

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 119 (2021)
Heft: 5

Artikel: Type de partogramme, travail et issues de l'accouchement
Autor: Bodenne, Eva / Oliveira Ribeiro, Chloë de / Fargier, Anne
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-976850>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 04.03.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Type de partogramme, travail et issues de l'accouchement

Les interventions obstétricales aujourd'hui fréquentes rendent nécessaire un partogramme qui soit le plus adapté possible pour favoriser la physiologie et prendre les bonnes décisions au bon moment. Dans cet article issu de leur travail de bachelor, les auteures comparent grâce à une revue de littérature différents types de partogrammes et autres outils existants, afin de discuter de la prise en soins globale des femmes en salle d'accouchement.

TEXTE :

EVA BODENNE, CHLOË DE OLIVEIRA RIBEIRO,
ANNE FARGIER

Récompensé
par la
FSSF

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le partogramme comme étant la représentation graphique de la progression du travail (OMS, 1994, p. 3). Les objectifs du partogramme sont nombreux: évaluer le bien-être fœtal, dépister les anomalies mécaniques et/ou dynamiques, indiquer le temps adéquat pour intervenir dans la prise en soins, évaluer la tolérance et l'efficacité d'éventuelles thérapeutiques mises en place. (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011; World Health Organization, 1994).

Durant leurs stages en salle d'accouchement en Suisse, en France et au Népal, les auteures ont découvert différents protocoles et différentes utilisations du partogramme. Des sages-femmes venues d'Angleterre leur ont montré lors d'un séminaire une autre manière de pratiquer: un partogramme identique dans tout le pays (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2017). Ces différentes pratiques les ont amenées à réfléchir quant à l'utilisation d'un partogramme universel.

Le partogramme est l'outil principal utilisé en salle de travail par les sages-femmes et les obstétricien-ne-s, et également un document médico-légal rendant son utilisation et la rigueur de sa tenue d'autant plus im-

portantes. D'un accouchement à domicile quasiment systématique jusque dans les années 1960, la société est passée à une hypermédicalisation, avec le désir d'un maximum de sécurité. Actuellement, on observe une évolution vers un désir de retour à des accouchements naturels, dans le respect de la physiologie, mais toujours en conservant la sécurité. Ces différents éléments, imbriqués les uns dans les autres, amènent à la question suivante: existe-t-il des liens entre le type de partogramme, le travail et les issues de l'accouchement?

Vitesse de dilatation

L'étude de Zhang *et al.* (2010) et celle de Juhasova *et al.* (2018) ont établi des courbes sur la vitesse de dilatation cervicale en fonction de la parité (nulliparité, multiparité) et les ont comparées entre elles. Les résultats se rejoignent sur le fait qu'il s'agit de courbes de dilatation hyperboliques, non linéaires et montrent une différence significative de la vitesse de dilatation cervicale selon la parité: la vitesse de dilatation est identique dans tous les groupes jusqu'à 6 cm puis on observe une accélération à partir de 6 cm; par ailleurs, cette accélération est plus rapide chez les multipares.

Les auteur-e-s des deux études concluent ainsi que la vitesse de dilatation n'est pas un paramètre linéaire dans le temps et devrait ainsi être représentée par une courbe hyperbolique dans le partogramme.

Ces résultats conduisent à réfléchir sur la vitesse de dilatation cervicale initialement validée et répandue de 1cm/h, et que de nombreuses institutions en Suisse contiennent encore de suivre à l'heure actuelle.

Issues obstétricales

Les différentes études analysées montrent que, selon le partogramme utilisé, on obtient une diminution ou une augmentation de certaines issues obstétricales, notamment l'utilisation d'ocytocine pendant le travail, le nombre de touchers vaginaux (TV) réalisés pendant le suivi du travail et le taux de césarienne.

Lorsque le partogramme possède une ligne d'action, qu'il inclut la phase de latence et/ou lorsque la dilatation cervicale lors de l'admission de la parturiente en salle de naissance est de <5cm, on observe une augmentation de l'utilisation d'ocytocine synthétique. Le partogramme ne devrait pas commencer avant 5 ou 6 cm de dilatation et ne pas contenir de ligne d'action comme le recommande Zhang, afin de réduire l'utilisation précoce d'ocytocine.

Une admission tardive en salle de naissance (>4 cm de dilatation) diminue non seulement le taux d'administration d'ocytocine mais également le taux d'analgésie péridurale, le taux de césarienne et le taux d'admission en néonatalogie (Kauffman *et al.*, 2016).

