

# Évaluation des pratiques professionnelles portant sur la réalisation des épisiotomies

## I. Justification du choix du thème

L'épisiotomie est un acte fréquent qui concerne donc un grand nombre de femmes et qui est potentiellement évitable dans un grand nombre de cas. Ainsi en 2002-2003, 47,3 % des femmes accouchant par les voies naturelles ont eu une épisiotomie (Source AUDIPOG). L'épisiotomie est plus souvent réalisée chez la primipare. Le taux d'épisiotomies est ainsi de 68 % chez la primipare et de 31 % chez la multipare (Source AUDIPOG 2003-2004). Sa réduction est un souhait fort des usagers. La morbidité liée à l'épisiotomie est non négligeable (douleurs, pertes de sang, risque d'infection du site opératoire, etc.). Il existe par ailleurs un référentiel national (RPC sur l'épisiotomie CNGOF et CNSF 2005).

L'épisiotomie par sa fréquence et ses conséquences pour la santé des femmes est un sujet d'Évaluation de Pratiques Professionnelles (EPP) répondant aux critères exigés dans le cadre de la certification V2 des établissements. Celui-ci met l'accent sur des domaines précis de la prise en charge des patients dont la prise en charge de la douleur (référence 32). Ce manuel s'intéresse aussi à l'évaluation des risques liés aux activités cliniques et médico-techniques (référence 45), à la surveillance des infections du site opératoire [ISO] (référence 16) et à l'évaluation des prises en charge par pathologie ou problème de santé (Référence 46)(cf. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

C'est également un thème pour l'EPP individuelle des médecins (tel que prévu par les textes réglementaires) et des sages-femmes (textes réglementaires à venir).

Cela justifie le travail présenté qui se veut une aide pour les professionnels de la périnatalité.

## II. Promoteurs

AUDIPOG, CNSF

## III. Cibles professionnelles

- Les praticiens (obstétriciens et sages-femmes) pratiquant des accouchements et qui exercent dans des maternités publiques ou privées.
- Tous les services pratiquant des accouchements.

## IV. Patientes concernées

Femmes ayant accouché par les voies naturelles de façon spontanée ou à l'aide d'une extraction instrumentale ou suite à une manœuvre obstétricale, que cette grossesse soit unique ou multiple. Les femmes ayant accouché par césarienne sont exclues de cette évaluation des pratiques professionnelles concernant l'épisiotomie.

## V. Sources ou référentiel

Le référentiel retenu pour cette évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est la Recommandation de Bonnes Pratiques Cliniques (RPC) élaborée fin 2005 par le CNGOF et le CNSF ([www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr); [www.asso.cnsf.fr](http://www.asso.cnsf.fr)) (intégralité des textes complets dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction de 2006 ; Vol 35 (S1) :7-77). Cette RPC a fait une synthèse critique des données scientifiques existantes sur le sujet permettant d'aider les obstétriciens et sages-femmes à baser leur pratique sur des faits scientifiques prouvés (Evidence Based Medecine).

## VI. Objectifs

**Objectif principal** : Réduire le taux des épisiotomies.

**Objectif secondaire** : Réduire la morbidité périnéale consécutive à un accouchement.

## VII. Méthode

### a) Rappels :

*Le travail présenté ici cible les trois niveaux de l'évaluation de la qualité des soins définis par Donabedian, en 1988 :*

- **Structure** : *C'est-à-dire avons-nous les moyens de bien faire ?* Autrement dit de quelles ressources matérielles disposons nous (boite d'épisiotomie appropriée, bons antiseptiques, échelles EVA pour chaque professionnel, antalgiques, etc.) et quelles ressources humaines compétentes sont à notre service (personnels formés à la RPC, aux différentes positions maternelles pendant l'accouchement, médecins formés à l'extraction par ventouse, professionnels formés à la suture de l'épisiotomie, etc.) ?
- **Processus** : *C'est-à-dire faisons-nous comme il faut faire ?* Autrement dit qu'elle est l'organisation de ma maternité depuis la préparation à l'accouchement jusqu'à la sortie de la femme, et quelles sont les pratiques professionnelles entourant la naissance.
- **Résultats** : *Avons-nous de bons résultats ?* Autrement dit étudions-nous et monitorons-nous la satisfaction des femmes concernant leur accouchement et disposons-nous d'indicateurs d'états de santé concernant l'accouchement dans les services de maternité ?

