



HAL
open science

Evaluation de la tenue du partogramme au sein de la maternité de l'Hôpital Ayres de Menezes

Anne-Gaëlle Provost

► **To cite this version:**

Anne-Gaëlle Provost. Evaluation de la tenue du partogramme au sein de la maternité de l'Hôpital Ayres de Menezes. Santé publique et épidémiologie. 2015. hal-01828186

HAL Id: hal-01828186

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01828186>

Submitted on 3 Jul 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

Soutenu en septembre 2015

Mademoiselle Provost Anne-Gaëlle

Maître de stage :

Monsieur Carvalho Manuel.

Guidant universitaire :

Monsieur Guévart Edouard.



Evaluation de la tenue du partogramme au sein
de la maternité de l'Hôpital Ayres de Menezes.

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

2014-2015



REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier l'équipe du Programme de la Santé Reproductive de São Tomé et Príncipe pour leur accueil, leurs orientations et leur appui technique dans l'élaboration de ce travail.

Je remercie également Dr Paulina, sage-femme en chef à la maternité de l'Hôpital Ayres de Menezes pour sa disponibilité et son intérêt pour le travail effectué. Cette bonne collaboration, m'a permis d'avoir un accès facilité aux données nécessaires à la conduite de ce mémoire. Je remercie l'équipe soignante pour leur aide et pour leur ouverture, leur participation et leurs contributions aux discussions sur les résultats de l'évaluation.

Je remercie mon référant universitaire, Mr Edouard Guevart pour ses conseils et ses orientations ainsi que Margot Oberlis, étudiante en Master 2, pour l'échange d'expérience.

Enfin, je remercie mon entourage, mon compagnon, ma famille et mes amis pour leur soutien quotidien.

TABLE DES MATIERES

Introduction	4
1. Contexte	5
1.1. Contexte et cadre de l'étude.....	5
1.1.1. La sante maternelle à São tomé et Principe.....	5
1.1.2. La mise aux normes SONU.	6
1.2. Le partogramme.....	7
1.2.1. Définition.....	7
1.2.2. Brève historique du partogramme.	9
1.2.3. Le partogramme de l'OMS.....	10
1.3. L'évaluation des pratiques professionnelles.....	11
1.3.1. Principes généraux.....	11
1.3.2. L'audit clinique.	12
2. Méthodes	14
2.1. Définition du cadre de l'étude.	14
2.2. Elaboration du référentiel.	14
2.3. Recueil des données	15
2.4. Mesure et analyse des données.	15
2.5. Restitution.....	15
3. Résultats.	16
3.1. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme.....	16
3.1.1. Les critères d'évaluation.....	16
3.1.2. Les données de l'évaluation.....	16
3.1.3. Présentation et analyse des données.....	18

3.2.	Améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail	19
3.1.1.	Les critères d'évaluation.....	19
3.1.2.	Les données de l'évaluation.....	20
3.1.3.	Présentation et analyse des données.....	20
3.2.	Améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail 22	
3.2.1.	Les critères d'évaluation.....	22
3.2.2.	Les données de l'évaluation.....	23
3.2.3.	Présentation et analyse des données.....	23
3.3.	Synthèse des résultats de l'évaluation.....	25
4.	Discussion.	26
4.1.	L'utilisation du partogramme comme outil d'aide à la décision.....	26
4.1.1.	Observations.....	26
4.1.2.	Recommandations.....	27
4.2.	Chronologie et fréquence des examens.....	27
4.2.1.	Observations.....	27
4.2.2.	Recommandations.....	28
4.3.	De la pratique a la retranscription écrite.	29
4.3.1.	Observations.....	29
4.3.2.	Recommandations.....	29
4.4.	Synthèse des recommandations et conclusion.	30
	Bibliographie	33
	Annexe.....	36
	Annexe 1. Carte de Sao Tome et Principe	36
	Annexe 2. Le partogramme de l'OMS.....	37
	Annexe 3. Grille de recueil des données.....	38
	Annexe 4. Données des résultats de l'évaluation.....	39

Résumé.....	40
Abstract.....	41

INTRODUCTION

L'année 2015 marque le point d'achèvement des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont l'initiative a été lancée en 1990. Approuvée par tous les pays du monde et les plus grandes institutions internationales, de nombreux efforts ont été entrepris au cours de ces 25 dernières années pour réduire la pauvreté et les inégalités dans le monde. Par le biais d'un partenariat et d'une mobilisation des fonds sans précédent, plusieurs centaines de projets ont été menés dans le but d'atteindre les cibles fixées par les OMD. C'est dans ce contexte qu'à São Tomé et Príncipe, deux petites îles de 200 000 habitants situées dans le Golfe de Guinée, que l'Union Européenne finance un projet de réduction de la mortalité maternelle et infantile conformément aux OMD 4 et 5. En effet, les indicateurs restent en deçà des objectifs fixés par les OMD 4 et 5 respectivement en matière de réduction de la mortalité infantile et amélioration de la santé maternelle¹. Le projet financé par l'Union Européenne et mis en œuvre par le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), vise à améliorer la qualité de la prestation des soins, sensibiliser la population et renforcer l'accès aux soins de santé. Améliorer la qualité des soins s'avère être une priorité pour le pays qui fait face à une avarie de ressources matérielles, humaines et financières ayant des conséquences directes sur les taux de mortalité maternelle et infantile. Afin de répondre au mieux aux besoins du pays, plusieurs évaluations ont été conduites dans le cadre du projet, permettant ainsi l'identification des carences ou lacunes telles que la conformité de la tenue du partogramme. Le partogramme est un outil conçu dans le but de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Il a pour objectif de dépister de manière précoce une progression anormale du travail et d'orienter l'équipe soignante vers le niveau de soins adaptés à la parturiente. Plusieurs études ont permis d'avancer des preuves solides des bienfaits de l'utilisation de cet outil aussi bien pour la santé de la mère que celle du nouveau-né. Dans cette perspective, il a été choisi de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au sein de l'Hôpital central à São Tomé. L'objectif de cette étude est d'identifier les forces et faiblesses dans l'utilisation du partogramme afin d'apporter les actions correctrices nécessaires à un usage effectif de l'outil. Pour ce faire, la méthode de l'audit clinique a été privilégiée, un échantillon de partogrammes a été évalué à partir d'une grille de critères. La récolte et l'analyse des données a ensuite permis de dégager des forces,

¹ L'OMD 4 : Réduire la mortalité infantile et post-infantile, à pour cible de réduire de deux tiers entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de 5ans. Concernant l'OMD 5 : Améliorer la santé maternelle, à pour cible de réduire de trois quarts la mortalité maternelle et rendre universel l'accès à la médecine procréative d'ici à 2015.

faiblesses et d'identifier certains points à améliorer. Des actions correctrices ont été proposées en vue d'optimiser la conformité de la tenue du partogramme aux recommandations professionnelles existantes.

1. CONTEXTE

1.1. Contexte et cadre de l'étude.

1.1.1. LA SANTE MATERNELLE A SÃO TOME ET PRINCIPE.

La République de São Tomé et Príncipe est composée de deux îles situées dans le Golfe de Guinée qui couvrent une superficie d'environ de 1000 km²(cf. Carte en Annexe 1). Doté d'une population de près de 200 000 habitants en 2012, le pays est classé dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure selon le classement de la Banque Mondiale². Très dépendant des aides internationales, le RNB par habitant s'élève à 1470\$ par an en 2013 et 61,7% de la population vit sous le seuil de pauvreté national³. L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture et notamment sur l'exportation de matières premières telles que le café et le cacao. L'espérance de vie à la naissance est évaluée à 66 ans d'après les données de la Banque Mondiale pour 2013 et la situation du pays reste préoccupante en matière de santé maternelle et infantile. En effet, à São Tomé et Príncipe, le taux de mortalité maternelle s'élève à 158 pour 100 000 naissances vivantes⁴, le taux de mortalité infantile est de 53 pour 1000⁵. En revanche, le taux d'accouchement assisté reflète une situation encourageante puisqu'il s'élève à 82% et le taux de présentation aux consultations prénatales (4 consultations et plus) est de 72%⁶. Cependant, ces chiffres restent en deçà des cibles fixées par les Objectifs Mondiaux du Développement 4 et 5 dont les indicateurs sont respectivement de 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et de 35 décès pour 1000 naissances vivantes concernant la mortalité infantile. De nombreuses carences et limites subsistent au niveau du système de santé notamment pour ce qui a trait à la qualité de l'offre de soins. Parmi les difficultés identifiées il a été constaté que le bloc opératoire de la maternité de l'Hôpital Centrale n'est pas fonctionnel, les équipements manquent ou sont obsolètes et le personnel n'a pas reçu de formation depuis plusieurs années. Ceci a des conséquences directes sur la qualité de la prestation des soins et sur les taux de mortalités maternelles et infantiles.

Dans ce contexte et au vue des besoins identifiés, l'Union européenne finance un projet de trois ans dont l'objectif est de réduire la mortalité maternelle et infantile à São Tomé et

²<http://donnees.banquemondiale.org/pays/sao-tome-et-principe>

³<http://donnees.banquemondiale.org/pays/sao-tome-et-principe>

⁴Inquérito Demográfico e Sanitário em São Tome e Príncipe: INE; 2008-2009.

⁵Idem que précédent.

⁶Idem que précédent.

Principe. Ce projet mis en œuvre par le Fond des Nations Unies pour la Population, a débuté au mois de juillet 2013 et s'articule autour de quatre grands axes :

- Un soutien logistique: la réhabilitation des maternités, fourniture de médicaments et équipements ;
- Un soutien médical: la formation du personnel soignant;
- Un soutien social : la sensibilisation des populations cibles ;
- Un soutien technique : la mise aux normes des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) des maternités.

Ce mémoire de fin d'études s'inscrit dans le cadre de ce projet et vise à participer aux activités visant à réduire la mortalité maternelle et infantile à São Tomé et Príncipe.

