Revitaliser le partogramme:
Est-ce la preuve étaye un appel mondial à l'action?

Le partogramme est un outil sous-utilisé pour la prévention et la gestion du travail prolongé ou de l'arrêt de progression du travail, une cause importante de la morbidité et de la mortalité de la reproduction. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation universelle du partogramme sur la base des résultats de son essai multicentrique en Asie du Sud-Est indiquant les résultats améliorés du travail (WHO, 1994a).

Et pourtant, après plus de 50 ans de formation et d'investissement pour l'utilisation du partogramme dans les zones à faibles ressources, les taux d'exécution et les compétences des prestataires restent faibles. En un mot, le partogramme n'a pas pu atteindre le potentiel de sa conception initiale, c'est-à-dire, de fournir « un système d'avertissement précoce » simple et à bon marché pour identifier les complications pendant l'accouchement.

A bien des égards, les problèmes liés à l'utilisation du partogramme reflètent les maux des systèmes sanitaires sous-équipés. Ces problèmes représentent le symbole de la mauvaise qualité des soins offerts aux femmes et à leurs bébés pendant l'accouchement.

En novembre 2001, Fistula Care et Maternal Health Task Force ont convoqué une réunion des experts à New York pour étudier la preuve concernant l'efficacité du partogramme, identifier les barrières par rapport à l'utilisation du partogramme, développer des stratégies pour surmonter ces obstacles et déterminer les besoins de recherches futures. Ce groupe international des experts comprenaient des sages-femmes, des médecins, des chercheurs, des éducateurs cliniques, des directeurs de service sanitaire et des représentants des associations professionnelles. La réunion a surtout porté sur l'utilisation du partogramme dans les zones à faible ressource.

La preuve disponible de l'efficacité du partogramme pour l'amélioration des résultats maternels et fœtaux est limitée (WHO, 1994a; Lavender, Hart, et Smyth, 2008). Cependant, le groupe a conclu que l'utilisation inefficace du partogramme est probablement plus dû aux problèmes contextuels des systèmes sanitaires fragiles qu'a l'insuffisance de l'outil. Par conséquent, les participants ont cru qu'il était peu probable que d'autres essais aléatoires contrôlés puissent avoir en ce moment plus d'avantage concernant l'utilisation du partogramme sur les résultats maternels et fœtaux.

De plus, les participants étaient clairement en faveur de la revitalisation du partogramme ; il ont cru que l'utilisation correcte et constante de l'outil a des avantages allant au delà du contrôle effectif du travail pour améliorer toute la qualité des soins offerts aux femmes et à leurs bébés pendant l'accouchement.

Par exemple, le partogramme peut renforcer la communication entre les prestataires, améliorer l'interaction entre les prestataires et les femmes en travail, promouvoir la continuité des soins entre prestataires et encourager le travail d'équipe.

Il a été convenu qu'une méta-synthèse des études d'observation, complétée par des recherches opérationnelles, pourrait mettre en évidence la qualité des avantages des soins du partogramme, les obstacles liés à son utilisation et les problèmes liés à la formation et à la mise en œuvre.

Les participants ont identifié plusieurs difficultés majeures. Les systèmes sanitaires surchargés sont souvent incapables de fournir un soutien administratif et organisationnel nécessaire pour une utilisation adéquate et constante. Les systèmes de référence des femmes en travail ayant des complications sont souvent inexistants ou inadéquats. Il n'y a pas assez de personnel formé et ayant des compétences sur la gestion du travail. Enfin, l'outil lui-même peut présenter des difficultés pour les prestataires de santé parce qu'ils n'ont pas la connaissance et les compétences de base qu'il nécessite.

Si le partogramme doit être utilisé correctement et constamment, il est essentiel de créer un environnement favorable. Les formateurs et les superviseurs doivent reconnaitre que bien que le partogramme semble être simple, il nécessite une base de connaissance et de compétences en matière d'évaluation du travail, de rassemblement et de présentation des données. Chaque structure offrant des services aux femmes en travail doit avoir des protocoles de soins clairement articulés qui synchronisent avec le partogramme. Le lieu d'accouchement et les services médicaux disponibles à cet endroit déterminent la manière dont le partogramme est utilisé. Par exemple, pour les accouchements à domicile, la priorité est d'identifier les complications très vite et de faciliter la référence pour les soins d'urgence. Par contre, au niveau des structures où l'on traite les cas urgents, les protocoles du partogramme nécessitent la spécification des indications pour l'intervention (par ex., la progression du travail, la césarienne) et la définition des rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins de la maternité. Enfin, l'équipe médicale qui s'occupe des femmes doit travailler ensemble de manière efficace pour utiliser le partogramme de manière adéquate et constante, interpréter les résultats et prendre les mesures nécessaires.