*Pour atteindre les objectifs définis dans le chapitre VI, les professionnels doivent donc inscrire leur démarche dans une dynamique qualité qui englobe une réflexion sur les actions suivantes (elles ne sont pas toutes obligatoires au début de la démarche):*

- Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité des soins afin de réduire le recours à l'épisiotomie comprenant :
  - Des formations internes d'appropriation de la RPC.
  - La surveillance du taux d'épisiotomies et de déchirures périnéales graves du service.
  - L'interprétation et la communication des résultats aux équipes.
  - Une évaluation continue ou cyclique des infections du site opératoire (ISO) et/ou de la douleur.
  - La désignation d'un chef de projet (responsable de la démarche) est souhaitable.
  - L'identification des principales pratiques obstétricales engendrant un recours fréquent aux épisiotomies et évaluation des écarts avec la RPC par exemple en fonction des femmes

primipares ou multipares, et des pratiques obstétricales (forceps ou ventouse, gestion des enfants en siège à terme, etc.).

- Assurance que les conditions de réalisation des épisiotomies et de sutures périnéales sont optimales notamment sur le plan de l'asepsie et de l'analgésie.
- Assurance de la qualité des soins en suites de couches :
  - En assurant un soin dans le post-partum immédiat (en salle de naissance).
  - En assurant, en suites de couches, l'information de la patiente sur les soins locaux (rythme et technique).
  - En assurant une prise en charge efficace de la douleur dans les premiers jours.
  - En évaluant les conséquences de la suture périnéale lors de la visite post-natale.

*Les invariants d'une démarche d'EPP sont donc :* 1°) choisir un thème qui tient compte entre autre d'une marge d'amélioration possible pour les équipes (une équipe ayant un faible taux d'épisiotomies devrait choisir un autre thème d'EPP). 2°) choisir une méthode ou plusieurs parmi celles proposées plus loin (cf. sous chapitre « les outils disponibles »). 3°) mettre en place un programme d'actions d'amélioration. 4°) assurer le suivi de ce programme (cf. sous chapitre « résultats et suite de la démarche »).

## **b) Les outils proposés :**

Les outils utiles aux démarches d'amélioration continue des soins dont l'EPP ont été définis par la Haute Autorité de Santé. Nous avons choisi d'utiliser deux outils : l'audit clinique dont l'audit clinique ciblé et le « Benchmarking » (ou parangonnage).

- L'audit clinique permet de comparer les pratiques réelles observées sur le terrain à celle prévues dans le référentiel retenu pour l'intervention (ici l'épisiotomie). Il est alors possible de mesurer l'écart pour chaque item choisi entre ce qui est observé et ce qui est attendu. Le référentiel est décliné en grille de saisie.
- Le benchmarking consiste à comparer ses propres résultats à ceux de références ou à ceux nationaux s'il n'existe pas de taux de référence. Pour l'épisiotomie, la RPC national fixe un taux global d'épisiotomies à moins de 30%. Une maternité peut aussi comparer ses taux de façon plus fine aux données nationales selon son niveau de soins et la parité des femmes (banque de données Audipog) voir au sein de son réseau périnatal ou à ceux d'autres réseaux de santé périnatal.

En annexe, nous vous proposons quatre outils simples et concis que vous choisirez (un ou plusieurs au choix) selon vos besoins et vos ressources :

- Audit ciblé du dossier obstétrical,
- Audit clinique ciblé concernant le bon respect des règles d'hygiène périnéales en maternité,
- Comparaison du taux d'épisiotomies de la maternité ou des maternités d'un réseau par rapport au taux national global attendu (< 30%) et par rapport au taux standardisé du Réseau Sentinelle Audipog,
- Et audit de pratique déclarée concernant la politique de réalisation des épisiotomies au sein des services.

## **c) Sélection des dossiers :**

L'évaluation dans chaque service (ou individuellement de chaque praticien) porte sur X patientes ayant accouché consécutivement sur une période de 1 mois à 1 an selon l'activité de la maternité et répondant aux critères d'inclusion (cf. patientes concernées).

