

2018-2019

Diplôme d'État de Sage-Femme

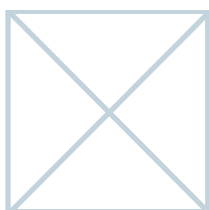
Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme au CHU d'Angers

Audit clinique ciblé mené à la maternité du CHU
d'Angers du 1er janvier 2018 au 6 février 2019

Mme Carpentier Marie

Sous la direction de Mme Cécile Rouillard

Membres du jury :
Présidente : Nétier E.
Mabon C.
Gillard P.
Pierrot B.



Soutenu publiquement le :
Mardi 28 mai 2019

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

REMERCIEMENTS

Je souhaite avant tout remercier Mme Caroline Quelen d'avoir dans un premier temps permis que ce thème de mémoire germe dans mon esprit, et d'avoir ensuite, au moins pour le lancement, co-dirigé ce travail.

Je remercie Mme Cécile Rouillard d'avoir accepté de co-diriger ce mémoire, puis d'avoir pris par la suite l'entière responsabilité de la direction en l'absence de Mme Caroline Quelen. Merci pour votre expertise, vos conseils et votre disponibilité.

Merci à l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme et en particulier à Laurence Sadi pour son accueil et son soutien moral irréprochable.

Je remercie aussi toutes les patientes que j'ai pu accompagner au cours de ces années, qui m'ont en un sens appris quelques secrets de la vie, ou du moins de mon futur métier.

Merci à ma famille, de m'avoir soutenue jusqu'au bout et d'avoir su m'écouter, me relire et rester critique quand j'en avais besoin.

Merci à mes amies, notamment Maëlis, Clémence, Hélène et Marie qui avez su me porter toujours vers le haut et avez accepté de me relever lors de mes moments de doutes.

Merci à Flavio et Maurine, d'avoir été d'excellents compagnons de promotion pour cette dernière année.

Merci à Julien, d'avoir accepté de m'écouter même si tu n'y comprenais rien, et d'être toujours un ami cher.

Enfin et surtout, merci à Maxime d'avoir été ma bouffée d'oxygène au quotidien durant l'élaboration de ce travail.

Sommaire

INDEX DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	5
INTRODUCTION.....	6
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	8
1. Schéma d'étude.....	8
2. Matériel.....	8
3. Méthode.....	8
RÉSULTATS.....	11
1. Traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) ACC n°2	12
2. Traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) ACC n°3	13
DISCUSSION.....	14
CONCLUSION	17
ANNEXES.....	18
Annexe 1.....	18
Annexe 2.....	19
Annexe 3.....	20
Annexe 4.....	20
Annexe 5.....	21
Annexe 6.....	23
Annexe 7.....	25
Annexe 8.....	27
Annexe 9.....	28
Annexe 10.....	31
Annexe 11.....	32
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	36
TABLE DES TABLEAUX.....	37

Index des abréviations et acronymes

ACC	Audit Clinique Ciblé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Francophones
CNSF	Collège National des Sages-femmes de France
DA / RU	Délivrance Artificielle / Révision Utérine
EE	Efforts Expulsifs
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
FCT	Fausse couche tardive
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IQSS	Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
MFIU	Mort Fœtale In Utero
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P1	Première phase d'audit
P2	Deuxième phase d'audit
PA	Pression Artérielle
SSPI	Salle de Soin Post-Interventionnel
TCM	Taux de conformité moyen
TMM	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)
TV	Toucher Vaginal
UGO	Urgences Gynécologiques et Obstétricales

Introduction

Selon l'OMS, chaque année dans le monde, 303 000 femmes décèdent à l'accouchement, 2,7 millions de nouveaux-nés au cours des 28 premiers jours de vie et 2,6 millions de mortinaissances surviennent. La majorité de ces décès sont évitables[1]. En 2015, le taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) était de 216 dans le monde et de 16 en Europe. En France, le TMM a diminué de 15 en 1990 à 8 en 2015[2]. Selon l'European Perinatal Health Report[3], publié le 26 novembre 2018, le TMM était de moins de 10 dans la plupart des pays européens en 2015. 22 des 31 pays de l'étude présentaient un TMM inférieur à la France (6,4), notamment la Pologne (1,9), l'Irlande (2,6), la Finlande (2,7), la Grèce (2,9) ou encore l'Espagne (3,1).

L'OMS définit le partogramme comme [l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus] [4][5]. Le suivi du travail et de l'accouchement sous forme graphique s'est développé à partir des publications de Friedman en 1954 avec le cervicographe[6][7][8][9]. Lacomme[10] proposa ensuite le diagramme d'accouchement, qui intégrait au modèle précédent des éléments descriptifs de surveillance materno-foetale. En 1972, Philpott et Castle[11] établirent un partogramme à deux lignes qui apportait une vision dynamique et permettaient de mettre en évidence une anomalie de la progression du travail. L'objectif de cet outil était de dépister précocement les disproportions foeto-pelviennes et les inerties utérines, principales causes de mortalité dans les pays du tiers-monde.

En 1987, lors de la Safe Motherhood Conference à Nairobi[4], l'OMS a produit un partogramme et testé sa valeur pratique pour réduire la morbidité et mortalité maternelle et périnatale[5]. Lors d'un essai multicentrique mené en 1990-91 en Asie du Sud-Est portant sur 35 484 femmes, l'OMS concluait que le partogramme testé discriminait clairement les progrès normaux des progrès anormaux du travail et identifiait les femmes susceptibles de faire l'objet d'une intervention. A partir de ces résultats, l'OMS a préconisé l'utilisation universelle du partogramme pendant le travail[5]. Le partogramme s'est donc généralisé, et est devenu un outil central et décisionnel de la prise en charge de l'accouchement.

Une meta-analyse documentaire de la Cochrane de 2009[12] avait pour objectif de décrire l'utilisation du partogramme et ses retentissements sur la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale. Bien que les auteurs de l'analyse affirmaient qu'ils [ne pouvaient pas recommander l'utilisation systématique du partogramme dans la prise en charge et les soins standard du travail], ils reconnaissaient que [les partogrammes peuvent s'avérer utiles dans les milieux où l'accès aux soins de santé est plus difficile].

Depuis les années 1990, l'utilisation du partogramme pendant le travail est systématique dans les établissements de santé français, mais sa structure et ses items peuvent varier selon les équipes. En effet, il n'existe pas de texte réglementaire déterminant quelles sont précisément les informations obligatoires devant figurer sur le partogramme. Le décret n°92.329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical mentionnait uniquement [le ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchement] sans en

préciser les attendus minimum[13]. La HAS, le CNSF ou le CNGOF en recommandaient l'utilisation mais sans définir précisément les informations devant y figurer.

Dans ce contexte, en 2000, l'Anaes a émis des recommandations, ainsi qu'une EPP sur la qualité de la tenue du partogramme[14]. Ces recommandations visaient à définir une base commune pour permettre aux équipes d'homogénéiser les pratiques et de les évaluer afin d'améliorer la qualité des soins. D'après les experts juridiques[15], le partogramme est le principal support d'expertise du dossier obstétrical en responsabilité médicale. Le partogramme s'il est un outil pédagogique et médico-légal, est également un support de recherche clinique et d'évaluation des pratiques professionnelles.

En 2001, dans un objectif d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, le service d'évaluation des pratiques de l'Anaes a accompagné des établissements de santé français dans une [démarche expérimentale d'audit clinique appliquée à ce thème][14]. Des améliorations sensibles dans la qualité de la tenue du partogramme ont été mises en évidence. [Cependant, les plans d'actions d'amélioration n'étaient pas toujours clairement définis dans les rapports] et les [délais de réalisation étaient trop importants], avec un [nombre de critères d'évaluation jugé trop élevé], d'où [un "essoufflement" des équipes][16].

Afin de répondre à l'objectif majeur d'EPP de la deuxième procédure d'accréditation-certification des établissements de santé[17], et pour faciliter l'évaluation et la mise en place d'actions d'amélioration, la HAS proposait en 2004 un programme d'ACC, et publiait en 2006 son rapport final[16]. Un groupe de travail a donc été constitué au Service évaluation des pratiques de la HAS afin de segmenter le référentiel de l'audit clinique, permettant de [réaliser facilement l'évaluation des pratiques professionnelles selon le processus de soins et/ou la catégorie professionnelle choisie].

Selon la méthodologie préconisée par la fiche méthode de la HAS (Annexe 3), les [critères spécifiques à chacun des différents processus ont été retenus pour élaborer les grilles des ACC]. Trois ACC ont été conçus pour trois objectifs définis, reprenant les 36 critères de l'Anaes : l'ACC n°1 portant sur la tenue du partogramme, pour améliorer la qualité de l'écrit (PARTOten) sur 6 critères ; l'ACC n°2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail, pour améliorer la qualité de suivi du travail, de l'accouchement et de son résultat (PARTOobs) sur 12 critères ; et l'ACC n°3, portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail, pour améliorer la traçabilité des événements survenant au cours de l'accouchement et celle des éléments de la prise en charge de la mère et de l'enfant (PARTOeve) sur 11 critères.

En 2012, Mme Mottier M., étudiante sage-femme à Angers, a réalisé une EPP sur la qualité de la tenue du partogramme. Les résultats comparaient son étude à un ACC réalisé en 2009 à Angers[18]. Une des mesures correctives prises fut d'intégrer le partogramme au dossier obstétrical papier sous forme d'une page fixe numérotée.

Dans le cadre d'une amélioration continue de la qualité des soins, à 5 ans de la préconisation des actions correctives, et alors que la huitième campagne nationale de recueil des IQSS de la certification V2014 de la HAS est actuellement en cours[19][20][21][22], il paraissait nécessaire d'évaluer la façon

dont les pratiques avaient évolué. En effet, les actions mises en œuvre après l'EPP de 2012 auraient dû permettre d'atteindre une meilleure qualité de tenue du partogramme. Cette étude s'inscrivait dans la démarche d'EPP, définie par la HAS[23] comme [l'analyse de la pratique en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques].

La qualité de la tenue du partogramme au CHU d'Angers est-elle satisfaisante ?

L'objectif principal de cet ACC en deux phases était de décrire la conformité de la tenue du partogramme au CHU d'Angers afin d'en mesurer l'évolution après les mesures correctives et actions d'amélioration proposées à l'issue de la première phase.

Matériel et Méthode

1. Schéma d'étude

Audit clinique ciblé rétrospectif, quantitatif, descriptif et monocentrique mené du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 pour la première phase et du 13 décembre 2018 au 6 février 2019 pour la deuxième phase, au CHU d'Angers, maternité de type III située dans le Maine-et-Loire (49).

2. Matériel

La population source : les partogrammes des dossiers de patientes ayant accouché au CHU d'Angers du 1er Janvier 2018 au 15 octobre 2018 pour le premier tour, et du 13 décembre 2018 au 6 février 2019 pour le second tour de l'audit clinique ciblé.

La population cible : tous les partogrammes réalisés à la maternité du CHU d'Angers.

Étaient inclus tous les partogrammes décrivant : une grossesse singleton, avec travail spontané ou déclenchement artificiel du travail, quelle qu'en soit l'issue.

Étaient exclus : les dossiers de MFIU, IMG, FCT, parturientes n'ayant pas accouché à la maternité.

