



Le Partographe

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

SECTION IV
Indications concernant la recherche
opérationnelle sur l'utilisation
du partographe



Organisation mondiale de la Santé, Unité de la santé maternelle et infantile
Division de la santé de la famille
Geneva 1989



LE PARTOGRAPHE

SECTION IV

INITIATIVE POUR UNE MATERNITE SANS RISQUES

INDICATIONS CONCERNANT LA RECHERCHE OPERATIONNELLE
SUR L'UTILISATION DU PARTOGRAPHE POUR LA SURVEILLANCE ET LA CONDUITE DU TRAVAIL

Table des matières

	<u>Pages</u>
A. Introduction	1
B. Historique de la recherche opérationnelle	1
C. Centres qui se prêtent à un travail de recherche opérationnelle	2
D. Objectifs du protocole	2
E. Hypothèses à l'appui du protocole de recherche opérationnelle	3
F. Méthodes de la recherche opérationnelle	3
G. Détail des méthodes	3
1. Collecte de données avant l'adoption du partographe	3
2. Exécution d'un programme de formation conduisant à l'adoption du partographe	5
3. Evaluation de la formation	6
4. Collecte de données après l'adoption du partographe	6
5. Analyse des données	8
 Annexes	
1. Formulaires types de collecte des données	11
2. Tableaux types	15

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.

INITIATIVE POUR UNE MATERNITE SANS RISQUES

INDICATIONS CONCERNANT LA RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR L'UTILISATION DU PARTOGRAPHE POUR LA SURVEILLANCE ET LA CONDUITE DU TRAVAIL

A. Introduction

Les accouchements dystociques et les ruptures de l'utérus constituent l'une des cinq principales causes tragiques de la mortalité et de la morbidité maternelles dans les pays en développement.

La proportion des décès d'accouchées dus à des ruptures de l'utérus ou à des dystocies dans la mortalité maternelle totale varie entre 4 et 70 %, ce qui correspond à un taux pouvant atteindre 410 pour 100 000 naissances vivantes. Ces dystocies et ruptures d'utérus ont été abondamment décrites depuis le début des années 1950. La documentation donne à penser qu'elles restent, dans de nombreux pays, presque aussi mortelles dans les années 1980 qu'elles l'étaient il y a 30 ans. De plus, le travail prolongé va de pair avec une forte morbidité maternelle car l'hémorragie du post-partum et l'infection sont l'une et l'autre plus fréquentes que dans le cas des accouchements rapides.

Le plus difficile, pour prévenir les anomalies de la durée du travail et les accouchements dystociques, consiste à déceler précisément et au plus tôt l'existence de disproportions céphalo-pelviennes possibles, soit avant, soit pendant le travail. Dans le monde en développement en particulier, elles sont à envisager dans tous les cas car ce sont les causes les plus fréquentes d'intervention pendant le travail. Dans de nombreuses populations, il arrive le plus souvent chez les primipares que la tête du fœtus ne s'est pas engagée lorsque le travail commence alors que le pelvis est suffisamment large. C'est pourquoi il faut toujours suivre le travail de près afin de se rendre compte le plus vite possible de tout retard dans sa progression.

Le partographe, qui sert de "système d'alarme précoce" pour déceler au plus tôt les disproportions céphalo-pelviennes, peut faciliter :

- les décisions d'orientation-recours dans les centres de maternité ruraux;
- les décisions d'intervention hospitalière;
- l'évaluation au fur et à mesure de l'effet des interventions.

Le partographe est utilisé dans un certain nombre de pays depuis plusieurs années, et même parfois de façon extensive. Les utilisateurs l'apprécient car il offre, à leur avis, un moyen visuel peu coûteux, efficace et souple d'évaluer la progression (ou l'absence de progression) du travail et de déceler au plus tôt les cas d'allongement excessif du travail ou les dystocies.

C'est donc un instrument recommandé pour faciliter la surveillance et la conduite du travail dans les services de maternité d'un pays.