Le nombre de TV réalisés durant le suivi du travail est influencé par le type de partogramme: il est réduit par l'utilisation d'une ligne d'action à 4h de la ligne d'alerte comparé à 2 ou 3h. Des auteur-e-s démontrent qu'un nombre de TV ≥ 5 pendant le travail augmente le risque de fièvre et d'infection péri-partum: plus le nombre de TV réalisés augmente, plus ce risque est important (Gluck *et al.* 2020).

Le type de partogramme influence également le taux de césarienne. Il est diminué par l'utilisation de la *Labor scale*, d'une ligne d'action à 4h de la ligne d'alerte au lieu de 2 ou 3h, de l'absence totale des lignes d'action et d'alerte et la non-inclusion de la phase de la latence. Cependant, des études contredisent ces résultats ou les nuancent

en incluant le fait que la formation du personnel soignant à l'utilisation du partogramme serait un atout majeur dans la prise en soins des parturientes et les issues obstétricales.

La *Labor scale* est un nouvel outil dans le monde de la recherche en obstétrique. Seule l'étude de Tolba *et al.* (2017) qui suit une étude pilote de 2014 a été réalisée à son sujet, incluant seulement 110 femmes. Les résultats de son utilisation comparée à l'utilisation du partogramme de l'OMS sont en faveur de la *Labor Scale* concernant les issues obstétricales.

Issues néonatales

Il n'y a pas de réels impacts sur les issues néonatales en fonction des partogrammes utilisés.

Cependant, divers éléments observés par la sage-femme durant le travail et représentés sur le partogramme sont prédictifs d'issues néonatales défavorables, selon Souza *et al.* (2018):

- L'émission de méconium durant le travail – un signe d'hypoxie foetale,
- La bosse séro-sanguine et la déformation du crâne foetal, qui peuvent montrer des difficultés de l'accommodation fœto-pelvienne,
- L'hyperthermie durant le travail,
- L'absence de mouvements actifs foetaux qui peut traduire une insuffisance placentaire chronique,
- Les anomalies du rythme cardiaque foetal.

La vitesse de dilatation n'est pas un paramètre linéaire dans le temps et devrait ainsi être représentée par une courbe hyperbolique dans le partogramme.

Concernant le score d'Apgar, les auteur-e-s ont montré que le score d'Apgar est meilleur avec l'utilisation de la *Labor scale* plutôt qu'avec le partogramme de l'OMS. Cepen-

dant, il faudrait des articles supplémentaires en comparaison pour pouvoir tirer de réelles conclusions. L'adaptation néonatale, quantifiée par le score d'Apgar, est un processus impacté par de nombreux facteurs. Il n'est donc pas possible de faire des liens directs entre le partogramme et le score d'Apgar.

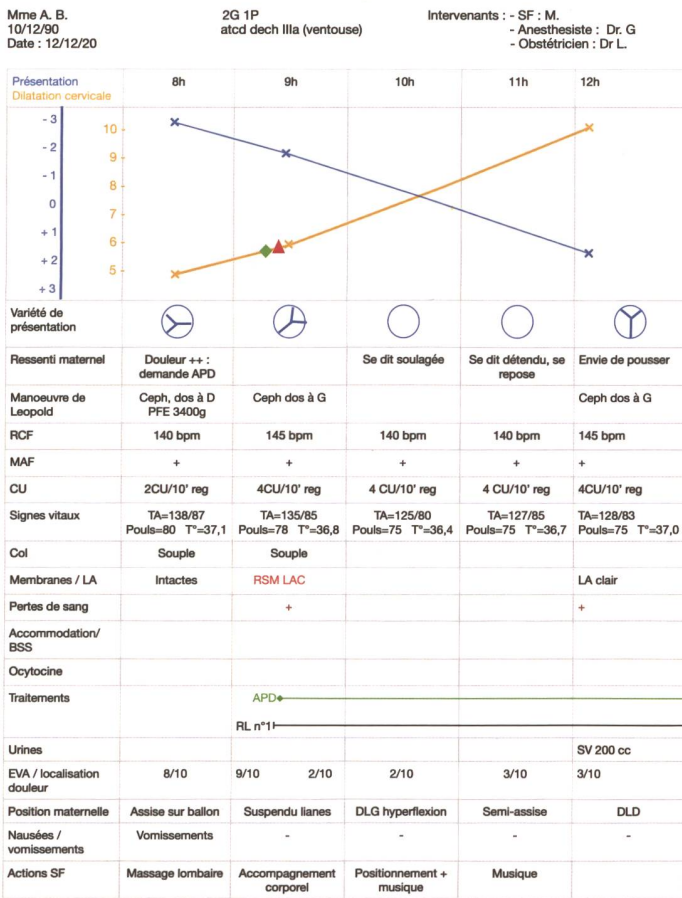
D'après ces différentes études, le type de partogramme n'a pas un impact important sur les issues néonatales. Cependant, la durée du travail ayant un impact sur ces issues, il est nécessaire de prendre des décisions permettant de faire avancer le processus d'accouchement, lorsque cela s'avère nécessaire.