Les participants ont identifié la formation comme étant une composante essentielle dans l'utilisation effective du partogramme et ont discuté longuement de la manière dont la formation doit changer. La plupart des prestataires apprennent comment utiliser l'outil dans des salles de classe très éloignées des réalités cliniques. Les participants en réunion ont mis l'accent sur l'importance du stage basé sur la compétence et de la formation en cours d'emploi ainsi que la supervision clinique facilitante continue.

En 1994, après l'essai multicentrique, l'Organisation Mondiale de la Santé a identifié des questions relatives à la recherche opérationnelle, des directives et des indicateurs pour évaluer l'effet de la formation sur l'utilisation du partogramme et sa mise en œuvre sur la gestion et les résultats du travail, tels que la progression du travail, les taux de césarienne et la référence des femmes en travail prolongé ou ayant un arrêt de progression du travail en provenance des centres sanitaires ruraux vers des structures offrant des soins obstétriques d'urgence (WHO, 1994e). Peu d'effort a été fourni pour répondre à ces questions ou contrôler ces indicateurs. Les experts ont identifié un

éventail d'importantes questions de recherche en relation avec la formation, l'expérience, la compétence, la gestion, la supervision et les audits cliniques.

A la fin de la réunion, le groupe a défini une série d'étapes ultérieures visant à revitaliser le partogramme et à améliorer la gestion du travail. La matrice incluse dans l'annexe du présent rapport procède à la définition de ces étapes.

Les questions clés découlant de la réunion sont résumées ci-dessous :

• Quels sont les principaux écarts de preuve en relation avec l'efficacité du partogramme ? Par exemple : l'évaluation des études qualitatives, les études spécifiques sur l'impact de l'utilisation correcte et constante du partogramme sur la qualité des soins pendant le travail et sur l'efficacité de la révision du partogramme dans l'audit clinique pour améliorer la qualité des soins pendant le travail.

• Quelles sont les stratégies et outils communautaires pouvant améliorer la détection ou la référence des femmes en travail ayant des complications telles que le travail prolongé/l'arrêt de progression du travail ? Par exemple, un outil simplifié de prise de décision à utiliser par les familles, les travailleurs de la santé au niveau communautaire ou les accoucheuses, conjugués aux mécanismes améliorés de transport d'urgence. Comment les protocoles de soins peuvent-ils être plus étroitement liés au partogramme pour une gestion plus efficace du travail ? Par exemple, en intégrant un algorithme de prise de décision dans le partogramme.

• Face aux contraintes du système sanitaire, particulièrement le manque chronique de ressources humaines qualifiées, quelles approches pourraient être étudiées pour combler la brèche dans la couverture et la qualité de la mise en œuvre du partogramme ? Par exemple, une révision « réaliste » (une nouvelle méthodologie de révision systématique des interventions complexes de politique (Pawson et al 2005).

• Comment la continuité des soins dans le contrôle et la gestion du travail peut-elle être améliorée entre les première structures de référence (centres de santé offrant des soins d'urgence et néonatals de base (BEmONC) et les structures tertiaires (offrant des soins obstétriques d'urgence complets et des soins néonatals (CEmONC) pour éviter les retards au moment de recevoir des soins d'urgence à temps ? Par exemple, en améliorant la coordination et le travail d'équipe au niveau du district.

• Quelles modifications, innovations ou alternatives du partogramme pourraient améliorer le contrôle et la gestion du travail ? Par exemple, l'utilisation du partogramme modifié ou simplifié (qui exclut la phase latente du travail), le partogramme électronique ou la liste de contrôle Safe Birth de l'Organisation Mondiale de la Santé.

• Quels sont les changements nécessaires pour le stage et la formation en cours d'emploi pour s'assurer que les prestataires de la profession de sage-femme et les superviseurs sont compétents et dignes de confiance dans l'utilisation du partogramme pour le contrôle et la gestion du travail ? Par exemple, en augmentant les opportunités pour la formation basée sur la compétence, en

établissant des mécanismes continus de supervision facilitante, l'utilisation du partogramme pour les audits cliniques en tant que composante de la supervision facilitante.