



# Le Partographe

---

INSTRUMENT DE DETECTION ET DE PREVENTION  
DES ANOMALIES DANS LA DUREE DU TRAVAIL

---

## SECTION I Principe et stratégie



Organisation mondiale de la Santé, Unité de la santé maternelle et infantile  
Division de la santé de la famille  
Geneva 1988



PARTOGRAPHE

SECTION 1

PRINCIPE ET STRATEGIE

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION .....	2
2. OBJECTIFS .....	3
3. HISTOIRE DU PARTOGRAPHE .....	3
4. LE PARTOGRAPHE : MODELE DE L'OMS .....	5
1. Principes .....	5
2. Composantes .....	7
5. EMPLOI DU PARTOGRAPHE .....	10
6. STRATEGIE .....	11

REMERCIEMENTS

Ce manuel est l'oeuvre d'un Groupe de travail informel réuni par l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève, du 6 au 8 avril 1988. L'OMS tient à remercier ici de leur appui financier la Carnegie Corporation et tous ceux qui ont contribué à la recherche sur la maternité sans risque. Un soutien financier a également été apporté à la production du présent document par le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population. Mme Helen Kerr a élaboré le document de base. Les Dr C. Lennox et S. Arulkumaran ont aidé à établir le texte définitif.

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

## INTRODUCTION

A peu près un demi-million de femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et 99 % environ de ces décès se produisent dans les pays en développement. Par rapport aux femmes d'Europe de l'Ouest ou d'Amérique du Nord, les femmes de ces pays peuvent, en effet, être jusqu'à cent fois plus exposées à ce type de risque. Dans le monde en développement, il y a, en moyenne, 450 femmes qui meurent pour 100 000 naissances vivantes (1).

Conscients du taux inacceptablement élevé de la mortalité maternelle, du caractère évitable de ces décès dans la majorité des cas et des conséquences sociales de la mort de la mère pour la famille et les enfants, les participants à la Conférence sur la maternité sans risque, organisée conjointement par la Banque mondiale, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, à Nairobi, en février 1987, ont conclu leurs discussions en lançant un appel à l'action. Dans cet appel, ils ont insisté pour que les personnels qui soignent les mères et les enfants prennent, sans plus tarder, des dispositions afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Ils ont notamment estimé nécessaire de faire en sorte que toutes les femmes enceintes puissent être examinées, le cas échéant, par des travailleurs de santé non médecins, convenablement formés et supervisés, employant des techniques pertinentes (y compris, au besoin, le partographe), afin d'identifier les grossesses à risque et d'assurer le plus rapidement possible la surveillance prénatale nécessaire et les soins voulus pendant l'accouchement (2).

Les causes les plus fréquentes de décès chez les accouchées dans les pays en développement sont les hémorragies du post-partum et la septicémie; dans certains cas toutefois, les accouchements dystociques et la rupture de l'utérus peuvent être responsables d'une proportion des décès maternels pouvant aller jusqu'à 70 %.

L'allongement de la durée du travail, dans les pays en développement, est généralement dû à une disproportion foeto-pelvienne qui peut se traduire de diverses façons : dystocie, déshydratation de la mère, épuisement, rupture de l'utérus ou formation d'une fistule vésico-vaginale, par exemple. Le travail prolongé est plus fréquent chez les primipares que chez les multipares et les complications et les effets de la disproportion céphalo-pelvienne diffèrent également. Dans les pays où cette disproportion n'est pas fréquente, les anomalies dans la progression du travail sont souvent dues à une insuffisance de motricité utérine. Quant aux conséquences moins directes de la longueur excessive du travail, elles comprennent, dans le monde entier, la septicémie, les hémorragies du post-partum et les infections néonatales.

La détection précoce de toute anomalie dans la progression du travail et la mise en oeuvre de mesures de prévention réduiraient sensiblement le risque d'hémorragie du post-partum et de septicémie et élimineraient les accouchements dystociques et les ruptures d'utérus et leurs séquelles.