Retour à la pratique: partogramme idéal

À la suite des différents résultats relayés par les articles consultés, il est possible d'émettre des propositions en vue d'une potentielle amélioration des prises en soins en salle d'accouchement. Tout d'abord, les définitions et modalités du suivi en salle d'accouchement pourraient être adaptés:

- Adapter les normes de la vitesse de dilatation selon la parité de la patiente.
- Modifier la définition de la stagnation de la dilatation selon des courbes de dilatation hyperboliques et non selon des courbes linéaires.
- Ne pas inclure de ligne d'alerte et de ligne d'action suivant les recommandations de l'OMS avec une vitesse de dilatation de 1 cm/h dans le partogramme.
- Promouvoir l'admission tardive en salle d'accouchement et l'ouverture du partogramme au début de la phase active du travail. Plusieurs normes font encore débat, mais la plus retenue semble être celle de 5-6 cm. Bien souvent, en Suisse, une fois qu'une patiente est admise en salle d'accouchement, la logistique et la gestion des lits peuvent influencer les décisions prises par les équipes. Afin d'éviter cela, la mise en place d'un service indépendant de la salle de naissance, accueillant les patientes en pré-travail et/ou en phase de latence pourrait être bénéfique notamment pour le vécu des couples vis-à-vis du pré-travail qui est parfois difficile à gérer à domicile. Il serait important que les parturientes puissent accéder à toutes les surveillances et traitements (anesthésie péridurale comprise) comme en salle de nais-

Figure 1: Proposition d'un modèle de partogramme incluant les éléments d'observation de la sage-femme



sance. La mise en place d'un tel service nécessiterait toutefois un grand investissement et une grande réorganisation dans les structures, ce qui ne serait pas forcément possible. Un autre point également à étudier serait la préparation des parturientes durant les cours de préparation à la naissance.

Aux critères de base présents sur tous les partogrammes, il serait possible d'ajouter des éléments de suivi et d'observation qui permettraient à la sage-femme d'avoir une vision globale de la situation et de mettre en place des premières mesures selon son évolution. Cela permettrait aussi de mettre en valeur le rôle sage-femme. Cela inclurait: la position maternelle, les pertes de sang (col qui «marque»/se modifie), la douleur (intensité, localisation), les nausées/vomissements, la consistance du col, le ressenti de la femme (émotions, sentiments). Voici quelques exemples d'actions qui peuvent figurer sur le partogramme: acupuncture, hypnose, changements de position, aroma-

thérapie, musicothérapie, bain, massages, déambulation, accompagnement corporel et émotionnel, etc. Il s'agit d'une grande partie du travail de la sage-femme et cela a toute son importance dans la promotion de la physiologie de l'accouchement (cf figure 1).

Evolution des définitions et formation continue

La définition du début du travail et des différentes normes ont changé depuis ces dernières années. En effet, en première année d'études sage-femme (2017), la définition était une dilatation cervicale d'au moins 3cm. Certaines institutions se sont adaptées aux nouvelles recommandations de définir une parturiente en travail lorsqu'elle est à 5-6 cm de dilatation. D'autres institutions suisses continuent d'utiliser la définition de 3cm, avec les conséquences associées comme l'augmentation du taux d'administration d'ocytocine, parce qu'il faut «aller de l'avant».

La présence d'un modèle de partogramme utilisé dans le service ainsi qu'un guide de remplissage, permettrait que les professionnel-le-s se familiarisent avec l'outil mais aussi qu'il y ait une ligne de conduite commune pour tous les professionnel-le-s se servant d'un même partogramme (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [ANAES] & Service Evaluation en établissements de santé, 2000). Une décision commune dans le service de salle d'accouchement concernant les éléments devant figurer sur le partogramme permettrait de limiter les interprétations propres à chaque professionnel-le concerné-e par la prise en charge d'une parturiente.