1.1.2. LA MISE AUX NORMES SONU.

Le choix du sujet de ce mémoire s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des besoins pour la mise aux normes SONU des maternités de São Tomé. La mise aux normes SONU a pour objectif de s'assurer que « l'ensemble des procédures et des services visant à prendre en charge et à traiter les complications durant la grossesse et l'accouchement au moment où elles se produisent »⁷ soient effectives. D'après les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour une ville de moins de 550 000 habitants, il est recommandé qu'au moins un centre de santé offre un SONU complet (dit SONU C) et quatre centres de santé puissent offrir le SONU de base (dit SONU B.). Ainsi, pour São Tomé et Príncipe, il faudrait que l'Hôpital Central de référence offre un SONU-C et que les quatre centres de Santé offrent un SONU-B. Le tableau ci-dessous résume les fonctions essentielles d'un SONU B et d'un SONU C :

Tableau 1 : Les fonctions essentielles du SONU B et SONU C

	SONU de Base (SONU B)	SONU Complet (SONU C)
Fonctions essentielles	1. Administration d'antibiotiques par voie parentérale.	1. Administration d'antibiotiques par voie parentérale.
	2. Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale.	2. Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale.
	3. Administration d'utero-toniques par voie parentérale.	3. Administration d'utero-toniques par voie parentérale.
	4. Evacuation manuelle du placenta.	4. Evacuation manuelle du placenta.
	5. Elimination des produits résiduels.	5. Elimination des produits résiduels.
	6. Accouchement assisté par voie basse (forceps/ventouses).	6. Accouchement assisté par voie basse (forceps/ventouses).
	7. Réanimation du nouveau-né avec ballon et masque	7. Réanimation du nouveau-né avec ballon et masque

⁷ www.sante.gov.mg

		8. Accouchement par césarienne
		9. Transfusion sanguine

Un établissement est dit fonctionnel de base (SONU-B) si sept interventions vitales précises (dites fonction essentielles) ont été pratiquées au cours des 3 derniers mois précédant. Un établissement est considéré comme SONU complet (SONU-C) si les sept fonctions de base sont pratiquées en plus des accouchements par césarienne et des transfusions sanguines.

En vue d'identifier précisément la nature et l'importance des besoins pour la mise aux normes SONU des maternités de São Tomé et Príncipe, il était prévu dans le cadre du projet de réduction de la mortalité maternelle et infantile d'effectuer une évaluation des besoins. L'enquête a été réalisée dans tous les établissements qui pratiquent des accouchements et diverses méthodes ont été utilisées allant de la collecte de données aux entretiens physiques et par questionnaires. Cette étude a débuté au mois de Novembre 2013 et les résultats définitifs ont été présentés au mois de septembre 2014. Les principaux résultats de l'évaluation des besoins ont permis de constater que les recommandations de l'OMS en matière de SONU ne sont pas satisfaites à São Tomé. Ainsi, l'Hôpital central de référence Ayres de Menezes ne remplit pas les fonctions d'un SONU C ; et aucun des quatre centres de santé qui pratiquent les accouchements n'est conforme aux critères d'un SONU B. Le rapport de l'enquête propose donc de nombreuses suggestions et actions correctrices pour une application effective des normes SONU au niveau national. Parmi les observations effectuées dans cette évaluation il a été relevé que l'utilisation du partogramme n'était pas effective et il a été recommandé de l'améliorer. C'est dans cette perspective qu'il a été choisi de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles approfondi ayant pour thème la conformité de la tenue du partogramme.

1.2. LE PARTOGRAMME

1.2.1. DEFINITION

Le partogramme est un outil conçu dans le but de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Il a pour objectif de dépister de manière précoce une progression anormale du travail ainsi que la prévention d'anomalies. De part sa forme, il est régulièrement défini comme étant un « *enregistrement graphique de la progression du travail et de l'état de la mère et du fœtus.* »⁸. Le partogramme est également qualifié de « *système d'alerte précoce* »⁹ et d'outil d'aide à la décision. En effet, le partogramme vise à repérer les anomalies dans la progression du travail, indiquer le moment où il convient d'accélérer le travail et reconnaître

⁸ La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme - Partie 1 : Principe et Stratégies, page 2. Genève : Oms, 1988.

⁹ Idem que précédent.

la disproportion foeto-pelvienne longtemps avant que le travail ne s'en ressente. Il permet ainsi d'augmenter la qualité et la régularité des observations faites par le personnel soignant concernant le fœtus et la parturiente mais aussi le dépistage de problèmes éventuels. Un partogramme correctement utilisé permet donc d'améliorer la gestion du travail et l'issue de la grossesse. Il est utilisé depuis les années 70 aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement cependant, bien qu'il s'agisse d'un outil peu coûteux, efficace et facile d'accès, le partogramme reste peu ou mal exploité.

L'efficacité du partogramme a été évaluée au cours d'une étude multicentre réalisée en Indonésie, en Malaise et en Thaïlande où l'utilisation du partogramme a été systématisée dans les maternités couvertes par l'enquête. Le tableau ci-dessous permet d'observer les résultats qui se sont dégagés de cette étude concernant la durée du travail, la mortalité périnatale et le nombre de césariennes réalisées. Chacun de ces critères présente les améliorations suite à l'utilisation du partogramme.

Tableau2 : Cas de travail prolonge, césariennes et mortalité périnatale avant et après l'emploi du partogramme dans la conduite du travail.*¹⁰

	Zimbabwe (11)		Malawi (20)	
	Avant le partogramme	Après le partogramme	Avant le partogramme	Après le partogramme
Travail d'une durée supérieure à 24 heures	13,0	0,6	14,0	3,0
Mortalité périnatale	5,8	0,6	5,3	3,8
Césariennes	9,9	2,6	12,3	9,5

*Exprimés en pourcentage du nombre total d'accouchements.

Le tableau 3 fait état des améliorations issues de l'utilisation du partogramme en ce qui concerne la durée du travail, l'accélération du travail, les césariennes et le nombre de morts per-partum. Comme pour le tableau précédent, les résultats sont significatifs et encourageants.

Tableau3 : Cas de travail prolongé, cas d'accélération du travail, césariennes et morts fœtales per-partum dans l'essai multicentre du partogramme de l'OMS*¹¹

¹⁰La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme - Partie 1 : Principe et Stratégies, page 3, OMS, 1988,

¹¹La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme - Partie 1 : Principe et Stratégies, page 4, OMS, 1988

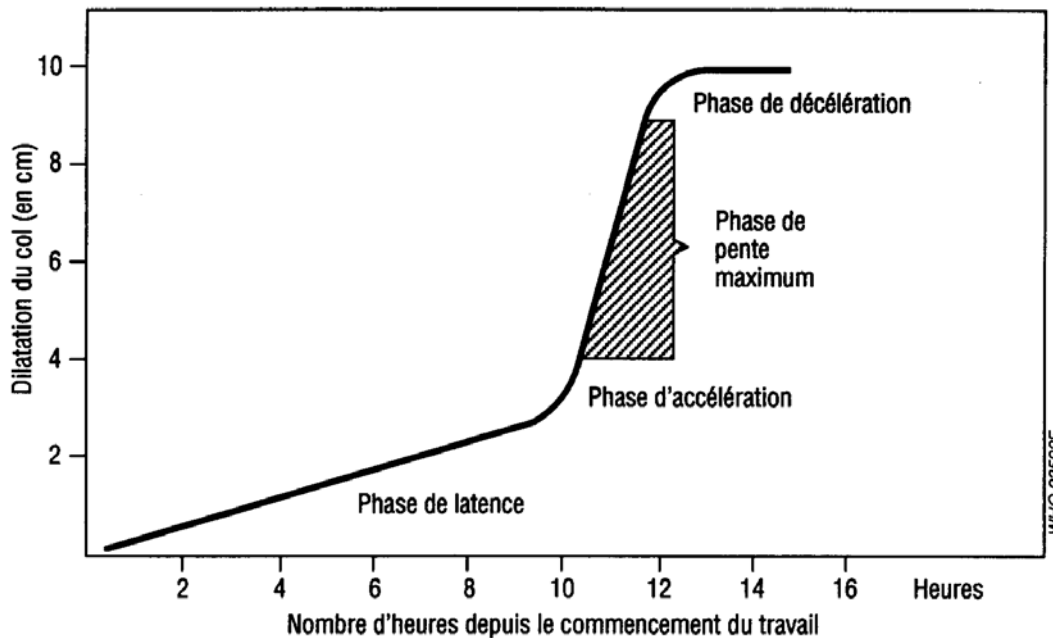
	Avant le partogramme	Après le partogramme
Travail d'une durée supérieure à 18 heures	6,4	3,4
Accélération du travail	20,7	9,1
Césariennes pratiquées d'urgence	9,9	8,7
Morts foetales per-partum	0,5	0,3

*Exprimés en pourcentage du nombre total d'accouchements.

1.2.2. BREVE HISTORIQUE DU PARTOGRAMME.

Une étude réalisée en 1954 par E.A Friedman sur des femmes aux Etats Unis a permis d'élaborer le schéma d'une dilation normale du col de l'utérus. Le travail de la femme est ainsi divisé en deux parties : d'abord la **phase de latence** qui dure de 8 à 10h, au cours de laquelle la dilation du col de l'utérus progresse jusqu'à 3cm environ. La seconde phase appelée **phase active** se caractérise par une dilation du col de 3 à 10 cm suivi d'une phase de décélération du travail. Cette étude a servi de base pour de nombreux travaux ultérieurs. Le graphique ci-dessous illustre les différentes phases du travail ainsi que leur durée.

Figure 1 : La courbe de Friedman montrant la phase d'accélération maximum¹²



En effet, en 1969 Hendricks et AL ont complété cette étude en montrant que pendant la phase active du travail, le taux de dilatation du col de l'utérus varie peu chez les primigestes ou les

¹² The graphic analysis of labor. Friedman EA; Am J Obstgynecol 1954; 68; 1568-75

multipares, et démontrent qu'il n'y a pas de phase de décélération à la fin de la première étape du travail.¹³

D'autres études ont été réalisées sur différentes populations dans plusieurs régions géographiques et n'ont pas permis de constater des « *différences sensibles entre les divers groupes ethniques* »¹⁴ concernant la conduite du travail.

1.2.3. LE PARTOGRAMME DE L'OMS.

Le partogramme dit de l'OMS a été conçu à la suite d'un séminaire de l'Unité de Snaté maternelle et infantile qui s'est tenu à Genève en avril 1988. Son utilisation est largement recommandée depuis, notamment dans les pays en voie de développement qui concernent les plus hauts taux de mortalité maternelle et infantile au monde. Le partogramme de l'OMS a été construit à partir de la synthèse et simplification des meilleurs éléments de partogrammes déjà existants et se base sur les principes suivants :

- La phase active du travail commence lorsque la dilatation du col atteint 3 cm.
- La phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de 8 heures.
- Pendant la phase active, le rythme de dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1cm/heure.
- L'intervalle de 4heures entre le ralentissement du travail et le moment où il est jugé nécessaire d'intervenir n'est sans doute pas de nature à mettre en danger le fœtus ou la mère et éviter les interventions injustifiées.
- Il faudrait éviter de multiplier les toucher vaginaux et se borner au minimum voulu pour la sécurité (le nombre recommande est de un toutes les 4 heures).
- Les sages-femmes ou les autres personnes qui assistent la patiente peuvent éprouver des difficultés à tracer elle-même les lignes d'alerte et d'action, et il vaut mieux utiliser un partogramme dans lequel les lignes sont déjà tracées.

