

M A T E R N I T É S A N S R I S Q U E

La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique

Le partogramme Partie IV : Principes de recherche opérationnelle



**PROGRAMME SANTÉ MATERNELLE
ET MATERNITÉ SANS RISQUE
DIVISION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE**

G u i d e P r a t i q u e

WHO/FHE/MSM/93.11
DISTR. : GÉNÉRALE
ORIG. : ANGLAIS

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. Il a été actualisé en 1994 pour tenir compte des résultats obtenus lors d'un essai multicentre, dont il est rendu compte dans le document *The application of the WHO partograph in the management of labour : Report of a WHO multicentre study 1990-1991 (WHO/FHE/MSM/94.4)*. Mme Helen Kerr a élaboré le document de base pour le groupe de travail.

L'OMS remercie les Gouvernements australien, italien, norvégien, suédois et suisse, la Carnegie Corporation, la Fondation Rockefeller, le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale pour leurs contributions financières aux recherches menées dans le cadre du Programme Santé maternelle et Maternité sans Risque. Un soutien financier a également été apporté à la production du présent document par le Fonds des Nations Unies pour la Population.

Le Dr Christopher E. Lennox et le Dr Barbara E. Kwast ont aidé à établir et à revoir le texte des manuels.

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	1
2.	HISTORIQUE DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE	1
3.	CENTRES QUI SE PRETENT A UN TRAVAIL DE RECHERCHES	2
4.	OBJECTIFS DU PROTOCOLE	3
5.	HYPOTHESES SOUS-TENDANT LE PROTOCOLE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE	3
6.	METHODES DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE	3
7.	METHODOLOGIE DETAILLEE	4
7.1	Collecte de données avant l'adoption du partogramme	4
7.1.1	Méthode de collecte	4
7.1.2	Données sur les cas à inclure ou à exclure	4
7.1.3	Données à recueillir	5
7.2	Exécution d'un programme de formation conduisant à l'adoption du partogramme	6
7.2.1	Historique	6
7.2.2	Formation	6
7.2.3	Contrôle	7
7.3	Evaluation de la formation	7
7.4	Collecte de données après l'adoption du partogramme	8
7.5	Analyse des données	10
8.	CONSTATIONS FINALES	10
	ANNEXE 1 : FORMULAIRES TYPES DE COLLECTE DES DONNEES	12
1.	Collecte de données avant l'adoption du partogramme	12
1.1	Données essentielles	12
1.2	Données souhaitables	13
2.	Collecte de données après l'adoption du partogramme	13
	ANNEXE 2 : TABLEAUX TYPES DES RESULTATS AUX FINS DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR L'UTILISATION DU PARTOGRAMME	17
1.	Evaluation de la formation	17
2.	Evaluation du partogramme comme moyen de surveillance et de direction du travail	18
3.	Evaluation de l'impact du partogramme sur les complications du travail et ses séquelles	19

1. INTRODUCTION

Les accouchements dystociques et les ruptures de l'utérus comptent parmi les cinq principales causes de la mortalité et de la morbidité maternelles dans les pays en développement.

La proportion des décès d'accouchées due 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 410/100 000 naissances vivantes. Ces dystocies et ruptures de l'utérus ont été abondamment décrites depuis le début des années 50. La documentation donne à penser qu'elles restent, dans de nombreux pays, presque aussi mortelles dans les années 90 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 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 rapidement l'existence d'éventuelles disproportions céphalo-pelviennes 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 se soit 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 référer le plus vite possible tout retard dans sa progression.

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

- les décisions d'orientation-recours au niveau des centres de santé
- les décisions d'interventions hospitalières
- l'évaluation ininterrompue des effets des interventions.

Le partogramme s'emploie, depuis plusieurs années dans un certain nombre de pays, parfois à grande échelle. Les utilisateurs l'apprécient car il offre, selon eux, un moyen visuel peu coûteux, efficace et souple permettant d'évaluer la progression (ou l'absence de progression) du travail et de déceler précocement 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.

