

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 I : Principes et stratégie



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/93.8
ORIG. : ANGLAIS
DISTR. : GÉNÉRALE

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 DE MATIERES

| | |
|---|----|
| PREFACE | i |
| 1. INTRODUCTION | 1 |
| 2. OBJECTIFS | 3 |
| 3. HISTORIQUE DU PARTOGRAMME | 3 |
| 4. LE PARTOGRAMME : MODELE DE L'OMS | 5 |
| 4.1 Principes | 5 |
| 4.2 Composantes | 7 |
| 4.2.1 La progression du travail | 7 |
| 4.2.2 Etat du foetus | 9 |
| 4.2.3 Etat de la mère | 9 |
| 5. EMPLOI DU PARTOGRAMME | 10 |
| 6. STRATEGIE | 11 |
| 7. REFERENCES | 13 |

PREFACE

Sur le nombre total de décès maternels qui surviennent chaque année, que l'on estime à 500 000, 99 % environ surviennent dans des pays en développement. On ne connaît pas la proportion de décès consécutifs à un travail prolongé, dû principalement à une disproportion foeto-pelvienne, qui peut se traduire de diverses façons : dystocie, déshydratation de la mère, rupture de l'utérus ou formation d'une fistule vésico-vaginale (et aussi, mais moins directement, par une hémorragie du post-partum ou une infection néonatale). Pour le nouveau-né, l'accouchement dystocique peut entraîner l'asphyxie, des lésions cérébrales, des infections ou la mort. Les dystocies, avec ou sans rupture de l'utérus, figurent parmi les cinq principales causes de mortalité maternelle dans pratiquement tous les pays en développement, bien que leur importance relative varie d'une région à l'autre. On peut cependant dire avec certitude qu'un travail anormalement prolongé et ses conséquences sont des facteurs importants de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales dans le monde entier.

De nombreux facteurs – géographiques, économiques, politiques et socioculturels – expliquent soit l'absence soit la non-utilisation des soins obstétricaux de base nécessaires pour gérer de façon satisfaisante l'accouchement dystocique. Le but des interventions de maternité sans risque est de s'attaquer à ces problèmes directement ou indirectement. Le dépistage précoce d'une progression anormale du travail et la prévention des anomalies permettraient de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Le partogramme, qui est un enregistrement graphique de la progression du travail et de l'état de la mère et du fœtus, est utilisé depuis plus de 20 ans, mais pas aussi largement qu'il conviendrait au vu des résultats obtenus grâce à son application. Afin d'en généraliser plus rapidement l'adoption, l'OMS a organisé des consultations qui ont permis de mettre au point un format standard approuvé. Celui-ci a été soumis à un essai multicentre de l'OMS effectué en Indonésie, en Malaisie et en Thaïlande (1). Le rapport de cet essai (2) confirme ce que des études antérieures avaient révélé concernant son efficacité, son faible coût et son applicabilité. Lors de cet essai, le nombre de cas de travail ayant duré plus de 18 heures a été pratiquement réduit de moitié par l'introduction du partogramme. Le taux de césariennes chez des femmes "normales" (c'est-à-dire ne présentant pas de complications graves ou de risque élevé à l'admission) a été ramené de 5,2 à 3,7 pour cent; et le pourcentage de cas exigeant une accélération du travail a été réduit de plus de moitié. On n'a pas observé les améliorations spectaculaires de l'issue néonatale qu'avaient révélé les précédents essais menés, par exemple, au Zimbabwe et au Malawi. Toutefois, une étude menée à Assiout, en Egypte, en même temps que l'étude multicentre, mais pas dans le même cadre, a fait apparaître une diminution sensible du pourcentage des indices d'Apgar inférieurs à 7 à cinq minutes, et de la mortalité périnatale (3).