B. Historique de la recherche opérationnelle

Bien que l'on ait accumulé depuis 15 à 20 ans une énorme masse de données d'expérience et d'informations sur l'utilisation du partographe, un grand nombre de pays ne l'ont toujours pas adopté, et il reste encore beaucoup à apprendre. Il existe en particulier peu de témoignages publiés de son application pratique dans les centres périphériques où l'on considère qu'il pourrait se révéler particulièrement utile. Le présent protocole de recherche opérationnelle donne des indications sur la façon de faire adopter le partographe et d'en évaluer les effets sur la surveillance, la conduite et l'issue du travail. Il conviendra de le lire conjointement avec le manuel de l'utilisateur du partographe, publié par l'OMS (WHO/MCH/88.3, WHO/MCH/88.4, WHO/MCH/89.1).

Le partographe décrit dans le manuel a été conçu par un groupe de travail de l'OMS qui a tiré parti de l'expérience acquise. Il correspond au compromis le plus simple possible établi à partir des travaux de recherche réalisés dans différentes parties du monde sur les partographes utilisés à ce jour. Bien que ce modèle soit recommandé (et puisse être fourni par l'OMS), tous les centres qui se lancent dans la recherche opérationnelle sur le partographe peuvent en toute liberté adapter le modèle de l'OMS ou utiliser un modèle préexistant et procéder à son évaluation dans les circonstances où il se trouve placé.

Il convient toutefois de rappeler que la recherche opérationnelle s'intéresse non pas à la construction de nomogrammes pour une population donnée, mais à l'application pratique des connaissances acquises à ce jour dans le monde entier au sujet du partographe.

C. Centres qui se prêtent à un travail de recherche opérationnelle

Pour se servir d'un partographe, il suffit d'avoir reçu une formation en obstétrique et d'être capable d'effectuer des examens vaginaux exacts pour évaluer la dilatation du col pendant le travail, puis de tracer avec précision la courbe de la dilatation sur le partographe. Celui-ci peut donc être utilisé par des obstétriciens spécialisés, des généralistes, des infirmières, des sages-femmes ou encore par des médecins auxiliaires ou aides-infirmières qui ont reçu une formation en obstétrique. Il peut l'être dans des services de santé périphériques ou centraux mais pas par les accoucheuses qui ne savent pas effectuer des examens vaginaux ni reproduire graphiquement la progression du travail.

Il est recommandé que les centres désireux d'entreprendre une recherche opérationnelle effectuent un minimum de 500 accouchements par an. Il en faudra probablement au moins 1000 pour accumuler des résultats significatifs, et la recherche ne devrait pas se prolonger sur plus de deux ans. Toutefois, des centres plus petits qui pratiquent moins d'accouchements sont encouragés à participer à la recherche et peuvent mettre en commun les résultats qu'ils obtiennent. Par exemple, cinq centres qui effectuent chacun 200 accouchements par an renvoient peut-être les cas difficiles à un hôpital de district qui en effectue 1000 chaque année. Dans ces conditions, il vaut probablement mieux faire adopter le partographe d'abord à l'hôpital, et par la suite seulement dans les centres de santé. Cette démarche est exposée en détail sous la rubrique "Méthodes".

La recherche opérationnelle dans le cas décrit plus haut est particulièrement encouragée car on manque surtout d'informations sur l'intérêt que présente le partographe pour décider du transfert des femmes en couches. Cela dit, tout centre désireux d'utiliser le partographe est encouragé à le faire, en l'adaptant selon qu'il le jugera bon aux besoins locaux.

Le manuel de l'OMS sur l'utilisation du partographe ne contient pas d'indications précises sur la surveillance et la conduite du travail une fois la ligne d'action atteinte ou franchie, encore qu'il suggère plusieurs grandes options. Normalement, lorsque cela se produit, toutes les parturientes devraient déjà être admises dans un hôpital disposant du personnel et des équipements nécessaires pour stimuler le travail ou procéder à une césarienne. Le détail des mesures à prendre variera d'un endroit à un autre, et l'on peut naturellement procéder à des recherches concernant diverses formules possibles de surveillance et de conduite du travail, concurremment à celles décrites dans le présent protocole.