Le partographe, enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus, est utilisé depuis 1970 pour repérer les anomalies dans la progression du travail, indiquer le moment où il convient d'accélérer le travail et reconnaître la disproportion foeto-pelvienne longtemps avant que le travail ne s'en ressente (3).

Le partographe sert de "système d'alarme précoce" et aide à prendre rapidement des décisions concernant le transfert de la patiente et l'accélération ou la terminaison du travail. Il augmente également la qualité et la régularité des observations faites concernant le fœtus et la mère en travail et aide au dépistage précoce des problèmes.

Ce système est utilisé dans un certain nombre de pays, et même parfois de façon extensive (4-16). On a constaté qu'il était peu coûteux, efficace et pragmatique dans toute une série de contextes différents, y compris dans les pays développés et les pays en

développement. Il s'est également montré efficace dans la prévention de la prolongation excessive du travail, la réduction des interventions et l'amélioration de l'issue de la période néonatale (4,8,17,18,19 et 20).

Le tableau 1 montre les résultats que l'on peut obtenir en utilisant un partographe. Après adoption de ce système, les cas de prolongation du travail au-delà de 24 heures, la mortalité périnatale et le nombre des césariennes ont tous considérablement diminué dans ces deux études menées en Afrique. Davantage d'études s'imposent toutefois si l'on veut avoir confirmation de la valeur de cette méthode dans d'autres pays.

Tableau 1

Cas de travail prolongé, césariennes et mortalité périnatale  
avant et après l'emploi du partographe dans la conduite du travail

	Zimbabwe (8)		Malawi (17)	
	Avant le partographe	Après le partographe	Avant le partographe	Après le partographe
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

\* En pourcentage du nombre total d'accouchements.

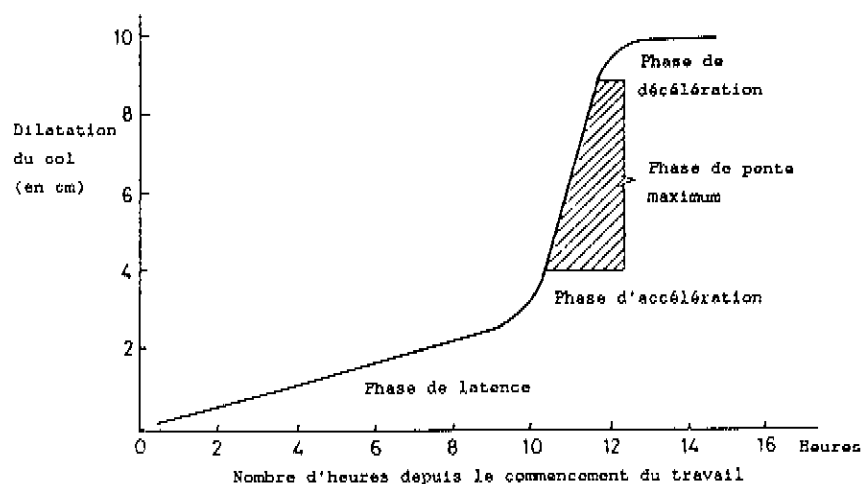
#### OBJECTIFS

Les explications données ici sur la méthode du partographe et le manuel de l'utilisateur ont pour but :

- d'encourager l'emploi du partographe dans le monde entier afin de réduire le nombre des cas d'allongement excessif du travail et de ses séquelles,
- d'inciter à poursuivre les recherches sur l'emploi du partographe et ses avantages.

#### HISTOIRE DU PARTOGRAPHE

En 1954, après une étude portant sur un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique, E. A. Friedman a établi le schéma d'une dilatation du col normale (voir figure 1) (21).



Courbe de Friedman montrant la phase de pente maximale

Figure 1

Friedman a divisé fonctionnellement le travail en deux parties. La première, dite phase de latence, dure 8 à 10 heures au cours desquelles la dilatation du col progresse jusqu'à atteindre 3 cm environ. Elle est suivie d'une phase active caractérisée par l'accélération de la dilatation qui passe de 3 à 10 cm environ après quoi s'installe une phase de décélération. Ce travail a été pris pour base dans les études ultérieures.