Le partogramme recommandé par l'OMS est une représentation graphique des étapes du travail par rapport au temps passé. On retrouve en ordonnée une graduation en centimètre (représentant la dilatation du col) et en abscisse les heures. Ce graphique sert à observer la progression du travail et la bonne évolution des phases de latence et active. Deux lignes sont présentes sur le graphique : **une ligne d'alerte** qui permet d'appeler l'attention sur une vigilance accrue alors que **la ligne d'action** marque un point critique à partir duquel il faut prendre une décision concernant la conduite de l'accouchement. Remplir ce graphique à partir des données propres à la parturiente aide à identifier si la progression du travail est normale ou non. Un modèle du graphique de partogramme de l'OMS est disponible en Annexe

¹³ La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme - Partie 1 : Principe et Stratégies, page 4, OMS, 1988

¹⁴ Idem que précédent.

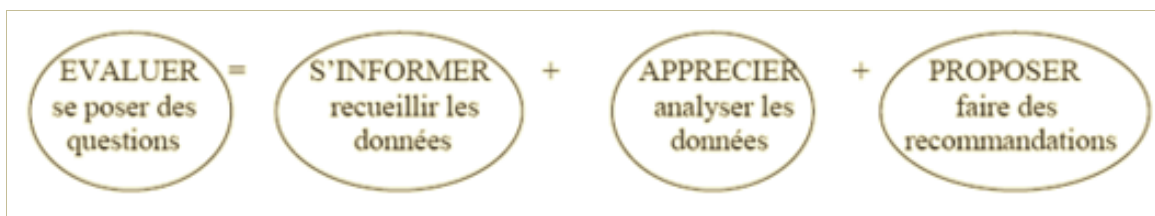
2. Le partogramme permet également de surveiller l'état du fœtus en observant notamment le rythme cardiaque fœtal, l'état du liquide amniotique ou encore le modelage du crâne fœtal. L'état de la mère est aussi régulièrement contrôlé par l'enregistrement de la température, du pouls, de la tension artérielle, et des analyses d'urine. Enfin, il est également prévu d'enregistrer toute administration de médicaments et de perfusion pour un meilleur suivi du travail. Véritable outil d'aide à la décision et de détection des anomalies, le partogramme s'avère être une méthode efficace et peu coûteuse permettant aux personnels soignants d'orienter la parturiente vers le niveau de soins appropriés. A São Tomé et Príncipe, le partogramme a été introduit pour la première fois au milieu des années 90 et est utilisée aussi bien à l'hôpital que dans les centres de santé.

1.3. L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

1.3.1. PRINCIPES GÉNÉRAUX.

L'évaluation en santé « peut être définie comme une intervention consistant à porter un jugement de valeur sur une (ou des) action(s) de santé »¹⁵ dont la finalité est d'identifier d'éventuelles lacunes pour apporter les actions correctrices nécessaires. Lorsque que l'on fait une évaluation, on compare généralement une situation donnée (celle que l'on évalue) à une situation optimale qui nous sert de référence. Ainsi, une évaluation en santé se traduit généralement par une phase de collecte de données, ces dernières sont ensuite comparées à la situation de références. Ceci est fait dans le but de proposer des contributions utiles afin que la situation évaluée se rapproche de la situation de référence. Le schéma ci-dessous illustre ce principe.

Figure 2. Les éléments constitutifs de l'évaluation en santé.¹⁶



¹⁵ Evaluation des pratiques et des organisations en santé. Chapitre 1 : Généralités sur l'évaluation des actions de santé, page 9. Université de Lorraine, 2015.

¹⁶ Idem que précédent

L'évaluation en santé peut porter sur différents types d'objets, pour A. Donabédian l'évaluation peut porter sur 3 composantes différentes qu'il définit comme suit¹⁷ :

- Les ressources, structures et organisations sanitaires qui constituent l'ensemble des moyens humains, matériels, financiers, l'environnement et les organisations mises en œuvre pour réaliser l'activité. **Cette évaluation est de type administratif.**
- Les activités, procédures ou pratiques sanitaires qui caractérisent l'ensemble des techniques, méthodes mises en œuvre au cours de l'action. Il s'agit d'une **évaluation des pratiques professionnelles.**
- Les résultats qui renvoient à des indicateurs de santé précis, l'objectif est d'améliorer une situation donnée et que ceci soit traduit en mesure précise telle que la réduction de la mortalité.

Dans le cadre de ce mémoire l'évaluation porte sur les procédures ou pratiques sanitaires, il s'agit donc d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). D'autre part il s'agit d'une évaluation de type normatif puisqu'elle vise à apprécier « *chacune des composantes de l'intervention en fonction de références ou de normes* »¹⁸, et vérifier la conformité d'une situation en comparaison avec le référentiel. L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives et concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives.* »¹⁹ La finalité de l'EPP est d'améliorer la pratique professionnelle et la qualité de la prise en charge des patients. L'EPP est une démarche rigoureuse qui demande une méthodologie précise pour garantir un maximum d'objectivité.

1.3.2. L'AUDIT CLINIQUE.

La méthode la plus souvent utilisée pour réaliser une évaluation des pratiques professionnelles est l'audit clinique. L'audit clinique est une méthode qui s'inspire du modèle proposé en 1950 par le statisticien William Edward Deming²⁰. Ce modèle souvent appelé « *roue de Deming* » comprend quatre phases qui se succèdent indéfiniment : Planifier, Faire, Contrôler, Corriger. Cette méthode vise à « *mesurer les écarts entre la pratique observée (pratiques de soins) et la*

¹⁷ Evaluation des pratiques et des organisations en santé. Chapitre 1 : Généralités sur l'évaluation des actions de santé, page 13. Université de Lorraine, 2015.

¹⁸ Evaluation des pratiques et des organisations en santé. Chapitre 1: Généralités sur l'évaluation des actions de santé, page 15. Université de Lorraine, 2015.

¹⁹ Evaluation des pratiques et des organisations en santé. Chapitre 2: Evaluation des Pratiques des Professionnels (EPP) : la méthode, page 9. Université de Lorraine, 2015.

²⁰ Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au centre hospitalier , page 7. S. Friha Gynecologie and Obstetrics.

pratique attendue (références admises) »²¹ et d'identifier les actions correctrices adaptées. La méthodologie de l'audit clinique comporte 6 grandes étapes :

- a. Le choix du thème et initialisation de l'étude.
- b. Le choix des critères et constitution du référentiel. Ceci se fait généralement à partir de normes communément admises (conférences, consensus, protocoles, ..)
- c. Le choix du type d'étude : recueil de données rétrospective ou prospective.
- d. Le recueil des données et mesure.
- e. L'analyse des résultats.
- f. L'élaboration des mesures correctrices et suivi.

Dans le cadre de ce mémoire, l'évaluation de l'utilisation du partogramme s'est faite à partir de la méthode de l'audit clinique. Le chapitre suivant détaille les différentes étapes de la méthodologie utilisée conformément au modèle proposé ci-dessus.

²¹ Evaluation des pratiques et des organisations en santé. Chapitre 2 : Evaluation des Pratiques des Professionnels (EPP) : la méthode, page 15. Université de Lorraine, 2015.

2. METHODES

2.1. DEFINITION DU CADRE DE L'ETUDE.

Le choix du thème de l'étude : l'évaluation de la tenue du partogramme, s'est fait suite aux recommandations de l'évaluation des besoins pour la mise aux normes SONU des maternités à São Tomé (cf. Partie 1). Sur les îles de São Tomé et Príncipe, il existe 5 institutions publiques qui pratiquent les accouchements, 1 sur l'île de Príncipe et 4 sur l'île de Sao Tome. Les trois-quarts des accouchements, soient 4000 naissances par an environ et en moyenne 12 naissances par jour, ont lieu à l'Hôpital Central de référence Ayres de Menezes qui se situe dans la capitale. Compte tenu du temps imparti, de la situation géographique et des moyens techniques et financiers disponibles, il a été choisi de réaliser cette étude à la maternité de l'Hôpital Central Ayres de Menezes.

2.2. ELABORATION DU REFERENTIEL.

Comme expliqué dans le chapitre précédent, le choix de la méthode d'évaluation est l'audit clinique. Ainsi, l'élaboration du référentiel constitue la première étape de ce travail. Pour établir un référentiel, il est indispensable de se référer à des normes communément admises qui permettront d'élaborer les critères d'évaluation. Après plusieurs semaines de recherches, nous nous sommes aperçus qu'il n'existe aucunes normes ou documents de références nationales à São Tomé et Príncipe concernant l'utilisation du partogramme. La littérature et les documents cadres proviennent la plupart du temps de l'étranger, souvent du Portugal. Afin de faciliter ce travail, il a été privilégié d'effectuer les recherches sur la littérature francophone, permettant une meilleure compréhension et précisions au niveau de l'évaluation. Ainsi, le référentiel utilisé pour cette étude est issu du *Rapport de l'Expérimentation Nationale, Audit clinique ciblé appliqué à la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme*²² mis à disposition par la Haute Autorité en Santé Française. Ce document de 35 pages propose une grille de critères ainsi qu'un guide d'utilisation permettant d'effectuer une évaluation exhaustive de la tenue du partogramme. Nous nous sommes servi de ce document comme base pour l'élaboration de notre grille d'évaluation et avons divisé notre étude en trois objectifs d'évaluation:

- Objectif 1 : Améliorer la qualité de la tenue du partogramme.
- Objectif 2 : Améliorer la traçabilité de la continuité du déroulement du travail.

²² Haute Autorité en Santé. Rapport de l'Expérimentation Nationale, Audit clinique ciblé appliqué à la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Paris : HAS ; 2006.

- Objectif 3 : Améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail.