L'information concernant l'épisiotomie dans le dossier de la femme peut avoir été relevée par le professionnel engagé dans l'évaluation (« évaluateur ») ou par un autre professionnel de santé.

Avant de choisir certains des outils proposés, vérifier que l'ensemble des informations est disponible en routine dans le dossier du service, sinon un recueil prospectif des données sera nécessaire.

## d) Résultats et suite de la démarche :

L'ensemble de ces données globales doit être régulièrement rendu à l'ensemble des professionnels des services de maternité et faire l'objet de réunions spécifiques.

Les staffs quotidiens peuvent être aussi l'occasion de discuter l'indication de l'épisiotomie, au même titre que les césariennes.

L'intérêt d'une telle démarche est accru si celle-ci s'inscrit dans une politique de la maternité ou du réseau de santé périnatal forte en faveur d'une réduction du taux d'épisiotomies et de façon durable dans le temps. Un plan d'actions d'amélioration doit découler des résultats de l'EPP ou constats. Ce dernier est mis en œuvre et décidé par les professionnels de santé concernés. Il est important que l'évaluation de l'impact de ce plan soit planifiée. Cette évaluation nécessite de choisir des indicateurs pertinents<sup>1</sup>. Par exemples :

- Pour l'outil 1 : Taux global d'épisiotomies, taux de dossiers conformes, taux de dossiers discutés lors de staffs de service.
- Pour l'audit 2 : le taux d'infection du site opératoire concernant l'épisiotomie et/ou le taux de femmes ayant une EVA (échelle visuelle analogique) < 3 lors de l'épisiotomie
- Pour l'outil 3 : L'EPP ne porte que sur des indicateurs à mesurer régulièrement.
- Pour l'audit 4 : Taux global d'épisiotomies (et/ou selon présence d'une extraction, etc.) ; nombre de professionnels formé aux différentes positions maternelles possibles en cours de travail, nombre de femmes accouchant selon les différentes position maternelles possibles. Il est nécessaire de monitorer parallèlement le nombre de complications graves du périnée.

De nouvelles EPP seront mises en place pour mesurer le degré d'atteinte des objectifs retenus. Pour cela on pourra utiliser (ou réutiliser) les outils ci-après développés (audits, etc.). C'est le modèle de la roue de Deming ou roue de la qualité qui comprend 4 étapes (planifier ou programmer, faire, analyser, améliorer)<sup>2</sup>. L'analyse des résultats est centrée sur l'identification des points forts et l'analyse des écarts par rapport au référentiel ; améliorer : c'est l'étape essentielle, au cours de laquelle les professionnels s'efforceront d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à réduire les écarts observés à l'étape précédente (cf. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

## VIII. Conclusion

C'est aux professionnels de déterminer le ou les outils utiles afin d'atteindre les objectifs nationaux ou leur propre objectif si leur taux d'épisiotomies est déjà inférieur à 30 % ; en effet certains services européens ont des chiffres d'épisiotomies très bas et le chiffre de 30%, cité dans la RPC, ne se veut qu'une première étape. Vous pouvez donc utiliser l'un des outils qui sont à disposition dans les pages suivantes si vous entrez dans la réalisation de la certification de votre établissement de santé ou dans le cadre de l'EPP individuelle si vous êtes médecins ou sages-femmes dans une maternité privée ou public.

---

<sup>1</sup> **Un indicateur** est une variable qualitative ou quantitative permettant d'évaluer l'état de santé. Il qualifie les paramètres qui apprécient une des composantes de l'état de santé (cf. Leclerc A et al. Dictionnaire d'épidémiologie. Paris Editions Frison-Roche 1990). Ces indicateurs doivent être choisis par les professionnels et définis a priori (avant le début de l'EPP). Ils permettront le suivi des actions d'amélioration.

<sup>2</sup> Selon la HAS, planifier : c'est définir la démarche d'évaluation (traduite dans le référentiel), puis identifier les professionnels et les structures impliqués et enfin de programmer des étapes ; faire : c'est l'étape de la mesure de la pratique au regard du référentiel (au cours de laquelle les données sont recueillies) ; analyser : c'est l'étape de comparaison entre la pratique constatée et la pratique attendue

Nous espérons que ces outils proposés vous aideront dans vos démarches d'amélioration de la qualité des soins et d'évaluation des pratiques professionnelles. En cas de difficultés ou pour toute remarque nous vous remercions de nous contacter.