2. HISTORIQUE DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

Bien que l'on ait accumulé depuis 15 à 20 ans une énorme masse de données d'expérience et d'information sur l'utilisation du partogramme, 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 pourtant qu'il pourrait être particulièrement utile. Le présent protocole de recherche

opérationnelle donne des indications sur la façon de faire adopter le partogramme et d'en évaluer les effets sur la surveillance, la conduite et l'issue du travail. Il conviendrait de le lire conjointement avec les sections I-III de cette série réalisée par l'OMS (WHO/FHE/MSM/93.8, WHO/FHE/MSM/93.9, WHO/FHE/MSM/93.10).

Le partogramme décrit dans cette série 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 dans différentes parties du monde sur les partogrammes utilisés à ce jour. Bien que ce modèle soit recommandé (et puisse être fourni par l'OMS), les hôpitaux ou centres de santé qui se lancent dans la recherche opérationnelle sur le partogramme ont toute latitude pour adopter le modèle de l'OMS ou utiliser un modèle préexistant et procéder à son évaluation dans les circonstances où il se trouve utilisé.

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 partogramme.

3. CENTRES QUI SE PRETENT A UN TRAVAIL DE RECHERCHES

Pour se servir d'un partogramme, il suffit d'avoir reçu une formation en obstétrique et d'être capable d'exécuter 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 partogramme. Celui-ci s'adresse donc aux obstétriciens spécialisés, aux médecins généralistes, aux infirmières, aux sages-femmes, ou encore aux médecins auxiliaires ou aux aides-infirmières qui ont reçu une formation en obstétrique. Il peut être utilisé dans des services de santé périphériques ou centraux, mais **pas** par les accoucheuses qui ne savent pas exécuter des examens vaginaux ni reproduire graphiquement la progression du travail.

Les centres désireux d'entreprendre des recherches opérationnelles devraient de préférence effectuer 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 au delà 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 partogramme d'abord à l'hôpital, et par la suite seulement dans les centres de santé. Cette démarche est exposée en détail sous la rubrique "Méthodologie".

Les recherches opérationnelles dans le cas décrit sont vivement encouragées car l'on manque sérieusement d'informations sur l'intérêt que présente le partogramme pour décider du transfert des femmes en couches. Ceci dit, **tout** centre désireux d'utiliser le partogramme est incité à le faire, en l'adaptant selon qu'il le jugera bon aux besoins locaux.

Cette série de l'OMS sur l'utilisation du partogramme propose des lignes directrices pour la surveillance et la conduite du travail une fois la ligne d'action atteinte ou franchie, comme indiqué dans le *Manuel de l'utilisateur* et dans le rapport *The application of the WHO partograph in the management of labour. Report of a WHO multicentre study 1990-1991* (WHO/FHE/MSM/94.4). A ce stade, 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 l'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.

4. OBJECTIFS DU PROTOCOLE

1. Déterminer si un programme d'éducation destiné aux agents de santé débouchera ou non sur une utilisation correcte du partogramme.
2. Déterminer l'effet que produit l'adoption du partogramme dans des centres de santé ruraux sur la proportion de transferts des parturientes en cas de travail prolongé ou de dystocie.
3. Déterminer l'effet que produit l'adoption du partogramme 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 partogramme se traduiront par une diminution des complications maternelles et périnatales.

5. HYPOTHESES SOUS-TENDANT LE PROTOCOLE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

1. Les infirmières/sages-femmes peuvent apprendre à utiliser le partogramme et à s'en servir correctement dans la pratique.
2. L'emploi du partogramme aboutira à un nombre approprié de transferts du centre de santé à l'hôpital.
3. L'emploi du partogramme 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 l'identification des anomalies dans la progression du travail permettront de réduire les complications maternelles et périnatales.

6. METHODES DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

La recherche opérationnelle comprend six phases :

1. Collecte des données avant l'adoption du partogramme.

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

7. METHODOLOGIE DETAILLEE

7.1 Collecte de données avant l'adoption du partogramme

7.1.1 Méthode de collecte

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

L'utilisation de données rétrospectives appelle 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, l'adoption du partogramme mise à part, 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 peu ou prou exemptes d'erreurs grossières. En cas de doute sur l'exactitude des données rétrospectives ou en l'absence de telles données, il faut utiliser des données prospectives réunies **avant** l'adoption du partogramme. 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 parvienne à 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 importants se produisent dans la surveillance et la conduite du travail pendant ces deux années.