En 1969, Hendricks et al. ont démontré que, pendant la phase active du travail normal, le taux de dilatation du col chez les primigestes et chez les multipares varie peu et qu'il n'y a pas de phase de décélération à la fin de la première étape du travail (22).

Dans le cadre d'études extensives sur les primigestes en Afrique centrale et en Afrique du Sud, Philpott a construit un nomogramme de la dilatation du col dans la population observée et il a pu identifier les écarts par rapport à la normale et permis d'appuyer sur une base scientifique solide toute décision d'intervention précoce visant à éviter un travail prolongé (7). Depuis lors, divers auteurs ont élaboré des nomogrammes similaires dans d'autres régions géographiques. Aucun de ces nomogrammes n'a permis de constater l'existence de différences sensibles entre les divers groupes ethniques (10,23,24,25,26,27, 28 et 29).

## LE PARTOGRAPHE : MODELE DE L'OMS

### 1. Principes

Le modèle de partographe de l'OMS a été établi par un groupe de travail informel qui a examiné la plupart des travaux publiés sur les partographes et leur conception. Il correspond, par certains côtés, à un compromis synthétisé et simplifié, qui emprunte à plusieurs partographes ce qu'ils ont de meilleur (3,4,5,6,9,10,14,26,30,31 et 32). Il est fondé sur les principes suivants :

1. La phase active du travail commence lorsque la dilatation du col atteint 3 cm.
2. La phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de 8 heures.
3. Pendant la phase active, le rythme de dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1 cm/heure.
4. L'intervalle de 4 heures 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 évite les interventions injustifiées.
5. Il faudrait éviter de multiplier les touchers vaginaux et se borner au minimum voulu pour la sécurité (le nombre recommandé est de un toutes les 4 heures).
6. Les sage-femmes et les autres personnes qui assistent la patiente peuvent éprouver des difficultés à tracer elles-mêmes les lignes d'alerte et d'action et il vaut mieux utiliser un partographe dans lequel ces lignes sont déjà tracées, bien que le trop grand nombre de lignes puisse être de nature à accroître la confusion.

La durée moyenne du travail après l'admission dans un établissement de santé dans le monde en développement est de 5 à 6 heures (4,15,28 et 30). Dans la plupart des cas, il suffira par conséquent de deux examens vaginaux.

Le tableau 2 montre avec quelle efficacité une ligne d'action convenablement établie permet d'identifier les accouchements dans lesquels il est probable que l'on aura à intervenir. Dans les études du tableau 2, il y a eu entre 3 et 30 % des cas qui ont atteint et dépassé la ligne d'action, en raison sans doute de la diversité des partographes utilisés.

Tableau 2

Mode d'accouchement de part et d'autre de la ligne d'action  
du partographe

Lieu de l'étude	Mode d'accouchement	Ligne d'action non atteinte*	Ligne d'action atteinte ou franchie +
Cameroun (4)	Voie basse spontanée avec présentation céphalique	92	49
	Voie basse non spontanée	8	45
	Césarienne	0	6
Papouasie-Nouvelle-Guinée Hautes-Terres (15)	Voie basse spontanée avec présentation céphalique	91	46
	Voie basse non spontanée	7	23
	Césarienne	2	31
Papouasie-Nouvelle-Guinée Zones urbaines (5)	Voie basse spontanée avec présentation céphalique	88	19
	Voie basse non spontanée	12	55
	Césarienne	0	26
Malawi (17)	Voie basse spontanée avec présentation céphalique	73	46
	Voie basse non spontanée	19	32
	Césarienne	8	22
Zimbabwe (8)	Voie basse spontanée avec présentation céphalique	90	28
	Voie basse non spontanée	11	51
	Césarienne	0	21

\* Les chiffres sont des pourcentages du nombre total d'accouchements qui n'arrivent pas jusqu'à la ligne d'action.