## X. Bibliographie

Textes de lois :

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la HAS et modifiant le code de la sécurité social et le code de la santé publique.
- Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- Décision de la HAS du 30 août 2006
- Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la CME
- Décret n° 2006-653 du 2 juin 2006 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- Décret n° 2006-650 du 2 juin 2006 relatif à la formation médicale continue et modifiant la quatrième partie du code de la santé publique
- Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue.
- Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissement de santé.

HAS. Manuel V2 de l'accréditation des établissements de santé. Paris, septembre 2004.

HAS. Service Evaluation des Pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier. Version 0-Octobre 2006.

HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. CDROM de 2006.

HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Paris, Juin 2005.

Briançon S, Girad F, Empereur F, Guillemin F. Evaluation des pratiques professionnelles. Rev Epidem et Santé Publ 2000 ; 48 : 541-550.

ANAES. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris 1994.

ANAES. Evaluation de la tenue du dossier du malade. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris 1994.

ANAES. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris 2000.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction de 2006 ; Vol 35 (S1) :7-77.

Faruel-Fosse H, Vendittelli F. Peut-on réduire le taux des épisiotomies. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 68-76.

Vendittelli F. Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 12-23.

Vendittelli F. Position allongée ou verticale durant le 2<sup>e</sup> stade du travail : revue des méta-analyses. In : Collet M, Treisser A. 28<sup>e</sup> Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Guadeloupe. Arnette, Paris, 1998: 167-176.

Vendittelli F. Abécédaire de la médecine fondée sur des preuves. In : C Racinet, M Favier, Meddoun M. La césarienne, Sauramps médical Editions, Paris, 2002.

Vendittelli F. Variations des pratiques médicales : l'exemple de la césarienne. In : C Racinet, M Favier. La césarienne, Sauramps médical Editions, Paris, 2002.

Vendittelli F. Accréditation. Cabrol D, Pons JC, Goffinet F. Obstétrique Flammarion Médecine-Sciences Editions, Paris, 2003 : 1140-1145.

## Outil N° 1 : Audit clinique ciblé de dossier obstétrical

### Méthode

Il s'agit de remplir une grille d'audit clinique ciblé par dossier obstétrical, pour la période étudiée dans la maternité ayant choisi d'utiliser cet outil.

### Durée

La durée de l'étude doit être en rapport avec le nombre de professionnels réalisant les accouchements, sur une période donnée. A titre d'exemple, la HAS dit qu'avec 30 dossiers on sait de façon fiable où sont les actions à mettre en place.

### Recueil

Etude avec recueil rétrospectif des données (étude réalisée après la sortie de la maternité des accouchées). Les réponses sont à cocher dans la grille suivante.

Remplissez cette grille autant de fois que vous le souhaitez (par exemple si votre audit porte sur 30 femmes, la remplir 30 fois à la main si vous avez imprimé cette feuille, ou bien directement sur le site Audipog).

### Validation de l'EPP

Les professionnels pourront prétendre à avoir leur EPP validée, un an après le début de la démarche (date d'engagement auprès de l'Audipog).

## Grille de saisie de l'audit 1

<b>Date de l'accouchement</b> : .....	<b>Etablissement</b> :.....
<b>N° de la grille</b> :.....	<b>Nom de l'évaluateur</b> :.....
<b>Identification du patient (étiquette ou 3 premières lettres)</b> :.....	

	Réponses observées			Commentaires
	Oui	Non	NA <sup>1</sup>	
<b>L'indication de l'épisiotomie est présente dans le dossier</b>				
<b>Le nom de la personne ayant réalisé l'épisiotomie est dans le dossier</b>				
<b>Le nom de la personne ayant suturé l'épisiotomie est dans le dossier</b>				
<b>Un compte-rendu de la réfection est présent dans le dossier</b>				
<b>L'évaluation de la douleur est tracée dans le dossier :</b>				
- <b>au cours de la réfection</b>				
- <b>en suites de couches</b>				

<sup>1</sup>NA = non applicable. Cette réponse doit toujours faire l'objet d'un commentaire.