3. Méthode

La sélection des dossiers a été réalisée à partir de la base de données Crossway de la maternité du CHU d'Angers, où figurait l'identité des patientes ayant accouché ainsi que la date de l'accouchement. Il s'agissait d'un audit des pratiques professionnelles selon la forme conventionnelle décrite par la HAS[23].

Pour la première phase de l'audit clinique ciblé, 60 dossiers ont été tirés au sort à partir des 2901 accouchements ayant eu lieu du 01 janvier 2018 au 15 octobre 2018. Le tirage au sort a été dirigé afin d'obtenir 6 dossiers par mois sur les 10 mois de la première phase.

Le jeudi 13 décembre 2018, une présentation des résultats de la première phase ainsi qu'un rappel des bonnes pratiques a été effectué lors du staff hebdomadaire du Pôle Femme – Mère – Enfant du CHU d'Angers. A cette occasion également, un résumé des recommandations de la HAS et un résumé des résultats de la première phase présentés lors du staff ont été envoyés par mail à l'ensemble de l'équipe sage-femme de la maternité.

Pour la seconde phase de l'audit clinique ciblé, dite « évaluation à distance », 60 dossiers ont été tirés au sort à partir des 486 accouchements ayant eu lieu du 13 décembre 2018 au 6 février 2019. La période de sélection s'étalant sur 9 semaines, le tirage au sort n'a pas été dirigé.

Au total, 120 dossiers ont été sélectionnés. Les données ont été recueillies par examen des dossiers des patientes.

Le guide d'évaluation de la qualité de la tenue du partogramme de l'Anaes[14] et le référentiel qu'il contient ont servi de support au recueil des données des audits cliniques ciblés de la HAS[16]. Trois ACC ont été conçus pour trois objectifs définis, reprenant les 36 critères de l'Anaes : la tenue du partogramme (PARTOten) comportant 6 critères ; la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) comportant 12 critères ; la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) comportant 11 critères.

Les grilles de recueil des données utilisées pour cette étude étaient celles de l'ACC n°2 appelé « Obstétrique » (PARTOobs) et de l'ACC n°3 appelé « Événements du partogramme » (PARTOeve), cités en annexe 3 et 4. Les variables systématiquement recueillies décrivant les populations pour la grille de recueil de l'ACC n°2, traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) étaient :

1. La modalité d'entrée en travail est précisée.
2. La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés à chaque examen.
3. La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est noté à chaque examen.
4. Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen.
5. L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen.
6. Le début des efforts expulsifs est noté.
7. Le mode d'accouchement est noté.
8. L'indication d'extraction instrumentale, manœuvres, ou césarienne est notée.
9. L'heure et le mode de délivrance sont notés.
10. Si délivrance artificielle et/ou révision de la cavité utérine, l'indication est notée.
11. L'état du périnée est noté.
12. La date, l'heure, le sexe, l'Apgar, et le poids sont notés.

Les variables systématiquement recueillies décrivant les populations pour la grille de recueil de l'ACC n°2, traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) étaient :

1. Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée (PA, pulsations, température).
2. Le comportement de la mère est noté.
3. La pose de la péridurale et ses réinjections sont notées.
4. L'intensité de la douleur est évaluée.

5. La prescription est conforme à la réglementation (nom du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration).
6. Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement (signature et heure).
7. L'heure du (des) sondage(s) urinaire(s) est notée.
8. La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme.
9. Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) sont notés.
10. Les heures de décision de césarienne puis de transfert au bloc opératoire sont notées.
11. La surveillance post-natale est notée sur le partogramme.

Pour chacun des dossiers analysés, chaque critère était rempli par OUI s'il était conforme, NON s'il ne l'était pas, ou par NA si le critère était Non Applicable. Par exemple, pour le critère 8 de l'ACC n°2 : « L'indication d'extraction instrumentale, manœuvres, ou césarienne est notée. », s'il n'y a eu ni extraction instrumentale, ni manœuvres, ni césarienne, il n'est pas possible de répondre par oui ou par non. D'autre part, chaque mot, affirmation ou situation ambiguës étaient précisés dans les guides d'utilisation des grilles de recueil (annexes 3 et 4), permettant de ne pas être bloqué lors de la période de recueil des données. En cas de besoin, il était possible de formuler des commentaires sur les données recueillies afin d'en améliorer l'analyse.

Le taux de conformité était représenté par le pourcentage de « oui ». Dans les cas où le critère n'était pas applicable, le taux de conformité était calculé en ramenant la proportion de « oui » aux nombres de partogramme où le taux était applicable c'est à dire N moins les « non applicables » ($n = N - NA$). Selon les recommandations pour l'évaluation et le suivi de la démarche qualité [24], un critère était considéré comme correctement appliqué si son taux de conformité était supérieur à 80%.

Le CR-Rom Audit clinique ciblé (ACC) 2007 préparé par la HAS, [disponible en ligne](#), fournit un outil sous forme de tableur pré-programmé, permettant de saisir informatiquement les données, de calculer automatiquement les résultats et de présenter ceux-ci sous forme graphique. Il a été utilisé et corrigé avec le logiciel OpenOffice Calc. Les références des dossiers inclus et leur numéro d'anonymisation étaient consignés dans un fichier OpenOffice Calc.

L'analyse statistique des résultats a été réalisée avec le logiciel BiostaTGV. Toutes les variables étant qualitatives, elles ont été décrites par des effectifs et des pourcentages. L'analyse de ces variables a été réalisée par le test du Khi2 ou le test de Fisher quand l'effectif était inférieur à cinq. Le risque α de première espèce a été défini à 95%, soit un seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats

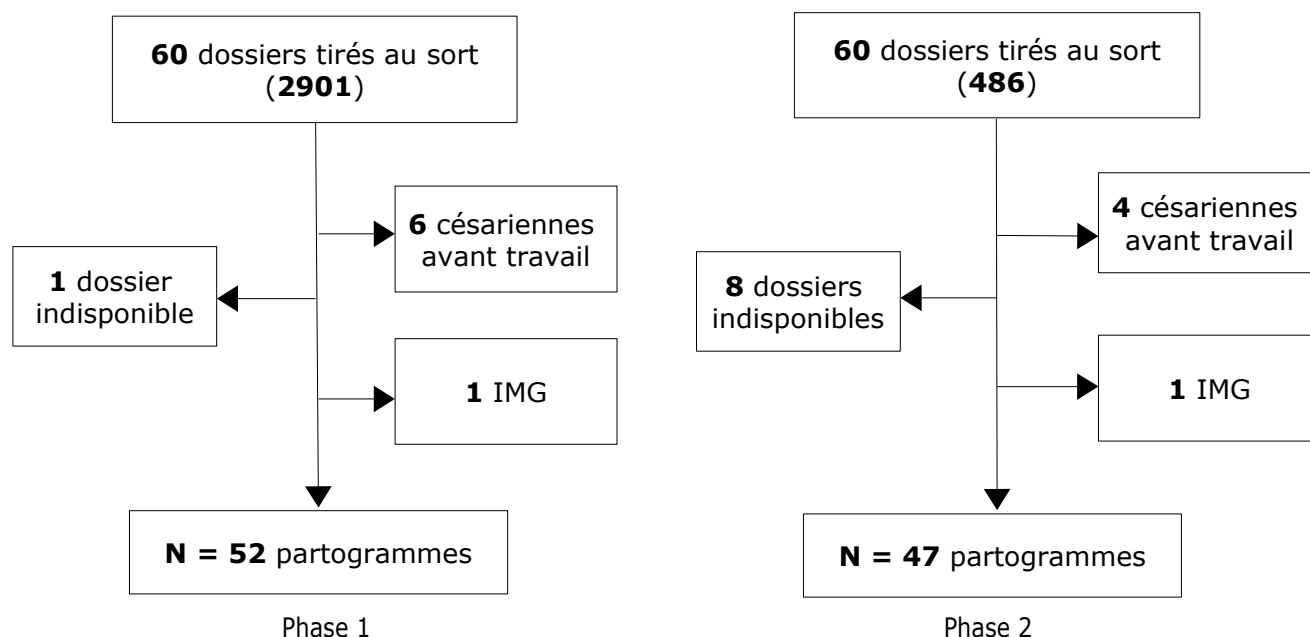


Figure 1 : Diagrammes de flux représentant la sélection des partogrammes de l'audit clinique ciblé portant sur la tenue du partogramme, mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

Tableau I : Caractéristiques générales des populations de l'audit clinique ciblé portant sur la tenue du partogramme, mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

Caractéristiques des populations	Phase 1 ⁱ N = 52	Phase 2 ⁱⁱ N = 47	p-value ⁱⁱⁱ
Modalités d'accouchement :			
Accouchement normal	41 (78,8)	33 (70,2)	0.24
Césarienne pendant le travail	5 (9,6)	5 (10,6)	
Extraction instrumentale	6 (11,5)	9 (19,1)	
Accouchement sans péridurale	6 (11,5)	14 (29,8)	
DA/RU	12 (23,1)	8 (17)	

ⁱ : du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018

ⁱⁱ : du 13 décembre 2018 au 6 février 2019

ⁱⁱⁱ : p non significatif si >0,05 : les populations sont comparables

1. Traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) ACC n°2

Le TCM de la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) ACC n°2 était de 87,35%, soit 87,3% pour la première phase, et 87,4% pour la seconde phase.