+ Les chiffres sont des pourcentages du nombre total d'accouchements qui atteignent ou franchissent la ligne d'action.

## 2. Composantes

La figure 2 montre le partographe préconisé par l'Organisation mondiale de la Santé. Comme les autres, ce partographe est essentiellement une représentation graphique des diverses étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comprend trois éléments :

- la surveillance du fœtus
- la surveillance de la progression du travail
- la surveillance de la mère.

Il peut être utilisé pour tous les accouchements à l'hôpital. A la périphérie, il ne serait utilisé que pour les cas à faible risque dans lesquels on s'attend à un accouchement spontané par les voies naturelles. Les patientes à haut risque devraient être transportées immédiatement à l'hôpital. L'emploi du partographe ne remplace pas l'examen soigneux des femmes qui sont en travail à leur arrivée dans le service car il faut exclure les cas qui réclament des soins urgents ou un transfert immédiat. Il a pour but de faire apparaître les déviations qui peuvent se produire par rapport à la normale, à mesure que le travail avance.

### Enregistrement du travail

L'essentiel, dans cette partie du partographe, est le graphique de la dilatation du col en fonction du temps, dans lequel on distingue une phase de latence et une phase active.

#### La phase de latence

La phase de latence du travail est celle qui va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 3 cm. Si cette phase dure plus longtemps que 8 heures et s'il y a au moins deux contractions en l'espace de 10 minutes, la probabilité s'accroît de voir surgir des problèmes. Par conséquent, si la femme se trouve dans une unité périphérique, il faut la transporter à l'hôpital; et si elle est à l'hôpital, une évaluation critique de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à adopter.

#### La phase active

1. Lorsque la dilatation a atteint 3 cm, le travail entre dans la phase active.
2. Chez 90 % environ des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm par heure, ou plus vite encore dans la phase active.
3. La "ligne d'alerte" qui va de 3 à 10 cm représente ce rythme de dilatation.

Si la courbe passe à droite de cette ligne, cela veut donc dire que la dilatation est lente et que le travail est retardé. Si la femme se trouve dans une unité de santé périphérique, il faut la transporter à l'hôpital. Si elle est à l'hôpital, il faut la surveiller de plus près.

4. La "ligne d'action" est située à 4 heures de distance et à droite de la ligne d'alerte. Si la courbe de la dilatation franchit cette ligne, il semble souhaitable de procéder à une évaluation critique de la cause du retard et de décider des mesures à prendre pour le compenser.



Ce partographe est conçu de manière à pouvoir être utilisé en tous lieux, mais sa fonction diffère selon le niveau de soins. Dans un centre de soins périphérique, l'essentiel est d'avertir le plus tôt possible de l'allongement probable du travail et de la nécessité de transporter la patiente à l'hôpital (fonction ligne d'alerte). Dans le cadre hospitalier, tout déplacement de la courbe vers la droite de la ligne d'alerte sert à appeler l'attention sur la nécessité d'une vigilance accrue, mais c'est la ligne d'action qui marque le point critique à partir duquel il faut prendre des décisions concernant la conduite de l'accouchement.

D'autres observations d'une importance essentielle pour la surveillance de la progression du travail sont également enregistrées dans le partographe.

Il importe, en particulier, de noter d'autres éléments intéressants pour la bonne progression du travail, à savoir la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine.

L'état du fœtus est soigneusement noté sur le partographe grâce à l'observation régulière du rythme cardiaque et du liquide amniotique.

L'évaluation régulière de l'état de la mère est obtenue en notant la température, le pouls et la tension artérielle et en procédant régulièrement à des analyses d'urine. Le partographe contient également un espace réservé à l'administration d'oxytocine si le travail se prolonge.

La façon de procéder pour remplir cette feuille est décrite en détail dans la section II du présent document intitulée "Manuel de l'utilisateur" (WHO/MCH/88.4).