## Grille de résultats de l'audit 1

Ce tableau vous permet le calcul final : si vous travaillez sur des feuilles papier, il vous faut faire vos statistiques à la main (exemple : si vous avez sélectionné 30 dossiers et que dans les 30 cas l'indication de l'épisiotomie était présente dans votre dossier vous avez 100 % d'indication tracée dans le dossier ; ce qui est la réponse attendue. A l'inverse si vous n'aviez eu que 15 dossiers où était tracé l'indication de l'épisiotomie, votre écart entre votre pratique et le référentiel est de 50%). Ces calculs sont automatisés sur le site Audipog.

Tableau de résultats final	Réponses observées			Réponses Attendues	Ecart entre pratique observée et le référentiel
	Oui	Non	NA <sup>1</sup>	Selon RPC 2005	En %
<b>L'indication de l'épisiotomie est présente dans le dossier</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Le nom de la personne ayant réalisé l'épisiotomie est dans le dossier</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Le nom de la personne ayant suturé l'épisiotomie est dans le dossier</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Un compte-rendu de la réfection est présent dans le dossier</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>L'évaluation de la douleur est tracée dans le dossier :</b>				<b>100 % de oui</b>	
- <b>au cours de la réfection</b>					
- <b>en suites de couches</b>				<b>100 % de oui</b>	

<sup>1</sup>NA = non applicable. Cette réponse doit toujours faire l'objet d'un commentaire.

**Outil N°2 :**  
**Audit clinique ciblé**  
**Concernant le bon respect des règles d'hygiène périnéales en maternité**

**Méthode**

Il s'agit de remplir une grille d'audit clinique ciblé par accouchement de la période étudiée pour la maternité ayant choisi d'utiliser cet outil.

**Durée**

La durée de l'étude doit être en rapport avec le nombre de professionnels réalisant les accouchements, sur une période donnée.

**Recueil**

Etude avec recueil prospectif des données.

Les réponses sont à cocher dans la grille suivante pour chaque patiente accouchant voie basse.

Il est préférable que le recueil soit effectué par un professionnel n'ayant pas réalisé l'accouchement qui joue le rôle d'évaluateur. En cas d'auto-évaluation (même personne ayant réalisé l'accouchement), le spécifier dans le rapport.

**Validation de l'EPP**

Les professionnels pourront prétendre à avoir leur EPP validée, un an après le début de la démarche (date d'engagement auprès de l'Audipog).

## Grille de saisie de l'audit 2

Date de l'accouchement : .....	Etablissement :.....
N° de la grille :.....	Nom de l'évaluateur :.....
Identification du patient (étiquette ou 3 premières lettres) :.....	

	Réponses observées			Commentaires
	Oui	Non	NA <sup>1</sup>	
<b>Avant l'accouchement :</b> <b>Si dépilation: tonte ou ébardage<sup>2</sup>.</b>				
<b>Pour l'accouchement :</b>				
<b>Ciseaux (ou autre) différents pour épisiotomie et section du cordon</b>				
<b>Réfection de l'épisiotomie</b>				
<b>Matériel spécifique<sup>3</sup> et utilisation de champs stériles</b>				
<b>Lavage chirurgical des mains</b>				
<b>Port de gants stériles</b>				
<b>Port d'un masque avec visière (ou lunettes) et d'une charlotte</b>				
<b>Port d'une casaque</b>				
<b>Absence de bijoux ou de montre et de vernis à ongle</b>				
<b>Préparation vulvo-périnéale en 4 temps<sup>5</sup></b>				
<b>Anesthésique local si pas d'APD</b>				
<b>Evaluation de la douleur au cours de la réfection</b>				Préciser méthode utilisée
<b>Un soin du périnée est réalisé avant le transfert en suites de couches</b>				

<sup>1</sup> NA : ne peut être coché que dans les rares cas d'accouchement rapide à la maison ou hors de l'hôpital ou immédiatement lors de l'arrivée à la maternité. Cette réponse doit toujours faire l'objet d'un commentaire.