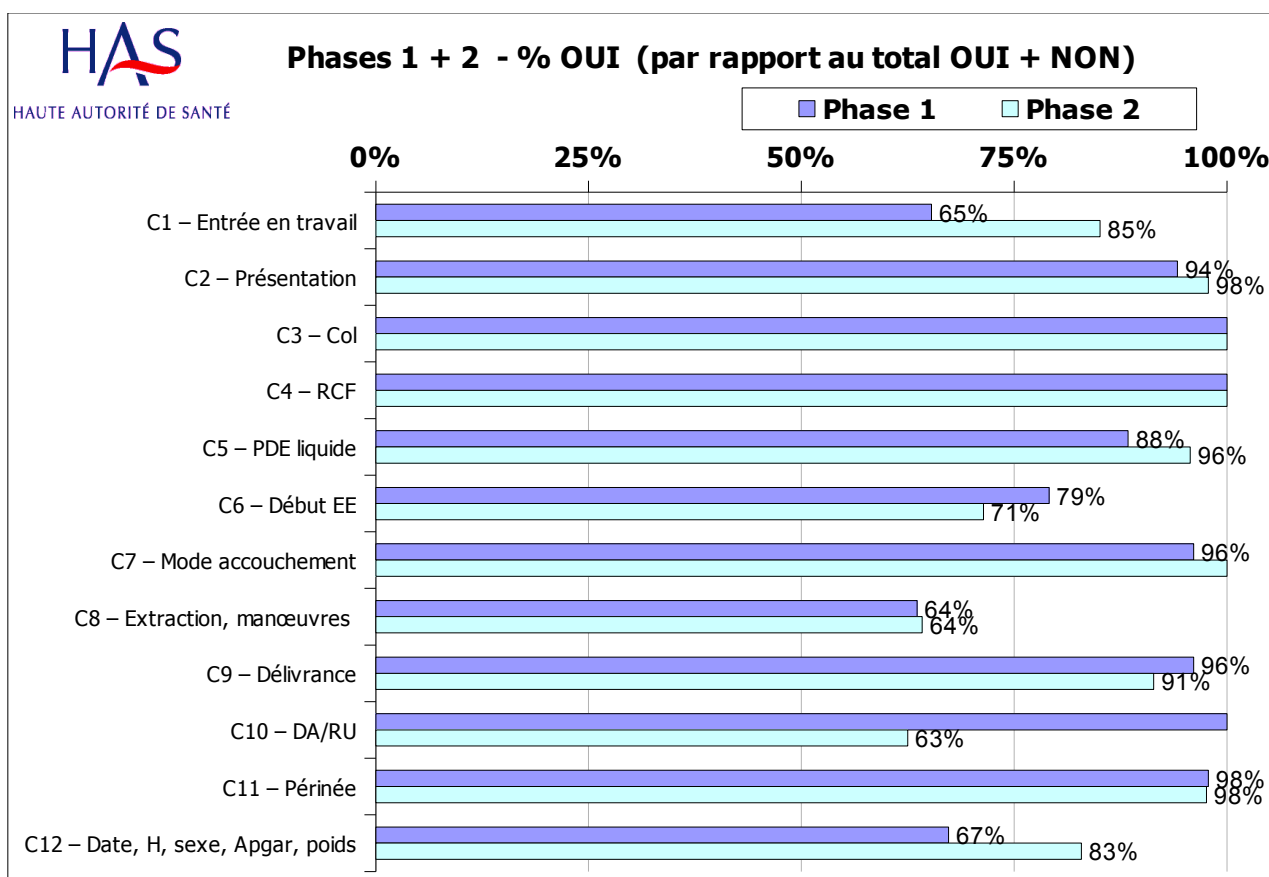


Figure 2 : Graphique représentant les résultats en % de OUI (par rapport au total OUI + NON) des phases 1 et 2 de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

Tableau II : Analyse des critères présentant une évolution de la conformité entre les deux phases de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail sur le partogramme (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

	Phase 1 ⁱ N = 52	Phase 2 ⁱⁱ N = 47	p-value ⁱⁱⁱ
C1 L'entrée en travail	34 (65)	40 (85)	0,0241
C10 La DA/RU	N=12 12 (100)	N=8 5 (63)	0,0491
C12 La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids	35 (67)	39 (83)	0,0731

ⁱ : du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018

ⁱⁱ : du 13 décembre 2018 au 6 février 2019

ⁱⁱⁱ : p significatif si <0,05

2. Traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) ACC n°3

Le TCM de la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) ACC n°3 était de 76,7%, soit 82,0% pour la première phase, et 71,3% pour la seconde phase.

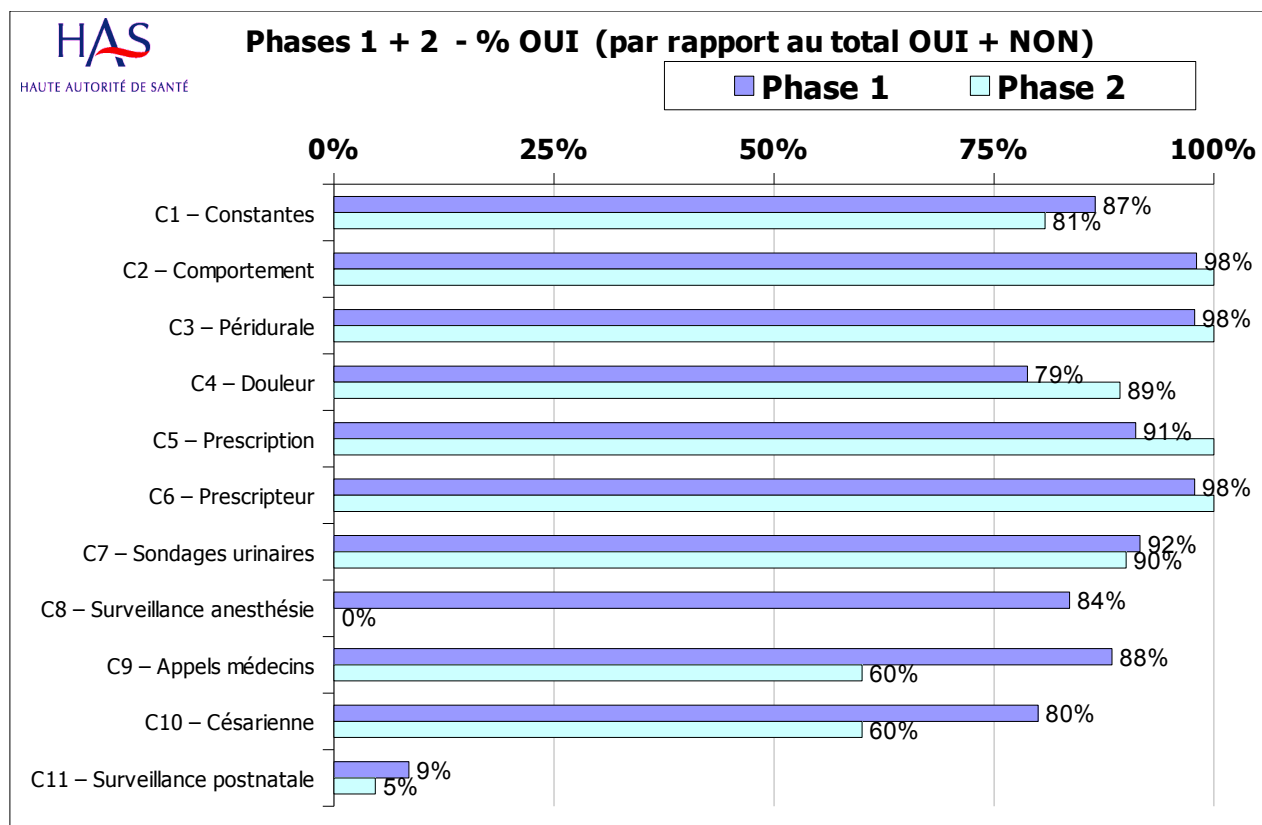


Figure 3 : Graphique représentant les résultats en % de OUI (par rapport au total OUI + NON) des phases 1 et 2 de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

Tableau III : Analyse des critères présentant une évolution de la conformité entre les deux phases de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

	Phase 1 ⁱ N = 52		Phase 2 ⁱⁱ N = 47		p-value ⁱⁱⁱ
C4 L'évaluation de la douleur	N=52	41 (79)	N=47	42 (89)	0,1812
C8 La surveillance d'anesthésie	N=49	41 (84)	N=33	0 (0)	1,07x10 ⁻¹³
C9 L'heure et le motif d'appel au(x) médecin(s)	N=26	23 (88)	N=20	12 (60)	0,0376
C10 L'heure de décision de césarienne et de transfert au bloc opératoire	N=5	4 (80)	N=5	3 (60)	1

ⁱ : du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018

ⁱⁱ : du 13 décembre 2018 au 6 février 2019

ⁱⁱⁱ : p significatif si <0,05

Discussion

Le jeudi 13 décembre 2018, un résumé des recommandations de la HAS et un résumé des résultats de la première phase (P1) ont été présentés lors d'un staff hebdomadaire du Pôle Femme – Mère – Enfant du CHU d'Angers. La feuille d'émargement de cette réunion ne dénombre que 4 sages-femmes, 6 internes de gynécologie obstétrique et 5 médecins gynécologues obstétriciens travaillant en salle de naissance. Ces documents ont été envoyés par mail à l'ensemble de l'équipe sage-femme de la maternité.

Les résultats de l'expérimentation nationale de 2006 de la HAS n'avaient pas été fournis sous forme d'effectifs ou de pourcentages, ce qui rend difficile la comparaison avec notre étude. En effet, le rapport publie un graphique imprécis ne permettant pas de déduire les données exactes (Annexes 3 et 4). Il est néanmoins possible de constater que pour la plupart des critères, le taux de conformité est plus élevé dans notre étude que lors de l'expérimentation nationale, certains items atteignent un taux de conformité de 100%, alors que ce n'était pas le cas lors de l'étude nationale de la HAS de 2006.

Les résultats de l'EPP de Mme Mottier M. réalisée au CHU d'Angers en 2012 étant disponibles sous forme d'effectifs, ils ont été comparés aux résultats de la deuxième phase de cet audit clinique. Les tableaux présentant l'analyse des critères ayant observé une évolution de la conformité entre l'EPP de 2012 et la deuxième phase de cet audit sont disponibles en annexe 10.

Les critères (3) la surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation), (4) le rythme cardiaque fœtal, (5) l'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique, (7) le mode d'accouchement, de l'ACC2 ; et les critères (2) le comportement de la mère, (3) la pose de la péridurale et ses réinjections, et (6) tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement, de l'ACC3 étaient conformes pour les deux phases de l'audit. La conformité relevée en 2012 était ainsi confirmée en 2019.

Les critères (2) la présentation du fœtus, sa variété et son niveau (98%), (9) l'heure et le mode de délivrance (91%) et (11) l'état du périnée (98%) de l'ACC2 étaient conformes lors des deux phases de cet audit versus respectivement 76% ($p=0,0007$), 78% ($p=0,03$), et 13% ($p=9 \times 10^{-29}$) lors de l'EPP de 2012. Les critères (1) les paramètres cliniques (PA, pulsations, température)(81%), (5) la prescription est conforme à la réglementation (nom du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration)(100%), et (7) l'heure du (des) sondage(s) urinaire(s) (90%) de l'ACC3, étaient conformes lors des deux phases de cet audit versus respectivement 44% ($p=5 \times 10^{-6}$), 49% ($p=1 \times 10^{-11}$), et 79% ($p=0,2$) lors de l'EPP de 2012. Il semblerait donc qu'à la suite de l'EPP de 2012, l'exhaustivité des informations concernant ces critères se soit améliorée au CHU d'Angers.

Le critère (7) l'heure du (des) sondage(s) urinaire(s) de l'ACC3 semblait être un critère difficile à évaluer. Si le sondage urinaire n'est noté ni sur le partogramme, ni autre part dans le dossier, il y a un biais d'interprétation. Les 6% de « non » pour les deux phases de l'audit représentaient donc 3 dossiers pour chaque phase où un sondage a été retrouvé tracé ailleurs dans le dossier, mais absent sur le partogramme.