Chacun de ces objectifs est évalué à partir de critères spécifiques aux objectifs d'évaluation. D'autre part, en collaboration avec le maître de stage et l'équipe du Programme de Santé Reproductive, chaque critère a été revu. Certains d'entre eux ont été légèrement modifiés pour s'adapter au mieux aux réalités de la pratique des soins locale. En effet, cette liste de critères a été élaborée pour évaluer la prestation de soins en France et certains ajustements étaient nécessaires pour que l'évaluation puisse apporter des contributions pertinentes. Le guide proposé par la HAS nous a aidé à orienter la manière dont chaque critère serait noté, une explication du système de notation est disponible pour chacun des critères dans la partie 3 de cette étude.

2.3. RECUEIL DES DONNEES

La méthode choisie pour le recueil de données dans le cadre de ce travail est la méthode rétrospective. Il a été décidé de se concentrer sur l'analyse des données existantes et d'évaluer les partogrammes déjà remplis à partir de la grille de critères réalisée. Dans un premier temps, nous avons sélectionné de manière aléatoire 40 partogrammes au sein de la maternité de l'Hôpital Central et de constituer notre échantillon de données. Il a été choisi de retirer 1 partogramme sur 5 partogrammes afin d'obtenir un échantillon représentatif. Pour s'assurer que l'étude soit des plus récentes et objectives, les partogrammes sélectionnés ont été réalisés sur la période allant du 9 octobre 2014 au 5 février 2015. Sur l'échantillon prélevé, aucune action correctrice n'a été nécessaire, à São Tomé la pratique de la césarienne programmée n'est pas encore répandue.

2.4. MESURE ET ANALYSE DES DONNEES.

Chaque partogramme a été évalué à partir des 29 critères proposés par la Haute Autorité en Santé. Les partogrammes ont été numérotés de 1 à 40 pour permettre de les identifier notamment en raison de l'absence de numéro de dossier. Un outil de mesure des données a été confectionné sur une matrice Excel (cf. Annexe 3) afin de mesurer les résultats de chaque partogramme pour chaque critère. Ensuite, les données ont été reportées en nombre et en pourcentage pour chaque critère (cf. Annexe 4), facilitant ainsi l'analyse des données. Les résultats de chaque critère ont été analysés pour permettre d'identifier spécifiquement les forces et les faiblesses de la tenue du partogramme mais aussi les actions correctrices qui pourraient être envisagées.

2.5. RESTITUTION.

A l'issue de l'analyse des données et de l'identification des forces et faiblesses de la tenue du partogramme, il a été choisi, en concertation avec la responsable de la maternité, de présenter

les résultats de l'évaluation au personnel soignant. La restitution s'est faite en deux sessions, puisque deux équipes de sages-femmes et infirmières travaillent selon un système de rotation de 12 heures. La responsable de la maternité et le gynécologue obstétricien étaient présents aux deux réunions. Le partage et l'analyse des données se sont faites de manière participative à travers des échanges et des discussions. Chaque critère a été passé en revue avec les équipes, donnant lieu à des échanges constructifs visant à comprendre, infirmer ou confirmer les analyses proposées. Etant donné le cadre dans lequel s'inscrit cette étude, à savoir un mémoire de fin d'étude, il était difficile de pouvoir mettre en œuvre de manière concrète les actions correctrices nécessaires faute de ressources financières et/ou matérielles.

3. RESULTATS.

L'évaluation des 40 partogrammes a été réalisée en trois semaines au cours desquelles, chaque partogramme a été revu deux fois. Ce travail a permis d'identifier que sur les 40 accouchements, six d'entre eux ont été réalisés par césarienne, vingt-neuf par voie basse, et cinq pour lesquels le type d'accouchements n'a pas pu être identifié. Les résultats de l'évaluation sont présentés dans la partie ci-dessous, ils sont regroupés selon les trois objectifs d'évaluation et détaillé par critères.

3.1. EVALUATION DE LA QUALITE DE LA TENUE DU PARTOGRAMME.

3.1.1. LES CRITERES D'EVALUATION.

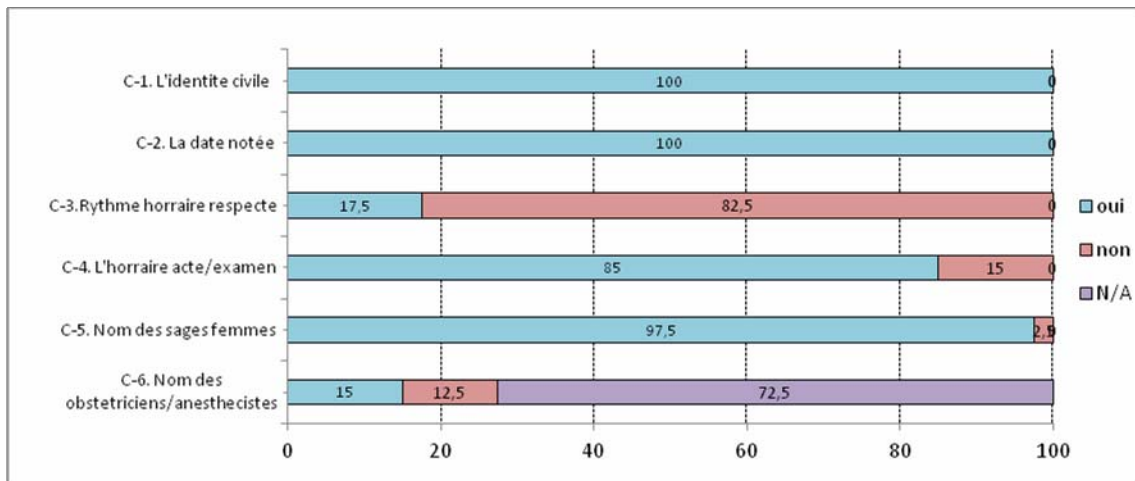
Les critères ci-dessous ont permis de réaliser l'évaluation de la qualité de la tenue des partogrammes conformément à l'objectif 1 :

- C.1. L'identité civile de la mère (date de naissance, nom marital, et prénom) est notée.
- C.2. La date est notée.
- C.3. Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire.
- C.4. L'horaire précis de chaque acte et/ou examen est noté.
- C.5. Le partogramme permet de retrouver le nom des sages-femmes.
- C.6. Le partogramme permet de retrouver le nom des obstétriciens et/ou anesthésistes intervenants.

3.1.2. LES DONNEES DE L'EVALUATION.

L'évaluation de l'objectif a permis de récolter les données regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Les données de l'évaluation de l'objectif 1.



3.1.3. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES.

Critère 1 : L'identité de la mère est notée (date de naissance, nom marital, et prénom) dans 100% des cas.

Critère 2 : La date est notée dans 100% des cas.

Critère 3 : Le remplissage du partogramme respecte le rythme horaire dans seulement 17.5% des cas. Pour ce qui est de l'utilisation du graphique, **aucun partogramme n'enregistre une courbe complète sur le graphique**. Dans 82,5% des cas soient 33 partogrammes il n'y a eu aucune tentative. Pour seulement 7 partogrammes quelques points (maximum 3) ont été enregistrés. Les lignes d'alerte et d'action, permettant d'identifier des anomalies dans le déroulement du travail ne peuvent servir de référence en l'absence de remplissage des données sur le graphique. La fonction première du partogramme n'est donc pas remplie

Critère 4 : L'horaire précis de chaque acte ou examen est noté, dans 85% des cas, l'heure précise de tout examen ou acte est notée (non pas sur le graphique du partogramme mais au niveau du dossier-partogramme). Dans 15 % des cas ce critère est insatisfait, l'horaire d'un examen ou acte n'est pas précisé. Il semblerait cependant que **les examens ne soient pas notés de manière exhaustive**. Il peut y avoir un intervalle de 12h ou plus sans qu'aucun acte médical ne soit rapporté.

Critère 5 : Le partogramme permet de retrouver le nom des sages-femmes, dans 97,5% des cas, le nom des sages-femmes est identifiable. Pour un seul partogramme il n'a pas été possible d'identifier le nom des sages-femmes.

Critère 6 : « *Le partogramme permet de retrouver le nom des sage-femme et/ou des obstétriciens. Cocher N/A si l'accouchement n'a pas nécessité l'intervention d'aucun spécialiste* »

».²³ Ce critère a été satisfait pour 6 partogrammes ce qui correspond aux 6 césariennes pour lesquelles l'accouchement a nécessité l'intervention d'un spécialiste. Pour 72,5% des partogrammes ce critère est noté comme N/A car l'accouchement n'a pas nécessité l'intervention d'un spécialiste. Concernant les 5 partogrammes pour lesquels le mode d'accouchement n'est pas spécifié et aurait pu nécessiter la présence d'un spécialiste, ce critère a été noté comme non.

3.2. AMELIORER LA TRAÇABILITE DE LA CONTINUITÉ DU DÉROULEMENT DU TRAVAIL

3.1.1. LES CRITÈRES D'ÉVALUATION.

L'objectif 2 de l'évaluation : La traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail, a été évalué à partir des critères suivants :

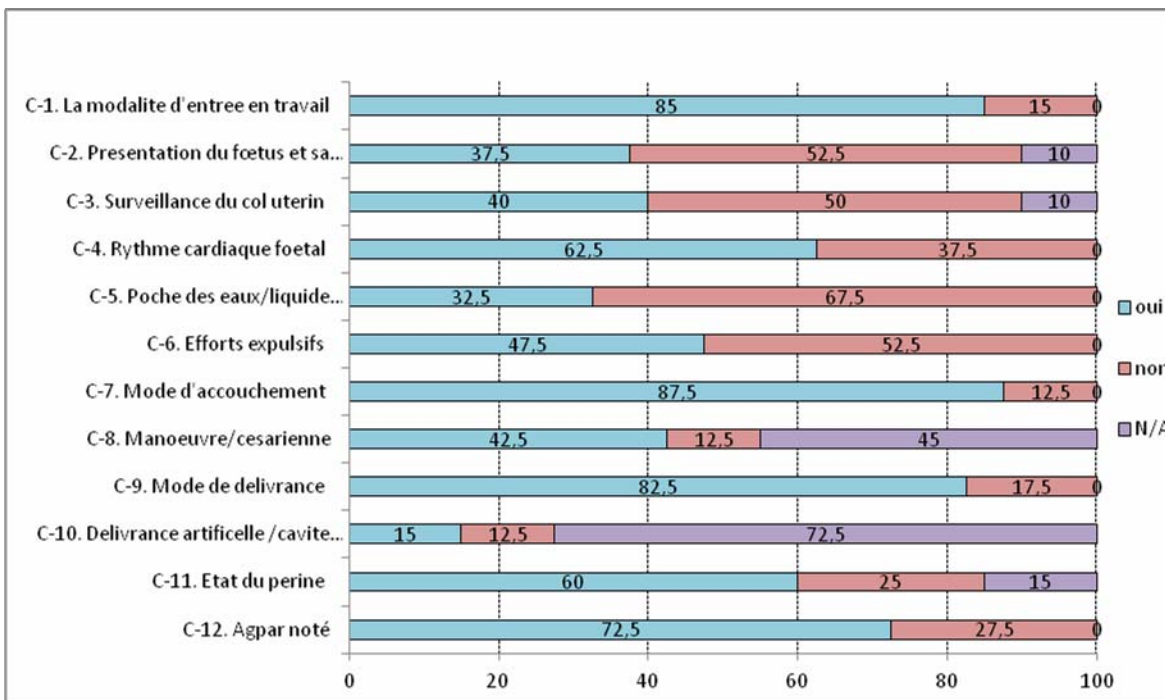
- C.1. La modalité d'entrée en travail est précisée.
- C.2. La présentation du fœtus, sa variété et son niveau sont notés au moins une fois.
- C.3. La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen.
- C.4. Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen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

²³ Haute Autorité en Santé. Rapport de l'expérimentation nationale, Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme, page 25. Paris : HAS ; 2006.