<sup>2</sup> si dépilation utile, avant la toilette vulvo périnéale réaliser un ébardage ou une tonte chirurgicale (et non un rasage)

<sup>3</sup> matériel spécifique conditionné spécialement pour la suture (non celui ayant été utilisé pour l'accouchement)

<sup>4</sup> comme pour les césariennes : nettoyage avec un savon antiseptique, rinçage, séchage, antiseptique de même gamme (Chlorexidine, Bétadine\*).

<sup>5</sup> même gamme que celui de l'accouchement

## Grille de résultats de l'audit 2

Une fois que l'audit est terminé (remplissage du nombre de grilles voulues durant la période d'étude requise) le tableau suivant permet le rendu final de l'étude.

Tableau Final	Réponses Totales observées			Réponses Attendues	Ecart entre pratique observée et référentiel
	Oui	Non	NA <sup>1</sup>	Selon RPC 2005	En %
<b>Avant l'accouchement :</b>					
<b>Si dépilation: tonte ou ébardage<sup>2</sup></b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Pour l'accouchement :</b>					
<b>Ciseaux (ou autre) différent pour épisiotomie et section du cordon</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Réfection de l'épisiotomie</b>					
<b>Matériel spécifique<sup>3</sup> et utilisation de champ stériles</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Lavage chirurgical des mains</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Port de gants stériles</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Port d'un masque avec visière (ou lunettes) et d'une charlotte</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Port d'une casaque</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Absence de bijoux ou de montre et vernis à ongle</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Préparation vulvo-périnéale en 4 temps<sup>4,5</sup></b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Anesthésique local si pas d'APD</b>				<b>100 % de oui</b>	
<b>Evaluation de la douleur au cours de la réfection</b>					Vérifier l'unicité des méthodes utilisées
<b>Un soin de périnée est réalisé avant le transfert en suites de couches</b>				<b>100 % de oui</b>	

<sup>1</sup> NA : ne peut être coché que dans les rares cas d'accouchement rapide à la maison ou hors de l'hôpital ou immédiatement lors de l'arrivée à la maternité. Cette réponse doit toujours faire l'objet d'un commentaire.

<sup>2</sup> si dépilation utile, avant la toilette vulvo périnéale réaliser un ébardage ou une tonte chirurgicale (et non un rasage)

<sup>3</sup> matériel spécifique conditionné spécialement pour la suture (non celui ayant été utilisé pour l'accouchement)

<sup>4</sup> comme pour les césariennes : nettoyage avec un savon antiseptique, rinçage, séchage, antiseptique de même gamme (Chlorexidine, Bétadine\*).

<sup>5</sup> même gamme que celui de l'accouchement

Remarque : cette grille de saisie est remplie pour chaque accouchement de la période d'étude retenue pour le service. Un calcul automatisé en cas de saisie informatique est possible. Imaginons que nous retenions 100 femmes et que l'item portant sur le port de bijoux retrouve 50% de professionnels ayant suturé une épisiotomie avec des bijoux sur eux. Le référentiel prévoit 100% de professionnels sans

bijoux ; l'écart entre la pratique observée et la pratique attendue définie dans le référentiel est donc de 50%. Si vous mettez en place des actions d'amélioration et que vous réalisez de temps en temps à nouveau cet audit vous pourrez analyser l'évolution de cet écart qui devrait être dans le sens d'une amélioration donc ici une diminution du pourcentage de professionnels gardant leurs bijoux pour réaliser les accouchements.

Le cas échéant, la grille peut être complétée avec des items sur la prise en charge en suites de couches : organisation des soins, information de la patiente, évaluation de la douleur.

### Outil N° 3

## **Comparaison du taux d'épisiotomies de la maternité ou des maternités d'un réseau par rapport au taux national global attendu (< 30%) et par rapport au taux standardisé du Réseau Sentinelle Audipog**

#### **Méthode**

Le manuel de certification des établissements de santé souligne, dans sa référence 46 portant sur l'EPP, l'importance que les processus de prise en charge et leurs résultats fassent l'objet de comparaisons avec ceux d'autres établissements et/ou d'autres données (données nationales, etc.). Ce qui permet la banque de données Audipog. Une des entrées possible dans une démarche d'EPP est la surveillance d'un phénomène important. C'est l'approche par indicateurs. L'analyse des indicateurs permet de mettre en place des actions d'amélioration, etc. (cf. explication roue de Deming faite plus haut).