En 1988, le programme OMS de santé maternelle et maternité sans risque a publié une série de quatre documents connexes sous le titre *Le partographe : instrument de détection et de prévention des anomalies dans la durée du travail*. C'est cette série qui vient d'être rééditée et actualisée pour tenir compte des résultats de l'étude multicentre sous le titre général *La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique - Le partogramme*. Le premier document *Principes et stratégie* (WHO/FHE/MSM/93.8) retrace l'historique et les principes du partogramme, examine divers problèmes concernant son format, décrit comment le partogramme de l'OMS a été mis au point et donne un bref aperçu de sa justification et de la méthode d'application.

Il est important de noter que le partogramme ne peut être utilisé que par des agents de santé ayant reçu une formation obstétricale adéquate et capables :

- de surveiller et de diriger un travail et un accouchement normaux;
- de procéder aux examens vaginaux nécessaires pendant le travail et d'évaluer avec exactitude la dilatation du col;
- de tracer avec précision la courbe de la dilatation en fonction du temps.

Le partogramme n'a donc pas sa place lors d'accouchements à domicile pratiqués par des personnes qui n'ont pas reçu de formation obstétricale. Que la maternité soit située dans un centre de santé ou dans un hôpital, l'introduction du partogramme doit être accompagnée d'un programme de formation pratique et d'un encadrement et d'un suivi appropriés. Le premier volume de cette série définit d'ailleurs pour conclure une stratégie destinée à élargir l'usage du partogramme.

Le deuxième des quatre volumes, qui porte la cote WHO/FHE/MSM/93.9, est intitulé *Manuel de l'utilisateur*. Comme son nom l'indique, il explique l'utilisation correcte de chaque partie du partogramme dans le détail au moyen d'exemples. Il montre comment l'ensemble des observations contribue à compléter l'instrument de surveillance principal, qui est une courbe de la dilatation du col comportant une ligne d'alerte et une ligne d'action. Il recommande à l'utilisateur de ne pas commencer un partogramme en présence de complications de la grossesse ou de l'accouchement (hémorragie ou éclampsie, par exemple) nécessitant une intervention immédiate. Le document contient le protocole utilisé par l'OMS lors de l'étude multicentre, qui a donné d'excellents résultats et dont l'utilisation est recommandée parallèlement au partogramme, moyennant une adaptation locale, le cas échéant. Ainsi, dans un centre de santé ou une maternité ne possédant pas les installations ni les compétences nécessaires pour l'exécution d'une césarienne, il convient de prendre des dispositions pour le transfert à l'hôpital de la patiente dès que la dilatation dépasse la ligne d'alerte.

La troisième partie (WHO/FHE/MSM/93.10) est un *Manuel du moniteur*. Il contient des conseils précis et très complets pour les personnes qui sont chargées de former les sages-femmes ou les étudiants en médecine à l'utilisation du partogramme. Il précise les objectifs pédagogiques, le matériel nécessaire, les points particulièrement importants et propose également des exercices.

La quatrième et dernière partie (WHO/FHE/MSM/93.11) est intitulée *Indications concernant la recherche opérationnelle*. Les résultats de l'étude multicentre sont maintenant disponibles et joints aux rapports d'évaluations hospitalières menées dans d'autres pays (3), montrent que l'adoption et l'utilisation correcte sous supervision du partogramme peut améliorer sensiblement l'issue de la grossesse et de l'accouchement. La partie IV précise que la recherche opérationnelle ne doit pas porter sur la construction de nomogrammes concernant une population particulière – ce qui n'est pas nécessaire – mais plutôt sur l'application pratique des connaissances concernant les partogrammes acquises à ce jour dans le monde. Les avantages que présente l'utilisation du partogramme en milieu hospitalier sont plus importants encore au niveau des centres de santé et des petites maternités qui sont tributaires des hôpitaux en cas d'interventions obstétricales d'urgence. Des critères plus objectifs de retard dans le travail, ainsi qu'un moyen pratique et méthodique de surveiller les progrès de l'accouchement, permettraient d'améliorer sensiblement la sécurité et seraient également d'un grand secours pour réduire l'incertitude

et l'anxiété chez les professionnels de la santé. L'OMS soutient les évaluations qui vont dans le sens des indications données à la partie IV dans trois centres. Cependant, un certain nombre de problèmes subsistent. Par exemple, les centres de santé ou réseaux de centres dans lesquels ce type de recherche opérationnelle se déroulerait devraient pratiquer au minimum 500 accouchements par an. Cela ne devrait pas constituer un obstacle insurmontable et des efforts plus poussés doivent être entrepris pour développer la recherche opérationnelle à ce niveau.