3.1.2. LES DONNEES DE L'EVALUATION.

L'évaluation réalisée sur les 40 partogrammes à partir des 12 critères de l'objectif 2 ont permis d'obtenir les données suivantes :

Tableau 5 : Les données de l'évaluation de l'objectif 2.



3.1.3. PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES.

Critère 1 : « le partogramme comprend la modalité de déclenchement (travail spontané ou déclenchement artificiel du travail et son indication) »²⁴. La modalité d'entrée en travail est notée pour 34 partogrammes soit 85% des cas, pour 6 partogrammes cette information n'est pas disponible. S'agissant des 6 césariennes, nous pouvons considérer que cet indicateur est largement satisfait.

²⁴ Haute Autorité en Santé. Rapport de l'expérimentation nationale, Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Page 26. Paris : HAS ; 2006.

Critère 2 : Présentation du fœtus, variété et niveau : cet indicateur est satisfait dans 37,5% : pour 15 partogrammes, la présentation du fœtus a été commentée au moins une fois. Dans 52,5% aucune information n'est retranscrite et pour 10% des partogrammes, l'information est considérée comme non applicable puisqu'il s'agit des quatre cas d'accouchements imminents. Ce résultat reste en faible, cet examen pourrait être réalisé de manière plus fréquente.

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 N/A*²⁵ ». Cet indicateur est renseigné à 40% soit pour 16 partogrammes. La dilatation du col est souvent reportée, presque systématiquement mais ce n'est pas le cas pour la consistance ou la longueur ce qui explique que dans plus de 50% des cas le critère n'est pas satisfait en raison de données incomplètes. Ces examens sont peut-être réalisés mais ne sont pas notés sur le partogramme.

Critère 4 : « *Le rythme cardiaque fœtal est commenté à chaque examen sauf en cas de MFIU (cocher N/A) : normal ou anomalies notées en clair : bradycardie, tachycardie, amplitude des oscillations, ralentissements précoces, tardifs ou variables* ». Cet indicateur est globalement bien renseigné cependant la traçabilité de cet examen pourrait être améliorée. Dans 62.5% des cas, le rythme fœtal est commenté à chaque examen. Dans 37,5% des cas il n'est pas reporté à chaque examen, pour deux accouchements imminents, le rythme cardiaque n'est pas du tout reporté.

Critère 5 : L'état et l'aspect de la poche des eaux ou du liquide amniotique est enregistré au moins une fois dans 32.5% des cas, soit pour 13 partogrammes. Dans la plupart des cas, cet examen est effectué au moment de l'admission et noté mais il est rare que l'information soit répétée dans le partogramme. Notons que pour 27 partogrammes, l'état et l'aspect de la poche des eaux ou du liquide amniotique n'est pas renseigné une seule fois. Ceci souligne des carences en matière de surveillance du fœtus et pourrait constituer un signe d'alerte en cas de complications.

Critère 6 : Le début des efforts expulsifs est noté dans 47.5% des cas, soit pour 19 partogrammes. L'information n'est pas reportée dans 52.5% des cas soit pour 21 partogrammes. La traçabilité de cet événement pourrait être améliorée en renforçant les réflexes de la retranscription écrite des données.

Critère 7 : Le mode d'accouchement est noté pour 35 partogrammes soit 87.5% des cas, le mode d'accouchement est précisé. Pour 5 d'entre eux, aucune information sur le mode d'accouchement n'est reportée. Pour ces 5 partogrammes, le dossier est incomplet de nombreuses informations sont manquantes. Des efforts en matière de discipline et de rigueur

²⁵ Haute Autorité en Santé. Rapport de l'expérimentation nationale, Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Page 26. Paris : HAS ; 2006.

peuvent être faits pour s'assurer que les évènements aussi importants que le mode d'accouchement soit identifiable.

Critère 8 : « *L'indication de l'extraction instrumentale, manœuvres ou césarienne est notée dans la partogramme* »²⁶. Pour 5 partogrammes cette information n'est pas rapportée, ce qui correspond aux accouchements non identifiés. Pour 17 partogrammes, cette information est reportée, dans le cas de césarienne notamment. Enfin, les accouchements par voie basse n'ayant apparemment nécessité d'aucune extraction instrumentale ont été catégorisé dans N/A soit pour 45% de l'ensemble des partogrammes. Pour cet indicateur, les informations ont été correctement reportées.

Critère 9 : L'heure et la modalité de la délivrance sont notées dans 82.5% des cas soit pour 33 partogrammes. Dans 12.5% des cas, soit pour 7 partogrammes l'heure et/ou la modalité de délivrance n'était pas notée. Ce critère est assez satisfaisant, les données ont été majoritairement retranscrites.

Critère 10 : L'indication de la délivrance artificielle ou de la révision utérine est notée pour 6 partogrammes (les six césariennes), concernant les 30 partogrammes pour lesquels il n'y a pas eu de délivrance artificielle l'information a été notée comme non applicable. En revanche les 5 partogrammes pour lesquels le mode d'accouchement n'a pas été identifié ont été catégorisé dans les NON. Outre le cas des 5 partogrammes incomplets, l'information de ce critère est identifiable dans la majorité des cas.

Critère 11 : L'état du périnée est noté dans 60% des cas soit pour 24 partogrammes, pour les 6 césariennes cette information a été comptabilisée dans N/A et représente 12,5% des partogrammes. Les résultats de ce critère montrent que cet examen est réalisé et retranscrit conformément aux recommandations dans une bonne majorité des cas.

Critère 12 - L'Agpar est noté dans 72.5% des cas soit pour 29 partogrammes, pour les 11 restants, aucune information n'est retranscrite. Les données post-natales du bébé sont reportées sur le partogramme dans 72,5% des cas, ce qui est positif.

3.2.AMELIORER LA TRAÇABILITE DES ACTES, EVENEMENTS ET TRAITEMENTS SURVENUS AU COURS DU TRAVAIL

3.2.1. LES CRITERES D'EVALUATION.

Le troisième et dernier objectif de l'évaluation : L'amélioration de la traçabilité des actes, évènements et traitements survenus au cours du travail, a été évalué à partir des critères suivant :

- C.1. Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée (PA, pulsations, température).

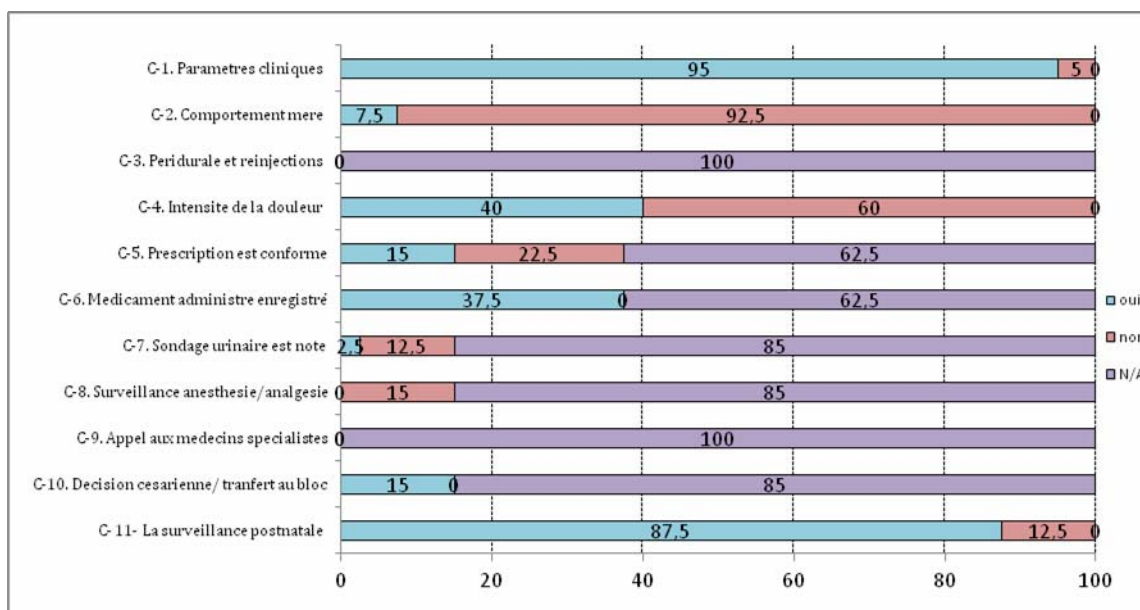
²⁶ Idem que precedent

- C.2. Le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté.
- C.3. La pose de la péridurale et ses réinjections sont notées.
- C.4. L'intensité de la douleur est évaluée.
- C.5. La prescription est conforme à la réglementation (nom du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration).
- C.6. Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement.
- C.7. L'heure du sondage urinaire est noté.
- C.8. La surveillance d'anesthésie ou d'analgésie est associée au partogramme.
- C.9. Le motif et l'heure d'appel aux médecins spécialistes est noté.
- C.10. L'heure de décision de la césarienne puis du transfert au bloc opératoire est noté.
- C.11. La surveillance postnatale est notée sur le partogramme.

3.2.2. LES DONNEES DE L'EVALUATION.

Les données récoltées à l'issue de l'évaluation sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Les données de l'évaluation de l'objectif 3.



3.2.3. PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES.

Critère 1 : Les paramètres cliniques (Pa, température, pulsations) sont notés à l'entrée, ce critère est rempli dans 95% des cas (au moins deux paramètres sur trois est noté), le paramètre manquant est souvent la température. Le service d'admission semble effectif au vue des résultats de ce critère.