D. Objectifs du protocole

1. Apprécier si un programme d'éducation à l'intention des agents de santé débouchera ou non sur une utilisation correcte du partographe.
2. Déterminer l'effet que produit l'adoption du partographe dans des centres de santé ruraux sur la proportion de transfert des parturientes en cas de travail prolongé ou de dystocie.
3. Déterminer l'effet que produit l'adoption du partographe sur l'incidence des cas de travail prolongé, de stimulation du travail ou d'accouchement par voie basse non spontanée.

4. Déterminer si des interventions appropriées basées sur les indications données par le partographe diminueront les complications maternelles et périnatales.

E. Hypothèses à l'appui du protocole de recherche opérationnelle

1. Les infirmières/sages-femmes peuvent apprendre à utiliser le partographe et à s'en servir correctement dans la pratique.
2. L'emploi du partographe aboutira à un nombre approprié de transferts du centre de santé vers l'hôpital.
3. L'emploi du partographe à l'hôpital permettra d'identifier correctement les parturientes chez qui le travail ne progresse pas normalement et qui nécessitent une intervention.
4. Le transfert, selon les besoins, des parturientes et la reconnaissance correcte des anomalies dans la progression du travail diminueront les complications maternelles et périnatales.

F. Méthodes de la recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle comprend six phases :

1. Collecte des données avant l'adoption du partographe
2. Exécution d'un programme de formation conduisant à l'adoption du partographe
3. Evaluation du programme de formation
4. Collecte des données après l'adoption du partographe
5. Analyse des données réunies avant et après l'adoption du partographe
6. Diffusion des résultats et étude de leurs conséquences.

G. Détail des méthodes

1. Collecte de données avant l'adoption du partographe

a) Méthode de collecte

La collecte peut être rétrospective ou prospective, dès lors qu'il est décidé d'effectuer une recherche opérationnelle dans un centre, mais avant l'adoption du partographe. Les données disponibles rétrospectivement sont parfois limitées et varieront d'un centre à l'autre.

L'utilisation de données rétrospectives prête à deux critiques : d'une part, ces données risquent d'être inexactes et, d'autre part, on ne peut les comparer avec des données prospectives car, abstraction faite de l'adoption du partographe, il se peut que la situation ait évolué sur d'autres points pendant le temps considéré, ce qui aura peut-être contribué à modifier les constatations finales. Toutefois, on entend faire en sorte que les données minimales réunies rétrospectivement soient telles que les erreurs grossières soient peu susceptibles de se produire. En cas de doute sur l'exactitude des données rétrospectives ou s'il n'y en a aucune, il faut utiliser des données prospectives réunies avant l'adoption du partographe. Dans ce cas, la période étudiée ne doit pas s'étendre au-delà d'un an afin que toute l'étude se termine en deux ans et que l'on obtienne des chiffres comparables pour chaque groupe de données.

Dans la plupart des centres de santé ruraux ou des hôpitaux des pays en développement, il est peu probable que d'autres changements essentiels se produisent dans la surveillance et la conduite du travail pendant ces deux années.

b) Données sur les cas à inclure ou à exclure

Les cas à inclure pour la collecte des données sont les suivants :

1. Travail spontané
2. Grossesse unipare
3. Gestation pendant au moins 37 semaines complètes
4. Présentation céphalique
5. Pas de complications additionnelles

Il convient d'exclure les cas où se produisent les complications suivantes :

1. Hémorragie ante-partum
2. Présentation par le siège
3. Grossesse multiple
4. Naissance prématurée (avant 37 semaines)
5. Toxémie gravidique (ou pré-éclampsie) et éclampsie
6. Césarienne facultative
7. Travail provoqué

c) Données à réunir

Les données minimales acceptables à réunir rétrospectivement sont les suivantes :

1. Nombre total d'accouchements en établissement et nombre d'accouchements répondant aux critères d'inclusion.
2. Nombre total de transferts à un niveau de soins supérieur et nombre de transferts répondant aux critères d'inclusion.