En conclusion, un partogramme correctement utilisé permet sans aucun doute d'améliorer la gestion du travail et l'issue de la grossesse en milieu hospitalier, et sans doute plus encore au niveau des centres de santé (4). Le partogramme n'est cependant d'aucun secours pour les millions de femmes qui accouchent seules ou avec la seule aide d'un proche ou d'une autre personne non qualifiée. Avec le développement de technologies appropriées qui deviennent de plus en plus accessibles et dont le partogramme est un exemple notable, la sécurité tant des accouchements à domicile sous supervision par une sage-femme qualifiée que des accouchements en établissement (hôpital ou centre de santé) devrait être améliorée. La tendance étant aux accouchements pratiqués par un agent de santé qualifié dans la communauté, dans un centre de santé, ou à l'hôpital, de plus en plus de femmes et leurs enfants pourront bénéficier de cette sécurité accrue. C'est donc maintenant aux pouvoirs publics, aux particuliers et à tous les partenaires de l'Initiative pour une maternité sans risque qu'il incombe de tout faire pour accélérer cette tendance.

1. INTRODUCTION

A peu près un demi-million de femmes meurent chaque année des complications liées à la grossesse et 99 % environ de ces décès se produisent dans des pays en développement. Par rapport aux femmes d'Europe occidentale ou d'Amérique du Nord, les femmes de ces pays peuvent en effet être jusqu'à 100 fois plus exposées à ce type de risque. Dans le monde en développement, il y a en moyenne 450 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes (5).

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 la 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 personnes 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 agents de santé non médecins convenablement formés et supervisés, employant des techniques pertinentes (y compris, au besoin, le partogramme), 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 (6).

Les causes les plus fréquentes de décès maternels dans les pays en développement sont les hémorragies du post-partum et la septicémie mais les accouchements dystociques et la rupture de l'utérus peuvent être responsables d'une proportion de 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. 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 partout dans le monde la septicémie, les hémorragies du post-partum et les infections néonatales.

Le dépistage 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 partogramme, 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 (7).

Le partogramme 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 parturiente, et aide au dépistage précoce des problèmes.

Ce système est utilisé dans plusieurs pays, et même généralisé dans certains (8-19). On a constaté qu'il était peu coûteux, efficace et pragmatique dans toute une série de contextes différents, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Il s'est également montré efficace pour prévenir une prolongation excessive du travail, réduire les interventions et améliorer l'issue de la période néonatale (8, 12, 20, 21, 22, 23). Le partogramme mis au point par l'OMS et décrit ici a été largement expérimenté lors d'un essai multicentre en Indonésie, en Malaisie et en Thaïlande. Les résultats ont largement confirmé ceux d'études antérieures (1, 2).

Le Tableau 1 illustre les résultats que l'on peut obtenir en utilisant un partogramme. Avec l'adoption de ce système, les cas de prolongation du travail au-delà de 24 heures, la mortalité périnatale et le nombre de césariennes ont tous considérablement diminué dans deux études menées en Afrique (11, 12, 20). Le Tableau 2 récapitule les améliorations dans l'issue du travail obtenues dans l'essai multicentre du partogramme de l'OMS. Les cas de travail prolongé, d'accélération du travail, les césariennes et le nombre de morts fœtales per-partum ont tous diminué (1, 2).

Tableau 1

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

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

* Exprimés en pourcentage du nombre total d'accouchements.

Tableau 2

Cas de travail prolongé, cas d'accélération du travail, césariennes et morts foetales per-partum dans l'essai multicentre du partogramme de l'OMS* (1, 2)

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

* Exprimés en pourcentage du nombre total d'accouchements.