Les critères (1) la modalité d'entrée en travail (49% en 2012 versus 65% en P1), (12) la date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids (44% en 2012 versus 67% en P1) de l'ACC2, et le critère (4) l'intensité de la douleur (37% en 2012 versus 79% en P1) de l'ACC3 n'étaient pas conformes en 2012, ni lors de la P1 alors qu'ils étaient conformes respectivement à 85%, 83% et 89% lors de la P2. Les améliorations des critères (12) de l'ACC2 et (4) de l'ACC3 entre les deux phases de l'audit n'étaient pas significatives (respectivement $p=0,07$ et $p=0,18$), bien qu'elles l'étaient de 2012 à la P2 (respectivement $p=6 \times 10^{-7}$ et $p=9 \times 10^{-12}$). Il semblerait donc qu'à la suite des actions mises en œuvre après l'EPP de 2012, l'exhaustivité des informations concernant la modalité d'entrée en travail, l'intensité de la douleur et le nouveau-né dans les partogrammes du CHU d'Angers se soit améliorée. Pour le critère (12) la date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids, la quasi-totalité des « Non » des deux phases de l'audit concernait un ou plusieurs éléments manquants sur la page du partogramme, mais présents dans le dossier obstétrical à une autre page (la page « nouveau-né en salle de travail » par exemple, qui est la page spécifique pour ces informations), sauf pour 2 dossiers de la P2 qui étaient non conformes ($n=47$) dont 1 étant un dossier d'un nouveau-né transféré dès la naissance en unité de néonatalogie pour mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

Les critères (6) le début des efforts expulsifs, et (8) l'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres, ou césarienne, de l'ACC2, et le critère (11) la surveillance post-natale de l'ACC3 n'étaient pas conformes pour les deux phases de l'audit, comme lors de l'EPP de 2012. Il semblerait que ces critères n'aient pas été améliorés après l'EPP de 2012, ni après la P1 de l'audit. Cependant, il est possible de moduler ces résultats. En effet, pour la P2, la totalité des dossiers non conformes pour le critère (6) le début des efforts expulsifs n'avait pas d'information sur le partogramme, mais la durée des efforts expulsifs était reportée sur la page de l'accouchement du dossier obstétrical. Pour le critère (8) l'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne, les indications de césarienne étaient parfois notées sur le compte rendu opératoire et non sur le partogramme, disponible informatiquement mais qui reste actuellement une feuille volante du dossier. Les indications de manœuvres et d'extraction instrumentale étaient parfois notées sur la page « accouchement » et non sur le partogramme. Pour le critère (11) la surveillance post-natale de l'ACC3, le critère était noté « non applicable » pour les 5 dossiers de césariennes, la surveillance post-natale étant réalisée en SSPI par l'IADE. Sur les 43 dossiers de la P1 et les 40 dossiers de la P2 pour lesquels la surveillance post-natale n'était pas notée sur le partogramme, elle était retrouvée à la page « surveillance post-natale » du dossier obstétrical, qui est une page numérotée spécifiquement rajoutée au dossier obstétrical papier pour ces informations après l'EPP de 2012. Il en ressort que ces actions menées après l'EPP de 2012 ont probablement permis une amélioration de la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du post-partum, que cette étude ne peut pas mettre en évidence car elle ne concerne pas la qualité de la tenue du partogramme.

Le critère (10) l'indication de la DA/RU de l'ACC2 et le critère (9) le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s) de l'ACC3 n'étaient pas conformes en 2012 (71% et 5%). Ils observaient une diminution significative (respectivement $p=0,049$ et $p=0,038$) de leur qualité de tenue entre la P1 et la P2 de notre étude. Il semble cependant important de préciser que pour le critère (10) de l'ACC2, l'effectif

total étant réduit (n=8) les partogrammes non conformes (6%) lors de la P2 représentaient 3 dossiers pour lesquels la DA/RU et/ou son indication n'étaient notées qu'à la page « délivrance » ou « gestion d'hémorragie de la délivrance ». Pour le critère (9) de l'ACC3, l'analyse réalisée lors de l'EPP de 2012 était plus précise. Elle a permis une modification majeure du dossier obstétrical papier en y ajoutant une page spécifique permettant l'identification de l'équipe de garde. Cette page, tout comme celle de la délivrance ou de la gestion d'une HDD, permet de préciser les éléments de traçabilité que requiert ce critère. Cependant, ces pages n'étaient pas analysées par notre étude.

Pour le critère (8) la surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme de l'ACC3, le guide d'utilisation de la grille de recueil précise bien que [La trace de la surveillance doit se trouver dans le dossier du patient]. Or, au CHU d'Angers la surveillance d'anesthésie était progressivement devenue totalement informatisée au cours de la période de la P1 de l'audit. Cela explique un taux de 84% en P1, et de 0% en P2. Il est souhaitable que l'informatisation de cette surveillance ait permis une amélioration de la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail. Mais cette étude ne peut pas la mettre en évidence car elle n'évaluait pas le dossier informatique. Ce critère a subi un biais important d'interprétation lié au changement de pratique du service.

Le critère (10) les heures de décision de césarienne puis de transfert au bloc opératoire de l'ACC3 observait une diminution non significative de la conformité de 80% versus 60% (n=5). Le faible effectif de ce critère ne permettait pas de conclure à l'involution de sa conformité (p=1).

Au CHU d'Angers, le roulement des sages-femmes entre les différents services est de 6 semaines. Ainsi, pour réduire le biais de recrutement qui pourrait résulter de ce roulement, la période de sélection des dossiers de la première phase a été étendue à 10 mois, et les dossiers ont été sélectionnés de façon à en obtenir 6 chaque mois. Ce biais n'a pas pu être écarté pour la deuxième phase, qui était une phase d'évaluation plus courte. Ce biais semblerait avoir un faible impact, puisque l'étude des caractéristiques des populations a montré l'absence de différence significative entre les deux phases (p=0,24). Les différences observées pourraient donc être pour partie attribuées à une variabilité inter-professionnelle préexistante aux recommandations et non à une évolution des pratiques collectives par la modification des habitudes de chacun (variabilité intra-personnelle).

Un certain nombre de dossiers n'a pas pu être consulté. Des dossiers ont été perdus de vue entre la phase de pré-sélection et l'ouverture des dossiers. Il s'agissait de patientes dont le dossier n'a pas été retrouvé aux archives pour les deux parties de l'audit (respectivement 1 et 8 dossiers).

Un biais d'interprétation était inhérent aux conditions de recueil des données. En effet, celles-ci étaient collectées par lecture du partogramme et du dossier obstétrical dans son ensemble. Certaines données manquantes du partogramme étaient déduites du reste du dossier obstétrical, ou de l'enregistrement cardio-tocographique, telles que la pose de la péridurale ou la DA/RU et son indication. En l'absence de donnée écrite, le critère était rempli comme non applicable, prenant par principe qu'il n'avait pas été effectué, mais il était impossible de savoir s'il n'avait tout simplement pas été tracé.

Conclusion

L'évaluation des Pratiques Professionnelles s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La HAS la définit comme étant une [démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles]. Elle vise à [promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins][14].

La qualité de la tenue du partogramme est globalement satisfaisante au CHU d'Angers, bien que chaque critère doive être évalué de manière indépendante. Répondre à la problématique posée par cette étude a fait émerger de nouvelles questions.

Les recommandations de l'Anaes constituant le référentiel de cet audit concernent exclusivement le partogramme. La quantité d'information devant figurer sur le partogramme selon ces recommandations étant importante, les équipes du CHU d'Angers ont fait le choix de construire le dossier obstétrical en intégrant des pages spécifiques pour certaines de ces informations. Les recommandations sur la tenue du partogramme de la HAS peuvent-elles être appliquées à l'ensemble du dossier obstétrical ?

Quelle est la valeur d'une évaluation de l'outil « partogramme » au regard des recommandations de 2000 de l'Anaes, maintenant que celui-ci est intégré au dossier obstétrical ? Il est possible d'évaluer la qualité de la traçabilité des informations en évaluant la tenue du dossier obstétrical dans sa globalité, via les indicateurs IPAQSS notamment celui de la tenue du dossier patient, évalués par la HAS en 2008[25] ou avec la méthode du patient traceur évaluée par la HAS en 2015[26].

Le remplissage du partogramme est-il la seule responsabilité de la sage-femme ? Les médecins spécialistes remplissent eux aussi le dossier obstétrical. Dans les faits, au CHU d'Angers, le remplissage du partogramme est une tâche dévolue quasi-exclusivement à la sage-femme. Sur le plan médico-légal il est de la responsabilité de l'opérateur de l'acte de rédiger les informations concernant l'acte sur le dossier obstétrical et sur le partogramme.

Qu'en est-il de l'informatisation du dossier obstétrical au CHU d'Angers ? Le versant « anesthésie » étant dorénavant totalement informatisée au CHU d'Angers, tout comme le versant « suites de couches », il est possible d'imaginer que le dossier obstétrical le devienne bientôt, comme c'est pratiqué dans plusieurs maternités françaises (Nantes, Grenoble...). Qu'en est-il de la qualité et la sécurité des soins dans les établissements qui utilisent le partogramme informatisé ?

Annexes

○ Annexe 1

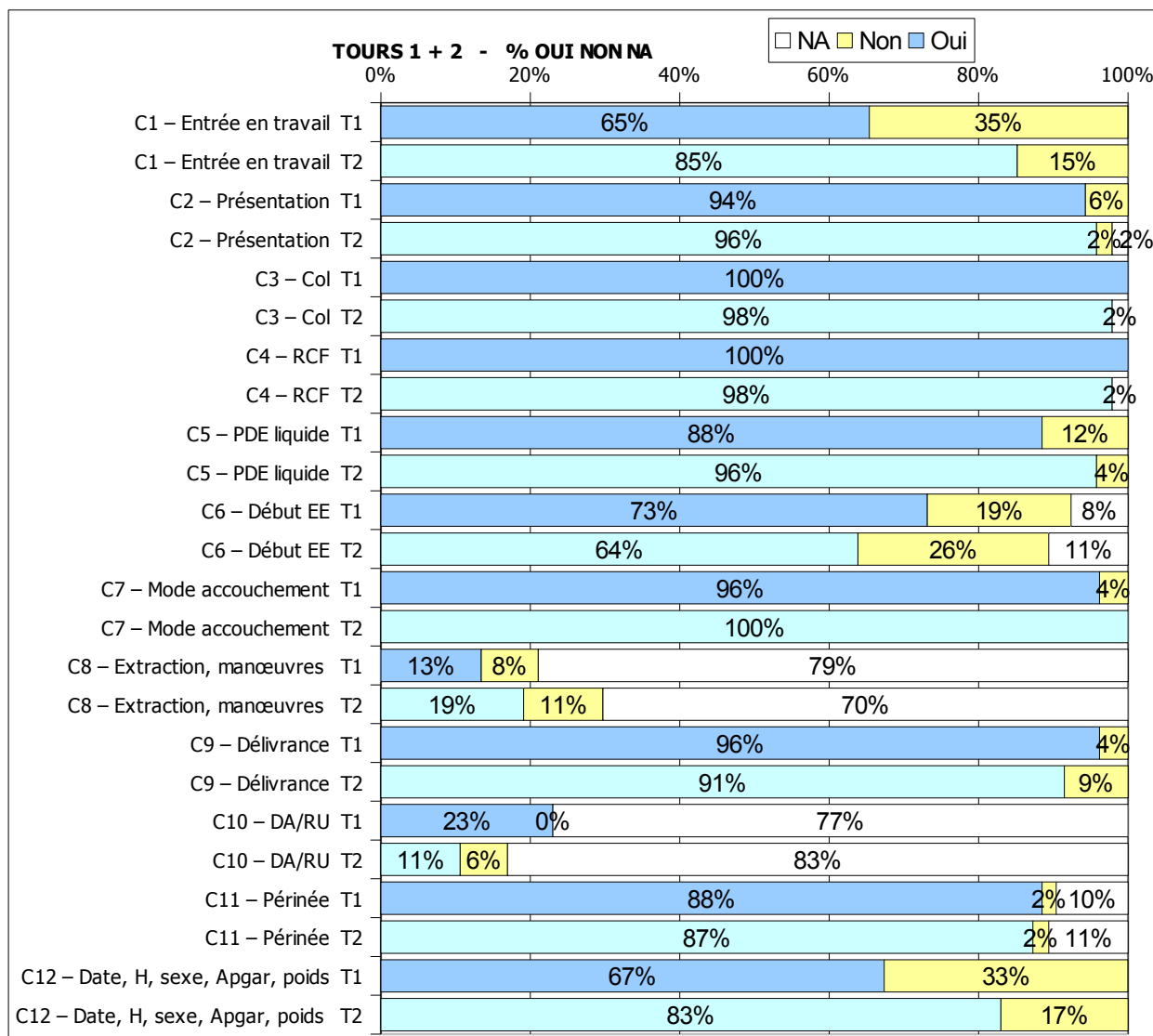


Figure 4 : Graphique présentant les % de OUI/NON/NA des phases 1 et 2 de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