Pour chaque cas à considérer (voir les critères ci-dessus), il faut réunir les informations ci-après :

1. Parité
2. Mode d'accouchement
3. Dystocie (définition proposée : aucune dilatation du col pendant plus de 4 heures malgré une bonne activité utérine)
4. Rupture de l'utérus
5. Issue néonatale, en chiffres bruts (mortalité périnatale)
6. Hémorragie du post-partum (à définir par l'enquêteur)
7. Transfert ou absence de transfert

Données supplémentaires à réunir rétrospectivement si possible pour les cas répondant aux critères d'inclusion

8. Issue néonatale détaillée (mortalité périnatale, scores d'Apgar à une et à cinq minutes, nécessité de soins intensifs)
9. Incidence des infections génitales à traiter aux antibiotiques dans les sept jours après l'accouchement
10. Durée de la première et de la seconde étape du travail (en établissement)
11. Dilatation du col au moment de l'admission

12. Nombre d'examens vaginaux pendant le travail
13. Stimulation du travail.

Dans certains cas, il peut être possible de construire des partogrammes rétrospectifs hypothétiques pour analyse ultérieure.

2. Exécution d'un programme de formation conduisant à l'adoption du partographe

a) Historique

On suppose que les futurs utilisateurs du partographe ont déjà reçu une formation en obstétrique ainsi qu'à la surveillance et à la conduite du travail. Il s'agira d'obstétriciens spécialisés, de généralistes responsables des salles de travail, de médecins auxiliaires formés à l'obstétrique, d'infirmières, de sages-femmes et d'auxiliaires de SMI qui ont reçu une formation appropriée. Pour utiliser le partographe, il faut avant tout être capable d'apprécier avec exactitude la dilatation du col par toucher vaginal et savoir suffisamment lire et écrire pour tracer à l'endroit voulu sur le partographe la courbe d'enregistrement de la dilatation.

L'OMS a publié un document sur le principe du partographe et un manuel détaillé de l'utilisateur (WHO/MCH/88.3, WHO/MCH/88.4). Il existe également un Facilitator's Guide (guide à l'intention des animateurs (WHO/MCH/89.2)). Des centres souhaiteront peut-être utiliser ou adapter leur propre partographe, mais le modèle recommandé est celui mis au point par l'OMS et décrit dans son manuel.

Lorsqu'un centre ne dispose pas des équipements ou du personnel nécessaires pour les césariennes, le manuel indique clairement le moment où il doit faire transporter les parturientes chez qui le travail ne progresse pas normalement (déplacement de la courbe de la dilatation du col à droite de la ligne d'alerte) dans un centre équipé à cet effet. Dans ces centres, on peut envisager diverses interventions possibles en cas de retard dans le travail (c'est-à-dire lorsque la courbe de la dilatation du col atteint ou franchit la ligne d'action). Toutefois le manuel n'entend pas imposer de démarches déterminées car chaque centre doit formuler sa propre politique en la matière.

De même, ce protocole de recherche n'a pas pour objet de donner des indications concernant l'étude des différentes méthodes de surveillance et de conduite du travail en cas de progression anormale, une fois franchie la ligne d'action. Chaque centre souhaitera peut-être déterminer par lui-même la démarche qu'il adoptera dans ce cas.

b) Formation

Le partographe ne devrait être adopté qu'après une formation intensive à son utilisation, à laquelle participeront de préférence des moniteurs qui l'auront utilisé ailleurs. La formation devra comprendre un enseignement théorique suivi d'exemples pratiques (comme dans le manuel de l'OMS). Il faudra alors probablement mettre le partographe à l'essai en salle d'accouchement, sous surveillance étroite, afin de pouvoir résoudre les premières difficultés avant de s'en servir systématiquement d'une part, pour la recherche opérationnelle d'autre part. Il est fortement recommandé d'employer des modèles dessinés ou théoriques de dilatation du col en salle de travail afin de pouvoir apprécier plus exactement cette dilatation dans la réalité.