2. OBJECTIFS

Les explications données ici sur la méthode du partogramme et le manuel ont pour buts :

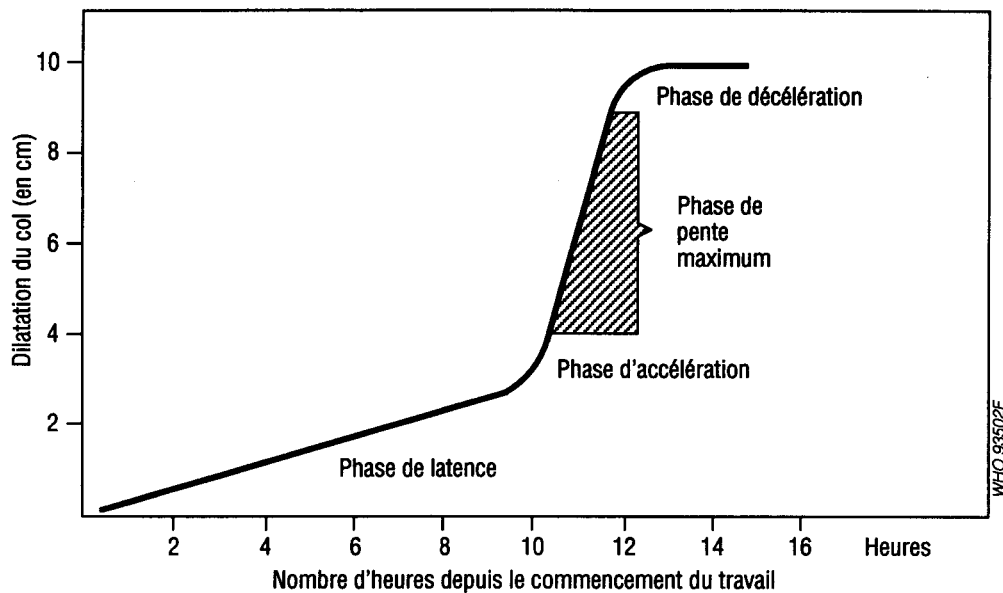
- d'encourager l'emploi du partogramme dans le monde entier afin de réduire le nombre de cas de durée excessive du travail et ses séquelles;
- d'inciter à poursuivre les recherches sur l'emploi du partogramme et ses avantages, notamment comme instrument de référence.

3. HISTORIQUE DU PARTOGRAMME

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 I.1) (24).

Friedman a divisé fonctionnellement le travail en deux parties. La première, dite **phase de latence**, dure de 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 (25).



La courbe de Friedman montrant la phase d'accélération maximum
Figure I.1

Dans le cadre d'études extensives sur les primigestes en Afrique centrale et en Afrique méridionale, 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 (11). 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 (14, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32).

4. LE PARTOGRAMME : MODELE DE L'OMS

4.1 Principes

Le modèle de partogramme de l'OMS a été établi par un groupe de travail informel, qui a examiné la plupart des travaux publiés sur les partogrammes et leur conception. Il correspond, par certains côtés, à un compromis synthétisé et simplifié, qui emprunte à plusieurs partogrammes ce qu'ils ont de meilleur (7, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 29, 33, 34, 35). Il est fondé sur les principes suivants :

- La phase active du travail commence lorsque la dilatation du col atteint 3 cm.
- La phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de 8 heures.
- Pendant la phase active, le rythme de dilatation du col ne devrait pas être inférieur à 1 cm/heure.
- 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.
- 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).
- Les sages-femmes ou 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 partogramme 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 les pays en développement est de 5 à 6 heures (8, 18, 31, 33). Dans la plupart des cas, il suffira par conséquent de deux examens vaginaux.

L'étude multicentre du partogramme de l'OMS a confirmé le bien-fondé de cette méthode, et aucune modification n'a été recommandée à l'issue de cet essai, si ce n'est la suppression de la ligne verticale en gras au-delà de 3 cm.