### EMPLOI DU PARTOGRAPHE

Pour utiliser le partographe, il faut pouvoir disposer d'un système d'orientation-recours qui fonctionne et qui soit à même d'assurer les services obstétricaux essentiels. Et, de son côté, l'emploi de cette méthode devrait permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des services de maternité.

Le partographe proposé et les indications qui l'accompagnent concernant la conduite à adopter ne peuvent être utilisés que si le personnel a reçu un minimum de formation. Ce personnel, en effet, doit :

1. Avoir reçu la formation voulue pour être capable de surveiller et de diriger un travail et un accouchement normaux.
2. Etre capable de procéder aux examens vaginaux nécessaires pendant le travail et d'évaluer avec exactitude la dilatation du col.
3. Etre capable de tracer avec précision la courbe de la dilatation en fonction du temps.

Il semble être prouvé (6,33) que des sages-femmes auxiliaires ayant reçu une formation tout à fait élémentaire soient capables de remplir ces fonctions et il devrait, par conséquent, être possible de faire adopter l'emploi du partographe à la périphérie du système officiel de soins (6,21). L'intérêt fondamental du partographe est alors d'indiquer à quel moment il convient d'orienter la parturiente vers un autre niveau de soins.

Il est toutefois indispensable, lorsque l'on décide d'adopter cette méthode, de mettre en place un programme de formation, de supervision, d'encouragement et de suivi des utilisateurs.

## STRATEGIE

Bien qu'il ait été décrit et employé depuis le début des années 70, le partographe n'est toujours pas universellement utilisé. Cela s'explique par diverses raisons, notamment :

- le fait que les décideurs et certaines des personnes les plus haut placées dans la profession ne soient pas convaincus de l'utilité du système;
- l'existence d'un grand nombre de versions différentes du partographe, accompagnées souvent d'hypothèses et de recommandations contradictoires entre lesquelles le nouvel utilisateur potentiel a du mal à faire un choix.

Pour surmonter ces deux problèmes, il est recommandé d'adopter la stratégie suivante :

- a) Un partographe simplifié, qui comprend les caractéristiques essentielles de la plupart des partographes actuellement utilisés, a été établi par l'OMS.
- b) Ce partographe sera présenté aux décideurs au sein des ministères de la santé, ainsi qu'aux principaux spécialistes de chaque pays, notamment dans les hôpitaux universitaires.
- c) Le partographe devrait, tout d'abord, être utilisé dans les hôpitaux universitaires et les centres d'orientation-recours; il sera ensuite étendu aux unités de maternité périphériques.
- d) Les écoles de médecine et les établissements de formation des sages-femmes seront encouragés à enseigner les principes et l'emploi du partographe et à inscrire la question au programme de leurs cours.
- e) La recherche sur tous les aspects de l'emploi du partographe sera encouragée. Cette recherche devrait comporter l'évaluation des programmes de formation, ainsi que l'étude de l'impact du partographe sur la gestion du travail et sur ses issues défavorables éventuelles.

Il est certain que, dans de nombreux pays en développement, le système de soins de santé officiel ne prend pas en charge la totalité des femmes enceintes. Si nos efforts ne vont pas plus loin que ce secteur officiel, il est peu probable que nous arriverons à exercer une influence appréciable sur la mortalité et la morbidité maternelles dont le niveau est actuellement alarmant. Nous devons, par conséquent, nous efforcer d'atteindre les femmes enceintes qui ne sont pas prises en charge par ce système officiel. Diverses manières d'y parvenir s'offrent à nous :