Il s'agit donc dans cet outil 3, de remplir une grille par accouchement de la période étudiée pour la maternité ayant choisi d'utiliser cet outil.

#### **Durée**

La durée de l'étude doit être en rapport avec le nombre de professionnels réalisant les accouchements, sur une période donnée (1 mois minimum).

#### **Recueil**

Pour chaque accouchement par voie basse (césarienne exclue) de la période concernée pour l'étude donner les renseignements suivants dans la grille de saisie (recueil prospectif des données).

Si vous êtes informatisé cette opération n'est pas nécessaire (envoi automatique des données à Audipog possible). De même si vous participez déjà au Réseau sentinelle en envoyant vos fiches, cette saisie n'est pas utile.

#### **Validation de l'EPP**

Les professionnels pourront prétendre à avoir leur EPP validée, un an après le début de la démarche (date d'engagement auprès de l'Audipog).

### Grille de saisie de l'outil 3

A ne remplir qu'une fois par maternité :

<b>Région</b>	
<b>Maternité<sup>1</sup></b>	
<b>Niveau de soins</b>	
<b>Nombre d'accouchements par an<sup>2</sup></b>	

<sup>1</sup> donner un nom ou un numéro

<sup>2</sup> nombre d'accouchements total (et non de naissances totales)

<b>N° accouchement</b>	<b>Date accouchement</b>	<b>Primipare (oui/non)</b>	<b>Voie basse instrumentale (oui/non)</b>	<b>Episiotomie (oui/non)</b>	<b>Déchirure périnéale<sup>1</sup></b>
1					
2					
3					
4					
5					
Etc.					

<sup>1</sup> aucune = 0,

déchirure vaginale, vulve, peau simple (1<sup>er</sup> degré) = 1 ;

déchirure musculaire (2<sup>e</sup> degré) = 2 ;

atteinte du sphincter anal externe (3<sup>e</sup> degré) = 3 ;

atteinte muqueuse ano-rectale (4<sup>e</sup> degré) = 4.

### Grille de résultats de l'outil 3

Le résultat sera automatiquement calculé selon le niveau de soins de la maternité comparé aux données nationales selon le même type de soins des maternités du réseau Audipog. Ces résultats peuvent être aussi donnés pour un réseau périnatal.

<b>Nombre d'accouchements par voie basse =</b>	<b>Taux de la maternité</b>	<b>% Audipog global de l'année</b>	<b>% Audipog selon mêmes niveaux de soins que la maternité</b>
<b>Taux d'épisiotomies</b>			
<b>Taux global d'épisiotomies</b>			
<b>Taux chez la primipare</b>			
<b>Taux chez la multipare</b>			
<b>Taux en cas d'accouchement spontané</b>			
<b>Taux en cas d'extraction instrumentale</b>			
<b>Taux de déchirures périnéales</b> 1er degré 2 <sup>e</sup> degré 3 <sup>e</sup> degré 4 <sup>e</sup> degré			

**Outil N° 4**  
**Audit de pratique déclarée**  
**Concernant la politique de réalisation des épisiotomies au sein des services**

Cet outil est intéressant pour mettre en place une réduction du taux d'épisiotomies au sein d'une maternité ou d'un réseau de santé périnatal. Il est rempli, une seule fois, sur les données déclaratives des médecins et sages-femmes ou bien des responsables de service et/ ou des cadres sages-femmes supérieures au sein d'une maternité ou au sein de chaque maternité d'un réseau de santé périnatal.

**Attention le taux d'épisiotomies doit être rapporté uniquement aux femmes ayant accouché par les voies naturelles (et non à l'ensemble des accouchements ou à l'ensemble des naissances).**

**Validation de l'EPP**

Les professionnels pourront prétendre à avoir leur EPP validée, un an après le début de la démarche (date d'engagement auprès de l'Audipog).

## Grille de saisie de l'outil 4

Etablissement (ou maternité) :.....
N° de la grille :.....
Nom de l'évaluateur :.....      Fonction : .....