Le Tableau 3 montre avec quelle efficacité une ligne d'action convenablement établie permet d'identifier les accouchements pour lesquels il est probable que l'on aura à intervenir. Dans les études du Tableau 3, 3 à 30 % des cas ont dépassé la ligne d'action, en raison sans doute de la diversité des partogrammes utilisés. Dans l'étude multicentre de l'OMS, 10 % des cas ont franchi la ligne d'action; 22 % de ces patientes ont été accouchées par césarienne contre 1 % lorsque la ligne d'action n'avait pas été franchie.

Tableau 3

**Mode d'accouchement dans les cas
de franchissement ou non de la ligne d'action**

| Lieu de l'étude | Mode d'accouchement | Ligne d'action non atteinte* | Ligne d'action atteinte ou franchie+ |
|---|---|------------------------------|--------------------------------------|
| Cameroun (8) | Voie basse spontanée avec présentation céphalique | 92 | 49 |
| | | 8 | 45 |
| | Voie basse non spontanée | 0 | 6 |
| | Césarienne | | |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée Hautes-Terres (18) | Voie basse spontanée avec présentation céphalique | 91 | 46 |
| | | 7 | 23 |
| | Voie basse non spontanée | 2 | 31 |
| | Césarienne | | |
| Papouasie-Nouvelle-Guinée Zones urbaines (9) | Voie basse spontanée avec présentation céphalique | 88 | 19 |
| | | 12 | 55 |
| | Voie basse non spontanée | 0 | 26 |
| | Césarienne | | |
| Malawi (20) | Voie basse spontanée avec présentation céphalique | 73 | 46 |
| | | 19 | 32 |
| | Voie basse non spontanée | 8 | 22 |
| | Césarienne | | |
| Zimbabwe (11, 12) | Voie basse spontanée avec présentation céphalique | 90 | 28 |
| | | 11 | 51 |
| | Voie basse non spontanée | 0 | 21 |
| | Césarienne | | |
| Essai OMS (Indonésie, Malaisie, Thaïlande) (1, 2) | Voie basse spontanée avec présentation céphalique | 91 | 60 |
| | | 8 | 18 |
| | Voie basse non spontanée | 1 | 22 |
| | Césarienne | | |

* Les chiffres sont des pourcentages du nombre total d'accouchements pour lesquels la ligne d'action n'a pas été atteinte.

+ Les chiffres sont des pourcentages du nombre total d'accouchements pour lesquels la ligne d'action a été atteinte ou franchie.

4.2 Composantes

La Figure I.2 montre le partogramme préconisé et largement testé par l'OMS. Comme les autres, ce partogramme est essentiellement une représentation graphique des diverses étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comprend trois éléments :

- La progression du travail
- L'état du fœtus
- L'état 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 partogramme ne remplace pas l'examen méticuleux des femmes qui sont en travail à leur arrivée dans le service, car il faut exclure les cas qui réclament des soins d'urgence 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.

Le report sur le graphique de ces trois éléments est décrit dans le détail dans la partie II de cette série sur le partogramme : *Manuel de l'utilisateur* (WHO/FHE/MSM/93.9).

4.2.1 La progression du travail

L'essentiel dans cette partie du partogramme 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 de huit heures et s'il y a au moins deux contractions en l'espace de dix minutes, la probabilité s'accroît de voir apparaître des problèmes. Par conséquent, si la femme se trouve dans un centre de santé, 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 tenir.

La phase active

Lorsque la dilatation a atteint 3 cm, le travail entre dans la phase active.

Chez 90 % environ des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm par heure, ou plus vite encore dans la phase active.