Le partogramme est aussi un outil pédagogique très important, non seulement auprès des étudiant-e-s mais aussi auprès des professionnel-le-s. Il permet une analyse rétrospective de certaines situations, pour réfléchir entre équipes sur une prise en charge de manière ultérieure (ANAES & Service Evaluation en établissements de santé, 2000).

Il serait souhaitable de mettre en place des formations continues pour s'approprier ce nouveau type de partogramme et ces nouvelles définitions. Des conférences peuvent aussi être proposées aux professionnel-le-s afin de réunir le plus grand nombre de soignant-e-s, uniformiser les connaissances et permettre une prise en soins similaire dans les institutions de Suisse.

Soutien social pour les parturientes et partogramme

Un paramètre qu'il conviendrait d'analyser est le soutien social perçu des parturientes avec l'emploi d'un partogramme. Une étude a rencontré des difficultés de recrutement car les femmes décrivaient une peur d'être délaissées avec une ligne d'action à 4h plutôt qu'à 2h de la ligne d'alerte (Lavender et al., 2006).

Est-ce qu'une ligne d'action aux 4h signifie pour elles, la visite du personnel soignant toutes les 4h, si tout se passe de manière physiologique, surtout à l'heure actuelle où les CTG sont parfois centralisés en fonction de l'institution hospitalière? Créent-elles un raccourci entre ligne d'action aux 2h et plus de disponibilité? En fonction des institutions, cette sensation subjective se rapproche-t-elle de la réalité dans des hôpitaux où le personnel soignant travaille en effectif réduit?

Parallèlement, l'*empowerment* est aujourd'hui sans cesse valorisé et encouragé. Selon Lemay (2017), «Pour une pratique qui favorise l'accouchement normal/physiologique, il faut replacer les femmes au centre des soins. (...) Les sages-femmes en parlent comme d'un moyen de reconnaître l'autonomie des femmes, de confirmer leur expertise et de faire un travail d'*empowerment* avec elles. Les femmes doivent avoir accès à l'information et participer aux décisions. D'un point de vue physiologique, une femme n'accouche pas parce que nous sommes là. Nous sommes là parce qu'elle accouche!» (pp. 14-15). Cette citation met en exergue la notion essentielle de partenariat entre les femmes et les sages-femmes. Prendre en compte le vécu et le ressenti des femmes sur le partogramme serait une façon de les placer au centre des soins.

Entre standardisation et normes de référence

Le partogramme est un outil important pour le suivi de l'accouchement et son introduction dans les salles d'accouchement a

eu des effets bénéfiques. Cependant, les recherches ont montré également une tendance à la standardisation de l'accouchement avec des normes bien établies. Des généralisations sont peut-être possibles à établir en fonction d'autres facteurs comme la parité et la gestité, avec l'élaboration de courbes distinctes de référence pour la vitesse de dilatation. De plus, le modèle de progression de la dilatation n'est pas linéaire comme cela a souvent été représenté mais hyperbolique avec une phase distincte d'accélération.

Sachant que les interventions réalisées durant le travail peuvent avoir des conséquences sur le vécu de l'accouchement et ses conséquences (dépression du post-partum, syndrome de stress post-traumatique), il est nécessaire de les limiter au mieux. Ceci impliquerait de revoir les modèles appris et intégrés par les équipes obstétricales et de réfléchir sur les possibilités d'amélioration des partogrammes existant actuellement. Cependant, il a été montré que les issues néonatales dépendent aussi de la durée de l'accouchement. Là réside la

complexité de trouver un équilibre dans la balance bénéfices-risques avec peut-être la nécessité de garder des normes de référence.

En conclusion, en ne retenant que les définitions médicales du travail et de l'accouchement, il devient beaucoup plus difficile de concevoir que les femmes vivent un processus individuel et unique (Downe, 2008). Ainsi, le défi des années à venir est de réussir à intégrer les différences individuelles dans les tendances générales. ☉

Bodenne, E., De Oliveira Ribeiro, C. & Fargier, A. (2020) Existe-t-il des liens entre le type de partogramme, le travail et les issues de l'accouchement? Travail de bachelor dirigé par Aurélie Delouane, Haute Ecole de Santé Genève.