Le mieux serait que le partographe soit d'abord adopté dans un centre relativement important qui effectue au moins 1000 accouchements par an et dispose des équipements et du personnel nécessaires pour les césariennes. Les sages-femmes (ou autres personnels compétents) des services périphériques pourraient alors apprendre à s'en servir dans ce centre avant de l'utiliser dans leur propre service. Il faut naturellement leur indiquer clairement que leur rôle, à la périphérie, consiste à faire usage du partographe pour identifier les femmes dont la durée du travail risque de présenter des anomalies (déplacement vers la droite de la ligne d'alerte), et non à assurer la surveillance et la

conduite d'un travail anormalement long (la ligne d'action atteinte ou franchie), ce qui est le travail du centre qui se trouve à l'échelon supérieur.

c) Contrôle

Après avoir été ainsi formés, les utilisateurs du partographe devront travailler pendant un certain temps sous la surveillance du responsable de la recherche opérationnelle pour la région, qui devra, à cet effet, se rendre régulièrement dans les centres qui emploient le partographe pour analyser les problèmes, vérifier la collecte des données, etc.

3. Evaluation de la formation

Il s'agit là, peut-être, du volet le plus délicat de la recherche opérationnelle car une bonne partie des évaluations risquent d'être subjectives. En fin de compte, il se peut que ce soit purement et simplement l'issue des accouchements (voir plus loin) qui permette le mieux d'apprécier la formation.

La formation peut ou doit faire l'objet d'une évaluation sur les points suivants :

- a) Exactitude de l'appréciation de la dilatation du col
- b) Exactitude de l'enregistrement des informations sur le partographe
- c) Adoption ou non des dispositions nécessaires selon les indications données par le partographe
- d) Attitude des agents de santé vis-à-vis du partographe.

Les interventions sur les points b) et c) peuvent faire l'objet d'une évaluation objective, et il faudra examiner en détail un échantillon des partographes de chaque centre pour déceler les inexactitudes et les erreurs de jugement. On peut apprécier l'attitude des agents de santé vis-à-vis du partographe en leur demandant non seulement d'établir des partographes comme dans le manuel de l'OMS, mais aussi de répondre à des questions orales ou écrites.

Le critère le plus difficile à apprécier est l'exactitude des examens vaginaux. Tous les personnels de santé qui utilisent le partographe devraient déjà savoir effectuer ces examens pendant le travail. Lorsqu'ils apprennent à utiliser le partographe, le mieux serait qu'ils procèdent aux examens vaginaux sous le contrôle d'un supérieur hiérarchique compétent jusqu'à ce qu'ils soient jugés capables d'évaluer avec précision la dilatation du col.

4. Collecte de données après l'adoption du partographe

Il s'agit de réunir des données prospectives. L'idéal serait d'utiliser un formulaire pour chaque parturiente répondant aux conditions posées pour l'étude. Cela éviterait de rechercher par la suite (souvent au risque d'erreur) les données figurant dans des dossiers, dans des registres d'accouchements, etc. Un formulaire type est joint, à reproduire sur place. Il faudrait également réunir un échantillon significatif de partographes effectivement utilisés pour en faire un examen critique.

Les cas à inclure sont décrits à la section G1 b) ci-dessus concernant la collecte de données rétrospectives.

Les données réunies devraient notamment indiquer :

1. Le nombre total d'accouchements en établissement pendant la période considérée et le nombre des accouchements répondant aux critères d'inclusion.

2. Le nombre total de cas où des problèmes apparus pendant le travail ont entraîné l'admission ou le transfert de la parturiente dans un établissement, et nombre de ces transferts répondant aux critères d'inclusion.