Critère 2 : Le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté 7.5% des cas soit pour seulement 3 partogrammes. Ce critère est insuffisamment reporté.

Critère 3 : La péridurale et ses réinjections sont notées dans aucun des partogrammes, les données ont été comptabilisé dans N/A puisqu'il n'a pas été possible de savoir s'il s'agit d'une absence d'information ou d'une réalité. Après vérification avec le personnel soignant, il s'avère que la péridurale n'est pas pratiquée à Sao Tomé et Principe ce qui explique ce résultat.

Critère 4 : L'intensité de la douleur est évaluée dans 40% des cas, soit pour 16partogrammes, la douleur est décrite. Pour les 24 partogrammes restant aucune information sur cet aspect n'est rapportée. La retranscription et l'examen de ce critère devrait être amélioré puisque l'identification de la douleur pourrait constituer un signe d'alerte ou d'anomalie.

Critère 5 : La prescription est conforme à la réglementation (nom du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration) dans 15% des cas, soit pour 6 partogrammes ce critère est satisfait. Dans 22.5% des cas, la prescription n'est pas conforme souvent par absence de posologie et/ou du prescripteur. Enfin, pour 24 partogrammes, aucune prescription n'a été trouvée, ces cas ont été comptabilisés dans N/A car il n'est pas objectif de dire si la prescription est conforme ou non. La conformité de la prescription médicamenteuse devrait être améliorée pour permettre un meilleur suivi du patient.

Critère 6 : Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement : signature et heure d'administration, ce critère est satisfait dans 37,2% des cas soit pour 15 partogrammes. Il s'agit en grande partie (6 cas) des césariennes pour lesquelles le partogramme est souvent complet. Pour les autres nous avons jugés qu'au vu de la complétude du partogramme et du rythme horaire l'ensemble des médicaments ont été enregistrés. En revanche, pour 25 partogrammes, aucune information n'a permis d'évaluer si l'ensemble des médicaments administrés ont été enregistré. Pour ne pas biaiser l'étude nous avons préféré comptabiliser ces cas dans N/A. Ce critère souligne l'existence de lacunes de matière de traçabilité d'évènements. La retranscription écrite des médicaments administrés est insuffisante.

Critère 7 : L'heure du sondage urinaire est notée à 1% soit pour un partogramme uniquement, il s'agit d'une césarienne. Ce critère est insatisfait pour 12.5% des cas, il s'agit des 5 autres césariennes pour lesquelles aucune information n'est rapportée. Enfin les cas n'ayant pas nécessité le recours à cet acte ont été noté dans N/A car il n'était pas objectif de les comptabiliser dans NON. Comme pour le critère précédent, la traçabilité du sondage urinaire n'est pas réalisable faute de retranscription écrite.

Critère 8 : La surveillance d'anesthésie et d'analgésie est associée au partogramme. Ce critère n'est pas satisfait, aucun partogramme ne renseigne cette information. Nous considérons ce

critère insatisfait à 15% puisqu'il s'agit des 6 césariennes qui ont certainement nécessitées le recours à un analgésique ou anesthésie et pour lesquelles aucune surveillance n'est effectuée. Enfin, pour les 34 partogrammes restants pour lesquels nous n'avons aucune information quant à l'administration et la surveillance d'anesthésie ou analgésie nous avons comptabilisé dans N/A. Ce critère souligne une fois encore les carences en matières de retranscription des informations ce qui limite la traçabilité des évènements.

Critère 9 : Le motif et l'heure d'appel aux médecins spécialistes n'est pas reportée dans un seul partogramme, nous avons comptabilisé ces informations dans N/A et ils représentent 100% des cas.

Critère 10 : L'heure de décision de la césarienne et du transfert au bloc opératoire sont notés dans 15% des cas, soit pour les 6 césariennes concernées, les 34 autres partogrammes ont été comptabilisé dans N/A. Les résultats de cet indicateur sont positifs et rappellent que les partogrammes des césariennes sont les plus complets permettant.

Critère 11 : La surveillance postnatale est notée sur le partogramme dans 87,5% des cas soit pour 35 partogrammes. Les informations concernant le suivi postnatal de la mère ne sont pas renseignées pour 5 partogrammes, soit 12,5% des cas.

3.3.SYNTHESE DES RESULTATS DE L'EVALUATION.

L'audit clinique appliqué à la tenue du partogramme au sein de la maternité de l'Hôpital Ayres de Menezes à Sao Tomé a permis d'identifier des points positifs et des éléments à améliorer pour atteindre un niveau de conformité supérieur. Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des forces et faiblesses issues de l'analyse des résultats de l'évaluation :

Tableau 7 : Synthèse des résultats de l'évaluation selon les trois objectifs.

<p>Forces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'identité civile de la mère et la date sont systématiquement notées. • Le nom des sages-femmes et des spécialistes sont identifiables dans presque tous les cas. • La date et l'heure des examens sont précisés dans plus de 85% des cas. • La traçabilité de certains actes et évènements est satisfaisante (état du périnée, extraction instrumentale, agpar) puisqu'ils sont réalisés dans plus de 60% des cas. • Le service d'admission semble effectif puisque les paramètres de la mère sont notés à l'entrée dans plus de 95% des cas. • Les dossiers les plus complets sont ceux pour lesquels une attention particulière a été nécessaire (cas d'hypertension, césarienne) • La surveillance post-natale est régulièrement reportée, dans 87,5% des cas.
----------------------	--

Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Dans aucun cas, la courbe de suivi du travail de la parturiente n'a été reportée de manière complète sur le graphique du partogramme. Le graphique du partogramme est majoritairement inutilisé pour 82,5% des cas. • Les examens médicaux ne sont pas retranscrits de manière exhaustive. • La chronologie des évènements est difficile à retracer. • Le mode d'accouchement est manquant pour 5 partogrammes, dans ces cas, le dossier est largement incomplet. • Certains examens de surveillance du fœtus (examen de la présentation du fœtus, état de la poche des eaux, rythme cardiaque fœtal) et de la mère (examen du col utérin,) pourraient être effectué de manière plus fréquente. • La traçabilité de certains évènements et examens présente est insuffisante (début des efforts expulsifs, mode d'accouchement) • L'identification de la douleur est peu notée dans le partogramme. La retranscription écrite des médicaments administrés est incomplète (pour moins de 50% des partogrammes n'ont pas de prescription médicale) et la conformité des prescriptions n'est pas effective. • Les carences en matière de retranscription écrite rendent difficile la traçabilité des actes et évènements (surveillance d'anesthésies, sondage urinaire)
-------------------	---

4. DISCUSSION.

L'étude des données de l'évaluation a permis de dégager un certain nombre de points positifs ainsi que des points à améliorer. La discussion ci-dessous revient sur trois grandes observations et propose plusieurs recommandations en vue de corriger les limites identifiées.

4.1.L'UTILISATION DU PARTOGRAMME COMME OUTIL D'AIDE A LA DECISION.

4.1.1. OBSERVATIONS.

La principale observation qui peut être faite à l'issue de cette évaluation est que **la fonction première du partogramme**, celle d'aider à la surveillance et à la décision, **n'est pas utilisée** comme telle. Dans le contexte de la maternité de l'Hôpital Ayres de Menezes, le partogramme se présente comme une feuille double : en première page sont notées les paramètres à l'admission ; la seconde page à gauche présente le graphique du partogramme de l'OMS ; en troisième page à droite on retrouve les informations sur le type d'accouchement, le mode de

délivrance, l'Agpar; au verso sont retranscrites les prescriptions et/ou le suivi post-accouchement. Au sein de la maternité, il n'existe aucun système informatique qui enregistre les informations administratives ou cliniques du patient. De par sa forme (feuillet double), le partogramme est utilisé comme un dossier du patient qui regroupe les données de la parturiente entre son arrivée au service d'admission jusqu'à sa sortie. Ceci se confirme avec les résultats de l'évaluation qui ont permis d'observer que les données à l'admission sont systématiquement notées. En effet, l'identité de la mère, la date et les paramètres cliniques sont notés à l'entrée dans plus de 95% des cas. Dès lors, la fonction de base du partogramme reste largement sous-utilisée. Les résultats de l'évaluation ont montré qu'aucun partogramme n'a retracé une courbe complète représentant la totalité des étapes du travail jusqu'à l'accouchement. Pour seulement 7 partogrammes, trois points ont été tracés sur le graphique, pour les 33 autres aucune donnée n'a été reportée. Ce graphique est pourtant censé être l'élément central du partogramme qui permet de surveiller le bon déroulement du travail et de détecter les éventuelles anomalies.

4.1.2. RECOMMANDATIONS.

Lors de la restitution avec l'équipe soignante, cet élément a été largement abordé. A travers les échanges, nous avons tenté de comprendre les raisons pour lesquelles la fonction de base du partogramme n'est pas utilisée. Toutes les infirmières **reconnaissent et comprennent l'intérêt du partogramme comme outil d'aide à la décision**. Cependant il semblerait que la pratique et l'expérience sont privilégiées au détriment de l'écrit (cf. paragraphe suivant.) D'autre part, la responsable de la maternité et la responsable du Programme de Santé Reproductive ont assuré que les sages-femmes et infirmières ont toutes été formées à plusieurs reprises à l'utilisation du partogramme et savent utiliser le graphique. Pour autant, au cours des échanges avec l'équipe quelques questions techniques sur l'utilisation du graphique ont permis de déceler certaines carences quant à la manière de remplir les données. Bien que les infirmières aient reçu plusieurs formations, le manque de pratique au quotidien n'a pas permis un usage effectif de l'outil. Ainsi, **une session de recyclage accompagnée d'un travail de supervision hebdomadaire puis mensuelle permettrait certainement de développer des réflexes et une aisance pour utiliser le graphique du partogramme**.

4.2. CHRONOLOGIE ET FREQUENCE DES EXAMENS.

4.2.1. OBSERVATIONS.

L'analyse des données de l'évaluation a permis d'identifier certaines **insuffisances concernant la fréquence des examens de surveillance du fœtus et de la mère**. En effet, les examens de la poche des eaux (effectués pour seulement 32,5% des partogrammes) et la surveillance du col utérin pourraient être plus réguliers. Concernant la surveillance du fœtus,

l'examen de sa présentation n'est réalisée que 37,5% des cas, la mesure du rythme cardiaque fœtal présente de bons résultats mais pourraient également être améliorée. Il peut arriver qu'il y ait un intervalle de plus de 12heures sans qu'aucun acte, examen ou évènement ne soit notés dans le dossier médical. Ceci est assez préoccupant puisque le partogramme vise à réaliser une surveillance rapprochée du travail afin de détecter un travail prolongé qui peut présenter des risques pour la mère et le fœtus. Au-delà de l'absence éventuelle de retranscription, la capacité des sages-femmes à réaliser un suivi adéquat de la mère (une visite toutes les deux heures) est questionnée au regard du manque de ressources humaines au sein du service.