7.1.2 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

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

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

7.1.3 Données à recueillir

Les données minimales acceptables à réunir rétrospectivement sont les suivantes :

- a) Nombre total d'accouchements en établissement, et nombre d'accouchements répondant aux critères d'inclusion.
- b) 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 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 7 jours suivant l'accouchement
10. Durée de la première et de la seconde étapes 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.

7.2 Exécution d'un programme de formation conduisant à l'adoption du partogramme

7.2.1 Historique

On suppose que les futurs utilisateurs du partogramme ont déjà reçu une formation en obstétrique, ainsi qu'à la surveillance et à la conduite du travail. Il s'agit 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 (santé maternelle et infantile) qui ont reçu une formation appropriée. Pour utiliser le partogramme, 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 la courbe d'enregistrement de la dilatation à l'endroit voulu sur le partogramme.

L'OMS a publié à propos du partogramme un document intitulé *Principes et stratégie du partogramme* et un *Manuel de l'utilisateur* (WHO/FHE/MSM/93.8, WHO/FHE/MSM/93.9). Il existe également un *Manuel de moniteur* (WHO/FHE/MSM/93.10). Certains centres souhaiteront peut-être utiliser ou adopter leur propre partogramme, mais il est conseillé d'utiliser le modèle mis au point par l'OMS et décrit dans cette série.

Dans le cas d'un centre qui ne dispose pas des équipements ou du personnel nécessaire pour les césariennes, le *Manuel de l'utilisateur* indique clairement le moment où il faut 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**). Le protocole de surveillance et de conduite du travail utilisé dans l'étude multicentre de grande envergure a produit d'excellents résultats. Il est conseillé de l'utiliser avec le partogramme, étant entendu qu'il peut être adapté aux conditions locales.

De même, ce protocole de recherche n'a pas pour objet de fournir 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 de tels cas.

7.2.2 Formation

Le partogramme 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 du moniteur* de l'OMS). Il faudra alors probablement mettre le partogramme à l'essai en salle d'accouchement, sous surveillance étroite, afin de résoudre les premières

difficultés avant d'y recourir systématiquement et de l'utiliser pour la recherche opérationnelle. 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 (voir Annexe I du *Manuel de l'utilisateur*).

Le mieux serait que le partogramme soit d'abord adopté dans un hôpital 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 centres de santé pourraient s'initier à son emploi dans cet hôpital 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 partogramme 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 (ligne d'action atteinte ou franchie), ce qui est le travail de l'hôpital.

7.2.3 Contrôle

Au terme de cette formation, les utilisateurs du partogramme devront travailler pendant un certain temps sous la surveillance du responsable de la recherche opérationnelle pour la région, lequel devra se rendre régulièrement dans les centres qui emploient le partogramme pour analyser les problèmes, vérifier la collecte des données, etc.

7.3 Evaluation de la formation

Il s'agit peut-être du volet le plus délicat de la recherche opérationnelle car une bonne partie des évaluations peuvent être entachées de subjectivité. En fin de compte, il se peut que ce soit purement et simplement l'issue de l'accouchement (voir plus loin) qui permette le mieux d'apprécier l'efficacité de 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 partogramme
- c) adoption ou non des dispositions nécessaires selon les indications fournies par le partogramme
- d) attitude des agents de santé vis-à-vis du partogramme

Les interventions sur les points b) et c) peuvent faire l'objet d'une évaluation objective : et il importe d'examiner en détail un échantillon des partogrammes 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 partogramme en leur demandant non seulement d'établir des partogrammes comme dans le *Manuel de l'utilisateur* 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 partogramme devraient déjà savoir effectuer ces examens pendant le travail. Pendant leur période d'initiation au partogramme, le mieux serait qu'ils

procèdent aux examens vaginaux sous le contrôle d'un supérieur hiérarchique compétent jusqu'à ce qu'ils soient jugés aptes à évaluer avec précision la dilatation du col.

7.4 Collecte de données après l'adoption du partogramme

Il s'agit là de réunir des données prospectives. Le mieux serait d'utiliser un formulaire pour chaque parturiente répondant aux conditions posées pour l'étude. Cela éviterait de rechercher par la suite (au risque d'erreur) les données figurant dans des dossiers, des registres d'accouchement, etc. Des formulaires types figurent dans l'annexe 1. Il faudrait également réunir un échantillon significatif de partogrammes effectivement utilisés à des fins d'un examen critique.