PARTOGRAMME

Nom _____ Geste _____ Pare _____ Hôpital No. _____

Date d'admission _____ Heure d'admission _____ Rupture des membranes _____ heure _____

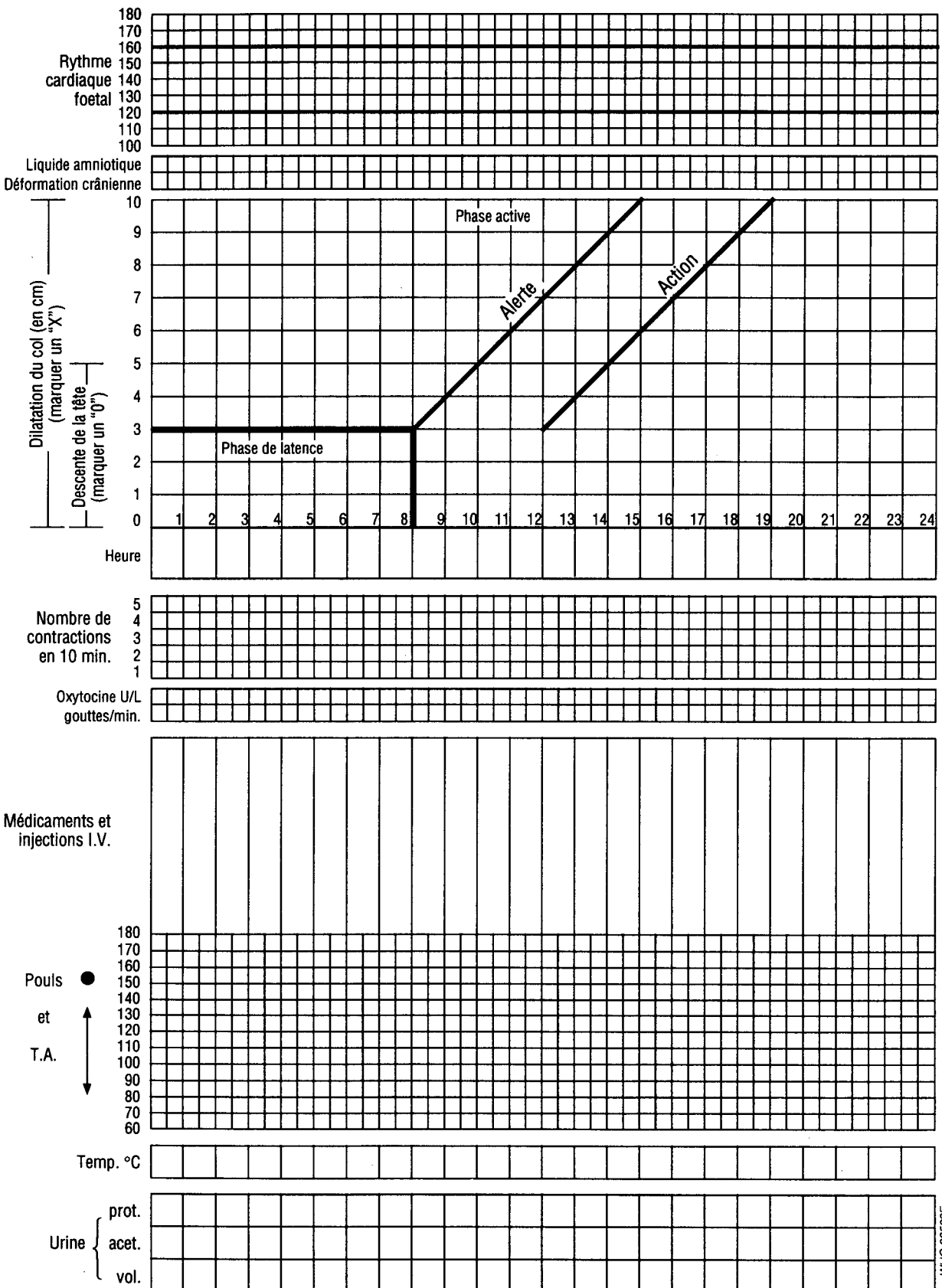


Figure I.2

WHO 93503F

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 dire que la dilatation est lente et que le travail est retardé. Si la femme se trouve dans un centre de santé, il faut la transporter à l'hôpital; et si elle est à l'hôpital, il faut la surveiller de plus près.