- Les accoucheuses traditionnelles devraient être utilisées, dans toute la mesure possible, comme agents de changement. Elles devraient contribuer à faire passer le message et à convaincre les femmes enceintes et les notabilités des villages de la nécessité de demander une assistance le plus tôt possible pendant la grossesse et l'accouchement.
- Dans les pays où il existe un respect mutuel entre les infirmières qualifiées et les accoucheuses traditionnelles, ces dernières ont été persuadées d'orienter les femmes en travail vers un autre niveau de soins au plus tard 12 heures après que ces femmes se soient adressées à elles. Cette expérience devrait être imitée dans d'autres pays.
- Il faudrait utiliser, autant que possible, d'autres méthodes de communication (comités sanitaires de village, radio, groupes confessionnels, journaux, etc.) pour faire passer le message aux communautés rurales et leur expliquer que tout retard dans le travail peut être source de problèmes pour la mère comme pour l'enfant et qu'il ne faut pas tarder à demander de l'aide (dans les 12 heures qui suivent le début du travail).
- On espère aussi que l'amélioration qui devrait résulter de l'emploi du partographe augmentera la crédibilité du système officiel de soins de santé et encouragera davantage de femmes à venir consulter dès le début du travail.

## REFERENCES

1. Maternal Mortality Rates - A Tabulation of Available Information 2nd edition.  
Document OMS FHE/86.3
2. Mahler, H. (1987) The Safe Motherhood Initiative: A Call to Action. The Lancet,  
21 mars 1987, 668-670
3. Philpott, R. H. (1972) Graphic records in labour. Brit. Med. J., 4: 163-165
4. Drouin, B., Nasah, B. T. & Nkounawa, F. (1979) The value of the partogramme in the  
management of labour. J. Obstet. Gynaecol., 53, 1(6): 741-745
5. Bird, G. C. (1978) Cervicographic management of labour in primigravidae and  
multigravidae with vertex presentation. Trop. Doct., 8: 78-84
6. Leigh, B. (1986) The use of the partogram by maternal and child health aides.  
J. Trop. Ped., 32: 107-110
7. Philpott, R. H. & Castle, W. M. (1972) Cervicographs in the management of labour in  
primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. J. Obstet.  
Gynaecol. Br. Cwlth, 79: 592-598
8. Philpott, R. H. & Castle, W. M. (1972) Cervicographs in the management of labour in  
primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour. J. Obstet.  
Gynaecol. Br. Cwlth, 79: 599-602
9. Burgess, H. A. (1986) Use of the Laborgraph in Malawi. J. Nurse-Midwifery, 31: 46-52
10. Studd, J. (1973) Partograms and Nomograms of cervical dilatation in management of  
primigravid labour. Brit. Med. J., 4: 451-455
11. Jobson, D. (1979) The Partogram and routine care of patients in labour in the Gambia  
(publication interne)
12. Ye Yinyun. Clinical application of the partogram. Shanghai First Maternity and Infant  
Health Institute. WHO Collaborating Centre for Research and Training on Maternal  
and Infant Care. Shanghai (décembre 1986)
13. Arulkumaran, S., Koh, C. H., Ingemarsson, I., Ratnam, S. S. (1987) Augmentation of  
labour mode of delivery related to cervimetric progress. Austr. NZ J. of  
Obstet. and Gynaecol., 27: 304-308
14. Arulkumaran, S., Ingemarsson, I. (1985) New concepts in the management of spontaneous  
labour. Singapore J. of Obstet. and Gynaecol., Vol 16, N° 3, pp. 163-172
15. Lennox, C. E. (1973) The cervicograph in labour management in the highlands of  
Papua New Guinea. Papua New Guinea Med. J., : 286-293
16. Glick, E. & Trussell, R. R. (1970) The curve of labour used as a teaching device in  
Uganda. J. Obstet. Gynaecol. Br. Cwlth, 77: 1003
17. Kwast, B. E. & Rogerson, G. (1973) An analysis of the duration of labour, the mode of  
delivery and outcome in Queen Elizabeth Hospital, before and after the use of  
the partograph (publication interne), Malawi