○ Annexe 2

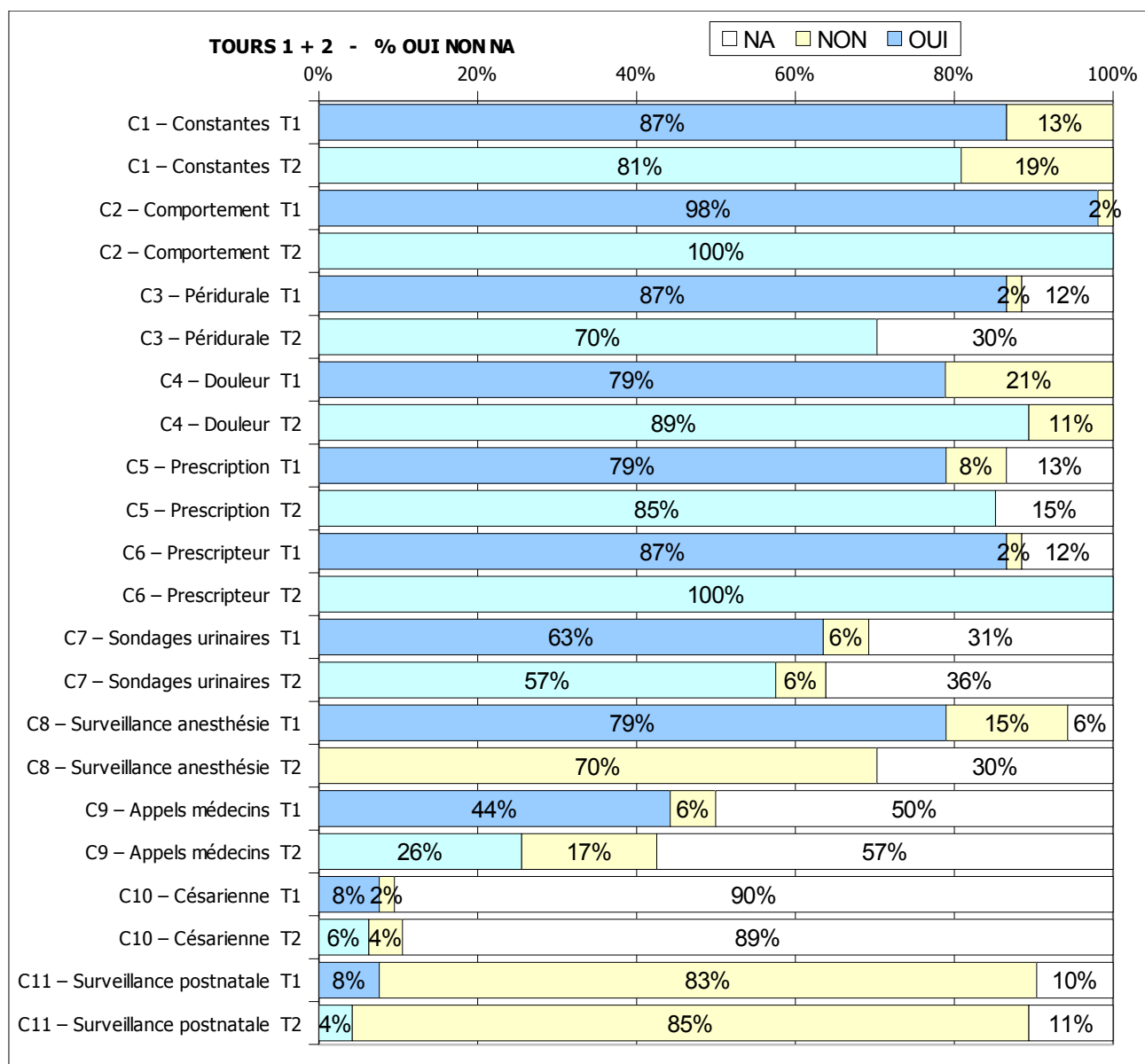


Figure 5 : Graphique présentant les % de OUI/NON/NA des phases 1 et 2 de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

○ Annexe 3

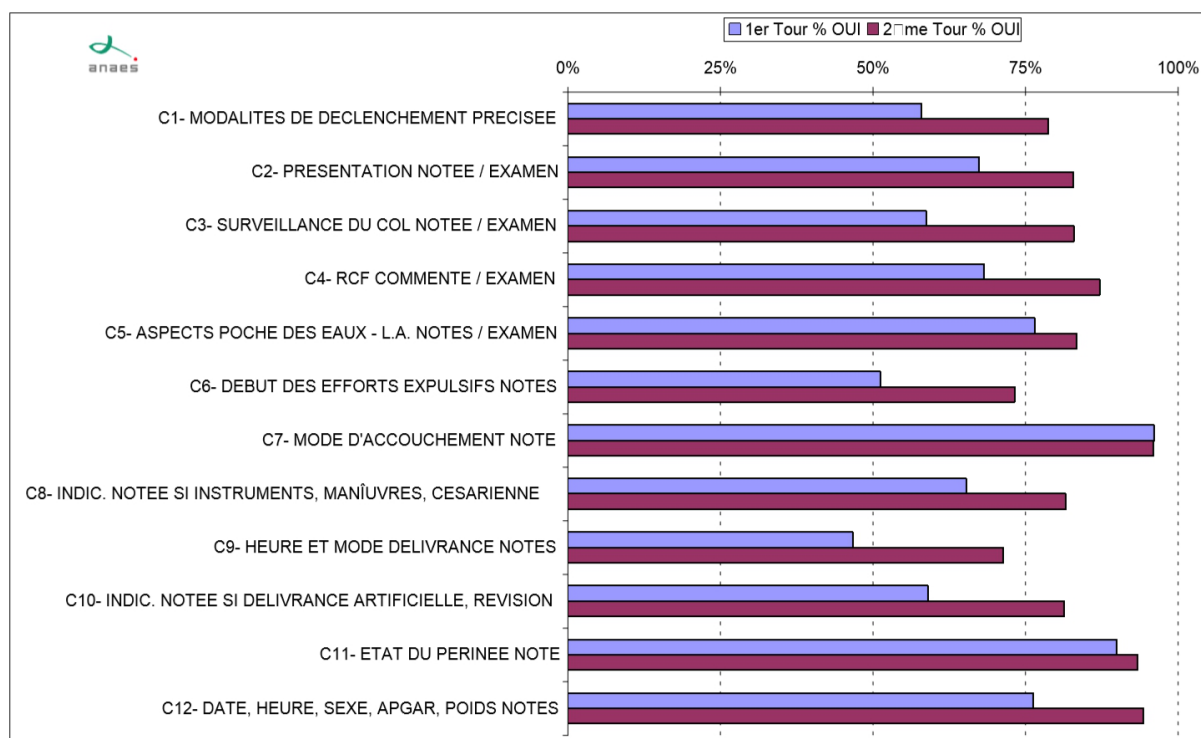


Figure 6 : Graphique représentant les résultats en % de OUI (par rapport au total OUI + NON) des phases 1 et 2 de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) de l'expérimentation nationale de la HAS menée en 2005 dans 38 établissements de santé.

○ Annexe 4

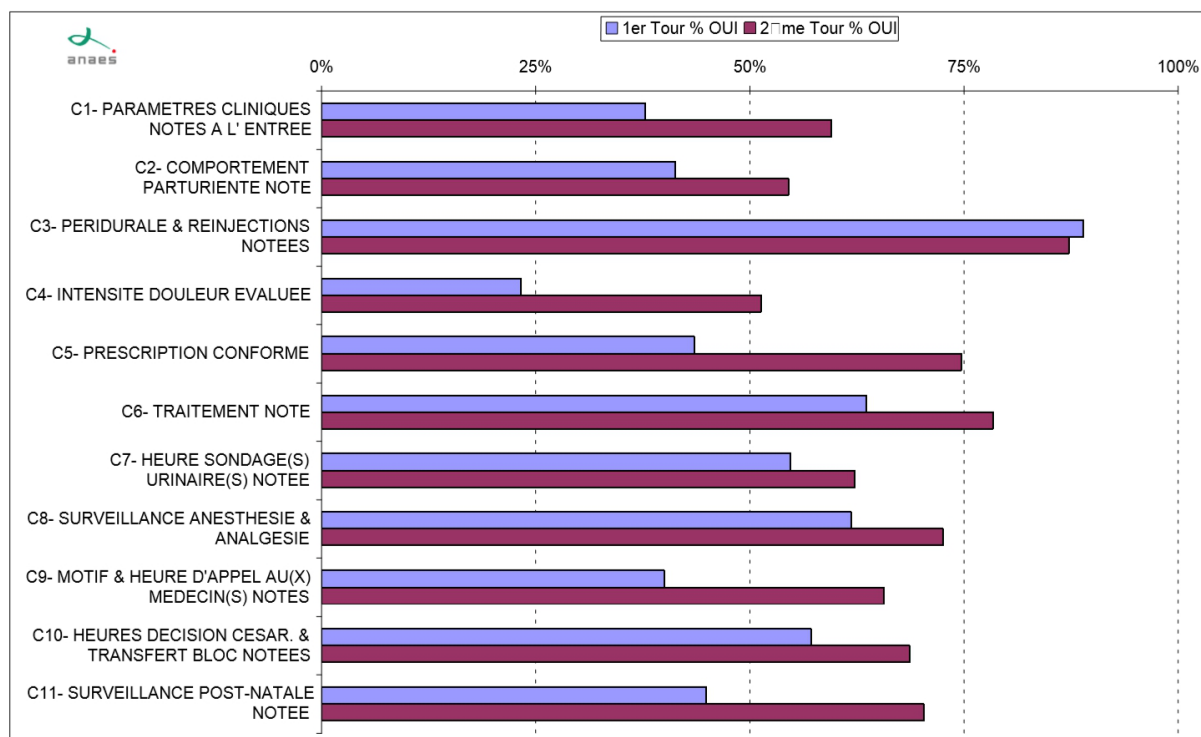


Figure 7 : Graphique représentant les résultats en % de OUI (par rapport au total OUI + NON) des phases 1 et 2 de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) de l'expérimentation nationale de la HAS menée en 2005 dans 38 établissements de santé.