Pour chaque cas répondant aux critères d'inclusion, il faudrait reporter les indications ci-après :

1. Lieu de l'accouchement (service périphérique ou central)
2. Parité
3. Taille de la mère
4. Dilatation du col au moment de l'admission
5. Hauteur de la tête (exprimée en centièmes et mesurée par palpation abdominale au moment de l'admission)
6. Temps écoulé depuis la rupture des membranes, au moment de l'admission
7. Nombre d'exams vaginaux
8. Durée de la phase de latence
9. Déplacement ou non à droite de la ligne d'alerte
10. Dilatation au moment du déplacement à droite de la ligne d'alerte
11. Hauteur de la tête (en centièmes) au moment du déplacement à droite de la ligne d'alerte
12. La ligne d'action a-t-elle été atteinte ou franchie
13. Dilatation au moment où la ligne d'action a été atteinte ou franchie
14. Hauteur de la tête (en centièmes) au moment du déplacement à droite de la ligne d'action
15. Stimulation du travail et progression mesurée dans le temps par rapport à la phase de latence, à la ligne d'alerte, à la ligne d'action
16. Durée de la première et de la deuxième étape du travail (en établissement)
17. Disposition prise (éventuellement) quand la courbe de la dilatation se déplace à droite de la ligne d'alerte ou encore atteint ou franchit la ligne d'action
18. Mode d'accouchement
19. Dystocie
20. Rupture de l'utérus
21. Position sur le partographe au moment de l'accouchement
 - phase de latence
 - à gauche de la ligne d'alerte ou sur cette ligne
 - entre la ligne d'alerte et la ligne d'action
 - sur la ligne d'action ou à sa droite

22. Issue néonatale
 - décès périnatal
 - scores d'Appgar à 1 et à 5 minutes
 - soins intensifs
23. Hémorragie du post-partum
24. Infections génitales à traiter aux antibiotiques dans les sept jours après l'accouchement
25. En cas de transfert
 - durée du travail avant et après le transfert
 - laps de temps entre la décision de transfert et le transfert
 - durée du transfert
 - dilatation du col au moment du transfert
 - nombre d'examens vaginaux avant et après le transfert.

5. Analyse des données

Cette analyse peut se faire sur place ou dans un service central (avec le concours éventuel de l'OMS). Les données réunies avant et après l'adoption du partographe devront être présentées de façon que l'on puisse comparer clairement les issues du travail avant et après l'adoption du partographe. Il est possible de procéder à des comparaisons particulièrement significatives des critères ci-après :

1. Issue néonatale
2. Morbidité maternelle (dystocie, rupture de l'utérus, hémorragie du post-partum, septicémie)
3. Durée du travail
4. Proportion des accouchements par voie basse non spontanée
5. Proportion des femmes en couches transportées d'un service périphérique dans un établissement central, durée du travail et nombre d'examens vaginaux.

De plus, il faut vérifier si les partographes et le programme de formation répondent à leurs objectifs.

Un échantillon approprié de partographes doit faire l'objet d'un examen critique pour contrôler l'exactitude des indications données. Il conviendra de s'assurer en particulier si des mesures appropriées ont bien été prises lorsque la courbe de la dilatation s'est déplacée à droite de la ligne d'alerte ou de la ligne d'action. En cas de transfert d'un service périphérique vers un établissement central, il faudra systématiquement examiner le partographe pour voir si le transfert se justifiait. On trouvera en annexe des tableaux types montrant les façons de présenter ces résultats.

D'autres informations utiles peuvent également se prêter à une analyse selon l'exhaustivité et la qualité des données réunies. On pourra par exemple établir, par palpation abdominale, une corrélation entre les retards dans la progression du travail et la lenteur de la descente de la tête du fœtus, ce qui permet d'obtenir les premiers éléments pour l'établissement d'un partographe rudimentaire à l'usage des accoucheuses traditionnelles incapables de procéder à des examens vaginaux.

Constatations finales

Au terme de la recherche opérationnelle, il devrait être possible d'affirmer si oui ou non :

1. Les sages-femmes et autres personnels de santé peuvent apprendre à utiliser le partographe et à s'en servir correctement.