La **ligne d'action** est située à quatre heures de distance 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 partogramme est conçu pour pouvoir être utilisé dans tous les services de maternité, mais sa fonction diffère selon le niveau des soins. Dans un centre de santé, 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**). En milieu 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 partogramme. Il importe en particulier de noter la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine.

4.2.2 Etat du fœtus

Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement le rythme cardiaque fœtal, le liquide amniotique et le modelage du crâne fœtal.

4.2.3 Etat de la mère

L'état de la mère est régulièrement contrôlé par l'enregistrement de la température, du pouls et de la tension artérielle, et des analyses d'urine régulières. Le partogramme prévoit également l'enregistrement de toute administration de médicaments, de perfusions ou d'oxytocine si on accélère le travail.

5. EMPLOI DU PARTOGRAMME

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

Le partogramme proposé et les indications qui l'accompagnent concernant la conduite à adopter ne peuvent être utilisés que si la femme se présente dans un établissement de santé au moment du travail et si le personnel a reçu un minimum de formation. Le personnel doit en effet :

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

Il semble être prouvé (10, 36) que des sages-femmes auxiliaires ayant reçu une formation tout à fait élémentaire sont capables de remplir ces fonctions et il devrait, par conséquent, être possible de faire adopter l'emploi du partogramme à la périphérie du système officiel de soins (10, 24). L'intérêt fondamental du partogramme 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.

6. STRATEGIE

Bien qu'il ait été décrit et employé depuis le début des années 70, le partogramme n'est toujours pas universellement utilisé. Cela s'explique principalement par le fait que des décideurs et certaines des personnes les plus influentes dans la profession ne sont pas convaincus de l'utilité du système. L'existence d'un grand nombre de versions différentes du partogramme est également un obstacle à une utilisation plus étendue; le nouvel utilisateur potentiel a du mal à faire un choix lorsqu'il se trouve en présence de recommandations contradictoires.

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

- Utiliser le partogramme simplifié mis au point par l'OMS qui comprend les caractéristiques essentielles de la plupart des partogrammes utilisés actuellement.
- Présenter ce partogramme aux décideurs des ministères de la santé, ainsi qu'aux principaux spécialistes de chaque pays, notamment dans les hôpitaux universitaires.
- Faire utiliser le partogramme d'abord dans les hôpitaux universitaires et les centres d'orientation-recours; puis en étendre l'emploi aux centres de santé.
- Encourager les écoles de médecine et les établissements de formation des sages-femmes à enseigner les principes et l'emploi du partogramme et à inscrire la question au programme de leurs cours.
- Encourager la recherche sur tous les aspects de l'emploi du partogramme. Cette recherche devrait comporter l'évaluation des programmes de formation, ainsi que l'étude de l'impact du partogramme sur la gestion du travail et sur ses issues défavorables éventuelles. Il est particulièrement nécessaire d'effectuer des recherches sur l'utilisation du partogramme comme instrument d'orientation-recours lors du travail. L'essai multicentre de l'OMS a largement confirmé l'utilité du partogramme en milieu hospitalier.

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 du possible comme agents de changement. Elles devraient contribuer à faire passer le message et à convaincre les femmes enceintes et les anciens des

villages de la nécessité de demander une assistance le plus tôt possible pendant la grossesse et lors de l'accouchement.

- Dans les pays où il existe un respect mutuel entre les sages-femmes 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 partogramme augmentera la crédibilité du système officiel de soins de santé et encouragera davantage de femmes à venir consulter dès le début du travail.

7. REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. *The application of the WHO partograph in the management of labour. Report of a WHO multicentre study 1990-91.* Programme de Santé maternelle et Maternité sans Risque, Genève, 1994 (Document WHO/FHE/MSM/94.4).
2. Organisation mondiale de la Santé. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet*, 1994, 343:1399-1404.
3. Abdel Aleem H. et al. *Evaluation of the use of partograph in the management of labor*, Department of Obstetrics & Gynecology, Faculty of Medicine, Assiut University (document non-publié), 1990.
4. Dujardin B. et al. Value of the alert and action lines on the partogram. *Lancet*, 1992, 339(8805):1336-8.
5. Organisation mondiale de la Santé. *Maternal mortality rates: a tabulation of available information.* Genève, 1991 (WHO document WHO/MCH/MSM/91.6).
6. Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. *Lancet*, 1987, 1:668-670.
7. Philpott RH. Graphic records in labour. *British Medical Journal*, 1972, 4:163-165.
8. Drouin B, Nasah BT, Nkounawa F. The value of the partogramme in the management of labour. *Obstetrics and Gynecology*, 1979, 53(6):741-745.
9. Bird GC. Cervicographic management of labour in primigravidae and multigravidae with vertex presentation. *Tropical Doctor*, 1978, 8:78-84.
10. Leigh B. The use of the partogram by maternal and child health aides. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1986, 32:107-110.
11. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, 1972, 79:592-598.
12. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, 1972, 79:599-602.
13. Burgess HA. Use of the laborgraph in Malawi. *Journal of Nurse-Midwifery*, 1986, 31:46-52.
14. Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. *British Medical Journal*, 1973, 4:451-455.

15. 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, 1986.
16. Arulkumaran S et al. Augmentation of labour mode of delivery related to cervimetric progress. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1987, 27:304-308.
17. Arulkumaran S, Ingemarsson I. New concepts in the management of spontaneous labour. *Singapore Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1985, 16(3):163-172.
18. Lennox CE. The cervicograph in labour management in the highland of Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal*, 1981, 24(4):286-293.
19. Glick E, Trussell RR. The curve of labour used as a teaching device in Uganda. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, 1970, 77:1003.
20. Kwast BE, Rogerson G. 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. Internal publication, Malawi, 1973.
21. Beazley JM, Kurjak A. Influence of a partograph on the active management of labour. *Lancet*, 1972, 1:348-351.
22. Friedman EA et al. Dysfunctional labor. X. Immediate results to infant. *Obstetrics and Gynecology*, 1969, 33:776-784.
23. Gupta S et al. Active management of labour with minor degree of cephalopelvic disproportion. A partographic study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 1987, 37(5):639-641.
24. Friedman EA. Primigravid labour. A graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 1955, 6(6):567-589.
25. Hendricks CH, Brenner WE, Kraus G. Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1970, 106:1065-1082.
26. O'Driscoll K, Stronge JM, Minogue M. Active management of labour. *British Medical Journal*, 1973, 3:135-138.
27. Duignan NM, Studd JWW, Hughest AO. Characteristics of labour in different racial groups. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1975, 82:593-601.
28. Melmed H, Evans MI. Predictive value of cervical dilatation rates. I. Primipara labor. *Obstetrics and Gynecology*, 1976, 47(5):511-515.

-
29. Steward P. Introduction of partographic records in a district hospital in Zambia and development of nomograms of cervical dilatation. *Medical Journal of Zambia*, 1977, 11(4):97-99.
 30. Schwarz R, Diaz AG, Nieto F. Partograma con curvas de alerta; guia para la vigilancia del parto. Salud perinatal. *Boletin del Centro Latino Americano de Perinato Logia y Desarrollo Humano (CLAP)* Organisation Panamericaine de la Santé - Organisation mondiale de la Santé, 1987, 2(8):93-96.
 31. Ilancheran A, Lim SM, Ratnam SS. Nomograms in cervical dilatation in labour. *Singapore Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1977, 8:69-73.
 32. Jayasinghe RG, Ali SD. The partographs of the Jamaican parturient. *West Indian Medical Journal*, 1977, 26:85-89.
 33. Ayangade O. Management from early labour using the partogram: a prospective study. *East African Medical Journal*, 1983, 60(4):253-259.
 34. Webber RH. Simplified cervicograph for rural maternity practice. *Tropical Doctor*, 1987, 17:81-84.
 35. Botswana Ministry of Health. Botswana Obstetric Record MH 022/Rev. 84. Gaborone, Central Statistical Office, 1984.
 36. Lorenz N. Monitoring labour in Burkina Faso; with special consideration on the introduction of a new labourchart [Dissertation]. London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, England, 1987.