○ Annexe 5

Audit clinique ciblé : Surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme

Annexes

Annexe 1 : Fiche méthode

AUDIT CLINIQUE CIBLE (ACC)

Méthode de première intention – approche par comparaison

Définition

Méthode d'évaluation qui permet, à l'aide d'un nombre limité de critères, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

Champ d'application

Les pratiques professionnelles pour lesquelles il existe un référentiel ou au minimum un accord professionnel permettant de le construire et un fort potentiel d'amélioration des pratiques cliniques, organisationnelles ou de soins.

Objectifs

- Mesurer l'écart entre la pratique et la référence, grâce à un nombre limité de critères sélectionnés en fonction des besoins de l'établissement et/ou des services qui mettent en œuvre ;
- réduire le temps de réalisation de l'audit clinique pour améliorer la réactivité des équipes (6 mois environ) ;
- définir et mettre en œuvre rapidement des mesures correctives ou des actions d'amélioration accessibles et en nombre limité ;
- s'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.

Synonyme, équivalents en anglais, variantes et produits dérivés

Quick audit, rapid audit, mini-audit, méthode d'évaluation par critères explicites

Origine

Méthode dérivée de l'audit clinique.

L'Anaes a développé une expérience importante de l'audit clinique en accompagnant plus de 300 établissements. À la suite de ces travaux, il est apparu nécessaire de construire une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles permettant une réactivité plus importante des équipes et des audits plus rapprochés.

Le programme expérimental ACC mené en 2005 a montré que l'ACC était une méthode d'amélioration de la qualité acceptable, faisable, efficace et valide, dans les 8 thèmes et les 27 ACC proposés (cf. rapports par thème à paraître sur le site de la HAS).

Ressources nécessaires

Soutien d'un ou plusieurs professionnels formés à la méthode de l'ACC ou de l'audit clinique.

Le cédérom ACC 2005 mis à disposition des professionnels sur le site de la HAS.

Conditions de réussite

- Sélectionner un segment de processus de prise en charge des patients ciblé sur un métier, un acte de soin, un aspect organisationnel ou transversal, une étape de la prise en charge médicale (diagnostique, thérapeutique, information, surveillance...) ;
- sélectionner un nombre limité mais suffisant de critères (entre 4 et 12), choisis en fonction du ou des objectifs poursuivis (conformité à la réglementation, à des recommandations de pratique clinique avec un haut niveau de preuve, recherche d'amélioration, problème de santé publique ou sécurité du patient...) :
 - définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes ou un problème d'organisation générale,
 - désigner un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle.

HAS/Service Évaluation des Pratiques/octobre 2006

Description

La méthode comporte 6 étapes (elles pourraient idéalement être suivies d'une septième avec recueil d'indicateurs).

ÉTAPE 1 PLAN : planifier, organiser

Choix du thème

- Choix du thème à partir de référentiels validés, en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient et du potentiel d'amélioration.
- Champ de l'étude : nombre d'unités de soins impliquées.
- Constitution d'un groupe de travail et nomination du chef de projet.
- Réalisation d'une information sur le projet auprès des professionnels.

Choix des critères

- Choix d'un ou plusieurs référentiels d'ACC existant sur le thème choisi.
- S'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel disponible se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la qualité du service rendu au patient.
- Construction des grilles de recueil des données et du guide qui les accompagne.
- Élaboration du protocole d'étude avec détermination :
 - des critères d'inclusion et d'exclusion ;
 - du type d'étude (rétrospectif ou prospectif) ;
 - du mode de recueil des données et les sources d'information ;
 - de la taille de l'échantillon ;
 - de la période d'évaluation.
- Test de la feuille de recueil de données et réajustement si besoin.
- Planification de la démarche (diagramme de type Gantt).
- Organisation d'une réunion d'information pour toutes les unités concernées par l'ACC.

ÉTAPE 2 DO : recueil des données (première évaluation)

- Remplissage d'une grille de recueil pour chaque pratique évaluée.
- Suivi de l'évolution du recueil.

ÉTAPE 3 CHECK : analyse des résultats de la première évaluation

- Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les valeurs observées et celles qui sont attendues d'après le référentiel (standards).
- Analyse des résultats.
- Recherche des causes des écarts.
- Définition des axes d'amélioration.
- Rédaction du rapport de la première évaluation.

ÉTAPE 4 ACT : plan d'action des améliorations

- Nomination d'une responsable par action et réalisation d'une « fiche action ».
- Élaboration d'un calendrier pour la réalisation de ces actions.
- Planification de la période de réévaluation.

ÉTAPE 5 Nouveau recueil (deuxième évaluation)

ÉTAPE 6 Analyse des résultats de la deuxième évaluation

- Analyse des résultats.
- Comparaison avec les résultats de la première évaluation.
- Recherche des causes des écarts résiduels.

ÉTAPE 7 Idéalement

- Mise en place de nouvelles mesures correctives si des écarts persistent.
- Suivi d'indicateurs pour s'assurer du bénéfice à long terme.

○ Annexe 6

Audit clinique ciblé : Surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES ACC n°2 « Obstétrique » (PARTOobs)

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

OBJECTIF : améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail						
N°	CRITÈRES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	La modalité d'entrée en travail est précisée.				DPA	
2	La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés à chaque examen.				DPA	
3	La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen.				DPA	
4	Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen.				DPA	
5	L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen.				DPA	
6	Le début des efforts expulsifs est noté.				DPA	
7	Le mode d'accouchement est noté.				DPA	
8	L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée.				DPA	
9	L'heure et le mode de délivrance sont notés.				DPA	
10	Si délivrance artificielle et/ou révision de la cavité utérine, l'indication est notée.				DPA	
11	L'état du périnée est noté.				DPA	
12	La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids sont notés.				DPA	

DPA = dossier du patient

HAS/Service Évaluation des Pratiques/octobre 2006

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

Critère 1 La modalité d'entrée en travail est précisée.

Le partogramme comprend la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel du travail et son indication).

Critère 2 La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés.

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

Critère 3 La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : position, longueur, consistance et dilatation.

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

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

Critère 4 Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen, sauf en cas de MFIU (cocher NA) :

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

Critère 5 L'état et l'aspect de la poche des eaux doivent être décrits à chaque examen (intacte, rompue, fissurée). L'aspect et l'estimation de la quantité du liquide amniotique sont notés lors de la rupture des membranes puis à chaque examen.

En cas d'élément inchangé accepter « *idem* ».

Critère 7 Le mode d'accouchement est noté.

Cet item doit préciser :

- expulsion spontanée ;
- extraction instrumentale (spatules, forceps, ventouse) ;
- césarienne ;
- manœuvres (s'il y en a).

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

Critère 9 L'heure et le mode de délivrance sont notés.

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

Critère 11 L'état du périnée est noté.

Cet item doit préciser : intact, le type de déchirure, l'épisiotomie, les modalités de réfection.

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

○ Annexe 7

Audit clinique ciblé : Surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme

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

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

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

DPA = dossier du patient

HAS/Service Évaluation des Pratiques/octobre 2006

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

Critère 1 Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée.

Au début du partogramme, on doit trouver la PA, le pouls, la température. Puis tenir compte du contexte clinique (rupture de la PDE, hyperthermie, hyper- ou hypo-TA et des habitudes de service).

Cochez « **NON** » si ce n'est pas le cas.

Critère 2 Le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté au moins une fois.

Exemple : calme, agitée, coopérante...

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

Critère 5 La prescription est conforme à la réglementation.

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

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

Critère 8 La surveillance d'anesthésie ou d'analésie est associée au partogramme.

La trace de la surveillance doit se trouver dans le dossier du patient.

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

Cochez « **NON** » si un des éléments manque :

- globe de sécurité ;
- pouls, pression artérielle ;
- volume des pertes sanguines.

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

○ Annexe 8

Audit clinique ciblé : Surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme

Annexe 3 – Documents (Source cédérom ACC 2005)

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ : PARTOGRAMME

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'audit clinique dans les établissements de santé en 2001 intitulé : *Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme*.

En fonction du contexte de l'établissement, du risque encouru par les patients, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un ou plusieurs segments du processus parmi les trois ACC proposés selon les objectifs :

- améliorer la tenue du partogramme : audit ciblé tenue ;
- améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail : audit ciblé obstétrique ;
- améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail : audit ciblé événements.

1. Le champ d'application

Le partogramme étant un des éléments du dossier médical. L'évaluation concerne le dossier médical de toute patiente ayant accouché dans le service.

2. Les critères d'inclusion

Toutes patientes ayant accouché dans le service.

Sont exclus les accouchements à domicile et les césariennes programmées. En cas de mort *in utero* ne pas tenir compte du critère 10 et de l'Apgar à la naissance.

3. Le type d'étude

La méthode de mesure choisie est rétrospective. Sur des dossiers tirés au sort à partir d'une table de nombre aléatoire ou selon une fréquence donnée (toutes les 5 à 10 entrées par exemple) pour éviter au maximum les biais de sélection.

4. Les sources et les modes de recueil des données

Les données correspondant aux pratiques professionnelles sont recueillies par examen des dossiers des patientes (DP).

À chaque partogramme correspond une grille de recueil à remplir pour chaque patiente.

5. La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit porter sur 30 observations minimum par établissement et par ACC. Le choix de la ou des séquences doit être explicité et être respecté tout au long de l'étude.

6. La période d'évaluation

L'évaluation se déroule sur une période de six semaines maximum (même si le nombre de 30 dossiers n'est pas atteint).

○ Annexe 9

Extrait du document powerpoint présenté le 13 décembre 2018 lors du staff hebdomadaire du Pôle Femme – Mère – Enfant du CHU d'Angers, et transmis par mail à l'ensemble de l'équipe sage-femme du CHU d'Angers.

<p>Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme au CHU d'Angers</p> <p>Audit clinique ciblé Résultats du premier tour</p> 	<p>Introduction - Contexte</p> <p>« Enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus. »</p> <ul style="list-style-type: none">• Schéma de la progression du travail• Synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale• Document médico-légal• Support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques 
<p>Historique - Justification</p> <ul style="list-style-type: none">• 1954 – Cervicographe de Friedman• 1987 – Partogramme de l'OMS, modifié en 1997• 2000 – ANAES → guide « Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme » puis application dans 43 établissements• 2006 – HAS → rapport d'expérimentation des audits cliniques ciblés (ACC) dans 38 établissements• 2009 – ACC à Angers• 2012 – EPP à Angers – Marion Mottier 	<p>Objectif de l'Audit Clinique ciblé</p> <p>L'étude est rétrospective, observationnelle, descriptive, quantitative et monocentrique.</p> <p>Le but est d'objectiver une progression sur la qualité de la tenue du partogramme.</p> 
<p>Objectif de l'Audit Clinique ciblé</p> <p>L'étude est rétrospective, observationnelle, descriptive, quantitative et monocentrique.</p> <p>Le but est d'objectiver une progression sur la qualité de la tenue du partogramme.</p> 	<p>Matériel et Méthode</p> <ul style="list-style-type: none">• Janvier à Octobre 2018• 6 dossiers par mois• Critères d'exclusion : dossiers n'ayant pas de partogramme<ul style="list-style-type: none">• morts fœtales in utero, IMG,• fausses couches tardives,• parturientes n'ayant pas accouché à la maternité,• parturientes ayant eu une césarienne avant travail• Grilles de données de la HAS 

3 ACC de l'HAS

Trois ACC pour trois objectifs définis ont été conçus :

- 1- la tenue du partogramme (avec l'objectif d'améliorer la qualité de l'écrit) comportant 6 critères (PARToten) ;
- 2- la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) comportant 12 critères ;
- 3- la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) comportant 11 critères.