2. L'utilisation du partographe permet de réduire la longueur excessive du travail.
3. L'utilisation du partographe influe sur la proportion des accouchements par voie basse.
4. L'utilisation du partographe permet de réduire la morbidité maternelle ainsi que la morbidité et la mortalité périnatales.
5. Les transferts des femmes en couches sur la base des anomalies mises en évidence par le partographe se justifient.

Données souhaitables :

- 8. Dilatation cervicale au moment de l'admission cm
- 9. Nombre d'examens vaginaux pendant le travail
- 10. Durée de la première étape du travail (en établissement) heures
- 11. Durée de la deuxième étape du travail heures
- 12. Durée totale du travail en établissement heures
- 13. Stimulation du travail par administration de syntocinon
Oui
Non

- 14. Infection post-partum des voies génitales
Oui
Non

- 15. Issue néonatale - Score d'Apgar
1 min
5 min

- Admission en soins intensifs
Oui
Non

10. Dystocie Oui
 Non
11. Rupture de l'utérus Oui
 Non
12. Mode d'accouchement 1. Césarienne
 2. Voie basse non spontanée
 3. Voie basse spontanée avec
 présentation céphalique
13. Position du dernier point de la courbe de la dilatation du col sur le partographe au moment de l'accouchement
1. Dans la phase de latence
2. Avant ou sur la ligne d'alerte
3. A droite de la ligne d'alerte
4. Sur la ligne d'action ou à sa droite
14. Issue néonatale
- Mortalité périnatale - Oui
 - Non
1. score d'Apgar à 1 minute
2. score d'Apgar à 5 minutes
- Admission en soins intensifs - Oui
 - Non
15. Hémorragie du post-partum - Oui
 - Non
16. Infection des voies génitales - Oui
 - Non
17. Transfert pendant le travail - Oui
 - Non

Si oui : - Raison du transfert

 - Durée du travail avant le transfert h
 - Durée du travail après le transfert h
 - Laps de temps entre la décision de transfert et le transfert h
 - Durée du transfert h
 - Dilatation du col au moment du transfert cm
 - Hauteur de la tête (en centièmes) au moment du transfert
 - Nombre d'exams vaginaux avant le transfert
 - Nombre d'exams vaginaux après le transfert

TABLEAUX TYPES DES RESULTATS AUX FINS DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE
SUR L'UTILISATION DU PARTOGRAPHE

(Ces tableaux ne sont en aucun cas exhaustifs et ne donnent d'indications que sur la présentation de certains critères clés.)

I. Evaluation de la formation

Titre de l'accoucheuse	Sage-femme	Infirmière	Aide SMI
Nombre d'accouchements effectués			
Nombre de partographes réalisés (en %)			
Nombre d'erreurs dans l'établissement du partographe (en %)			
Nombre d'erreurs de jugement sur la base du partographe (%)			

II. Evaluation du partographe comme moyen de surveillance et de direction du travail

(Analyser séparément le cas des nullipares et multipares et celui des parturientes transférées.)

Surveillance et direction du travail	Déroulement du travail			
	Aucune progression après la phase de latence	Phase active normale	Déplacement entre la ligne d'alerte et la ligne d'action	Ligne d'action atteinte ou franchie
Nombre total de cas				
Accouchement - césarienne				
- voie basse non spontanée				
- voie basse spontanée avec présentation céphalique				
Stimulation du travail				
Nombre d'examens vaginaux				
1-2				
3-4				
>4				

III. Evaluation de l'impact du partographe sur les complications du travail et ses séquelles

(Faire une distinction entre les primipares et les multipares)

	Avant l'adoption du partographe	Après l'adoption du partographe
Nombre total des cas (n)		
Durée du travail <12 heures 12-24 heures >24 heures		
Transfert pendant le travail		
Accouchement - voie basse spontanée avec présentation céphalique - voie basse non spontanée - césarienne		
Dystocie		
Rupture de l'utérus		
Hémorragie du post-partum		
Infections génitales		
Mortalité périnatale		
Asphyxie néonatale		

- - -