Un second élément qui a été observé mais qui ne constitue pas un critère d'évaluation est la **difficulté de retracer la chronologie des évènements**. La plupart des examens ne sont pas retranscrits sur les tableaux ou graphiques prévus à cet effet. Dans de nombreux cas, faute de place, plusieurs feuilles sont ajoutées au partogramme de manière désordonnée. Bien que les dates/heures des examens figurent dans plus de 85% des cas, la chronologie des évènements n'est pas respectée. Une même feuille peut comprendre des examens et évènements qui ont eu lieu à deux jours d'intervalles. Les examens et observations sont notés en fonction des espaces disponibles sur le papier. Dès lors, refaire l'historique du patient est extrêmement compliqués, les informations ne sont pas facilement identifiables. Ainsi, la détection d'anomalies durant le travail devient compliquée et compromet une prise de décision rapide au vue de la complexité de l'identification des données.

4.2.2. RECOMMANDATIONS.

Lors de la restitution auprès du personnel soignant, les échanges ont été animés lorsque la question des difficultés de retracer la chronologie des évènements a été abordée. Le manque d'assiduité et de rigueur semblent expliquer largement ce dysfonctionnement. Cependant, le manque de temps et de ressources matérielles a aussi été soulevé. En effet, l'absence de dossier du patient pré-préparé ou informatisé, complique la tâche des sages-femmes pour retranscrire la chronologie des évènements. Lorsqu'une rotation s'effectue, la sage-femme va commencer la retranscription d'examens sur une nouvelle page puis constatant l'existence d'autres feuilles, reprend l'écriture sur la page précédente. La discussion a également été animée concernant l'insuffisance de la fréquence des certains examens et l'absence de traçabilité pendant plus de 12 heures. L'équipe a reconnu qu'en raison d'une charge de travail trop importante, si la femme enceinte ne réclame pas d'aide ou ne se manifeste pas, il peut arriver que pendant plusieurs heures aucun examen particulier ne soit fait. D'autre part, il semblerait qu'au moment de la rotation des équipes, la passation d'informations entre les sages-femmes soit limitée. Ainsi, une patiente qui a reçu un examen 3 heures avant la fin du tour de la 1^{ère} équipe, peut être revue 3 heures après l'entrée de la seconde. Rappelons qu'au sein de la maternité, 12 accouchements par jour sont réalisés pour deux équipes rotatives de cinq sages-femmes et 1 infirmière toutes les 12h. Le temps de travail long (plus de 12heures

sans pause), la charge de travail lourde ce qui a des conséquences directes sur la quantité et la qualité de la prestation de soins.

Le manque de ressources humaines et matérielles (absence de dossier du patient et de système d'informatisations des données) font partis des principales causes identifiées sur ce point. Doté la maternité d'un système informatique et mettre en service un logiciel d'information des données permettrait d'améliorer la traçabilité des évènements. De plus, la création d'un dossier du patient, composé des pages nécessaires à la retranscription des informations favoriserait le respect de la chronologie des évènements. Ceci **accompagné d'un effort en matière de rigueur de la part des sages-femmes améliorerait fortement la traçabilité des actes, examens et évènements. Enfin, la qualité de la prestation des sages-femmes et notamment leur capacité à augmenter la fréquence des examens ne peut se faire sans le renforcement des ressources humaines au sein de la maternité. Au moins une à deux sages-femmes supplémentaires par équipe serait nécessaire. Enfin, alléger et aménager le temps de travail permettrait de réaliser une rotation des équipes effective et limiterait l'absence d'examens durant un intervalle de temps excessif.**

4.3. DE LA PRATIQUE A LA RETRANSCRIPTION ECRITE.

4.3.1. OBSERVATIONS.

Enfin, la dernière observation qui est ressortie de l'analyse des données de l'évaluation concerne les limites de la traçabilité d'examens, actes ou évènements notamment en raison du manque de retranscription écrite. Ceci a été observé de manière générale quant à l'utilisation du graphique du partogramme mais il semblerait qu'au-delà de difficultés liées à l'usage du graphique en lui-même, le passage à l'écrit ne semble pas être systématisé. De nombreuses carences ont été relevées dans l'évaluation de l'objectif 3 : améliorer la traçabilité des actes, évènements et traitements survenus au cours du travail. Tout d'abord concernant la prescription médicamenteuse, comme décrit précédemment (cf. Partie 3), dans plus de 50% des partogrammes étudiés, aucune prescription médicale n'a été trouvée. Ce résultat traduit une absence de retranscription écrite des médicaments administrés. D'autre part, la conformité de la prescription n'est satisfaite que pour 6 partogrammes, bien souvent l'absence de posologie et du prescripteur est manquante. Enfin, certains actes tels que le sondage urinaire (noté sur seulement 1 partogramme) mais aussi examen tel que l'état ou l'aspect de la poche des eaux (noté dans 32.5% des cas) sont certainement pratiqués mais ne font pas l'objet d'une traçabilité écrite.

4.3.2. RECOMMANDATIONS.

Les échanges avec l'équipe soignante ont permis de vérifier les résultats et analyses précédents. Les sages-femmes ont été surprises de l'existence même de certains critères

comme le fait de noter le comportement de la mère ou l'heure du sondage urinaire. En effet, l'équipe soignante a reconnu ne pas systématiser le passage à l'écrit, ne voyant pas l'intérêt de noter des informations qui leurs semblent évidentes. Ceci est également valable pour la prescription médicamenteuse. Pour ces dernières la prescription d'ocytocine est considérée comme quelque chose de «normal », « régulier » voir « évident », dès lors il ne semble pas utile de les noter. Ceci est également valable pour le sondage urinaire ou encore certains examens qui sont réalisés mais pour lesquels elles ne voient pas l'intérêt de les retranscrire. Il a donc été rappelé par la responsable de la maternité et le gynécologue-obstétricien, l'importance de la traçabilité. Tout d'abord une meilleure traçabilité des actes, examens permet une prise de décision adaptée aux besoins et vécu du patient. Ensuite, lors de la rotation des équipes, la traçabilité des actes, examens et évènements facilite le travail de l'équipe entrante qui bénéficie de toutes les informations passées et peut réaliser le suivi adapté au patient. Enfin, en cas de décès ou de complications, la traçabilité des actes, examens et évènements favorise un accès aux informations de manière exhaustive permettant ainsi d'identifier les causes de ces complications. Concernant ce dernier point, il est également important pour le personnel soignant de noter le travail réalisé afin de pouvoir justifier que la prestation des soins était adéquate en cas de complications liées à l'accouchement. A l'issue de ces échanges le personnel soignant semble avoir intégré l'importance et l'utilité de la retranscription écrite de tout actes, examens ou évènements réalisés. **Il a été recommandé au personnel soignant d'être plus attentif et rigoureux sur cet aspect et que la chef de la maternité accompagnée du gynécologue-obstétricien effectue un suivi plus spécifique.**

4.4.SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION.

L'évaluation a permis d'identifier les forces et faiblesses dans la tenue du partogrammes au sein de la maternité de l'Hopital Ayres de Menezes. Afin d'améliorer la conformité de la tenue du partogrammes au regard des recommandations professionnelles existantes, un certain nombre de recommandations et actions correctrices ont été proposées. Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des contributions de cette étude :

Tableau 7 : Synthèses des recommandations issues de l'évaluation

Catégorie	Points à améliorer	Actions correctrices
-----------	--------------------	----------------------

Le partogramme comme outil d'aide à la décision	<p>Développer des réflexes et une aisance dans l'utilisation du graphique et des tableaux du partogramme de manière systématique.</p> <p>Se référer au graphique pour surveiller le bon déroulement du travail de la mère et détecter les anomalies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une session de recyclage sur l'utilisation du graphique et des tableaux du partogramme. • Effectuer une réunion hebdomadaire avec l'équipe pour revoir et évaluer les partogrammes. • Réaliser des sessions de supervision mensuelle.
Fréquence et chronologie des évènements.	<p>Augmenter la fréquence de certains examens de surveillance de la mère et du fœtus.</p> <p>Respecter la chronologie des évènements.</p> <p>Améliorer la passation au moment de la rotation des équipes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rigueur et motivation des sages-femmes. • Renforcement de l'équipe en ressources humaines (une à deux sages-femmes supplémentaires par équipe) • Alléger et aménager le temps de travail. • Réaliser une rotation des équipes effective. • Doté la maternité d'un système informatisé et créer un dossier du patient.
Traçabilité d'actes, examens ou événements.	Systématiser la retranscription des informations.	<ul style="list-style-type: none"> • Rigueur et assiduité des sages-femmes. • Effectuer une réunion hebdomadaire de supervision avec l'équipe pour revoir et évaluer les partogrammes. • Réaliser des sessions de supervision mensuelle.