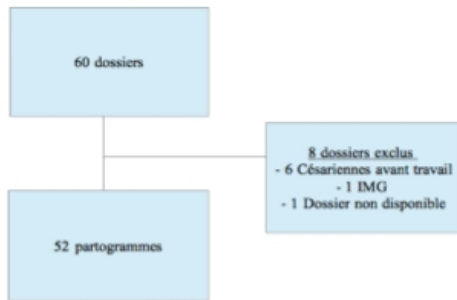
→ Reprennent les 36 critères de l'ANAES 2000

→ Nous avons choisi d'évaluer PARTOobs et PARTOeve

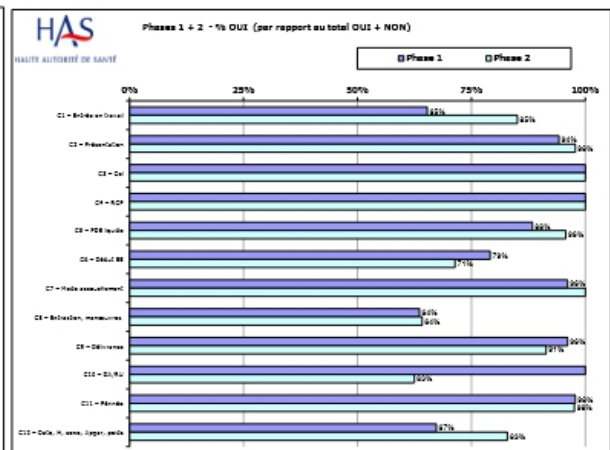
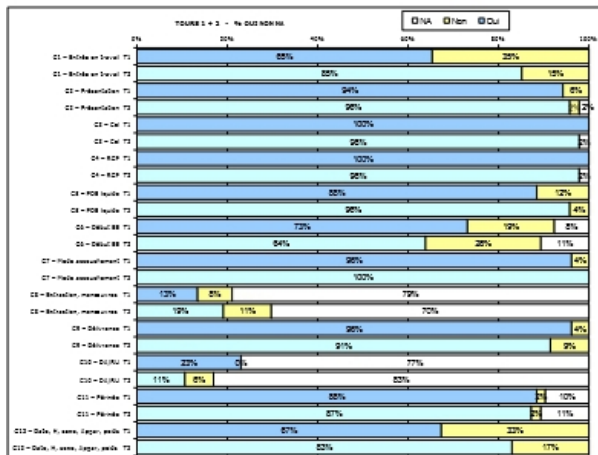


GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES ACC n°2 - Obstétrique - (PARTOobs)						GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES ACC n°3 - Evénements du partogramme - (PARTOeve)					
Date : N° de grille : Nom de l'évaluateur : Identification du patient : les 3 premières lettres DDD ou initiales			Date de l'évaluation : N° de grille : Nom de l'évaluateur : Identification du patient : les 3 premières lettres DDD ou initiales			Date : N° de grille : Nom de l'évaluateur : Identification du patient : les 3 premières lettres DDD ou initiales			Date de l'évaluation : N° de grille : Nom de l'évaluateur : Identification du patient : les 3 premières lettres DDD ou initiales		
OBJECTIF : améliorer la traçabilité de la conduite du déroulement du travail						OBJECTIF : améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail					
N°	Critères	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES	N°	Critères	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	La matrice a été remplie en temps réel.				DATA	1	Les paramètres cliniques sont notés à l'heure (PM, pulsations, température).				DATA
2	La présentation du fœtus, sa position et son poids sont notés à chaque examen.				DATA	2	Le comportement de la mère pendant toute la durée du travail.				DATA
3	La surveillance du col utérin (longueur, ouverture, position) est notée à chaque examen.				DATA	3	La date de la naissance et son poids sont notés.				DATA
4	La durée du travail est notée à chaque examen.				DATA	4	Un critère de la douleur est noté.				DATA
5	Le début et l'aspect de la phase des eaux sont notés à chaque examen.				DATA	5	La prise en compte de la réglementation (uniquement pour les prescriptions de médicaments, produits, soins, etc.).				DATA
6	Le début des efforts expulsifs est noté.				DATA	6	Tout médicament administré est noté (dilatateur, analgésique, etc.).				DATA
7	La durée d'accouchement est notée.				DATA	7	Chaque acte (examen, geste, etc.) est noté.				DATA
8	La notation de l'absence de complications, d'événements ou de complications est notée.				DATA	8	La surveillance de la vitalité du fœtus est notée.				DATA
9	La durée et le mode de délivrance sont notés.				DATA	9	Le motif et l'heure d'appel aux secours sont notés.				DATA
10	Le déroulement de l'effort expulsif, depuis le début de la phase des eaux, jusqu'à la naissance du fœtus, est noté.				DATA	10	Chaque acte de surveillance de la vitalité du fœtus est noté.				DATA
11	Le début de la phase des eaux est noté.				DATA	11	La surveillance postnatale est notée sur le partogramme.				DATA
12	La durée, l'heure, le lieu, l'aspect et le poids du fœtus sont notés.				DATA						
DATA = dossier du patient						DATA = dossier du patient					

Résultats - Flowchart



ACC 2 - Résultats



Critère 1

Critère 1 La modalité d'entrée en travail est précisée.

Le partogramme comprend la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel du travail et son indication).

TOUR 1 : Résultats : OUI - NON - N.A.									
Critères : intitulés courts	Effectifs				%				Total
	Oui	Non	N.A.	Total	Oui	Non	N.A.	Total	
C1 - Entrée en travail	34	18		52	65%	35%	0%	100%	

18 NON sur 52 = 35% de NON

Dont un « diagnostic » manquant totalement

12



Critère 2

Critère 2 La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés.

Schéma accepté.

TOUR 1 : Résultats : OUI - NON - N.A.									
Critères : intitulés courts	Effectifs				%				Total
	Oui	Non	N.A.	Total	Oui	Non	N.A.	Total	
C2 - Présentation, variété, niveau	49	3		52	94%	6%	0%	100%	

3 NON sur 52 = 6%

Dont un siège dont la variété n'est pas notée,
une présentation céphalique dont la variété n'est pas notée,
Une présentation du front où le dessin n'est pas clair

14



Critère 3 et 4

Critère 3 La surveillance du col utérin comporte les éléments suivants : position, longueur, consistance et dilatation.

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

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

Critère 4 Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen

TOUR 1 : Résultats : OUI - NON - N.A.									
Critères : intitulés courts	Effectifs				%				Total
	Oui	Non	N.A.	Total	Oui	Non	N.A.	Total	
C3 - Col	52			52	100%	0%	0%	100%	
C4 - RCF	52			52	100%	0%	0%	100%	

15



Critère 5

Critère 5 L'état et l'aspect de la poche des eaux et/ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen.

L'état et l'aspect de la poche des eaux doivent être décrits à chaque examen (intacte, rompue, fissurée).

L'aspect et l'estimation de la quantité du liquide amniotique sont notés lors de la rupture des membranes puis à chaque examen.

En cas d'élément inchangé accepter « idem ».

TOUR 1 : Résultats : OUI - NON - N.A.									
Critères : intitulés courts	Effectifs				%				Total
	Oui	Non	N.A.	Total	Oui	Non	N.A.	Total	
C5 - PDE liquide	46	6		52	88%	12%	0%	100%	

6 NON sur 52 = 12%

Dont 4 où c'est la couleur du liquide qui est manquante

16



Critère 6

Critère 6 Le début des efforts expulsifs est noté.

TOUR 1 : Résultats : OUI - NON - N.A.									
Critères : intitulés courts	Effectifs				%				Total
	Oui	Non	N.A.	Total	Oui	Non	N.A.	Total	
C6 - Début EE	38	10	4	52	73%	19%	8%	100%	

4 NA = césarienne pendant le travail

10 NON = 19% Dont 4 où la durée des EE notée

17



Critère 7

Critère 7 Le mode d'accouchement est noté.

Cet item doit préciser : expulsion spontanée ; extraction instrumentale (spatules, forceps, ventouse) ; césarienne ; manœuvres (s'il y en a).

TOUR 1 : Résultats : OUI - NON - N.A.									
Critères : intitulés courts	Effectifs				%				Total
	Oui	Non	N.A.	Total	Oui	Non	N.A.	Total	
C7 - Mode accouchement	50	2		52	96%	4%	0%	100%	

18



○ Annexe 10

Tableau IV : Analyse des critères présentant une évolution de la conformité entre l'EPP de Mme Mottier M. réalisé en 2012 au CHU d'Angers et la deuxième phase de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail sur le partogramme (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur la période du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

	EPP 2012 ⁱ			Phase 2 ⁱⁱ			p-value ⁱⁱⁱ
C1 L'entrée en travail	N=272	132	(49)	N=47	40	(85)	3,396x10 ⁻⁶
C2 La présentation du fœtus, sa variété et son niveau	N=272	206	(76)	N=46	45	(98)	0,0007
C6 Le début des EE	N=269	144	(54)	N=42	30	(71)	0,0310
C8 L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvre ou césarienne	N=8	5	(62)	N=14	9	(64)	1
C9 L'heure et le mode de délivrance	N=272	212	(78)	N=47	43	(91)	0,0308
C10 La DA/RU	N=55	39	(71)	N=8	5	(63)	0,6883
C11 L'état du périnée	N=272	36	(13)	N=42	41	(98)	9,25x10 ⁻²⁹
C12 La date, l'heure, le sexe, l'Apgar et le poids	N=272	119	(44)	N=47	39	(83)	6,80x10 ⁻⁷

ⁱ : Effectifs tirés de l'EPP de 2012 au CHU d'Angers

ⁱⁱ : Phase 2, du 13 décembre 2018 au 6 février 2019

ⁱⁱⁱ : p significatif si <0,05

Tableau V : Analyse des critères présentant une évolution de la conformité entre l'EPP de Mme Mottier M. réalisé en 2012 au CHU d'Angers et la deuxième phase de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur la période du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

	EPP 2012 ⁱ			Phase 2 ⁱⁱ			p-value ⁱⁱⁱ
C1 Les paramètres cliniques (PA, pouls, T°)	N=267	120	(44)	N=47	38	(81)	5,624x10 ⁻⁶
C4 L'intensité de la douleur	N=272	101	(37)	N=47	42	(89)	9,52x10 ⁻¹²
C5 La prescription (nom du prescripteur, du médicament, posologie, voie d'administration)	N=225	110	(49)	N=40	40	(100)	1,17x10 ⁻¹¹
C7 L'heure du(des) sondage(s) urinaire(s)	N=213	168	(79)	N=30	27	(90)	0,2198
C9 Le motif et l'heure d'appel au(x) médecin(s) spécialiste(s)	N=159	8	(5)	N=20	12	(60)	7,08x10 ⁻⁹
C11 La surveillance post-natale	N=272	5	(2)	N=42	2	(5)	0,2375

ⁱ : Effectifs tirés de l'EPP de 2012 au CHU d'Angers

ⁱⁱ : Phase 2, du 13 décembre 2018 au 6 février 2019

ⁱⁱⁱ : p significatif si <0,05

○ Annexe 11

Tableau VI : Effectifs des deux phases de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

	Phase 1 N=52					Phase 2 N=47			
	OUI	NON	TOTAL	NA		OUI	NON	TOTAL	NA
C1	34	18	52			40	7	47	
C2	49	3	52			45	1	46	1
C3	52		52			46		46	1
C4	52		52			46		46	1
C5	46	6	52			45	2	47	
C6	38	10	48	4		30	12	42	5
C7	50	2	52			47		47	
C8	7	4	11	41		9	5	14	33
C9	50	2	52			43	4	47	
C10	12		12	40		5	3	8	39
C11	46	1	47	5		41	1	42	5
C12	35	17	52			39	8	47	

Tableau VII : Effectifs des deux phases de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.