	Réponses observées			Commentaires
	Oui	Non	NA <sup>1</sup>	
La RPC a été diffusée à l'ensemble des professionnels concernés de la maternité				
Il existe une information des usagers sur les pratiques obstétricales locales <sup>2</sup>				
Il existe une politique restrictive concernant les indications d'épisiotomies conforme aux RPC				
Les soins du périnée du post-partum sont organisés				
Il existe un recueil des cas d'infection des sutures périnéales <sup>3</sup>				
La prise en charge de la douleur de l'épisiotomie est évaluée <sup>4</sup>				
Il existe une surveillance annuelle du taux d'épisiotomies et des déchirures périnéales graves				
Le service communique annuellement ses résultats aux professionnels <sup>5</sup>				
Il existe une formation régulière des professionnels :				
- Aux différentes positions maternelles lors de l'accouchement				
- A la réalisation et réfection des épisiotomies				
- Et des nouveaux arrivants <sup>6</sup>				
Un protocole de réfection de l'épisiotomie est disponible <sup>7</sup>				
Les dossiers sont discutés au staff du service				

<sup>1</sup> NA =non applicable (n'existe pas pour cet outil).

<sup>2</sup> lors des préparations à l'accouchement et/ou dans le livret d'accueil de la maternité

<sup>3</sup> selon la définition des infections nosocomiales des sites opératoires : apparues après la réalisation du geste et au plus dans les 30 jours après

<sup>4</sup> l'évaluation de la douleur est réalisée lors de la réalisation du geste, lors de sa suture, en suites de couches et en consultation postnatale le cas échéant au moyen d'outils validés (réglettes EVA, ...)

<sup>5</sup> lors d'une réunion de service ou par écrit (bilan d'activité)

<sup>6</sup> vérification de leur savoir faire concernant la réalisation et la réfection de l'épisiotomie

<sup>7</sup> un protocole est souhaitable

## Grille de résultats de l'outil 4

Nombre de maternités ou de services :

Nombre d'accouchements par voie basse :

Taux d'épisiotomies sur l'ensemble des services participants :

Tableau final	Nb de Réponses observées			Réponses attendues	Ecart entre pratique observée et référentiel
	Oui	Non	NA	Selon RPC 2005	En %
La RPC a été diffusée à l'ensemble des professionnels concernés de la maternité				100 % de oui	
Information des usagers sur les pratiques obstétricales locales <sup>1</sup>				100 % de oui	
Il existe une politique restrictive concernant les indications d'épisiotomie conforme aux RPC				100 % de oui	
Les soins de périnée du post-partum sont organisés				100 % de oui	
Il existe un recueil des cas d'infection des sutures périnéales <sup>2</sup>				100 % de oui	
La prise en charge de la douleur de l'épisiotomie est évaluée <sup>3</sup>				100 % de oui	
Il existe une surveillance annuelle du taux d'épisiotomies et des déchirures périnéales graves				100 % de oui	
Le service communique annuellement ces résultats aux professionnels <sup>4</sup>				100 % de oui	
Un référent « Episiotomie » est désigné au sein de l'équipe				100 % de oui	
Il existe formation régulière des professionnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aux différentes positions maternelles lors de l'accouchement</li> <li>- A la réalisation et réfection des épisiotomies</li> <li>- Et des nouveaux arrivants<sup>5</sup></li> </ul>				100 % de oui	
				100 % de oui	
				100 % de oui	
Un protocole de réfection de l'épisiotomie est disponible <sup>6</sup>				100 % de oui	
Les dossiers sont discutés au staff du service				100 % de oui	

<sup>1</sup> lors des préparations à l'accouchement et/ou dans le livret d'accueil de la maternité

<sup>2</sup> selon la définition des infections nosocomiales des sites opératoires : apparues après la réalisation du geste et au plus dans les 30 jours après

<sup>3</sup> l'évaluation de la douleur est réalisée lors de la réalisation du geste, lors de sa suture, en suites de couches et en consultation postnatale le cas échéant au moyen d'outils validés (réglettes EVA, ...)

<sup>4</sup> lors d'une réunion de service ou par écrit (bilan d'activité)

<sup>5</sup> vérification de leur savoir faire concernant la réalisation et la réfection de l'épisiotomie

<sup>6</sup> un protocole est souhaitable