Les résultats de l'évaluation de la tenue du partogramme a permis d'identifier des éléments très positifs mais également des limites et des points à améliorer. L'introduction du partogramme au sein d'une équipe soignante nécessite la mise à disposition de moyens permettant une utilisation optimale (temps, compréhension de l'outil, support matériel adéquat). Ainsi, les conditions dans lesquelles travaillent l'équipe soignante de l'hôpital (temps de travail prolongé, manque de matériel, coupures d'électricité répétitive, chaleur, salaires..) ne favorise pas une utilisation et un usage effectif de l'outil. Un certain nombre d'actions correctrices ont été proposées dans cette étude afin de créer un environnement favorable à l'utilisation du partogramme. De plus, des carences organisationnelles et/ou pratiques pourraient être améliorées à travers par des efforts en matière de rigueur dans le travail des sages-femmes. Enfin, réaliser une supervision régulière au niveau de l'équipe est indispensable pour que développer des réflexes quant à l'usage des graphiques du partogrammes et la systématisation du passage à l'écrit. Dans cette perspective, il a été suggéré à la responsable de la maternité d'effectuer des réunions hebdomadaires au cours

desquelles sont revus 2-3 partogrammes sélectionnés de manière aléatoire. L'équipe effectue une lecture rapide du partogramme, identifie les forces et faiblesses de sa tenue, et évalue si certaines améliorations sont observables. Ce travail en équipe et ce suivi rapproché vont permettre de motiver les sages-femmes et développer une rigueur dans leur travail. Une fois que des progrès ont été observés et que la conformité de la tenue du partogramme approche les caractéristiques des recommandations professionnelles existantes, la supervision devient mensuelle. Le maintien dans le temps des sessions de supervisions mensuelles puis bimensuelles est indispensable pour conserver la dynamique et encreée dans la pratique les réflexes développés progressivement. Idéalement, il serait intéressant pour l'équipe de la maternité de l'Hopital Ayres de Menezes d'avoir à disposition une personne dédiée à ce travail de supervision. Cependant, face au manque de ressources humaines et financières, il est à craindre que les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces recommandations seront difficilement mobilisables. Dès lors, l'amélioration de la qualité de la tenue du partogramme réside principalement dans la motivation du personnel et de l'équipe soignante pour mettre en œuvre les actions correctrices avec les moyens dont elles disposent actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la tenue du partogramme. Paris : ANAES ; 2000.
2. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Medicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris : ANDEM ; 1994.
3. De GroofD, Vangeenderhuysen C, JunckerT, FaviR.A. Impact de l'introduction du partogramme sur la mortalité périnatale. Etude faite dans une maternité a Niamey, Niger. Ann. Soc. Belge Med Trop, 1995 ; 75 : 321-330.
4. De Saint-Léger S. Le partogramme : Principes et méthodes. Paris : Développement et Santé n° 148 ; 2000.
5. Diarra I; Camara S; Maiga MK. Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de la commune du district de Bamako. Mali Médical Tome XXIV N°2 ; 2009.
6. Friedman EA. The graphic analysis of labor. Am J Obstgynecol 1954; 68; 1568-75.
7. Friha S. Evaluation des pratiques professionnelles sur la tenue du partogramme au centre hospitalier d'Argenteuil. Paris : Gynecology and obstetrics; 2014.
8. Haute Autorité en Santé. Rapport de l'expérimentation nationale, Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme. Paris : HAS ; 2006.

9. Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde. Inquérito Demográfico e Sanitário. São Tome e Príncipe: INE; 2008-2009.
10. Organisation Mondiale de la Santé, Programme santé maternelle et maternité sans risque, Division Famille et Santé. La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme - Partie 1 : Principe et Stratégies. Geneva, OMS ; 1988. WHO/ FHE/MSM/93.8.
11. Organisation Mondiale de la Santé, Programme santé maternelle et maternité sans risque, Division Famille et Santé. La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme - Partie 2 : Manuel de l'utilisateur. Geneva. OMS ; 1988. WHO/ FHE/MSM/93.9.
12. Organisation Mondiale de la Santé, Programme santé maternelle et maternité sans risque, Division Famille et Santé. La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme - Partie 3 : Manuel du moniteur. Geneva : OMS ; 1988. WHO/ FHE/MSM/93.10.
13. Organisation Mondiale de la Santé, Programme santé maternelle et maternité sans risque, Division Famille et Santé. La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique. Le partogramme - Partie 4 : Principe et recherche opérationnelle. Geneva : OMS ; 1988. WHO/ FHE/MSM/93.11.
14. Université de Lorraine. Evaluation des pratiques et des organisations en santé. Chapitre 1: Généralités sur l'évaluation des actions de santé. Nancy : Université de Lorraine, 2015.
15. Université de Lorraine. Evaluation des pratiques et des organisations en santé. Chapitre 2: Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : la méthode. Nancy : Université de Lorraine, 2015.
16. World Health Organization. The partograph: The application of the WHO partograph in the management of labour. Report of the WHO multicenterstudy, 1990-1991. Geneva: WHO; 1994.

Sites internet consultés :

1. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>. Consulté le 5 mai 2015
2. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461_sonibl_com/fr. Consulté le 20 février 2015
3. <http://donnees.banquemondiale.org/pays/sao-tome-et-principe>. Consulté le 29 mai 2015.
4. www.sante.gov.mg. Consulté le 5 Juin 2015.
5. <https://www.google.st/search?q=carte+de+sao+tome+et+principe>. Consulté le 12 Avril 2015.

ANNEXE

ANNEXE 1. CARTE DE SAO TOME ET PRINCIPE

Carte de Sao Tome et principe²⁷



²⁷ <https://www.google.st/search?q=carte+de+sao+tome+et+principe>

ANNEXE 2. LE PARTOGRAMME DE L'OMS

PARTOGRAMME

Nom	Geste	Pare	Hôpital No.
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heure

180	Rythme cardiaque foetal	
170		
160		
150		
140		
130		
120		
110		
100		
Liquide amniotique		
Déformation crânienne		
10	Dilatation du col (en cm) (marquer un "X") Descente de la tête (marquer un "0")	
9		Phase active
8		
7		
6		
5		
4		
3		Phase de latence
2		
1		
0		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
Heure		
5	Nombre de contractions en 10 min.	
4		
3		
2		
1		
Oxytocine U/L	gouttes/min.	
Médicaments et injections I.V.		
180	Pouls ● et T.A. ↑↓	
170		
160		
150		
140		
130		
120		
110		
100		
90		
80		
70		
60		
Temp. °C		
Urine	{ prot. acet. vol.	

WH/O 88503F

ANNEXE 3. GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

Objectif - Améliorer la traçabilité des actes, événements et traitements survenus au cours du travail		1- césarienne			
N		OUI	NON	NA	COMM
1	Les paramètres cliniques sont notés à l'entrée (PA, pulsations, Température)	x			pas température
2	le comportement de la mère pouvant nuire à sa sécurité est noté		x		
3	La pose de la péridurale et ses reinjections sont notées			x	
4	l'intensité de la douleur est évaluée		x		
5	La prescription est conforme à la réglementation (nom du prescripteur, nom du médicament, posologie, voie d'administration)		x		
6	Tout médicament administré fait l'objet d'un enregistrement	x			
7	l'heure du sondage urinaire est notée		x		
8	la surveillance d'anesthésie ou d'analgesie est associée au partogramme		x		
9	le motif et l'heure d'appel aux médecins spécialistes est noté		x		
10	l'heure de décision de la césarienne puis du transfert au bloc opératoire est notée	x			
11	la surveillance postnatale est notée sur le partogramme	x			

Objectif - améliorer la qualité de la tenue du partogramme		1			
N		OUI	NON	NA	COMM
1	L'identité civile de la mère est notée	x			
2	La date est notée	x			
3	Le remplissage du partogramme respecte le rythme horraire		x		
4	L'horraire précis de chaque acte et/ou examen est noté	x			
5	Le partogramme permet de retrouver le nom des sages femmes	x			
6	Le partogramme permet de retrouver le nom des obstétriciens et/ou anesthésistes intervenants	x			

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

ANNEXE 4. DONNÉES DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Total Relatif		
Oui	Non	N/A
38	2	0
3	37	0
0	0	40
16	24	0
6	9	25
15	0	25
1	5	34
0	6	34
0	0	40
6	0	34
35	5	0

Total pourcentage		
Oui	Non	N/A
95	5	0
7,5	92,5	0
0	0	100
40	60	0
15	22,5	62,5
37,5	0	62,5
2,5	12,5	85
0	15	85
0	0	100
15	0	85
87,5	12,5	0

Total		
Oui	NON	NA
40	0	0
40	0	0
7	33	0
34	6	0
39	1	0
6	5	29

Total		
Oui	NON	NA
100	0	0
100	0	0
17,5	82,5	0
85	15	0
97,5	2,5	0
15	12,5	72,5

Total		
OUI	NON	NA
34	6	0
15	21	4
16	20	4
25	15	0
13	27	0
19	21	0
35	5	0
17	5	18
33	7	0
6	5	29
24	10	6
29	11	0
29 VB - 6 C - 5 NA		

Total		
OUI	NON	NA
85	15	0
37,5	52,5	10
40	50	10
62,5	37,5	0
32,5	67,5	0
47,5	52,5	0
87,5	12,5	0
42,5	12,5	45
82,5	17,5	0
15	12,5	72,5
60	25	15
72,5	27,5	0
72,5% VB - 15% C - 12,5%NA		

L'évaluation de la tenue du partogramme à la maternité de l'Hopital Ayres de Menezes s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet de réduction de la mortalité maternelle et infantile financé par l'Union Européenne à Sao Tomé et Principe. L'objectif de cette étude est de mener une évaluation permettant d'évaluer le niveau de conformité des partogrammes par rapport à des recommandations professionnelles existantes. L'identification des forces et faiblesses de la tenue du partogramme donnera ensuite lieu à l'élaboration de recommandations et la proposition d'actions correctrices.

L'audit clinique a été réalisé sur quarante partogrammes qui ont été évalué à partir d'une grille de vingt-neuf critères répartis selon trois grands objectifs. A l'issue de ce travail de collecte et d'analyse des données, les résultats ont été partagés avec l'équipe soignante de la maternité. Les échanges et discussions ont permis d'identifier certaines causes des lacunes observées mais aussi d'envisager les actions correctrices adaptées au contexte et aux moyens disponibles.

MOTS CLEFS :ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, AUDIT CLINIQUE, PARTOGRAMME, SAO TOME ET PRINCIPE, REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE, PRESTATIONS DE SOINS, MATERNITE.

ABSTRACT

The evaluation of the holding of the partograph in the maternity Hospital Ayres de Menezes comes within the framework of the implementation of a maternal and infant mortality reduction project funded by the European Union in Sao Tome and Principe. The objective of this study is to conduct an evaluation to assess the partographs' level of compliance compared to existing professional recommendations. Identifying strengths and weaknesses of the holding of the partograph will then give rise to the development of recommendations and proposed corrective actions.

A clinical audit was performed on forty partographs that have been evaluated from a grid of twenty-nine criteria, divided into three main objectives. Following this work of collecting and analyzing data, the results were shared with the medical team of the maternity. The exchanges and discussions have identified some of the causes of the deficiencies but also to consider corrective actions appropriate to the context and the means available.

KEYWORDS: PROFESSIONAL PRACTICES ASSESSMENT; CLINICAL AUDIT; PARTOGRAPH; SAO TOME AND PRINCIPE; MATERNAL AND INFANTILE MORTALITY REDUCTION; HEALTH CARE GIVING; MATERNITY.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (FNUAP)
AVENIDA DAS NAÇÕES UNIDAS BP 109
SÃO TOME E PRINCIPE