	Phase 1 N=52					Phase 2 N=47			
	OUI	NON	TOTAL	NA		OUI	NON	TOTAL	NA
C1	45	7	52			38	9	47	
C2	51	1	52			47		47	
C3	45	1	46	6		33		33	14
C4	41	11	52			42	5	47	
C5	41	4	45	7		40		40	7
C6	45	1	46	6		47		47	
C7	33	3	36	16		27	3	30	17
C8	41	8	49	3		0	33	33	14
C9	23	3	26	26		12	8	20	27
C10	4	1	5	47		3	2	5	42
C11	4	43	47	5		2	40	42	5

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé, Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; Mortinatalités, décès maternels et néonataux, 24 août 2016
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/better-data-stillbirth-maternal-death/infographics/fr/
2. World Health Organization, Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2015 - Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015,
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;sequence=1
3. Euro-peristat, The Health Programme of the European Union, European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015, 2018,
https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf
4. World Health Organization, World Health Organization maternal health and safe motherhood programme, 1994, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7910888>
5. World Health Organization, The partograph : the application of the WHO partograph in the management of labour, 1994, <http://www.who.int/iris/handle/10665/58589>
6. Friedman EA, The graphic analysis of labor, 1954.
7. Friedman EA, Patterns of labor as indicators of risk, 1973.
8. Friedman EA, Neff RK, Labor and delivery: impact on offspring, 1987.
9. Hendricks CH, Brenner WE, Kraus G, Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour, 1970.
10. Lacomme M, L'accouchement en pratique quotidienne. Pratique obstétricale, 1960.
11. Philpott RH, Castle WM, Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. the action line and treatment of abnormal labour, 1972.
12. Soni BL, Effets de l'utilisation du partogramme sur les résultats en cas de travail spontané à terme: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1er juin 2009). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
13. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, Décret n°92.329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'informatisation des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel 1992 ; 4607-8, 1992.
14. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Guide pratique. Paris : Anaes, 2000.
15. Southoul JH, Pierre F, Le Déroulement de l'accouchement. La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique, 1991.
16. Haute Autorité de Santé, Évaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Service d'évaluation des pratiques professionnelles, Octobre 2006.

17. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Manuel d'accréditation des établissements de santé - Deuxième procédure d'accréditation. Paris : Anaes, 2004.
18. Marion Mottier, Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme selon les recommandations de l'ANAES. Étude rétrospective réalisée au CHU d'Angers. Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état de Sage-femme, 2012,
<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20081434/2013MDNSF614/fichier/614F.pdf>
19. Haute Autorité de Santé, Rubrique Accréditation & Certification [en ligne]. Articles 2017-2019 [consultés en mars 2019], 2019, <https://www.has-sante.fr/portail/jcms/1249603/fr/accreditation-certification>
20. Haute Autorité de Santé, Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Juillet 2018, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-12/parutionjo_procv2014.pdf
21. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Principes de mise en oeuvre d'une démarche de qualité en établissement de santé, Avril 2002, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf
22. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics, Arrêté du 28 février 2018 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé. JORF n°0053 du 4 mars 2018,
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/2/28/SSAH1805844A/jo/texte>
23. Haute Autorité de Santé, L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. 2005.
24. S. Maurellet-Evrard, A. Daunizeau et les membres du sous-groupe « Management de la qualité », Recommandations pour l'évaluation et le suivi de la démarche qualité, Qualité et accréditation en biologie médicale,
<https://docplayer.fr/48428679-Recommandations-pour-l-evaluation-et-le-suivi-de-la-demarche-qualite.html>
25. Haute Autorité de Santé, Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP), 2008.
26. Haute Autorité de Santé, Certification des établissements de santé. Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique, 2015,
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf

Table des matières

INDEX DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	5
INTRODUCTION.....	6
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	8
1. Schéma d'étude.....	8
2. Matériel.....	8
3. Méthode.....	8
RÉSULTATS.....	11
1. Traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) ACC n°2	12
2. Traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) ACC n°3	13
DISCUSSION.....	14
CONCLUSION	17
ANNEXES.....	18
Annexe 1.....	18
Annexe 2.....	19
Annexe 3.....	20
Annexe 4.....	20
Annexe 5.....	21
Annexe 6.....	23
Annexe 7.....	25
Annexe 8.....	27
Annexe 9.....	28
Annexe 10.....	31
Annexe 11.....	32
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	36
TABLE DES TABLEAUX.....	37

Table des illustrations

Figure 1 : Diagrammes de flux représentant la sélection des partogrammes de l'audit clinique ciblé portant sur la tenue du partogramme, mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	11
Figure 2 : Graphique représentant les résultats en % de OUI (par rapport au total OUI + NON) des phases 1 et 2 de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	12
Figure 3 : Graphique représentant les résultats en % de OUI (par rapport au total OUI + NON) des phases 1 et 2 de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	13
Figure 4 : Graphique présentant les % de OUI/NON/NA des phases 1 et 2 de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	18
Figure 5 : Graphique présentant les % de OUI/NON/NA des phases 1 et 2 de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.	19
Figure 6 : Graphique représentant les résultats en % de OUI (par rapport au total OUI + NON) des phases 1 et 2 de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs) de l'expérimentation nationale de la HAS menée en 2005 dans 38 établissements de santé.....	20
Figure 7 : Graphique représentant les résultats en % de OUI (par rapport au total OUI + NON) des phases 1 et 2 de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve) de l'expérimentation nationale de la HAS menée en 2005 dans 38 établissements de santé.....	20

Table des tableaux

Tableau I : Caractéristiques générales des populations de l'audit clinique ciblé portant sur la tenue du partogramme, mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	11
Tableau II : Analyse des critères présentant une évolution de la conformité entre les deux phases de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail sur le partogramme (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	12
Tableau III : Analyse des critères présentant une évolution de la conformité entre les deux phases de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	13
Tableau IV : Analyse des critères présentant une évolution de la conformité entre l'EPP de Mme Mottier réalisé en 2012 au CHU d'Angers et la deuxième phase de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail sur le partogramme (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur la période du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	31
Tableau V : Analyse des critères présentant une évolution de la conformité entre l'EPP de Mme Mottier réalisé en 2012 au CHU d'Angers et la deuxième phase de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur la période du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	31
Tableau VI : Effectifs des deux phases de l'ACC 2 portant sur la traçabilité du déroulement du travail (PARTOobs), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	32
Tableau VII : Effectifs des deux phases de l'ACC 3 portant sur la traçabilité des actes, des événements et des traitements au cours du travail (PARTOeve), mené au CHU d'Angers sur les périodes du 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 puis du 13 décembre 2018 au 6 février 2019.....	32

RÉSUMÉ

Titre : Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme au CHU d'Angers – Audit clinique ciblé

Introduction : L'European Perinatal Health Report évalue le taux de mortalité maternelle à 6,4 pour 100 000 naissances en 2015 en France. L'OMS a produit un partogramme et testé sa valeur pratique pour réduire la morbidité et mortalité maternelle et périnatale. Le partogramme s'est généralisé et est devenu le reflet écrit de la qualité de la prise en charge materno-foetale pendant l'accouchement et le post-partum immédiat.

L'objectif principal de cet audit clinique ciblé en deux phases était de décrire la conformité de la tenue du partogramme par rapport au référentiel de la HAS au CHU d'Angers afin d'en mesurer l'évolution après les mesures correctives et actions d'amélioration proposées à l'issue de la première phase.

Matériel et méthode : Audit clinique en deux phases : 1er janvier 2018 au 15 octobre 2018 (N1=52) et 13 décembre 2018 au 6 février 2019 (N2=47). Cible : tous les partogrammes réalisés à la maternité du CHU d'Angers. Données recueillies dans les dossiers d'accouchement et analysées avec les logiciels BiostaTGV et OpenOffice Calc.

Résultats : Sur les 23 critères analysés, 13 critères étaient conformes et le sont restés en deuxième phase. 3 critères n'étaient pas conformes et ne le sont pas devenus. 3 critères ne l'étaient pas et le sont devenus, mais pour 2 d'entre eux l'évolution n'était pas significative ($p > 0,05$). 4 critères étaient conformes en première phase et ont observé une perte de qualité en deuxième phase, et pour 3 d'entre eux l'évolution était significative ($p < 0,05$).

Conclusion : Les pratiques ont évolué en conformité avec les recommandations professionnelles. La qualité de la tenue du partogramme est globalement plus satisfaisante au CHU d'Angers en 2019 qu'en 2012, bien que chaque critère nécessite d'être évalué de manière indépendante.

mots-clés : partogramme, qualité, audit clinique, pratiques professionnelles

ABSTRACT

Title : Evaluation of the compliance rate of partograph use at the University Hospital of Angers : a targeted clinical audit

Introduction : The European Perinatal Health Report estimates the maternal mortality rate at 6.4 per 100 000 births in 2015 in France. The WHO has produced a partograph and tested its practical value for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. The partograph is widely used and became a written reflection of the quality of maternal-fetal management during delivery and immediate postpartum.

This two-phase targeted clinical audit aimed to assess the compliance rate of partograph use with reference to the HAS to the CHU of Angers in order to measure the evolution after the corrective measures and the proposed improvement actions.

Material and method : Two-phase clinical audit: 1st January 2018 to 15th October 2018 (N1 = 52) and 13th December 2018 to 6th February 2019 (N2 = 47). Target: all the partographs made at the maternity of Angers University Hospital. Data collected in delivery records and analyzed with BiostaTGV and OpenOffice Calc software.

Main results : Of the 23 criteria analyzed, 13 criteria were compliant and remained so in the second phase. 3 criteria failed to comply. 3 criteria were not compliant and became so, but for 2 of them the evolution was not significant ($p > 0.05$). 4 criteria were compliant in the first phase and observed a loss of quality in the second phase, and for 3 of them the evolution was significant ($p < 0.05$).

Conclusion : The practices have evolved in accordance with the professional recommendations. The quality of the compliance rate of partograph is generally more satisfactory at CHU d'Angers in 2019 than in 2012, although each criterion needs to be evaluated independently.

keywords : partograph, quality, clinical audit, professional practices

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e), Marie Carpentier,
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce mémoire.

signé par l'étudiante le 23 / 03 / 2019

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