Les cas à inclure sont décrits à la section 7.1.2 ci-dessus concernant la collecte de données rétrospectives.

Les données recueillies 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, ainsi que le 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 (centre de santé ou hôpital)
2. Parité
3. Taille de la mère
4. Dilatation du col au moment de l'admission
5. Hauteur de la tête (exprimée en cinquièmes 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'examens vaginaux
8. Rupture des membranes au centre de santé : durée, rupture spontanée ou artificielle, dilatation du col, niveau de présentation de la partie du corps
9. Durée de la phase de latence
10. Déplacement ou non à droite de la ligne d'alerte
11. Dilatation au moment du déplacement à droite de la ligne d'alerte

12. Hauteur de la tête (en cinquièmes) au moment du déplacement à droite de la ligne d'alerte
13. La ligne d'action a-t-elle été atteinte ou franchie ?
14. Dilatation au moment où la ligne d'action a été atteinte ou franchie
15. Hauteur de la tête (en cinquièmes) au moment du déplacement à droite de la ligne d'action
16. Stimulation du travail et progression mesurée dans le temps par rapport à la phase de latence, à la ligne d'alerte et à la ligne d'action
17. Durée de la première et de la deuxième étape du travail (en établissement)
18. Dispositions prises (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
19. Mode d'accouchement
20. Dystocie
21. Rupture de l'utérus
22. Position sur le partogramme au moment de l'accouchement :
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
23. Issue néonatale
 - mortinaissance
 - score d'Apgar à 1 et à 5 minutes
 - soins intensifs
24. Décès <8 jours; décès 8-28 jours
25. Hémorragie du post-partum
26. Infection génitale à traiter aux antibiotiques dans les 7 jours après l'accouchement
27. 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'examen vaginaux avant et après le transfert

7.5 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 partogramme devront être présentées de façon que l'on puisse comparer clairement les issues du travail avant et après l'adoption du partogramme. Il est possible de procéder à des comparaisons particulières 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'examen vaginaux

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

Il importe d'examiner de façon critique un échantillon approprié de partogrammes afin de contrôler l'exactitude des indications notées. Il convient de s'assurer en particulier que 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. Il faudra systématiquement examiner le partogramme pour déterminer si le transfert était justifié. (On trouvera dans l'annexe 2 des tableaux types de présentation des résultats.)

D'autres informations utiles peuvent également être soumises à 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 partogramme rudimentaire à l'usage des accoucheuses traditionnelles incapables de procéder à des examens vaginaux.

8. CONSTATIONS FINALES

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

- Les sages-femmes et autres personnels de santé peuvent apprendre à utiliser le partogramme et à s'en servir correctement.
- L'utilisation du partogramme permet d'accélérer le travail.
- L'utilisation du partogramme influe sur la proportion des accouchements par voie basse.

- L'utilisation du partogramme permet de réduire la morbidité maternelle ainsi que la morbidité et la mortalité périnatales.
- Les transferts des femmes en couches à la suite d'anomalies révélées par le partogramme se justifient.

ANNEXE 1 : FORMULAIRES TYPES DE COLLECTE DES DONNEES

1. Collecte de données avant l'adoption du partogramme

Ne donner des détails que dans le cas suivant : grossesse primipare, présentation céphalique, gestation pendant au moins 37 semaines et travail spontané.

1.1 Données essentielles

	Oui	Non
1. Parité		
- primipare		
- multipare		
2. Transfert pendant le travail		
3. Mode d'accouchement		
- césarienne		
- voie basse non spontanée		
- voie basse spontanée avec présentation céphalique		
- présentation par le siège		
- jumeaux		
- divers		
4. Dystocie		
5. Rupture de l'utérus		
6. Mortinaissance		
- intacte		
- macérée		
7. Hémorragie du post-partum		
8. Décès néonatal <8 jours		

1.2 Données souhaitables

9. Dilatation du col au moment de l'admission
 10. Nombre d'examens vaginaux pendant le travail
 11. Durée de la première étape du travail (en établissement)
 12. Durée de la seconde étape du travail
 13. Durée totale du travail en établissement
14. Stimulation du travail par administration de syntoncinon

--	--
15. Hémorragie du post-partum

--	--
16. Infection post-partum des voies génitales

--	--
17. Issue néonatale
 - score d'Apgar

--	--
- mortinaissance (intacte, macérée)
 - décès néonatal <8 jours
 - admission en soins intensifs
- | | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

2. Collecte de données après l'adoption du partogramme

Ne donner des détails que dans le cas suivant : grossesse primipare, présentation céphalique, gestation pendant au moins 37 semaines et travail spontané.