18. Beazley, J. M. & Kurjak, A. (1972) Influence of a partograph on the active management of labour. The Lancet, 1: 348-351
19. Friedman, E. A., Niswander, K. R., Sachtleben, M. R. & Naftaly, N. (1969) Dysfunctional labor. X. Immediate results to Infant. J. Obstet. Gynaecol., 33: 776-784
20. Gupta, S., Gupta, P. P., Agarwal, S. & Gupta, K. (1987) Active management of labour with minor degree of cephalopelvic disproportion (A partographic study). J. Obstet. Gynaecol. of India, 37(5): 639-641
21. Friedman, E. A. (1955) Primigravid labour. A graphicostatistical analysis. J. Obstet. Gynaecol., 6(6): 567-589
22. Hendricks, C. H., Brenner, W. E. & Kraus, G. (1970) Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour. Amer. J. Obstet. Gynaecol., 106: 1065-1082
23. O'Driscoll, K., Stronge, J. M. & Minogue, M. (1973) Active management of labour. Brit. Med. J., 3: 135-138
24. Duignan, N. M., Studd, J. W. W. & Hughest, A. O. (1975) Characteristics of labour in different racial groups. Brit. J. Obstet. Gynaecol., 82: 593-601
25. Melmed, H. & Evans, M. I. Predictive value of cervical dilatation rates. I. Primipara Labor. J. Obstet. Gynaecol., 47(5): 511-515
26. Steward, P. (1977) Introduction of partographic records in a district hospital in Zambia and development of nomograms of cervical dilatation. Med. J. of Zambia, 11(4): 97-99
27. Schwarz, R., Diaz, A. G. & Nieto, F. (1987) Partograma con curvas de alerta; guia para la vigilancia del parto. Salud Perinatal. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, Vol. 2, N° 8, 93-96
28. Ilancheran, A., Lim, S. M. & Ratnam, S. S. (1977) Nomograms in cervical dilatation in labour. Singapore J. Obstet. Gynaecol., 8: 69-73
29. Jayasinghe, R. G. & Ali, S. D. (1977) The partographs of the Jamaican parturient. W. I. Med. J., XXVI: 85-89
30. Ayangade, O. (1983) Management from early labour using the partogram - a prospective study. E. Afr. Med. J., 60(4): 253-259
31. Webber, R. H. (1987) Simplified cervicograph for rural maternity practice. Trop. Doct., 17: 81-84
32. Botswana Ministry of Health. Botswana Obstetric Record MH 022/Rev.84
33. Lorenz, N. Monitoring labour in Burkina Faso. With special consideration on the introduction of a new labourchart. Dissertation presented for the Degree of Master of Science in Community Health in Developing Countries. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Université de Londres, septembre 1987

GRUPE DE TRAVAIL INFORMEL SUR  
LE MANUEL POUR L'EMPLOI DU PARTOGRAPHE  
6-8 AVRIL 1988  
GENEVE

LISTE DES PARTICIPANTS

Dr W. B. Rogers Beasley  
Health Sciences  
The Rockefeller Foundation  
1133 Avenue of the Americas  
New York, N.Y. 10036  
Etats-Unis d'Amérique

SECRETARIAT DE L'OMS

Dr B. E. Kwast, FHE/MCH  
Dr J. Kierski, FHE/MCH  
Dr J. M. Kasonde, HRP

Mme G. Betts  
c/o National Midwifery School  
P. C. M. Hospital  
Fourth Bay Road  
Freetown  
Sierra Leone

Dr John Chipangwi  
Consultant Obstetrician/Gynaecologist  
P.O. Box 269  
Blantyre  
Malawi

Dr Olive Frost (Rapporteur)  
Noddfa  
Strand Walk  
Treffynnon (Holywell)  
GLWYD CH8 7AN  
Wales  
Royaume-Uni

Mme Marie Goubran (Rapporteur)  
International Confederation of Midwives  
10 Barley Mow Passage  
Londres W4 4PH  
Royaume-Uni

Professeur S. Ratnam (Président)  
Department of Obstetrics and Gynaecology  
National University of Singapore  
Lower Kent Ridge Road  
Singapour 0511  
République de Singapour