AUTEURES



Eva Bodenne, sage-femme diplômée en septembre 2020, travaille à la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève depuis novembre 2020. eva.bodenne@gmail.com



Chloë De Oliveira Ribeiro, sage-femme diplômée en septembre 2020, travaille à la maternité de Genève depuis octobre 2020. chloe.94@hotmail.com



Anne Fargier, sage-femme diplômée en septembre 2020, travaille à la maternité de la Clinique Générale-Beaulieu. fargieranne@gmail.com

Références

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France) & Service Evaluation en établissements de santé. (2000) *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé: Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme: Janvier*.
Downe, S. (Éd.) (2008) *Normal childbirth: Evidence and debate* (2nd ed). Churchill Livingstone/Elsevier.
Gluck, O., Mizrachi, Y., Ganer Herman, H., Bar, J., Kovo, M. & Weiner, E. (2020) The correlation between the number of vaginal examinations during active labor and febrile morbidity, a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 20(1), 246. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001294>
Juhasova, J., Kreft, M., Zimmermann, R. & Kimmich, N. (2018) Impact factors on cervical dilation rates in the first stage of labor. *Journal of Perinatal Medicine*; 46(1), 59-66. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0284>
Kauffman, E., Souter, V. L., Katon, J. G. & Sitcov, K. (2016) Cervical Dilatation on Admission in Term Spontaneous Labor and Maternal and Newborn Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*; 127(3), 481-488. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001294>
Lavender, T., Alfirevic, Z. & Walkinshaw, S. (2006) Effect of Different Partogram Action Lines on Birth Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*; 108(2), 295-302. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000226862.78768.5c>
Lavender, T., Cuthbert, A. & Smyth, R. M. (2018) Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub5>
Lemay, C. (2017) *La mise au monde: Physiologie: autres savoirs, autres regards*. <http://books.scholarshipcentral.com>

National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain) (2017) *Intrapartum care for healthy women and babies*. www.nice.org.uk
Office Fédéral de la statistique (2019) *Statistique médicale des hôpitaux. Accouchements et santé maternelle en 2017* (p. 8).
Organisation mondiale de la santé (1994) *La prévention des anomalies dans la durée du travail: Guide pratique. Le partogramme: Partie I principes et startégie* (Maternité sans risque). WHO. <https://apps.who.int>
Souza, J., Oladapo, O., Fawole, B., Mugerwa, K., Reis, R., Barbosa-Junior, F., Oliveira-Ciabati, L., Alves, D. & Gülmezoglu, A. (2018) Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: A diagnostic accuracy study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*; 125(8), 991-1000. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15205>
Tolba, S., Ali, S., Mohammed, A., Michael, A., Abbas, A. & Shazly, S. (2018) Management of Spontaneous Labor in Primigravidae: Labor Scale versus WHO Partograph (SLiP Trial) Randomized Controlled Trial. *American Journal of Perinatology*; 35(01), 048-054. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1605575>
Université Médicale Virtuelle Francophone (2011) *Le travail: Mécanique obstétricale - Surveillance - Partogramme (premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail)*. Comité éditorial pédagogique de l'UV-MaF. <http://campus.cerimes.fr>
World Health Organization (1994) *The partograph: The application of the WHO partograph in the management of labour* (Maternal Health and Saf Motherhood Programme). WHO. <https://apps.who.int>
Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W. & Burkman, R. (2010) *Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes*.

Mit Sicherheit ein gutes Bauchgefühl

HiPP BIO COMBIOTIK®
Beste Verträglichkeit.
Mit besten Bio Zutaten.



Mehr Informationen finden
Sie unter hipp-fachkreise.ch

HiPP BIO COMBIOTIK® mit Pro- und Präbiotika –
entwickelt nach dem Vorbild der Natur

- Für natürlichen Schutz von innen heraus
- Für eine gesunde Darmmikrobiota und weniger Infektionen^{1,2}
- Mit Bio-GOS für nachgewiesene Verträglichkeit³⁻⁶
- Klimafreundlich und ohne Gentechnik hergestellt

Baby: Alina, 7 Monate

¹Maldonado J et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 54(1): 55–61. ²Gil-Campos M et al. Pharmacol Res 2012; 65(2): 231–238. ³Sierra C et al. Eur J Nutr 2015; 54(1): 89–99. ⁴Fanaro S et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009; 48: 82–88. ⁵Ben XM et al. World J Gastroenterol 2008; 14(42): 6564–6568. ⁶Ashley C et al. 2012 Nutrition Journal 2012; 11: 38.

Wichtiger Hinweis:

Ausschliessliches Stillen in den ersten 6 Monaten ist für ein Baby ideal. Kinderarzt und Hebamme beraten dazu.



Natur und Forschung
Hand in Hand