1. Parité
 - primipare
 - multipare

2. Taille de la mère cm
3. Dilatation du col au moment de l'admission cm
4. Hauteur de la tête (en cinquièmes) au moment de l'admission

5. Temps écoulé depuis la rupture des membranes, au moment de l'admission h
.....
6. Nombre d'examens vaginaux
.....
7. Durée de la phase de latence
.....
8. (a) Durée de la première étape du travail (en établissement)
(b) Durée de la seconde étape du travail
(c) Durée totale du travail en établissement
9. Progression du travail
- | Oui | Non |
|-----|-----|
| | |
| | |
| | |
- (a) Sur la ligne d'alerte ou à sa gauche
A droite de la ligne d'alerte, sans atteindre la ligne d'action
Ligne d'action atteinte
- (b) Si à droite de la ligne d'alerte
- dilatation ? cm
.....
 - hauteur de la tête (en cinquièmes) ?
.....
 - suite donnée
.....
- (c) Si à droite de la ligne d'action
- dilatation? cm
.....
 - hauteur de la tête (en cinquièmes) ?
.....
 - suite donnée
.....
- (d) Rupture des membranes spontanée ou artificielle
- dilatation? cm
.....
 - hauteur de la tête (en cinquièmes) ?
.....
 - étape sur le partogramme :

Oui	Non

 - pendant la phase de latence
 - avant ou sur la ligne d'alerte
 - à droite de la ligne d'alerte
 - sur la ligne d'action ou à sa droite
10. (a) Stimulation du travail

--	--
- (b) Si oui, stimulation entreprise
.....

- pendant la phase de latence
- avant ou sur la ligne d'alerte
- à droite de la ligne d'alerte
- sur la ligne d'action ou à sa droite

11. Dystocie

--	--

12. Rupture de l'utérus

--	--

13. Mode d'accouchement

- césarienne
- voie basse non spontanée
- voie basse spontanée avec présentation céphalique
- présentation par le siège
- jumeaux
- divers

14. Position du dernier point de la courbe de dilatation du col sur le partogramme au moment de l'accouchement

- dans la phase de latence
- avant ou sur la ligne d'alerte
- à droite de la ligne d'alerte
- sur la ligne d'action ou à sa droite

15. Issue néonatale

(a) Mortinaissance

- intacte
- macérée

Oui Non

1min 5min

- score d'Apgar

--	--

Oui Non

(b) Décès néonatal <8 jours

(c) Admission en soins intensifs

16. Hémorragie du post-partum

--	--

17. Infection des voies génitales

--	--

18. Décès maternel

--	--

19. Transfert pendant le travail

--	--

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 cinquièmes) au moment du transfert

- Nombre d'examens vaginaux avant le transfert

- Nombre d'examens vaginaux après le transfert

ANNEXE 2 : TABLEAUX TYPES DES RESULTATS AUX FINS DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR L'UTILISATION DU PARTOGRAMME

Ces tableaux ne sont en aucun cas exhaustifs et ne renseignent que sur la présentation de certains critères clés.

1. Evaluation de la formation

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

2. Evaluation du partogramme comme moyen de surveillance et de direction du travail

Analyser séparément le cas des primipares et multipares et celui des parturientes transférées.

SURVEILLANCE ET DIRECTION DU TRAVAIL	DEROULEMENT 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 <ul style="list-style-type: none"> - Césarienne - Voie basse non spontanée - Voie basse spontanée avec présentation céphalique - Présentation par le siège - Jumeaux - Divers 				
Stimulation du travail				
Nombre d'examens vaginaux <ul style="list-style-type: none"> 1-2 3-4 >4 				

3. Evaluation de l'impact du partogramme sur les complications du travail et ses séquelles

Analyser séparément les femmes primipares et les femmes multipares.

	Avant l'adoption du partogramme	Après l'adoption du partogramme
Nombre total de cas		
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		