manque.

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

RESUME

Introduction : Outil indispensable dans la pratique quotidienne des sages-femmes, le partogramme est le reflet écrit de la qualité de la prise en charge materno-foetale pendant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat. Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective permettant d'évaluer la qualité de sa tenue sur 276 dossiers au sein de la maternité du CHU d'Angers, et selon les critères établis par l'ANAES. Puis, nous avons comparé nos résultats à ceux d'un audit clinique ciblé (ACC) réalisé en 2009 (18 items évalués sur les 36 édités par l'ANAES) selon les mêmes recommandations à la maternité d'Angers. Résultats : En 2012, nous avons trouvé que 14 critères sur les 18 de l'ACC étaient de meilleure qualité qu'en 2009, dont 9 de manière significative. Cependant, on assiste aussi à une perte de qualité pour certains critères (4 critères) évalués dont deux de manière significative. Discussion : L'évaluation de 2012 nous indique un bon niveau de qualité dans la tenue de partogramme, et une amélioration globale depuis 2009, signe que les actions de sensibilisation suite à l'ACC de 2009 ont su être pérenne. De plus, en comparant à l'étude de l'ANAES réalisée en 2001 dans 43 maternités de France, on constate que le CHU d'Angers est en corrélation sur 31 critères des 59 évalués. Conclusion : Nous pouvons affirmer que la tenue du partogramme est de bonne qualité, tant dans la comparaison des études 2009/2012, que par comparaison à plus grande échelle. Des pistes d'améliorations ont été proposées afin de poursuivre cette démarche de qualité, et de garantir à chacun la meilleure des prises en charge.

Mots-clés : Tenue du partogramme, Démarche qualité, Évaluation des pratiques professionnelles

RESUME

Introduction : An important tool of daily midwifery, the partograph is the written record of the quality of mother and child accompaniment, during delivery and postpartum. Material and method : First we carried out a retrospective study to evaluate its assiduity on 276 files of Angers maternity, according to the recommendations of the National Authority of Health (HAS). Secondly, we compared our results to those of the targeted clinical audit carried out in Angers in 2009 (18 items assessed out of the 36 of the ANAES). Results : In 2012, 14 items of the 18 evaluated were better than 2009, of which 9 significantly². However, there is a decrease of practice for 4 items, of which 2 are very important. Discussion : the 2012 research shows good assiduity, and a global improvement since 2009, as a result of an increased awareness in 2009. Moreover, to compare with a national research study in 2001, carried out in 43 maternities in France, we notice that Angers's maternity is in correlation with 31 items out of 59 evaluated. Conclusion : We can claim that partograph assiduity is good in comparison of the 2009 versus 2012 studies, as well as on a national scale. Improvements were proposed to continue the quality, and to guarantee to anyone the best accompaniment.

Keywords : held partogram, quality initiative, formative assessment